

คณะที่ ๑

การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ

๑. การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

๑.๑ อัตราส่วนการตายมารดาไทย

๑.๒ ระดับความสำเร็จของการพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน

๒. การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น

๒.๑ อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี

๓. การพัฒนาสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ

๓.๑ ร้อยละตำบลที่มีระบบ Long Term Care ผ่านเกณฑ์

๔. การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

๔.๑ ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง

๔.๒ อัตราผู้ป่วย DM รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มสงสัยป่วย HT ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

๔.๓ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

๔.๔ ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ Green&Clean Hospital

๔.๕ โครงการ “๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการ

(คกต.) คณะที่ ๑

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒
(Inspection Guideline)

คณะที่ ๑ : การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ

หัวข้อ Mother & Child Health

ตัวชี้วัด :

๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนราย
๒. ร้อยละ ๒๐ ของการตายมารดาจากสาเหตุตกเลือด ลดลงจากปี๖๑
๓. ร้อยละ๓๐ ของการตายมารดาจากความดันโลหิตสูง ลดลงจากปี๖๑
๔. ร้อยละการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อมลดลง (ลดลงจากปี ๒๕๖๑) ร้อยละ ๒๐
๕. ร้อยละหญิงที่มาฝากครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง
๖. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง
๗. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงทุกรายไม่ว่าด้วยสาเหตุใดต้องได้รับการจัดการ และส่งต่อเพื่อการดูแลและรักษา
๘. ภาวะเสี่ยงที่พบมากที่สุด ๕ อันดับ(จากโรคอายุครรภ์)
๙. ร้อยละ ๗๐ ของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก

คำนิยาม

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

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

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

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

B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑			
๑. ระบบบริหารจัดการและขับเคลื่อนการดำเนินงาน			
๑. Assessment : มีระบบบริหารจัดการข้อมูลและการวิเคราะห์ปัญหา	๑.๑ มีข้อมูลที่สมบูรณ์ในการวิเคราะห์ปัญหาเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่ตรงจุดอย่างแท้จริง ๑.๒ มีระบบการจับเก็บและติดตามข้อมูลตามKPI และข้อมูลปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ ๑.๓ วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหา	-ข้อมูลสถานการณ์ -ข้อมูล customer/stakeholder - มีฐานข้อมูลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง (Baseline data) อย่างน้อยย้อนหลัง ๓ ปี - มีการจัดเก็บข้อมูลการคัดกรองความเสี่ยง -มีระบบเฝ้าระวังมารดาตายระดับจังหวัด /เขต เพื่อจัดการแก้ปัญหาและพัฒนาางาน โดยมีทีมช่วยเหลือด้านวิชาการและบริหารจัดการ -รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์	๑. ร้อยละหญิงที่มาฝากครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง ๒. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ๓. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงทุกรายไม่ว่าด้วยสาเหตุใดต้องได้รับการจัดการ และส่งต่อเพื่อการดูแลและรักษา ๔. ภาวะเสี่ยงที่พบมากที่สุด ๕ อันดับ(จากโรคอายุครรภ์)

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	<p>การดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาไทย กำหนดประเด็นการดำเนินงานหรือสิ่งที่ต้องปรับปรุงคุณภาพ ประสิทธิภาพ ที่สามารถระบุถึงปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสริมที่ทำให้บรรลุเป้าหมาย พร้อมทั้งนำผลการวิเคราะห์มาพิจารณาในการออกแบบกระบวนการทำงาน</p> <p>๑.๔มีแผนปฏิบัติการ/แผนการดำเนินงาน/ขั้นตอนการดำเนินงาน (Action plan) ที่สอดคล้องกับปัญหาที่วิเคราะห์ข้างต้นได้</p>	<p>และปัญหาในประเด็นที่เกี่ยวข้องการตายมารดา (ประเด็นการดำเนินงานหรือสิ่งที่ต้องปรับปรุงคุณภาพ ประสิทธิภาพ)</p> <p>-แผนปฏิบัติการ/แผนการดำเนินงาน/ขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดา (Action plan) ที่สอดคล้องกับปัญหาที่วิเคราะห์ข้างต้นได้</p>	
<p>๒. Advocacy & Intervention : มีข้อเสนอเชิงนโยบายหรือนโยบายที่มีประสิทธิภาพรองรับการแก้ปัญหา</p>	<p>๑. มีมาตรการ ข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อใช้ขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาในพื้นที่</p> <p>๒. ถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติและใช้มาตรการ/ข้อเสนอเชิงนโยบายในการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อป้องกันและลดการตายมารดา</p> <p>๓. การบริหารจัดการเพื่อลดการตายมารดา</p>	<p>-มีมาตรการและกลไกเชิงพื้นที่ในการป้องกันการเกิด ๓D : Delay Detection, Delay Decision, Delay Refer</p> <p>-มีมาตรการ /แนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงาน เพื่อการป้องกันและลดการตายมารดา</p> <p>-มีการจัด Zoning ผู้เชี่ยวชาญและการจัดการระบบส่งต่อช่วยเหลือมารดาเสี่ยง</p> <p>-มี Standing Order ในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งเพื่อป้องกันการตายจากสาเหตุการตกเลือดและความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์</p> <p>-มีคู่มือ/แนวทางในการป้องกันการตายมารดาจากการตกเลือดและความดันโลหิตสูง</p> <p>-ประชุม MCH board เพื่อหาแนวทางการดำเนินงานและขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย ๓ เดือนครั้ง เช่นจัดประชุมสัญจรมอบจังหวัด ในพื้นที่ แลกเปลี่ยนกันเป็นเจ้าภาพเพื่อสร้างความตื่นตัว, ประชุม</p>	<p>๑. ร้อยละ ๒๐ ของการตายมารดาจากสาเหตุตกเลือด ลดลงจากปี ๖๑</p> <p>๒. ร้อยละ ๓๐ ของการตายมารดาจากความดันโลหิตสูง ลดลงจากปี ๖๑</p> <p>๓. ร้อยละการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อมลดลง (ลดลงจากปี ๒๕๖๑) ร้อยละ ๒๐</p> <p>๔. สืบสวนสาเหตุการตายมารดา รายบุคคลทุกราย</p>

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
		<p>MCH conference เป็นต้น</p> <ul style="list-style-type: none"> -สืบสวนสาเหตุการตายมารดา รายบุคคลทุกราย -ใช้ข้อมูลเฝ้าระวัง ชี้ประเด็นปัญหา ชี้นำ ชี้แนะ สร้างความตระหนักถึงการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ให้กับภาคีเครือข่ายเพื่อให้เกิดการพัฒนา ร่วมกันในการ - ค้นหา คัดกรองความเสี่ยง ติดตาม และดูแลหญิงตั้งครรภ์ และหลังคลอด โดยเฉพาะในรายที่มีความเสี่ยง -ส่งเสริมหญิงตั้งครรภ์ด้านโภชนาการ เช่นได้รับอาหารครบถ้วน เพียงพอ ไม่หวานมันเค็มจัด ตามหลักโภชนาการ ติดตามการกินยาเม็ดเสริมไอโอดีน เหล็ก และโฟลิก ของหญิงตั้งครรภ์ 	

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๒.ระบบบริการที่มีคุณภาพ

<p>โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก</p>	<p>๑.สนับสนุนให้หน่วยบริการในพื้นที่จัดบริการตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กประชากรกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงและได้รับบริการอย่างเท่าเทียม</p> <p>๒.พัฒนาศักยภาพบุคลากร</p> <p>๓.พัฒนาระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ในภาวะฉุกเฉิน</p>	<p>-หน่วยบริการฯทุกระดับใช้แนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อแนะนำองค์การอนามัยโลกในบริบทประเทศไทยและการคลอดคุณภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> -การคัดกรองและจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่ ANC&LR -ระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงเพื่อการดูแลตามตามแนวทางคัดกรองความเสี่ยงอย่างถูกต้องและทันเวลา โดยการพัฒนากระบวนการสื่อสารและการส่งต่อที่รวดเร็วทั้งการวินิจฉัย การส่งต่อ และการรักษา - ประเมินรับรองมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก - พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ห้องคลอด - พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการคัดกรองและจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่ ANC&LR -การฝึกปฏิบัติเช่นการช่วยฟื้นคืนชีพ การทำคลอดติดไหล่ ทำคลอดทำกัน เป็นต้น 	<p>๑.ร้อยละ ๗๐ ของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก</p> <p>๒.พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการคัดกรองและจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง</p>
---	--	---	--

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒

๑. ระบบบริหารจัดการและขับเคลื่อนการดำเนินงาน

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
<p>๑. Assessment : มีระบบบริหารจัดการข้อมูลและการวิเคราะห์ปัญหา</p>	<p>๑.๑ มีข้อมูลที่สมบูรณ์ในการวิเคราะห์ปัญหาเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่ตรงจุดอย่างแท้จริง</p> <p>๑.๒ มีระบบการจัดเก็บและติดตามข้อมูลตาม KPI และข้อมูลปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ</p> <p>๑.๓ วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาไทย กำหนดประเด็นการดำเนินงานหรือสิ่งที่ต้องปรับปรุงคุณภาพ ประสิทธิภาพ ที่สามารถระบุถึงปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสริมที่ทำให้บรรลุเป้าหมาย พร้อมทั้งนำผลการวิเคราะห์มาพิจารณาในการออกแบบกระบวนการทำงาน</p> <p>๑.๔ มีแผนปฏิบัติการ/แผนการดำเนินงาน/ขั้นตอนการดำเนินงาน (Action plan) ที่สอดคล้องกับปัญหาที่วิเคราะห์ข้างต้นได้</p>	<p>๑. มีระบบการประเมินผลมาตรการและวิเคราะห์เพื่อปรับปรุง มาตรการ - มีการทบทวนสถานการณ์และถอดบทเรียนการดำเนินงาน การพัฒนาปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาในประเด็นที่เกี่ยวข้องการตายมารดา (ประเด็นการดำเนินงานหรือสิ่งที่ต้องปรับปรุงคุณภาพประสิทธิภาพ)</p> <p>- กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผ่าน Best Practice</p> <p>๒. มีแผนการดำเนินงานที่ปรับปรุงให้สอดคล้องเพื่อแก้ปัญหาของ ๕ เดือนแรก</p> <p>- แผนปฏิบัติการ/แผนการดำเนินงาน/ขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดา (Action plan) ที่สอดคล้องกับปัญหาที่วิเคราะห์ข้างต้นได้</p> <p>๓. สืบสวนสาเหตุการตายมารดา รายบุคคลทุกราย</p>	<p>๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนราย</p> <p>๒. ร้อยละ ๒๐ ของการตายมารดาจากสาเหตุตกเลือด ลดลงจากปี ๖๑</p> <p>๓. ร้อยละ ๓๐ ของการตายมารดาจากความดันโลหิตสูง ลดลงจากปี ๖๑</p> <p>๔. ร้อยละการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อมลดลง (ลดลงจากปี ๒๕๖๑) ร้อยละ ๒๐</p> <p>๕. ร้อยละหญิงที่มาฝากครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง</p> <p>๖. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง</p> <p>๗. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงทุกรายไม่ว่าด้วยสาเหตุใดต้องได้รับการจัดการ และส่งต่อเพื่อการดูแลและรักษา</p> <p>๘. ภาวะเสี่ยงที่พบมากที่สุด ๕ อันดับ (จากโรคอายุรกรรม)</p> <p>๙. สืบสวนสาเหตุการตายมารดา รายบุคคลทุกราย</p>
<p>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๒. ระบบบริการที่มีคุณภาพ</p>			
<p>โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก</p>	<p>๑. สนับสนุนให้หน่วยบริการในพื้นที่จัดบริการตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ประชาชนกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงและได้รับบริการอย่างเท่าเทียม</p>	<p>- การคัดกรองและจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่ ANC & LR</p> <p>- ระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงเพื่อการดูแลตามแนวทางคัดกรองความเสี่ยงอย่างถูกต้องและทันเวลา โดยการพัฒนาระบบการสื่อสารและการส่งต่อที่รวดเร็วทั้งการวินิจฉัย การส่งต่อ และการรักษา</p> <p>- ประเมินรับรองมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก</p>	<p>๑. ร้อยละ ๗๐ ของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก</p> <p>๒. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการคัดกรองและจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง</p>

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๓. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และลดปัจจัยเสี่ยง			
พัฒนาระบบสุขภาพแม่และเด็กอย่างยั่งยืน โดยการสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว	<p>๑. สื่อสารความรู้เพื่อสร้างความตระหนักรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว</p> <p>๒. สนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงนวัตกรรมการสื่อสารสองทางเพื่อสร้างกระแสความรู้ด้านสุขภาพ และเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการความเสี่ยงของตนเอง ครอบครัวและชุมชน</p>	<p>- สร้างความตระหนักรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวผ่านกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ และใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก</p> <p>- หน่วยบริการทุกระดับ มีและใช้แผนการสอน ที่กระตุ้นและสร้างแรงบันดาลใจให้พ่อแม่เข้าร่วมกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ ในการสร้างพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด ทราบถึงความผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ทันที โดยการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก</p> <p>- มีการสื่อสารความรู้ผ่านสื่อต่างๆ</p>	<p>๑. มีการประชาสัมพันธ์ สื่อท้องถิ่น สื่อบุคคล</p> <p>๒. พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้และทักษะในการดำเนินงาน</p> <p>๓. ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ สามี หรือญาติเข้าร่วมกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ ให้ความรู้ ผักทักษะ สร้างพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด ทราบถึงความผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ทันที โดยการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก</p>
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ๓. การสร้างภาคีเครือข่าย			
บูรณาการความร่วมมือ	สร้างการมีส่วนร่วมและเสริมพลังภาคีเครือข่ายเพื่อการบูรณาการงานอนามัยแม่และเด็ก ร่วมกับภาคีเครือข่าย	<p>- ใช้กลไก MCH Board ขับเคลื่อนงานเพื่อลดการตายมารดาไทยโดยบูรณาการงานกับ Service Plan และเชื่อมโยงกับ พขอ. อบต อบท เกษตรหรือหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เห็นปัญหาและกำหนดแนวทางการทำงานร่วมกัน</p> <p>- มีการติดตามเยี่ยมเสริมพลัง</p> <p>- สร้างการมีส่วนร่วมและพัฒนาเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน ชุมชน ท้องถิ่น อสม. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ให้มีส่วนร่วมในการ ค้นหา คัดกรองความเสี่ยง ติดตามและดูแลหญิงตั้งครรภ์ และหลังคลอด โดยเฉพาะในรายที่มีความเสี่ยง</p> <p>- สนับสนุนให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในจังหวัดและเชื่อมโยงเครือข่ายการพัฒนา provincial network เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งระดับชุมชน</p>	<p>๑. มีการประชุมสับสวนการตายมารดาในระดับเขต</p> <p>๒. ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง/นิเทศงาน/แผนการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ที่ชัดเจน</p> <p>๓. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในจังหวัดและเชื่อมโยงเครือข่ายการพัฒนา provincial network เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งระดับชุมชน</p>

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<p>๑.มีข้อมูลที่สมบูรณ์ในการวิเคราะห์ปัญหาเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่ตรงจุดอย่างแท้จริง</p> <p>๒.มีระบบการจัดเก็บและติดตามข้อมูลตามKPIและข้อมูลปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ</p> <p>๓.วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาไทย กำหนดประเด็นการดำเนินงานหรือสิ่งที่ต้องปรับปรุงคุณภาพประสิทธิภาพ ที่สามารถระบุถึงปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสริมที่ทำให้บรรลุเป้าหมาย พร้อมทั้งนำผลการวิเคราะห์มาพิจารณาในการออกแบบกระบวนการทำงาน</p> <p>๔.มีแผนปฏิบัติการ/แผนการดำเนินงาน/ขั้นตอนการดำเนินงาน (Action plan) ที่สอดคล้องกับปัญหาที่วิเคราะห์ข้างต้นได้</p> <p>๕.มีมาตรการ ข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อใช้ขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาในพื้นที่</p> <p>๖.ถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติและใช้มาตรการ/ข้อเสนอเชิงนโยบายในการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อป้องกันและลดการตายมารดา</p> <p>๗. การบริหารจัดการเพื่อลดการตายมารดา</p> <p>-การป้องกันการเกิด ๓D : Delay Detection, Delay Decision, Delay Refer</p> <p>-ขับเคลื่อนการดำเนินงาน จัด Zoning ผู้เชี่ยวชาญและการจัดการระบบส่งต่อ</p>	<p>๑.มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก</p> <p>-สนับสนุนให้หน่วยบริการในพื้นที่จัดบริการตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กประชากรกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงและได้รับบริการอย่างเท่าเทียม</p> <p>-เยี่ยมเสริมพลัง/ประเมินและรับรองมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก</p> <p>๒.พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการคัดกรองและจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ANC&LR</p> <p>๓.พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ห้องคลอด</p> <p>๔.พัฒนาห้องคลอดคุณภาพและระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ในภาวะฉุกเฉิน</p> <p>๕.ร้อยละ ๒๐ ของการตายมารดาจากสาเหตุตกเลือด ลดลงจากปี๖๑</p> <p>๖.ร้อยละ ๓๐ ของการตายมารดาจากความดันโลหิตสูง ลดลงจากปี๖๑</p> <p>๗.ร้อยละการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อมลดลง (ลดลงจากปี ๒๕๖๑) ร้อยละ ๒๐</p> <p>๘.ร้อยละหญิงที่มาฝากครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง</p> <p>๙.ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง</p> <p>๑๐.ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงทุกรายไม่ว่าด้วยสาเหตุใดต้องได้รับการจัดการ และส่งต่อเพื่อการ</p>	<p>๑. มีระบบการประเมินผลมาตรการและวิเคราะห์เพื่อปรับปรุง มาตรการ</p> <p>-มีการทบทวนสถานการณ์และถอดบทเรียนการดำเนินงานการพัฒนาปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการตายมารดา (ประเด็นการดำเนินงานหรือสิ่งที่ต้องปรับปรุงคุณภาพ ประสิทธิภาพ)</p> <p>-กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผ่าน Best Practice</p> <p>๒.มีแผนการดำเนินงานที่ปรับปรุงให้สอดคล้องเพื่อแก้ปัญหาของ ๕ เดือนแรก (Action plan ที่สอดคล้องกับปัญหา)</p> <p>๓.ประชา สัมพันธ์ สื่อท้องถิ่น สื่อบุคคล เน้นเรื่องฝากท้องเร็ว โภชนาการ ภาวะเสี่ยงฯ</p> <p>โครงการเก๋าย่างเพื่อสร้างลูก (Early Moment Matters on Mobile)</p> <p>๔. พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มีองค์ความรู้และ ทักษะในการดำเนินงาน</p> <p>๕. ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ สามี หรือญาติ เข้าร่วมกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ ให้ความรู้ ฝึกทักษะ สร้างพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองขณะ</p>	<p>๑.อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีวิตแสนราย</p> <p>๒.ร้อยละ ๒๐ ของการตายมารดาจากสาเหตุตกเลือด ลดลงจากปี ๖๑</p> <p>๓.ร้อยละ๓๐ ของการตายมารดาจากความดันโลหิตสูง ลดลงจากปี๖๑</p> <p>๔.ร้อยละการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อมลดลง (ลดลงจากปี ๒๕๖๑) ร้อยละ ๒๐</p> <p>๕. ร้อยละหญิงที่มาฝากครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง</p> <p>๖.ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง</p> <p>๗.ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงทุกรายไม่ว่าด้วยสาเหตุใดต้องได้รับการจัดการ และส่งต่อเพื่อการดูแลและรักษา</p> <p>๘.ภาวะเสี่ยงที่พบมากที่สุด ๕ อันดับ(จากโรคอายุรกรรม)</p> <p>๙.ร้อยละ ๗๐ ของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก</p> <p>-อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีวิตแสนราย</p> <p>๑๐. สืบสวนสาเหตุการตายมารดารายบุคคล</p>

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<p>ช่วยเหลือมารดาเสี่ยง</p> <ul style="list-style-type: none"> -มีStanding Order -มีคู่มือ/แนวทางในการป้องกันการตายมารดาจากการตกเลือดและความดันโลหิตสูง -ประชุม MCH board อย่างน้อย ๓ เดือนครั้ง /ประชุม MCH conference เป็นต้น -ใช้ข้อมูลเฝ้าระวัง ชี้ประเด็นปัญหา ชี้แนะ ชี้แนะ เพื่อให้เกิดการพัฒนาร่วมกันในการ -ระบบค้นหา คัดกรองและจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่ ANC&LR -ระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงเพื่อการดูแลตามตามแนวทางคัดกรองความเสี่ยงอย่างถูกต้องและทันเวลาโดยการพัฒนาระบบการสื่อสารและการส่งต่อที่รวดเร็วทั้งการวินิจฉัย การส่งต่อ และการรักษา -ส่งเสริมหญิงตั้งครรภ์ด้านโภชนาการ เช่นได้รับอาหารครบถ้วน เพียงพอ ไม่หวาน มันเค็มจัด ตามหลัก โภชนาการ ติดตามการกินยาเม็ดเสริมไอโอดีน เหล็ก และโฟลิก ของหญิงตั้งครรภ์ - อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน ๒๐ต่อการเกิดมีชีพแสนราย 	<p>ดูแลและรักษา</p> <ul style="list-style-type: none"> ๑๑.ภาวะเสี่ยงที่พบมากที่สุด ๕ อันดับ(จากโรคอายุรกรรม) -อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน ๒๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนราย ๑๒. สืบสวนสาเหตุการตายมารดารายบุคคลทุกราย 	<p>ตั้งครรภ์และหลังคลอด</p> <p>ทราบถึงความผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ทันที</p> <p>โดยการ ใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก</p> <ul style="list-style-type: none"> ๖.ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง/นิเทศงาน ดังนี้ -การประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก -ระบบค้นหา คัดกรองและจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่ ANC&LR -ระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงเพื่อการดูแล ๗.แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในจังหวัดและเชื่อมโยงเครือข่ายการพัฒนา provincial network เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งระดับชุมชน -อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน ๑๗ต่อการเกิดมีชีพแสนราย 	<p>ทุกราย</p>

แหล่งข้อมูล

ตัวชี้วัด (หลัก/ย่อย)	ระบบ/วิธีการรายงาน/เครื่องมือ	หน่วยงาน/URL
๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่ เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนราย	๑. โรงพยาบาลที่เกิดกรณีแม่ตาย รายงาน สสจ.ภายใน ๒๔ ชั่วโมง	๑.หน่วยบริการสาธารณสุขทุก ระดับ
๒. ร้อยละ ๒๐ ของการตายมารดา จากสาเหตุตกเลือด ลดลงจากปี ๖๑	สสจ.รายงานศูนย์อนามัยภายใน ๗ วัน	๒.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๓.ศูนย์อนามัย
๓. ร้อยละ๓๐ ของการตายมารดาจาก ความดันโลหิตสูง ลดลงจากปี๖๑	๒. รายงานสืบสวนการตาย (CE) จาก สสจ.ไปยังศูนย์อนามัยและ กรมอนามัยภายใน ๓๐ วัน	
๔. ร้อยละการตายมารดาจากสาเหตุ ทางอ้อมลดลง (ลดลงจากปี ๒๕๖๑) ร้อยละ ๒๐	๓. รายงานผลการ Conference maternal death case	
๕. ร้อยละหญิงที่มาฝากครรภ์ที่ได้รับ การคัดกรองความเสี่ยง	๑.แบบคัดกรองความเสี่ยงของพื้นที่ หรือแบบคัดกรองความเสี่ยง ๒๑ ข้อ สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก	๑.หน่วยบริการสาธารณสุขทุก ระดับ
๖. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง		๒.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
๗. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง ทุกรายไม่ว่าด้วยสาเหตุใดต้อง ได้รับการจัดการ และส่งต่อ เพื่อการดูแลและรักษา	๒.สถานบริการบันทึกข้อมูลการคัด กรองความเสี่ยง	๓.ศูนย์อนามัย
๘. ภาวะเสี่ยงที่พบมากที่สุด ๕ อันดับ (จากโรคอายุรกรรม)	๓.หน่วยบริการสาธารณสุขทุก ระดับทำการคัดกรองและจัดการ ความเสี่ยงเพื่อกาส่งต่อและดูแล ต่อเนื่องและรายงานผลแก่ สสจ. ๔.สสจ. รายงานการคัดกรองและ จัดการความเสี่ยงเพื่อกาส่งต่อและ ดูแลต่อเนื่องแก่ คอ ๕.คอ. รายงานการคัดกรองและ จัดการความเสี่ยงเพื่อกาส่งต่อและ ดูแลต่อเนื่องแก่ กรมอนามัย	
๙. ร้อยละ ๗๐ ของโรงพยาบาลผ่าน มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก	๑.หน่วยบริการสาธารณสุขทุก ระดับพัฒนาคุณภาพระบบบริการ ให้เป็นไปตามมาตรฐานงานอนามัย แม่และเด็กคุณภาพ (Safe Mother hood and Baby Friendly hospital) ๒.หน่วยบริการสาธารณสุขทุก ระดับ (รพช รพท รพศ) ประเมิน ตนเองผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่	๑.การพัฒนาคุณภาพระบบ บริการตามมาตรฐานงาน อนามัยแม่และเด็ก : หน่วย บริการสาธารณสุขทุกระดับ ๒.การประเมินตนเองหน่วย บริการสาธารณสุขทุกระดับ (รพช รพท รพศ) ๓.ประเมินและรับรองมาตรฐาน งานอนามัยแม่และเด็ก : สสจ/

	และเด็กออนไลน์ ๓.สสจ/ศอ ประเมินและรับรอง มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก	ศอ
--	---	----

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

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

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

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

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คกต. แต่ละคณะ

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562
(Inspection Guideline)

คณะที่ 1 : การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ

หัวข้อ 1 .การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

ตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน มีตัวชี้วัดย่อย 4 ตัวชี้วัด

- ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ
- ร้อยละ 20 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า
- ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม
- ร้อยละ 60 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I
- ร้อยละ 54 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน

คำนิยาม

เด็กอายุ 0 - 5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน

การคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type3 : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)

พัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM)และ ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (1B262 : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)

พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2

พัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน(1B260)

เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กปฐมวัยทุกช่วงอายุที่ประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ครั้งที่ 1 แล้วพบว่าต้องส่งต่อ และเด็กอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน ที่มาประเมินซ้ำ ด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย: DSPM ครั้งที่ 2 แล้วยังพบมีพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้านขึ้นไป

ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ หมายถึง เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้า ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและ/ หรือประเมินพัฒนาการ พร้อมทั้งกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I)

สูงดี หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูง หรือสูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ

สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่าอยู่ในช่วง +1.5 SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง

สูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียว)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีเชิงปริมาณ)

1. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ

$$= \frac{\square}{\square} \times \square\square\square$$
2. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า

$$= \frac{\square+\square}{\square} \times \square\square\square$$
3. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม

$$= \frac{\square}{\square} \times \square\square\square$$
4. ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I

$$= \frac{\square}{\square} \times \square\square\square$$
5. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย

$$= \frac{\square}{\square} \times \square\square\square$$
6. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน

$$= \frac{\square}{\square} \times \square\square\square$$

รายการข้อมูล

A = เด็กไทยอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)

B = จำนวนเด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรอง พัฒนาการจริง ในช่วงเวลาที่กำหนด

C = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า(ตรวจครั้งแรก) ที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261)

D = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า(ตรวจครั้งแรก)

ส่งต่อทันที(1B262 : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)

E = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า(ตรวจครั้งแรก)ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรอง พัฒนาการครั้งที่ 2

F = จำนวนเด็ก 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรอง พัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน(1B260)

G = เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าทั้งหมด

H = จำนวนเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้า แล้วได้รับการกระตุ้น พัฒนาการด้วย TEDA4I

I = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน

J = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

1. ร้อยละการคัดกรองพัฒนาการ (ความครอบคลุม) ร้อยละ 90 : ยังต่ำกว่าเป้าหมาย ควรเน้นความครอบคลุมในเด็กกลุ่มเสี่ยงทั้งด้านสุขภาพและสังคม

2. ร้อยละของสงสัยล่าช้า ร้อยละ 20 : ยังต่ำกว่าเป้าหมาย ควรเน้นการสร้างสมรรถนะ/ศักยภาพ และเสริมกำลังใจของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ

3. ร้อยละของการติดตาม ร้อยละ 90 : ยังต่ำกว่าเป้าหมาย ควรเน้นการติดตามให้ครอบคลุมเด็ก สงสัยล่าช้าทุกคน

4. เด็กล่าช้าได้รับการ กระตุ้นด้วย TEDA 4I : ควรเน้น พัฒนาศักยภาพบุคลากร สธ./การใช้คู่มือฯ/ การสื่อสารกับผู้ปกครอง/การบันทึกข้อมูลในระบบ HDC

5. เด็กสูงดีสมส่วน : ควรเน้น ส่งเสริมอาหารตามวัย นอนอย่างมีคุณภาพ กิจกรรมทางกาย/การเล่น สุขภาพช่องปาก ความครอบคลุมการชั่งน้ำหนักส่วนสูง เครื่องมือ/วิธีการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงได้มาตรฐาน

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
รอบที่ 1			
<p>ร้อยละการ คัดกรอง ร้อยละ 90</p> <p>ร้อยละของ พัฒนาการ สงสัยล่าช้า ร้อยละ 20</p> <p>ร้อยละของ การกระตุ้น ติดตาม ร้อยละ 90</p> <p>สูงที่สุดส่วน</p>	<p>1.ขับเคลื่อนโดยกลไกในพื้นที่</p> <ul style="list-style-type: none"> - อนุกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยจังหวัด - MCH Board ผ่าน Child Project Manager <p>2.ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผลักดันการขับเคลื่อน พรบ. นมผง - ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่/จัดตั้งคลินิกนมแม่ในสถานบริการ สธ. - ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เชิงรุก โดย อสม. แม่และเด็ก - สนับสนุนการจัดตั้งมุนนมแม่ในสถานประกอบการ <p>3. ขับเคลื่อนนโยบาย มหัตถจรย์ 1,000 วัน</p> <p>4.สร้างความรอบรู้ด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยแก่ครอบครัว</p> <ul style="list-style-type: none"> - หน่วยบริการ สธ. ให้ความรู้ จัดกิจกรรม ส่งเสริมพัฒนาการเด็กฯ - พัฒนาสื่อองค์ความรู้ด้านพัฒนาการเด็กตามบริบทของพื้นที่ 	<ul style="list-style-type: none"> - สรุปรายงานการประชุม - แผนงาน/โครงการของคณะอนุกรรมการ - ติดตามระบบเฝ้าระวังและรายงานการระเมิด พรบ. นมผง - ติดตามตัวชี้วัดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า 6 เดือน ในระบบHDC - ส่งเสริมอาหารตามวัย การนอน กิจกรรมทางกาย/การเล่น การแปร่งฟัน ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ทารก และเด็กเล็ก - ความครอบคลุมการชั่งน้ำหนักส่วนสูง - เครื่องมือ/วิธีการชั่งน้ำหนัก - วัดส่วนสูงได้มาตรฐาน - เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานและส่งคืนข้อมูลแก่พื้นที่ 	<ul style="list-style-type: none"> - เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 90 - เด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า ร้อยละ 20 - เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม ร้อยละ 90 - เด็กอายุ 0-5 ปี สูง ต่ำสมส่วนร้อยละ 54
<p>ร้อยละ 40 ของเด็ก พัฒนาการ ล่าช้าได้รับ</p>	<p>1. สื่อสาร นโยบาย ความสำคัญและแนวทางการดำเนินงาน</p> <p>2. ทบทวน/ปรับปรุงพัฒนาระบบการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าและระบบการ</p>	<p>1. ติดตาม ส่งเสริม ผลักดันการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขให้มีความรู้ทักษะที่เพียงพอต่อการประเมินเพื่อ</p>	<p>1.บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้และทักษะที่เพียงพอต่อการประเมินเพื่อกระตุ้น</p>

<p>การกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I</p>	<p>ติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่</p> <p>3. พัฒนาบุคลากรสาธารณสุขให้มีความรู้และทักษะในการใช้คู่มือ TEDA4 I/ ทักษะการสื่อสารกับผู้ปกครอง/ การบันทึกข้อมูลในระบบ HDC</p> <p>4. สนับสนุนสื่อ/เทคโนโลยี</p>	<p>กระตุ้นพัฒนาการโดยใช้คู่มือ TEDA4I</p> <p>2. ระบบการติดตามกระตุ้นเด็กพัฒนาการล่าช้า</p> <p>3. การบันทึกข้อมูลในระบบ HDC และข้อมูลเด็กพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I</p>	<p>พัฒนาการโดยใช้คู่มือ TEDA4I</p> <p>2. ระบบการติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้า</p>
<p>รอบที่ 2</p>			
<p>ร้อยละการคัดกรอง ร้อยละ 90 ร้อยละของพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 20 ร้อยละของการกระตุ้นติดตาม ร้อยละ 90 สูงดีสมส่วน</p>	<p>1.ขับเคลื่อนโดยกลไกในพื้นที่</p> <ul style="list-style-type: none"> - อนุกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยจังหวัด - MCH Board ผ่าน Child Project Manager <p>2.ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผลักดันการขับเคลื่อน พรบ. นมผง - ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่/ จัดตั้งคลินิกนมแม่ในสถานบริการ สธ. - รณรงค์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ - ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เชิงรุก โดย อสม. แม่และเด็ก - สนับสนุนการจัดตั้งมุนนมแม่ในสถานประกอบการ <p>3. ขับเคลื่อนนโยบาย มหัทศจรย์ 1,000 วัน</p> <p>4.สร้างความรอบรู้ด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยแก่ครอบครัว</p>	<ul style="list-style-type: none"> - สรุปรายงานการประชุม - แผนงาน/โครงการของ คณะอนุกรรมการ - ติดตามระบบเฝ้าระวังและรายงานการระเมิด พรบ. นมผง - ติดตามตัวชี้วัดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า 6 เดือน ในระบบ HDC - ส่งเสริมอาหารตามวัย การนอน กิจกรรมทางกาย/การเล่น การแปร่งฟัน ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ทารก และเด็กเล็ก - ความครอบคลุมการชั่งน้ำหนัก ส่วนสูง - เครื่องมือ/วิธีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงได้มาตรฐาน - เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงาน และส่งคืนข้อมูลแก่พื้นที่ 	<ul style="list-style-type: none"> - เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 90 - เด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า ร้อยละ 20 - เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม ร้อยละ 90 - เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 54

	- หน่วยบริการ สธ. ให้ความรู้ จัดกิจกรรม ส่งเสริมพัฒนาการเด็กฯ - พัฒนาสื่อองค์ความรู้ด้านพัฒนาการเด็กตามบริบทของพื้นที่		
ร้อยละ 60 ของเด็ก พัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I	พัฒนาระบบติดตาม และกระตุ้นเด็ก พัฒนาการล่าช้าด้วยTEDA4I อย่างต่อเนื่อง	1. ระบบการติดตามกระตุ้นเด็ก พัฒนาการล่าช้า 2. ข้อมูลเด็กพัฒนาการล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I 3. เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงาน และส่งคืนข้อมูลแก่พื้นที่	เด็กปฐมวัยที่ได้รับการ คัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
เขตสุขภาพ/สสจ./รพศ./รพท.			
1. บุคลากรสาธารณสุขได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ ทักษะการประเมินคัดกรองพัฒนาการเด็กโดยเครื่องมือ DSPM และกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าด้วยคู่มือ TEDA4I รวมทั้งทักษะการสื่อสารกับผู้ปกครอง 2. เครือข่ายหน่วยงานในระดับพื้นที่ร่วมมือดำเนินการเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมโภชนาการและพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างเป็นรูปธรรม	1. บุคลากรสาธารณสุข ครู พี่เลี้ยง สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ องค์ความรู้ และแนวทางปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ใช้คู่มือ DSPM มากขึ้น 2. ร้อยละ 40 ของเด็ก พัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I 3. เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการ คัดกรองกระตุ้น ติดตามพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี	1. รณรงค์การคัดกรอง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย 2. ร้อยละ 50 ของเด็ก พัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I 3. ตรวจสอบการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560	1. ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน 1.1 ร้อยละ 90 เด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ 1.2 ร้อยละ 20 ของเด็กที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า 1.3. ร้อยละ 90 ของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการติดตาม/ส่งต่อ 1.4 ร้อยละ 60 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับ

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
<p>3. มีระบบเฝ้าระวังการละเมิดพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับเด็กเล็ก พ.ศ. 2580 ในระดับจังหวัดและระดับเขต</p> <p>4. มีนโยบาย/มาตรการ/แผนการส่งเสริมเด็กสูงวัย</p>	<p>4. มีระบบเฝ้าระวังการละเมิดพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ในระดับจังหวัดและระดับเขต</p> <p>5. ขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต อย่างน้อยร้อยละ 50 ของอำเภอ</p>	<p>4. อัตราการกินนมแม่ของทารกแรกเกิดถึงต่ำกว่า 6 เดือน</p> <p>5. สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีการประเมินตนเองตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ</p> <p>6. ขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต อย่างน้อยร้อยละ 70 ของอำเภอ</p>	<p>การกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I</p> <p>1.5 ร้อยละ 54 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน</p> <p>2. รณรงค์การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่</p> <p>3. ขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต อย่างน้อยร้อยละ 90 ของอำเภอ</p>

หน่วยงานที่รับผิดชอบ :

กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ สำนักโภชนาการ

กรมสุขภาพจิต สถาบันราชานุกูล

ผู้ประสานงานตัวชี้วัดรับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นายแพทย์ธีรชัย บุญยะสิทธิ์	ตำแหน่ง : รองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย	Tel. 02 – 588 3088 ต่อ 3124 mail : teerboon@hotmail.com	-ความครอบคลุม -พบส่งสัยล่าช้า - ติดตามเด็กสงสัยล่าช้า
แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทรัพย์	ตำแหน่ง. นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต	Tel. 02-248 8900 ต่อ 70390 mail : janarpar@gmail.com	-เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I
นางณัฐวรรณ เขาวนลิติกุล	ตำแหน่ง: รก.นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ(ด้านโภชนาการ) สำนักโภชนาการ กรมอนามัย	Tel 0 2590 4327 Email : nutwan65@gmail.com	- เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพบ์	ตำแหน่ง. นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต	Tel. 02-248 8900 ต่อ 70390 mail : janarpar@gmail.com	-เด็กพัฒนาการ ล่าช้าได้รับการ กระตุ้น พัฒนาการด้วย TEDA4I
นางประภาพรณี จังพานิช	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ การพิเศษ สำนักส่งเสริมสุขภาพ	Tel. 02 590 4433 Tel. 087 077 1130 mail : paporn11@gmail.com	-ความครอบคลุม -พบส่งสัยล่าช้า - ติดตามเด็ก ส่งสัยล่าช้า
นางกิติมา พัวพัฒนกุล	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ	Tel. 02 590 4405 mail : puapat@yahoo.com	
นายสุพจน์ รื่นเรืองกลิ่น	ตำแหน่ง: นักโภชนาการชำนาญการ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย	Tel 0 2590 4327 Email : supot.r@anamai.mail.go.th	- เด็กอายุ 0-5 ปี สูงตีสมีส่วน

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คกต. แต่ละคณะ

Template ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I

หน่วยงาน สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต

ตัวชี้วัด.....ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I					ค่าเป้าหมายปี 62	
					ร้อยละ 60	
<p>สถานการณ์ ปี 2561 มีเด็กพัฒนาการล่าช้าจาก DSPM ครั้งที่ 1 ส่งต่อ และDSPM 2 ในเขตสุขภาพที่ 1-12 จำนวน 10,997 คน ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ 3,488 คนคิดเป็นร้อยละ 31.72 กลับมามีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 69.10 (แหล่งที่มา : HDC 15 สิงหาคม 2561) ส่วนเขต 13 มีเด็กพัฒนาการล่าช้าจำนวน 1,245 คน ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ 724 คนคิดเป็นร้อยละ 58.15 กลับมาสมวัยร้อยละ 56..30 (สำนักอนามัยกทม. สิงหาคม 2561)</p>						
มาตรการ	แนวทาง/กิจกรรม	ส่วนกลาง	เขต	จังหวัด	ระยะเวลา	งบประมาณ
พัฒนาทั่วโลก และระบบการกระตุ้นพัฒนาการโดยใช้คู่มือ TEDA4I	1.พัฒนาบุคลากรสาธารณสุขให้มีความรู้ ทักษะที่เพียงพอต่อการประเมินเพื่อกระตุ้นพัฒนาการโดยใช้คู่มือ TEDA4I		✓	✓	ปีละ 1 ครั้ง	
	2.พัฒนาระบบติดตาม และกระตุ้นเด็กพัฒนาการล่าช้าด้วย TEDA4I อย่างต่อเนื่อง		✓	✓	ตลอดปี	
	3.เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานตามแผนฯ และส่งคืนข้อมูลแก่พื้นที่	✓	✓	✓	ปีละ 1 ครั้ง	

Small success	ไตรมาส 1 (3 เดือน)	ไตรมาส 2 (6 เดือน)	ไตรมาส 3 (9 เดือน)	ไตรมาส 4 (12 เดือน)
	บุคลากรสาธารณสุข ได้รับการพัฒนา ศักยภาพให้มีความรู้ ทักษะการประเมินและกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าด้วยคู่มือ TEDA4I รวมทั้งทักษะการสื่อสารกับผู้ปกครอง	ร้อยละ 40 ของ เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I	ร้อยละ 50 ของ เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I	ร้อยละ 60 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I
ผู้รับผิดชอบ	ผู้ประสานงานกรมสุขภาพจิต แพทย์หญิงจันทร์อาภา สุขทัพพ์ เบอร์ติดต่อ 02-2488900 ต่อ 70390			

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒
(Inspection Guideline)

คณะที่ ๑ : GREEN & CLEAN Hospital

หัวข้อ ๓. GREEN & CLEAN Hospital

ตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital

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

ระดับพื้นฐาน	
ขั้นตอนที่ ๑ การสร้างกระบวนการพัฒนา	
๑. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN&CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคน ในองค์กร	
ขั้นตอนที่ ๒ จัดกิจกรรม GREEN	
G: GARBAGE	๒. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕
	๓. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอันตราย มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ
R: RESTROOM	๔ มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ที่อาคารผู้ป่วยนอก
E: ENERGY	๕. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร
E: ENVIRONMENT	๖. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ
	๗. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ
N: NUTRITION	๘. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของ กรมอนามัย ในระดับดีมาก
	๙. ร้อยละ ๑๐๐ ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของ กรมอนามัย
	๑๐. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

ระดับดี	
	๑๑. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ
	๑๒. มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD)
ระดับดีมาก	
	๑๓. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน
	๑๔. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community
ระดับดีมาก Plus	
	๑๕. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่
	๑๖. โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานการจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

รายการข้อมูล

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

สูตรคำนวณ

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

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ ๑			
<p>โรงพยาบาลมีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามกฎหมาย มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง และมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชนและเจ้าหน้าที่</p>	<p>๑. โรงพยาบาลทุกแห่งประเมินตนเอง และวางแผนการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลตามเกณฑ์ ฯ รวมทั้งมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีทักษะในด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อขับเคลื่อนงานอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง</p> <p>๒. เขตสุขภาพมีการจัดทำฐานข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลโรงพยาบาลในพื้นที่ เพื่อวางแผนสนับสนุนการพัฒนายกระดับ และการประเมิน (Re-accreditation)</p> <p>๓. มีการบูรณาการความร่วมมือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อร่วมขับเคลื่อนการพัฒนาโรงพยาบาล ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital</p> <p>๔. มีการตรวจประเมินและสนับสนุนการพัฒนา GREEN&CLEAN Hospital ให้เป็นไปตาม Small Success</p>	<p>๑. มีรายงานผลการประเมินตนเอง และแผนการพัฒนาโรงพยาบาล/บุคลากร</p> <p>๒. มีฐานข้อมูล และการวิเคราะห์สถานการณ์การพัฒนาของรพ.สังกัด สส. ในพื้นที่ มีแผนสนับสนุนการพัฒนา และการประเมิน (Re-accreditation)</p> <p>๓. มีการบูรณาการความร่วมมือในพื้นที่เพื่อร่วมขับเคลื่อนการพัฒนาโรงพยาบาล</p> <p>๔. มีการตรวจประเมิน Re-accreditation และการประเมินเพื่อยกระดับการพัฒนา มีการพัฒนา GREEN&CLEAN Hospital เป็นไปตาม Small Success</p>	<p>๑. โรงพยาบาล มีการทบทวนผลการดำเนินงาน เพื่อประกันคุณภาพในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีทีมงานที่มีความรู้ทักษะ</p> <p>๒. มีการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาโรงพยาบาลในภาพรวมอย่างบูรณาการและมีประสิทธิภาพ โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูล ปัญหา และนำไปจัดทำแผนการขับเคลื่อนสนับสนุน และกำกับติดตาม</p> <p>๓. มีการบูรณาการเพื่อร่วมขับเคลื่อนการพัฒนา GREEN&CLEAN Hospital เชิงคุณภาพ และเป็นไปตาม Small Success</p>

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ ๒			
โรงพยาบาลมีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามกฎหมาย มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง และมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชนและเจ้าหน้าที่	<p>๑. มีการทบทวน วิเคราะห์ ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยความสำเร็จ ในระยะที่ผ่านมา และจัดทำแผนพัฒนาให้เหมาะสมกับสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง</p> <p>๒. มีการบูรณาการความร่วมมือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อร่วมขับเคลื่อนการพัฒนาโรงพยาบาล ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital</p> <p>๓. มีการตรวจประเมิน การเยี่ยมเสริมพลัง แลกเปลี่ยนเรียนรู้เชิงคุณภาพ และสนับสนุนการพัฒนา GREEN&CLEAN Hospital ให้เป็นไปตาม Small Success</p>	<p>๑. มีการวิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานที่ผ่านมา และปรับแผนการดำเนินงาน เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์</p> <p>๒. มีการบูรณาการความร่วมมือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อร่วมขับเคลื่อน และสนับสนุนการพัฒนาโรงพยาบาล</p> <p>๓. มีการตรวจประเมิน และสนับสนุนการพัฒนา โรงพยาบาล GREEN&CLEAN Hospital เป็นไปตาม Small Success</p>	๑.โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้นแบบในการจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชน และเจ้าหน้าที่สามารถเป็นแบบอย่างให้แก่ประชาชน และ setting อื่นๆ

แหล่งข้อมูล

ตัวชี้วัด (หลัก/ย่อย)	ระบบ/วิธีการรายงาน/เครื่องมือ	หน่วยงาน/URL
ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (DOH Dashboard)	สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย http://dashboard.anamai.moph.go.th/

Small Success

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

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมอนามัย สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

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

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

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

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ กกต. แต่ละคณะ

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒

(Inspection Guideline)

คณะที่ ๑ : การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ

หัวข้อ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ

ตัวชี้วัด : (ตัวชี้วัดภายใต้หัวข้อ)

ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์

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

๑. มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุ ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว
๒. มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ
๓. มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ
๔. มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ
๕. มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล
๖. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan)
๗. มีคณะกรรมการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนหรือคณะกรรมการกองทุนตำบล

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

A = จำนวนตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์

B = จำนวนตำบลทั้งหมดในประเทศไทย

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑ ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๖๐			
ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๖๐	<ol style="list-style-type: none">๑. ใช้กลไกคณะกรรมการร่วม สธ และ สปสช. “ คณะกรรมการขับเคลื่อน LTC ” ในส่วนกลาง และคณะกรรมการ ดำเนินงานในระดับพื้นที่ กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และกลไกชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ๒. ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์โดยใช้สมุดบันทึกสุขภาพ ผู้สูงอายุ และคู่มือดูแล	<ol style="list-style-type: none">๑. พื้นที่ประเมินตนเองตามองค์ประกอบ จังหวัดประเมินพื้นที่รายงานให้ศูนย์อนามัยเขต รายไตรมาส๒. ศูนย์อนามัยเขตสุ่มประเมิน และรายงานให้ส่วนกลาง รอบ๓, ๖, ๙ และ ๑๒ เดือน	<ol style="list-style-type: none">๑. ผู้สูงอายุเข้าถึงหรือใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ไม่น้อยกว่า ๒๐๐,๐๐๐ คน๒. มีนวัตกรรมและเทคโนโลยีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวที่สามารถพัฒนาเป็นต้นแบบในการให้บริการเขตสุขภาพละ ๑ เรื่อง รวม ๑๓ เรื่อง๓. มีตำบลที่มีระบบ

	<p>ผู้สูงอายุ “ ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”</p> <p>๓. สร้างสื่อสาธารณะที่เข้าถึงง่าย ร่วมกับเครือข่าย เพื่อสังคมไทย เป็นสังคมแห่งความกตัญญูรู้คุณผู้สูงอายุ</p> <p>๔. พัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) โดยใช้หลักการ ๓ S (Thai Active Aging : Strong , Social and Security) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร Care manager Caregiver</p>	<p>การส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (ตำบล Long Term Care) ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๗๐</p> <p>๔. ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ ๕๐</p> <p>๕. มีระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบล Long Term Care</p>
--	--	--

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒ ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๗๐

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70

แหล่งข้อมูล

ตัวชี้วัด (หลัก/ย่อย)	ระบบ/วิธีการรายงาน/เครื่องมือ	หน่วยงาน/URL
<p>๑. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์</p>	<p>วิธีจัดเก็บข้อมูล</p> <ul style="list-style-type: none"> - พื้นที่/จังหวัด รายงานทาง E-mail หรือ ส่งข้อมูลผ่านศูนย์อนามัยเขต - ศูนย์อนามัยที่ 1-13 รายงานตามระบบเข้าส่วนกลาง ตามระบบรายงานโปรแกรม Long Term Care ประจำเดือน ส่วนกลางส่งข้อมูลเข้าระบบฐานข้อมูล DoH Dashboard ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข <p>แหล่งข้อมูล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ฐานข้อมูลระบบรายงาน โปรแกรม Long Term Care ประจำเดือน 	<p>กรมอนามัย สำนักอนามัยผู้สูงอายุ</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - ฐานข้อมูลระบบ DoH Dashboard ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข - ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เรื่องของการคัดกรอง ADL ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 	
--	---	--

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมอนามัย สำนักงานอนามัยผู้สูงอายุ.

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นายแพทย์กิตติ ลาภสมบัติศิริ	ตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ สำนักงานอนามัยผู้สูงอายุ	Tel. ๐๒ - ๕๙๐๔๕๐๓ Mobile ๐๘๑ - ๖๘๒๙๖๖๘ e-mail : kitti.l@anamai.mail.go.th	ตรวจราชการ
นางวิมล บ้านพวน	ตำแหน่ง.นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานอนามัยผู้สูงอายุ	Tel. ๐๒ ๕๙๐๔๕๐๓ Mobile ๐๙๗ - ๒๔๑๙๗๒๙ e-mail : Vimol.@anamai.mail.go.th	ตรวจราชการ

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นางรัชณี บุญเรืองศรี	ตำแหน่ง นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ สำนักงานอนามัยผู้สูงอายุ	Tel. ๐๒ - ๕๙๐๔๕๐๘ Mobile ๐๙๙-๖๑๖๕๓๙๖ e-mail : rachanee.brs@gmail.com	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดและรายงานผลการดำเนินงาน
นางอรวรรณี อนันตรสุชาติ	ตำแหน่ง.นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักงานอนามัยผู้สูงอายุ	Tel. ๐๒ - ๕๙๐๔๕๐๓ Mobile ๐๘๑ - ๔๕๔๓๕๖๓ e-mail : orawanee.a.@anamai.mail.go.th	รายงานผลการดำเนินงาน

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจขอส่ง คกด. แต่ละคณะ

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒
(Inspection Guideline)

คณะที่ ๑ : การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

หัวข้อ
ตัวชี้วัด : (ตัวชี้วัดภายใต้หัวข้อ)อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี.....

คำนิยาม จำนวนการคลอดบุตรมีชีพิตของหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลการคลอดของหญิง อายุ 15 – 19 ปี จากข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นำมาปรับกับค่าสัดส่วนระหว่างข้อมูลอัตราการคลอดมีชีพจากฐานทะเบียนราษฎรปีที่ผ่านมาและข้อมูลอัตราการคลอดในระบบ HDC ในปีที่ผ่านมา เพื่อให้ได้อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี (HDC adjusted) สำหรับใช้ในการรายงานผลงาน

แหล่งข้อมูล 1 ฐานข้อมูลการเกิดมีชีพจากทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

แหล่งข้อมูล 2 ฐานข้อมูล HDC ข้อมูลตัวชี้วัดการเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รายการข้อมูล 1 a = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ 15 – 19 ปี (จากแฟ้ม Labor)

ดูข้อมูลจากจำนวนเด็กเกิดมีชีพ (LBORN)

รายการข้อมูล 2 b = จำนวนหญิงอายุ 15 – 19 ปี ทั้งหมด ในเขตรับผิดชอบ

(ประชากรจากการสำรวจ Type Area=1,3)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากระบบ HDC = (a/b) X 1,000

รายการข้อมูล 3 (adjusted) A: ค่า adjusted = อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากฐานทะเบียนราษฎร ปีที่ผ่านมา/อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากฐานข้อมูล HDC ปีที่ผ่านมา

B: อัตราการคลอดจากระบบ HDC (ทำเป็นอัตราคงที่ของทั้งปี)

ไตรมาสที่ 1 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 1 ปี 2562 X 4

ไตรมาสที่ 2 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 2 ปี 2562 X 4/2

ไตรมาสที่ 3 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 3 ปี 2562 X 4/3

ไตรมาสที่ 4 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 4

สูตรคำนวณตัวชี้วัด 2 AXB

ระยะเวลาประเมินผล รอบที่ 1: 5 เดือนแรก (ตุลาคม 2561–กุมภาพันธ์ 2562)

= ใช้ข้อมูลอัตราการคลอดจากระบบ HDC สิ้นสุดไตรมาสที่ 1 (HDC adjusted)

รอบที่ 2 : 5 เดือนหลัง (มีนาคม 2562–กรกฎาคม 2562)

= ใช้ข้อมูลอัตราการคลอดจากระบบ HDC สิ้นสุดไตรมาสที่ 3 (HDC adjusted)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

1. การผลักดันและสนับสนุนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับเขตและระดับจังหวัดของคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร และภาคีเครือข่ายต่างๆ ในพื้นที่

2. การส่งเสริมสนับสนุนการขับเคลื่อนบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services : YFHS) อำเภอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
๓. การลดปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี โดยการส่งเสริมการให้คำปรึกษาหลังคลอด หลังแท้ง และการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดอย่างทั่วถึง

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
<p>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การผลักดันและสนับสนุนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับเขตและระดับจังหวัดของคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร และภาคีเครือข่ายต่างๆ ในพื้นที่ 			
<p>1. มีกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่เป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ</p> <p>2. มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในระดับจังหวัดที่บูรณาการร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติของหน่วยงานในจังหวัดอย่างชัดเจน</p> <p>3. มีการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถติดตามประเมินผลได้</p>	<p>1. เร่งรัดและผลักดันการประชุมคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 1</p> <p>2. ผลักดันให้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในระดับจังหวัดที่บูรณาการดำเนินงานระหว่างกระทรวงหลักและหน่วยงานที่ภาคีเครือข่ายในพื้นที่</p> <p>3. สนับสนุนให้มีการถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติของหน่วยงานในระดับจังหวัด</p> <p>4. ส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในระดับจังหวัด ของคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในระดับจังหวัด</p>	<p>1. ติดตามการประชุมคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร</p> <p>๒. ติดตามการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในระดับจังหวัด</p> <p>3. ติดตามการถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติของหน่วยงานในจังหวัด</p> <p>4. ติดตามการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของหน่วยงานในระดับจังหวัด ทั้งหน่วยงาน 5 กระทรวงหลัก และหน่วยงานภาคีเครือข่ายอื่นๆ ในพื้นที่ของฝ่ายเลขานุการคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับจังหวัด</p>	<p>1. มีการประชุมคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง</p> <p>๒. จังหวัดมีแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในระดับจังหวัด</p> <p>3. มีการถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติของหน่วยงานเจ้าภาพหลักในระดับจังหวัดและอำเภอย่างชัดเจน</p> <p>4. มีการดำเนินงานที่สะท้อนถึงการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น</p>
<p>2. การส่งเสริมสนับสนุนการขับเคลื่อนการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services: YFHS) และขับเคลื่อนการดำเนินงานอำเภอนามัยการเจริญพันธุ์ ผ่าน</p>			

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) (รอบ 1)

<p>1. มีการพัฒนาการดำเนินงานโรงพยาบาล ตามมาตรฐาน YFHS ฉบับบูรณาการและขับเคลื่อนงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อย่างต่อเนื่อง</p> <p>2. โรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานตามมาตรฐาน YFHS และอำเภอที่มีการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ได้รับการเยี่ยมประเมิน (กรณีที่ยังไม่ผ่านมาตรฐาน YFHS) และเยี่ยมเสริมพลัง (กรณีผ่านเกณฑ์มาตรฐาน YFHS ครบ 3 ปี)</p>	<p>1. สนับสนุนส่งเสริมให้มีการพัฒนาศักยภาพทีมเยี่ยมเสริมพลังโรงพยาบาลตามมาตรฐาน YFHS และขับเคลื่อนการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ระดับเขตและจังหวัดอย่างต่อเนื่องผ่านกลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ</p> <p>2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ เพื่อเอื้อให้วัยรุ่นและเยาวชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรในรูปแบบที่หลากหลาย ตรงกับความต้องการ</p> <p>3. กระตุ้นและส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีการดำเนินการและพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน YFHS</p> <p>4. สนับสนุนให้ รพ.สต.มีแนวทางพัฒนาการดำเนินงานการจัด YFHS</p>	<p>1. การติดตามการสร้างเสริมความเข้าใจในหลักการและแนวทางการดำเนินงาน YFHS และอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ให้แก่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อให้เกิดการบูรณาการงานในระดับอำเภอได้อย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ</p> <p>2. ติดตามผลการส่งเสริมและผลักดันงาน YFHS และอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ไปสู่แผนงาน โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ</p> <p>3. ติดตามผลการผลการประเมินรับรองโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตามเกณฑ์มาตรฐาน YFHS และการรับรองอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์</p> <p>4. ติดตามการเยี่ยมเสริมพลังและจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับเขตและจังหวัด</p>	<p>1. มีเครือข่ายการดำเนินงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และการประสานการดำเนินงานระหว่างสถานบริการสาธารณสุข ครอบครัวยุวมชน และสถานศึกษาอย่างสอดคล้อง มีประสิทธิภาพ</p> <p>2. มีการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับอำเภออย่างเป็นระบบ รอบด้าน</p> <p>3. ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอดส์ และปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นลดลง</p>
<p>3. การลดปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี โดยการส่งเสริมการให้คำปรึกษาหลังคลอดหลังแท้ง และการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดอย่างทั่วถึง (รอบ ๑)</p>			
<p>1. เพิ่มการเข้าถึงบริการให้คำปรึกษาหลังคลอดหลังแท้ง</p> <p>2. เพิ่มความครอบคลุมในการเข้าถึงบริการ</p>	<p>1. ส่งเสริมการจัดบริการให้คำปรึกษาหลังคลอดหลังแท้งอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ</p> <p>2. ส่งเสริมสนับสนุนให้</p>	<p>1. ติดตามระบบการบริหารจัดการทั้งความพร้อมทางด้านบุคลากร และเวชภัณฑ์ การวางแผนครอบครัวของทุกโรงพยาบาล โดยเฉพาะ</p>	<p>1. วัยรุ่นหลังคลอดหรือหลังแท้งทุกรายได้รับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ โดยเน้น</p>

<p>คุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้งอย่างทั่วถึง</p>	<p>บุคคลากรผู้ให้บริการมีความรู้และทักษะการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวรอย่างต่อเนื่อง และเพียงพอสำหรับการจัดบริการในพื้นที่</p> <p>3. ส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้งด้วยวิธีกึ่งถาวร (ภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด/หลังแท้ง)</p> <p>4. การตรวจสอบปัญหาในด้านระบบการสำรองเวชภัณฑ์คุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวร และพัฒนาระบบบริหารจัดการในพื้นที่ เพื่อให้มีเวชภัณฑ์สำหรับการคุมกำเนิดอย่างเพียงพอต่อความต้องการของวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปีที่มารับบริการ</p>	<p>การให้บริการคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวรให้มีความพร้อมสามารถให้บริการได้เมื่อมีผู้มารับบริการ</p> <p>2. ติดตามอัตราการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้งด้วยวิธีสมัยใหม่ทุกวิธี</p> <p>2. ติดตามอัตราการได้รับบริการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้งด้วยวิธีคุมกำเนิดกึ่งถาวร</p> <p>3. การบันทึกและติดตามผลการบันทึกข้อมูลการให้บริการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้งในระบบ Health data center (HDC) ให้ถูกต้องครบถ้วน</p>	<p>วิธีการคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวร</p> <p>2. ระบบข้อมูลการรายงานผลการให้บริการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้งในกลุ่มวัยรุ่นมีความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา</p>
--	--	--	---

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น **รอบ ๒**

1. การผลักดันและสนับสนุนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับเขตและระดับจังหวัดของคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร และภาคีเครือข่ายต่างๆ ในพื้นที่

<p>1. มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตาม พ.ร.บ. ผ่านกลไกของคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานครอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง</p> <p>2. ลดอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปีเหลือ</p>	<p>1. เร่งรัดและผลักดันการประชุมคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ 2</p> <p>2. ผลักดันให้จังหวัดที่ยังไม่แผนยุทธศาสตร์ เร่งรัดการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในระดับจังหวัดที่บูรณาการดำเนินงานระหว่างกระทรวงหลักและหน่วยงานที่ภาคีเครือข่ายในพื้นที่</p>	<p>1. ติดตามการประชุมคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร</p> <p>๒. ติดตามการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในระดับจังหวัด</p> <p>3. ติดตามการถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติของหน่วยงานในจังหวัด</p> <p>4. ติดตามการดำเนินงานตาม</p>	<p>1. คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร มีการประชุมอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง</p> <p>๒. จังหวัดมีแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในระดับจังหวัด</p> <p>3. มีการถ่ายทอดแผน</p>
---	--	--	--

ไม่เกิน 38 ต่อพัน	<p>3. สนับสนุนให้มีการถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติของหน่วยงานในระดับจังหวัด</p> <p>4. ส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในระดับจังหวัด ของคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในระดับจังหวัด</p>	<p>ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของหน่วยงานในระดับจังหวัด ทั้งหน่วยงาน 5 กระทรวงหลัก และหน่วยงานภาคีเครือข่ายอื่นๆ ในพื้นที่ของฝ่ายเลขานุการ</p> <p>คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับจังหวัด</p>	<p>ไปสู่การปฏิบัติของหน่วยงานเจ้าภาพหลักในระดับจังหวัดและอำเภออย่างชัดเจน</p> <p>4. มีการดำเนินงานที่สะท้อนถึงการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น</p> <p>5. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ลดลงตามเป้าหมายของเขตสุขภาพ</p>
<p>2. การส่งเสริมสนับสนุนการขับเคลื่อนการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services: YFHS) อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ และทีมนักจัดการสุขภาพวัยรุ่น โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) (รอบ 2)</p>			
<p>1. โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์มาตรฐาน YFHS ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90</p> <p>2. โรงพยาบาลที่ผ่านการเยี่ยมประเมิน ครบ 3 ปี มีการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง และมีคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 20</p> <p>3. อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</p>	<p>1. ประสานความร่วมมือ ระหว่างศูนย์อนามัย สคร.ศูนย์สุขภาพจิตและ สสจ.เพื่อเยี่ยมเสริมพลังโรงพยาบาลในเขตรับผิดชอบให้ดำเนินงานตามมาตรฐานYFHS ร่วมกับเกณฑ์อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์</p> <p>2. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถอดบทเรียนการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรตามมาตรฐาน YFHS และอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์</p>	<p>1. ติดตามผลการส่งเสริมและผลักดันงาน YFHS และอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ ไปสู่แผนงาน โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ</p> <p>2. ติดตามผลการผลการประเมินรับรองโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตามเกณฑ์มาตรฐาน YFHS และการรับรองอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์</p> <p>3. ติดตามการเยี่ยมเสริมพลังและจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับเขตและจังหวัด</p>	<p>1. มีบริการสุขภาพที่เป็นมิตร มีคุณภาพ และจัดบริการได้ตรงปัญหาและความต้องการของวัยรุ่น ทั้งเชิงรับและเชิงรุก</p> <p>2. วัยรุ่นและเยาวชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ได้อย่างทั่วถึง ตรงตามความต้องการ</p>
<p>3. การลดปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี โดยการส่งเสริมการให้คำปรึกษาหลังคลอดหลังแท้ง และการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดอย่างทั่วถึง (รอบ ๒)</p>			
1. เพิ่มการเข้าถึงบริการ	1. ส่งเสริมการจัดบริการให้	1. ติดตามอัตราการเข้าถึง	1. วัยรุ่นหลังคลอด

<p>ให้คำปรึกษาหลังคลอด หลังแท้ง</p> <p>2. เพิ่มความครอบคลุม ในการเข้าถึงบริการ คุมกำเนิดหลังคลอดหรือ หลังแท้งอย่างทั่วถึง</p> <p>3. ลดปัญหาการตั้งครรภ์ ซ้ำในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปีเหลือไม่เกินร้อยละ 14.5</p>	<p>คำปรึกษาหลังคลอดหลังแท้ง อย่างทั่วถึงและมี ประสิทธิภาพ</p> <p>2. ส่งเสริมสนับสนุนให้ บุคลากรผู้ให้บริการมี ความรู้และทักษะการ คุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร อย่างต่อเนื่อง และเพียงพอ สำหรับการจัดบริการในพื้นที่</p> <p>3. ส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิการ คุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลัง แท้งด้วยวิธีกึ่งถาวร (ภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด/หลัง แท้ง)</p> <p>4. การตรวจสอบปัญหาใน ด้านระบบการสำรอง เวชภัณฑ์คุมกำเนิดชนิดกึ่ง ถาวร และพัฒนาระบบ บริหารจัดการในพื้นที่ เพื่อให้ มีเวชภัณฑ์สำหรับการ คุมกำเนิดอย่างเพียงพอต่อ ความต้องการของวัยรุ่นอายุ น้อยกว่า 20 ปีที่มารับบริการ</p>	<p>บริการคุมกำเนิดหลังคลอด หรือหลังแท้งด้วยวิธี สมัยใหม่ทุกวิธี</p> <p>2. ติดตามอัตราการได้รับ บริการคุมกำเนิดหลังคลอด หรือหลังแท้งด้วยวิธี คุมกำเนิดกึ่งถาวร</p> <p>3. การบันทึกและติดตามผล การบันทึกข้อมูลการการ ให้บริการคุมกำเนิดหลัง คลอดหรือหลังแท้งในระบบ Health data center (HDC) ให้ถูกต้องครบถ้วน</p>	<p>หรือหลังแท้งทุก รายได้รับบริการ คุมกำเนิดด้วยวิธี สมัยใหม่ โดยเน้น วิธีการคุมกำเนิดชนิด กึ่งถาวร</p> <p>2. ระบบข้อมูลการ รายงานผลการ ให้บริการคุมกำเนิด หลังคลอดหรือหลัง แท้งในกลุ่มวัยรุ่นมี ความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา</p> <p>3. หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ได้รับบริการ คุมกำเนิดด้วยวิธี สมัยใหม่ (Modern methods) หลัง คลอดหรือหลังแท้ง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</p> <p>4. หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือ หลังแท้งที่คุมกำเนิด ได้รับการคุมกำเนิด ด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยา ฝังคุมกำเนิด/ห่วง อนามัย) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80</p>
---	--	---	--

Small Success

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ส่วนกลาง			
<p>1. มีการประชุมคณะกรรมการ ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ใน วัยรุ่น</p>	<p>1. มีการติดตามการ ดำเนินงานตามแผน ปฏิบัติการฯ พ.ศ. 2562 ภายใต้ยุทธศาสตร์การ</p>	<p>1. กฎกระทรวง สาธารณสุขภายใต้ พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภ์ใน</p>	<p>1. มีการประชุม คณะกรรมการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น</p>

<p>2. มีการประชุมคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น</p> <p>3. มีการจัดทำแผนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับวัยรุ่นและครอบครัวเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น</p>	<p>ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2560-2569</p> <p>2. มีการติดตามการดำเนินงานของคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร</p> <p>3. สนับสนุนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับเขต/จังหวัดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับเขตสุขภาพ ผ่านกลไกคณะกรรมการระดับชาติ</p>	<p>วัยรุ่นมีผลบังคับใช้</p> <p>2. มีการประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น</p>	<p>2. มีการติดตามการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการภายใต้ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560-2569</p> <p>3. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 38 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน</p> <p>4. โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้รับการรับรองโรงพยาบาลตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90</p> <p>5. อำเภอผ่านเกณฑ์อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</p> <p>6. มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นแหล่งเรียนรู้การขับเคลื่อนการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพิ่มขึ้นอย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง</p>
เขตสุขภาพ/ สจจ./กรมวิชาการระดับเขต(ศูนย์อนามัย สนง.ป้องกันควบคุมโรค ศูนย์สุขภาพจิต)			
<p>1. คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานครมีการประชุมหรือมีการกำหนดแผนการประชุมประจำปี 2562</p> <p>2. มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การ</p>	<p>1. ประสานงานและสนับสนุนการจัดประชุมอนุกรรมการการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานของ</p>	<p>1. มีการเยี่ยมประเมินและรับรองโรงพยาบาลตามมาตรฐาน YFHS และอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์</p> <p>2. มีการขยายบริการคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่น</p>	<p>1. มีการจัดประชุมคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับจังหวัดจำนวน 2 ครั้ง</p> <p>2. มีการจัดเวที</p>

<p>ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครุฑในวัยรุ่นในระดับจังหวัด</p> <p>3. มีช่องทางเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบต่างๆ (สื่อ infographic สายด่วน 1663 การจัดบริการในโรงพยาบาล สถานศึกษา) ที่หลากหลายตรงตามความต้องการ</p> <p>4. มีการจัดทำแผนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับวัยรุ่นและครอบครัวเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครุฑในวัยรุ่น</p>	<p>อนุกรรมการฯ</p> <p>3. ศูนย์อนามัย สคร. ศูนย์สุขภาพจิตและ สสจ. มีการสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อให้การเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นและเยาวชน</p> <p>4. มีการดำเนินงานตามแผนการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครุฑในวัยรุ่น</p>	<p>หลังคลอดหรือหลังแท้งที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>4. มีเครือข่ายการยุติการตั้งครุฑที่ปลอดภัยภายใต้ระบบประสุขภาพครอบคลุมทุกจังหวัด</p>	<p>แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครุฑในวัยรุ่นระดับเขต</p> <p>3. มีการขยาย อปท.ที่เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครุฑในวัยรุ่น</p> <p>4. มีการติดตามการดำเนินงานตามแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครุฑในวัยรุ่นระดับจังหวัด</p> <p>5. โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ YFHS และอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ได้ตามเป้าหมาย</p> <p>6. อัตราการคลอดในระดับเขตลดลงตามเป้าหมาย</p> <p>7. มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นแหล่งเรียนรู้การขับเคลื่อนการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครุฑในวัยรุ่น เพิ่มขึ้นอย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง</p>
อำเภอ/รพช./รพท./รพศ.			
<p>1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/เขต มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ พ.ร.บ.การ</p>	<p>1. มีการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมเพื่อพัฒนาการให้บริการด้าน</p>	<p>1. มีการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมเพื่อพัฒนาการให้บริการด้าน</p>	<p>1. วัยรุ่นในพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญ</p>

<p>ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภในวัยรุ่น</p> <p>2. มีการบรรจุเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภในวัยรุ่นไว้ในแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ</p> <p>3. มีแผนการจัดการเวกซ์ภัณฑ์การให้บริการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้งให้แก่วัยรุ่นอย่างเพียงพอพร้อมสำหรับให้บริการ</p>	<p>อนามัยการเจริญพันธุ์แก่วัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง</p> <p>2. มีช่องทางเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบต่างๆ (สื่อ info graphic สายด่วน 1663 การจัดการบริการในโรงพยาบาล สถานศึกษา) ที่หลากหลายตรงตามความต้องการ</p> <p>3. อำเภอมีการประเมินตนเองและขอรับการประเมินตามเกณฑ์อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์</p> <p>4.โรงพยาบาลมีการประเมินตนเองและขอรับการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน YFHS</p>	<p>อนามัยการเจริญพันธุ์แก่วัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง</p> <p>2. มีช่องทางเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบต่างๆ (สื่อ info graphic สายด่วน 1663 การจัดการบริการในโรงพยาบาล สถานศึกษา) ที่หลากหลายตรงตามความต้องการ</p> <p>3. อำเภอมีการประเมินตนเองและขอรับการประเมินตามเกณฑ์อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์</p> <p>4.โรงพยาบาลมีการประเมินตนเองและขอรับการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน YFHS</p>	<p>พันธุ์ที่หลากหลายอย่างทั่วถึง</p> <p>2. โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ YFHS และอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ได้ตามเป้าหมาย</p>
--	---	---	---

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมอนามัย สำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นายแพทย์บุญฤทธิ สุจริตน์	ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ สำนัก/กองสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์	Tel. ๐๒๕๙๐๔๒๔๒ Mobile081-8866276 e-mail : Bunyarit_su@hotmail.com	การลดอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี
นางปิยรัตน์ เอี่ยมคง	ตำแหน่ง..นักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการ. สำนัก/กองสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์	Tel. ๐๒๕๙๐๔๒๖๘ Mobile๐๘๙๗๖๒๗๓๓๙ e-mail : am- piyarat@hotmail.com	การลดอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นายแพทย์บุญฤทธิ สุจริตน์	ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ สำนัก/กองสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์	Tel. ๐๒๕๙๐๔๒๔๒ Mobile081-8866276 e-mail : Bunyarit_su@hotmail.com	การลดอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี
นางปติมา หิริสัจจะ	ตำแหน่ง..นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ สำนัก/กองสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์	Tel. ๐๒๕๙๐๔๒๔๗ e-mail: hhpatima@hotmail.com	การประชุมคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภในวัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร

นางประกายดาว พรหมประพัฒน์	ตำแหน่ง..นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ สำนัก/กองสำนักอนามัยการเจริญ พันธุ์	Tel. ๐๒๕๙๐๔๒๖๕ e-mail : prakaidao.p@anamai.mail.go.th	การส่งเสริมสนับสนุนการ ขับเคลื่อนบริการสุขภาพที่ เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและ เยาวชน (Youth Friendly Health Services : YFHS) อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ โดยคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
นางสาวพัชรีวรรณ เจนสาริกรณ์	ตำแหน่ง..นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ สำนัก/กองสำนักอนามัยการเจริญ พันธุ์	Tel. ๐๒๕๙๐๔๒๔๓ e-mail : jenpatcha@gmail.com	การลดปัญหาการตั้งครรภ์ ซ้ำในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี โดยการส่งเสริมการให้ คำปรึกษาหลังคลอดหลัง แท้ง และการเข้าถึงบริการ คุมกำเนิดอย่างทั่วถึง
นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง	ตำแหน่ง..นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ. สำนัก/กองสำนักอนามัยการเจริญ พันธุ์	Tel. ๐๒๕๙๐๔๑๖๘ Mobile๐๘๙๗๖๒๗๓๓๙ e-mail : am- piyarat@hotmail.com	การลดอัตราการคลอดมีชีพ ในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คกต. แต่ละคณะ

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒
(Inspection Guideline)

คณะที่ ๑ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ

หัวข้อ การดำเนินงานโครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน
ตัวชี้วัด (ตัวชี้วัดภายใต้หัวข้อ) : จำนวนผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่

คำนิยาม

ผู้สูบบุหรี่ หมายถึง ผู้ที่บริโภคยาสูบภายในรอบ ๓๐ วันที่ผ่านมา ทั้งชายและหญิงในประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป

เลิกสูบบุหรี่ หมายถึง ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่เป็นระยะเวลา อย่างน้อย ๖ เดือน

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ) = จำนวนผู้สูบบุหรี่ที่เลิกสูบบุหรี่

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

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

Quick Win

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

แหล่งข้อมูล

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

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
นายแพทย์ภานุวัฒน์ ปานเกตุ	ตำแหน่ง รองอธิบดี กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	Tel. ๐ ๒๑๔๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๘๐๖ Mobile ๐ ๘๑ ๘๐๑ ๘๘๘๖ e-mail: joongpank@yahoo.com	
ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพ ภาคประชาชน	ผู้อำนวยการกองสนับสนุน สุขภาพภาคประชาชน	Tel. Mobile..... e-mail :	
นายแพทย์อัศพรพล ศุภศาสตรา	ผู้อำนวยการกลุ่มแผนงาน สำนักบริหาร	Tel. ๐๒ ๑๔๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๘๑๖ Mobile e-mail :	
นายชาติชาย สุวรรณนิตย์	ร.ก.นักวิชาการสาธารณสุข เชี่ยวชาญ (ด้านสุขภาพภาค ประชาชน)	Tel. ๐๒ ๑๔๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๗๑๖ Mobile ๐ ๘๑๘๖๘ ๑๐๔๒ e-mail : khunchaik@gmail.com	
นางศุภกัญญา ภาวังคะรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ	Tel. ๐ ๒๑๔๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๗๑๒ Mobile ๐ ๘๑๗๐ ๑๓๐๐๖ e-mail : cherrypnc@gmail.com	

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพ ภาคประชาชน	ผู้อำนวยการกองสนับสนุน สุขภาพภาคประชาชน	Tel. Mobile..... e-mail :	
นายแพทย์อัศพรพล ศุภศาสตรา	ผู้อำนวยการกลุ่มแผนงาน สำนักบริหาร	Tel. ๐๒ ๑๔๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๘๑๖ Mobile e-mail :	
นายชาติชาย สุวรรณนิตย์	ร.ก.นักวิชาการสาธารณสุข เชี่ยวชาญ (ด้านสุขภาพภาค ประชาชน)	Tel. ๐๒ ๑๔๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๗๑๖ Mobile ๐ ๘๑๘๖๘ ๑๐๔๒ e-mail : khunchaik@gmail.com	
นางศุภกัญญา ภาวังคะรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ	Tel. ๐ ๒๑๔๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๗๑๒ Mobile ๐ ๘๑๗๐ ๑๓๐๐๖ e-mail : cherrypnc@gmail.com	

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คกต. แต่ละคณะ

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2562 (Inspection Guideline)

คณะที่ 1: การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

หัวข้อ . การดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป และการลดปัจจัยเสี่ยงทั้งในระดับบุคคลและประชากร

ตัวชี้วัด : อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

คำนิยาม

1. กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Pre-DM) หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่มีค่าระดับ Fasting Blood Sugar (FBS) 100-125 mg/dl หรือค่าระดับ Random Plasma Glucose (RPG) 140-199 mg/dl ในปีที่ผ่านมาในเขตรับผิดชอบ

2 ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ในปีงบประมาณ โดยการวินิจฉัยของแพทย์ และได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง

3. กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิต $\geq 140/90$ mmHg ในเขตรับผิดชอบและรอการวินิจฉัยของแพทย์ในปีงบประมาณ

4. การวัดความดันโลหิตที่บ้าน หมายถึง การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำที่บ้าน ตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน หลังจากมารับบริการการคัดกรองที่สถานบริการสาธารณสุขแล้ว

สูตรคำนวณตัวชี้วัด:

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

A = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ

B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีงบประมาณที่ผ่านมา

$$2. (C/D) \times 100$$

C = จำนวนประชากรสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

D = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

การคัดกรองโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป และการลดปัจจัยเสี่ยงทั้งในระดับบุคคลและระดับประชากร

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ 1 (6 เดือน)			
- อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ ร้อยละ 2.05	<p><u>มาตรการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยรายใหม่และการจัดการปัจจัยเสี่ยง (ระดับบุคคล)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป พร้อมกับประเมินความเสี่ยงด้วยวาจา และให้คำปรึกษาลดปัจจัยเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน,กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมามีคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในคลินิกที่เกี่ยวข้อง กรณีที่มีปัญหาน้ำหนักเกินและอ้วนให้ส่งดำเนินการที่คลินิก DPAC และติดตามวัดซ้ำ กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน <p><u>มาตรการลดความเสี่ยงในประชาชน(ระดับประชากร)</u></p>	<p>อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน</p> <ol style="list-style-type: none"> ระบบข้อมูล <ul style="list-style-type: none"> ทะเบียนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (Pre DM) ในปีที่ผ่านมา ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (Pre DM) ข้อมูลผลลัพธ์การปรับเปลี่ยนของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (Pre DM) ทะเบียนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (Pre DM) ในปีงบประมาณปัจจุบัน กิจกรรมสำคัญ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (Pre DM) ในปีที่ผ่านมา <ul style="list-style-type: none"> ได้รับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในคลินิกที่เกี่ยวข้อง กรณีที่มีปัญหาน้ำหนักเกินและอ้วนให้ส่งดำเนินการที่คลินิก DPAC ได้รับบริการให้คำปรึกษา การติดตามผล <ul style="list-style-type: none"> กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในปีที่ผ่านมาที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และตรวจวัดค่าระดับน้ำตาลซ้ำ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในปีที่ผ่านมาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน 	<ol style="list-style-type: none"> ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง รวมถึงการประเมินความเสี่ยงด้วยวาจาและให้คำปรึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมามีได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ≥ ร้อยละ 50 ประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ≥ ร้อยละ 10
- อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ≥ ร้อยละ 30	<ol style="list-style-type: none"> การรณรงค์ สื่อสารสาธารณะเรื่องการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงและการจัดการลดเสี่ยงในประชาชนทั่วไปและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น สถานประกอบการปลอดโรคปลอดภัยกายใจเป็นสุข และตำบลจัดการสุขภาพ Healthy Workplace เป็นต้น การบังคับใช้มาตรการทางกฎหมาย บุหรี่ สุรา 	<p>อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน</p> <ol style="list-style-type: none"> ระบบข้อมูล <ul style="list-style-type: none"> ทะเบียนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในอยู่ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทะเบียนผู้สงสัยป่วยความดันโลหิตสูง จากการตรวจคัดกรอง ทะเบียนผู้สงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน ทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ 	

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
		<p>2. กิจกรรมสำคัญ กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้สงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้านตามมาตรฐาน - สถานบริการมีแนวทางการบริการจัดการการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน (Home BP) <p>3. การติดตามผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มสงสัยป่วยที่ได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้านแล้วระดับความดันโลหิตยังอยู่ในระดับที่สูง ได้รับการส่งต่อเพื่อพบแพทย์และติดตามผลการวินิจฉัย - กลุ่มสงสัยป่วยที่ส่งพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง 	
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ 2 (12 เดือน)			
เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
<p>- อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ ร้อยละ 2.05</p>	<p><u>มาตรการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยรายใหม่และการจัดการปัจจัยเสี่ยง</u> (ระดับบุคคล)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไป พร้อมกับประเมินความเสี่ยงด้วยวาจา และให้คำปรึกษาลดปัจจัยเสี่ยง 2. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมามีการรับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในคลินิกที่เกี่ยวข้อง กรณีที่มีปัญหาน้ำหนักเกินและอ้วนให้ส่งดำเนินการที่คลินิก DPAC และติดตามวัดซ้ำ 3. กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน 	<p>อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ระบบข้อมูล <ul style="list-style-type: none"> - ทะเบียนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (Pre DM) ในปีที่ผ่านมามี - ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (Pre DM) - ข้อมูลผลลัพธ์การปรับเปลี่ยนของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (Pre DM) - ทะเบียนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (Pre DM) ในปีงบประมาณปัจจุบัน 2. กิจกรรมสำคัญ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (Pre DM) ในปีที่ผ่านมามี <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในคลินิกที่เกี่ยวข้อง กรณีที่มีปัญหาน้ำหนักเกินและอ้วนให้ส่งดำเนินการที่คลินิก DPAC - ได้รับการบริการให้คำปรึกษา 3. การติดตามผล <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในปีที่ผ่านมามีได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในคลินิกที่เกี่ยวข้อง กรณีที่มีปัญหาน้ำหนักเกินและอ้วนให้ส่งดำเนินการที่คลินิก DPAC และตรวจวัดค่าระดับน้ำตาลซ้ำ - กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในปีที่ผ่านมามีได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ≥ ร้อยละ 90 2. ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมามีได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ≥ ร้อยละ 90 3. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีที่ผ่านมามี ≤ ร้อยละ 2.05 4. ประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ≥ ร้อยละ 30

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

การคัดกรองโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป และการลดปัจจัยเสี่ยงทั้งในระดับบุคคลและระดับประชากร

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ 2 (12 เดือน)			
<p>- อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยง และสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 30</p>	<p><u>มาตรการลดความเสี่ยงในประชาชน</u> (ระดับประชากร)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การรณรงค์ สื่อสารสาธารณะเรื่องการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง 2. การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงและการจัดการลดเสี่ยงในประชาชนทั่วไปและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น สถานประกอบการปลอดโรคปลอดภัยกายใจเป็นสุข และตำบลจัดการสุขภาพ Healthy Workplace เป็นต้น 3. มีการบังคับใช้มาตรการทางกฎหมาย บุหรี่ สุรา 	<p>อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ระบบข้อมูล <ul style="list-style-type: none"> - ทะเบียนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในอยู่ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง - ทะเบียนผู้สงสัยป่วยความดันโลหิตสูง จากการตรวจคัดกรอง - ทะเบียนผู้สงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน - ทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ 2. กิจกรรมสำคัญ กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน ตามมาตรฐาน - กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีผลการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้านผิดปกติ ได้รับการส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยและรักษา - สถานบริการมีแนวทางการบริการจัดการการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน (Home BP) 3. การติดตามผล <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มสงสัยป่วยที่ได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้านแล้วระดับความดันโลหิตยังอยู่ในระดับที่สูง ส่งต่อเพื่อพบแพทย์และติดตามผลการวินิจฉัย - กลุ่มสงสัยป่วยที่ส่งพบแพทย์เพื่อการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง 	

Small Success

ประเด็น โรค	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานปีที่ผ่านมา	-เร่งรัดการดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวานในกลุ่มประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป -ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงจากทะเบียนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในปีที่ผ่านมา -กลุ่มเสี่ยงเบาหวานในเขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม \geq ร้อยละ 30	-กลุ่มเสี่ยงเบาหวานในเขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม \geq ร้อยละ 50	-กลุ่มเสี่ยงเบาหวานในเขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม \geq ร้อยละ 70	1. กลุ่มเสี่ยงเบาหวานในเขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม \geq ร้อยละ 90 2. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานปีที่ผ่านมา \leq 2.05
อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	-เร่งรัดการดำเนินการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป	-อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 10	-อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 20	อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน \geq ร้อยละ 30

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด:

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address
1.นางจรีพร คงประเสริฐ	ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	Tel. 02 590 3985 Mobile : 081 341 5408 e-mail : jurekong@gmail.com
2.นางศรีเพ็ญ สวัสดิ์มงคล	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	Tel. 02 590 3984 Mobile : 086 383 9387 e-mail : sripen_ncd@yahoo.com
3.นางสาวณัฐวรรณ พันธุ์มิ่ง	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	Tel. 02 590 3987 Mobile : 086 409 9794 e-mail : nuttiwan2516@hotmail.com
4. นางสาววิภาศรี สุวรรณผล	ตำแหน่ง นักโภชนาการปฏิบัติการ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย	Tel. 0 2590 4307 Mobile: 09 8263 9591 e-mail: wipasri.s@anamai.mail.go.th

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน:

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
1.นางสาวณัฐกฤตา บริบูรณ์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	Tel. 0 2590 3987 Mobile: 082 384 1494 e-mail : rawi_jung898@hotmail.com	อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความ ดันโลหิตสูง ในเขต รับผิดชอบได้รับการวัด ความดันโลหิตที่บ้าน และ อัตราผู้ป่วยเบาหวานราย ใหม่จากกลุ่มเสี่ยง เบาหวาน
2.นางสาวอลิสรา อยู่เลิศลบ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	Tel. 0 2590 3987 Mobile: 089 959 9761 e-mail: alissara2559@gmail.com	อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความ ดันโลหิตสูง ในเขต รับผิดชอบได้รับการวัด ความดันโลหิตที่บ้าน
3.นางสาวรัญญา ผกาผล	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	Tel. 0 2590 3987 Mobile: 086 973 3053 e-mail: ploysaiwaranya@gmail.com	อัตราผู้ป่วยเบาหวานราย ใหม่จากกลุ่มเสี่ยง เบาหวาน

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒
(Inspection Guideline)

คณะที่ ๑ : การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

หัวข้อ โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตัวชี้วัด : ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงควบคุมได้ (ประเด็นเพิ่มเติม)

คำนิยาม

- ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ หมายถึง ค่าระดับ HbA_{1c} ครั้งสุดท้าย น้อยกว่า ๗ mg% ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์
- ผู้ป่วยเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD ๑๐ = E๑๐ - E๑๔ และ Type area = ๑ และ ๓
หมายเหตุ : ค่าเป้าหมายการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน ให้ใช้ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ๒๕๖๐ ซึ่งแบ่งเป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุมเข้มงวดมาก ควบคุมเข้มงวด และควบคุมไม่เข้มงวด แต่ในการวัดค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๑ ให้ใช้แบบเดิม สำหรับในปี ๒๕๖๐ อาจมีการปรับเปลี่ยนตามมาตรฐานแนวปฏิบัติ
- ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ตามเป้าหมาย หมายถึง ค่าระดับความดันโลหิต ๒ ครั้งสุดท้าย (SBP/DBP) น้อยกว่า ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอท. ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่
- ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยโรคด้วยรหัส = ๑๐ - ๑๕ และ Type area = ๑ และ ๓

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

๑. เบาหวาน = $(A/B) \times ๑๐๐$

A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้

B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ

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

C = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด

D = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑ (๖ เดือน)			
NCD Clinic Plus สถานบริการสาธารณสุขเข้าร่วมรับการประเมิน NCD Clinic Plus ร้อยละ ๑๐๐	การพัฒนาระบบบริการในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	<u>๑.ระบบข้อมูล</u> - ข้อมูลผลการประเมิน NCD Clinic Plus ของสถานบริการ ในปี ๒๕๖๑ เพื่อเร่งรัดขับเคลื่อน <u>๒.กิจกรรมสำคัญ</u> - มีการกำหนดทิศทาง นโยบายและถ่ายทอดให้รับทราบภายในเครือข่าย	สถานบริการสาธารณสุขเข้าร่วมรับการประเมิน NCD Clinic Plus ร้อยละ ๑๐๐

		<ul style="list-style-type: none"> - มีแผนพัฒนาการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ของสถานบริการ - มีการประเมิน NCD Clinic Plus ของปี ๒๕๖๒ <p><u>๓.การติดตามผล</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ติดตามให้สถานบริการสาธารณสุข เข้าร่วมรับการประเมิน NCD Clinic Plus - สถานบริการผ่านการประเมิน NCD Clinic Plus ในระดับดีขึ้น 	
<p><u>กลุ่มผู้ป่วย DM/HT เข้าถึงบริการดูแลรักษาครบทุกมิติ</u></p> <p>๑. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้ตามค่าเป้าหมาย \geq ร้อยละ ๓๐</p> <p>๒. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ตามค่าเป้าหมาย \geq ร้อยละ ๕๐</p>	<p>๑. มาตรการการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดทำทะเบียนผู้ป่วยที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน - การจัดบริการตามรูปแบบการบริการป้องกันควบคุม DM/HT <p>๒. มาตรการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยง</p> <p>๓. มาตรการเร่งรัดติดตาม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ติดตามระดับน้ำตาลโดยการตรวจ HbA๑C - ติดตามระดับความดันโลหิต 	<p>๑. ระบบข้อมูล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน รับบริการที่สถานบริการ - ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ (Uncontrolled) - ข้อมูลผลการวิเคราะห์รูปแบบของการควบคุมไม่ได้และปัจจัยสาเหตุของการที่ควบคุมไม่ได้ <p>๒. กิจกรรมสำคัญ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่มารับบริการเป็นประจำ ได้รับการดูแลรักษา ตามมาตรฐาน - ผู้ป่วยขาดนัด หรือมารับบริการเพียงครั้งเดียว ต้องได้รับการค้นหาและติดตาม เพื่อเข้ารับบริการและวิเคราะห์ปัญหาหารายบุคคล - ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยง และให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดความเสี่ยง - มีการดำเนินงานการจัดบริการตามรูปแบบการบริการป้องกันควบคุม DM/HT อย่างน้อย ๒ Intervention <p>๓. การติดตามผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ติดตามระดับน้ำตาลในผู้ป่วย DM โดยการตรวจ HbA๑C - ติดตามระดับความดันโลหิตในผู้ป่วย HT 	<p>๑. มีทะเบียนข้อมูลผู้ป่วย</p> <p>๒. แผนการให้บริการ DM/HT</p> <p>๓. แผนการติดตามผู้ป่วย เพื่อให้มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุข</p> <p>๓. แผนการติดตามการควบคุมระดับน้ำตาลผู้ป่วย DM โดยการตรวจ HbA๑C และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วย HT</p>
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒ (๑๒ เดือน)			
<p><u>NCD Clinic Plus</u></p> <p>สถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ระดับดีขึ้นไป มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐</p>	<p>การพัฒนาระบบบริการในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง</p>	<p>๑. ระบบข้อมูล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลผลการประเมิน NCD Clinic Plus ของสถานบริการ ในปี ๒๕๖๑ เพื่อเร่งรัดขับเคลื่อน <p>๒. กิจกรรมสำคัญ</p>	<p>สถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ระดับดีขึ้นไปมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - มีการกำหนดทิศทาง นโยบายและถ่ายทอดให้รับทราบภายในเครือข่าย - มีแผนพัฒนาการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ของสถานบริการ - มีการประเมิน NCD Clinic Plus ของปี ๒๕๖๒ <p>๓. การติดตามผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ติดตามให้สถานบริการสาธารณสุข เข้าร่วมรับการประเมิน NCD Clinic Plus - สถานบริการผ่านการประเมิน NCD Clinic Plus ในระดับดีขึ้นไป 	
<p><u>กลุ่มผู้ป่วย DM/HT เข้าถึงบริการดูแลรักษาครบทุกมิติ</u></p> <p>๑. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้ตามค่าเป้าหมาย \geq ร้อยละ ๔๐</p> <p>๒. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ตามค่าเป้าหมาย \geq ร้อยละ ๕๐</p>	<p>๑. มาตรการการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดทำทะเบียนผู้ป่วยที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน - การจัดบริการตามรูปแบบการบริการป้องกันควบคุม DM/HT <p>๒. มาตรการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยง</p> <p>๓. มาตรการเร่งรัดติดตาม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ติดตามระดับน้ำตาลโดยการตรวจ HbA๑C - ติดตามระดับความดันโลหิต 	<p>๑. <u>ระบบข้อมูล</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน รับบริการที่สถานบริการ - ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ (Uncontrolled) - ข้อมูลผลการวิเคราะห์รูปแบบของการควบคุมไม่ได้และปัจจัยสาเหตุของการที่ควบคุมไม่ได้ <p>๒. <u>กิจกรรมสำคัญ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่มารับบริการเป็นประจำ ได้รับการดูแลรักษา ตามมาตรฐาน - ผู้ป่วยขาดนัด หรือมารับบริการเพียงครั้งเดียว ต้องได้รับการค้นหาและติดตาม เพื่อเข้ารับบริการและวิเคราะห์ปัญหาหารายบุคคล - ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยง และให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดความเสี่ยง - มีการดำเนินงานการจัดบริการตามรูปแบบการบริการป้องกันควบคุม DM/HT อย่างน้อย ๒ Intervention <p>๓. <u>การติดตามผล</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ติดตามระดับน้ำตาลในผู้ป่วย DM โดยการตรวจ HbA๑C - ติดตามระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วย HT 	<p>๑. ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมได้ \geq ร้อยละ ๔๐</p> <p>๒. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมได้ \geq ร้อยละ ๕๐</p>

Small Success

	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
	<p>๑. มีแผนปฏิบัติการดำเนินงานและติดตามการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus</p> <p>๒. ชี้แจงและถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus</p>	<p>รายงานผลประเมินตนเองและผลลัพธ์การดำเนินงาน NCD Clinic Plus ของสถานบริการสาธารณสุข</p>	<p>สรุปผลการประเมินรับรอง NCD Clinic Plus ของสถานบริการสาธารณสุข และสรุปรายชื่อสถานบริการสาธารณสุขที่มีผลการดำเนินงานดีเด่นระดับเขต</p>	<p>๑. รายงานผลการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ประจำปี</p> <p>๒. สถานบริการสาธารณสุขเข้าร่วมรับการประเมิน NCD Clinic Plus ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>๓. สถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระดับดีขึ้นไปมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐</p>
<p>กลุ่มผู้ป่วย DM/HT เข้าถึงบริการดูแลรักษาครบทุกมิติ</p>	<p>๑. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน/ตัวชี้วัด ปี ๒๕๖๒</p> <p>๒. อบรม/พัฒนาศักยภาพการดำเนินงาน NCD/การจัดบริการตามรูปแบบบริการป้องกันควบคุม DM/HT แก่ทีมสหวิชาชีพในรูปแบบ ครู ก ให้กับบุคลากรสาธารณสุข</p> <p>๓. สนับสนุนเครื่องมืองบประมาณการดำเนินงานให้กับพื้นที่</p>	<p>๑. ขยายผลการพัฒนาศักยภาพการดำเนินงาน NCD ในพื้นที่ของเจ้าหน้าที่ - ผลการดำเนินงานการจัดบริการตามรูปแบบการบริการป้องกันควบคุม DM/HT</p> <p>๒. การติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน</p>	<p>๑. สรุปวิเคราะห์ วางแผนแก้ไขผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือนที่ผ่านมา</p> <p>๒. เร่งรัดผลการดำเนินงานตามเป้าหมายที่กำหนดไว้</p>	<p>๑. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้ตามเป้าหมาย \geq ร้อยละ ๔๐</p> <p>๒. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ตามค่าเป้าหมาย \geq ร้อยละ ๕๐</p>

แหล่งข้อมูล

ตัวชี้วัด (หลัก/ย่อย)	ระบบ/วิธีการ/รายงาน/เครื่องมือ	หน่วยงาน/URL
ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	<ul style="list-style-type: none"> - ระบบการรายงานข้อมูลโดยสถานบริการ/โรงพยาบาล ในฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม - ประมวลผลโดย Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 	https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format๑.php&cat_id=b๒b๕๕e๖๔c๔e๖c๙๒d๔b๑ec๑๖a๕๕๙d๘๘๒b&id=๑๓๓๗a๗๒๖๓๔๐e๔dfde๗bbbc๕d๘aeeee๓ac๓
ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี		https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format๑.php&cat_id=b๒b๕๕e๖๔c๔e๖c๙๒d๔b๑ec๑๖a๕๕๙d๘๘๒b&id=๒e๓๘๑๓๓๓๗b๖b๕๓๓๗c๒f๖๘affe๒๔๗d๕f๙

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด:

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address
๑.นางจूरีพร คงประเสริฐ	รองผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	Tel. ๐๒ ๕๕๐ ๓๙๘๕ Mobile : ๐๘๑ ๓๔๑ ๕๔๐๘ e-mail : jurekong@gmail.com
๒.นางศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	Tel. ๐๒ ๕๕๐ ๓๙๘๔ Mobile : ๐๘๖ ๓๘๓ ๙๓๘๗ e-mail : sripen_ncd@yahoo.com
๓.นางสาวณัฐวรรณ พันธุ์มิ่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	Tel. ๐๒ ๕๕๐ ๓๙๘๗ Mobile : ๐๘๖ ๔๐๙ ๙๗๙๔ e-mail : nuttiwan๒๕๑๖@hotmail.com

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน:

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
๑.นางสาวณัฐกฤตา บริบูรณ์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	Tel. ๐ ๒๕๕๐ ๓๙๘๗ Mobile: ๐๘๒ ๓๘๔ ๑๔๙๔ e-mai : rawi_jung๘๘๘@hotmail.com	ร้อยละผู้ป่วย โรคเบาหวานและ โรคความดันโลหิต สูงควบคุมได้
๒.นางสาวรัญญา ผกาผล	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	Tel. ๐ ๒๕๕๐ ๓๙๘๗ Mobile: ๐๘๖ ๙๗๓ ๓๐๕๓ e-mail: ploysaiwaranya@gmail.com	ร้อยละผู้ป่วย โรคเบาหวาน ควบคุมได้
๓.นางสาวอลิสรา อยู่เลิศบ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	Tel. ๐ ๒๕๕๐ ๓๙๘๗ Mobile: ๐๘๙ ๙๕๙ ๙๗๖๑ e-mail: alissara๒๕๕๙@gmail.com	ร้อยละโรคความดัน โลหิตสูงควบคุมได้