

# แนวทางการตรวจราชการ ตัวชี้วัดกรมการแพทย์ คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ





**5 อันดับสาเหตุที่คนไทยเสียชีวิตมากที่สุด**

1. โรคมะเร็ง (ปี 2561: 113.7 ต่อประชากรหนึ่งแสน)
2. โรคหลอดเลือดในสมอง (ปี 2561: 43.3 ต่อประชากรหนึ่งแสน)
3. ปอดอักเสบ (ปี 2561: 42.1 ต่อประชากรหนึ่งแสน)
4. โรคหัวใจขาดเลือด (ปี 2561: 29.9 ต่อประชากรหนึ่งแสน)
5. การบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน (ปี 2561: 22.3 ต่อประชากรหนึ่งแสน)

**จำนวนคนไทยที่เสียชีวิตในแต่ละปี**

ปีละ - สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2558

Year	Number of Deaths
2554	11,100
2555	11,200
2556	11,300
2557	11,400
2558	11,500



# เป้าหมาย: ลดอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน

## 3+1 สาเหตุสำคัญ



ปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย (FAST TRACK)  
จาก 4 สาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ ให้ผู้ป่วย  
สามารถเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสมได้ในเวลาที่เป็น  
Golden period



- <7 % อัตราตาย STROKE
- <30 % อัตราตาย SEPSIS
- <12 % อัตราตาย TRAUMA
- <10 % อัตราตาย STEMI





# 4 Key Steps



## Awareness

Health Literacy



## Transfer

EMS / ER



## Triage

Screening



## Fast track

Care map / Protocol

External Process

Internal Process

Golden Period





## 4 Fast Track : Key success factors

“Pre-hospital vs In-hospital Communication”

### TRAUMA FAST TRACK

Traumatic patients triage level 1  
Door to OR  $\leq$  60 min ( $\geq$ 80%)

### STROKE FAST TRACK

Door to OR  $\leq$  90 min ( $\geq$ 60%)  
Door to rTPA  $\leq$  60 min ( $\geq$ 50%)

### SEPSIS FAST TRACK

Door to Antibiotic  $\leq$  60 min ( $\geq$ 90%)

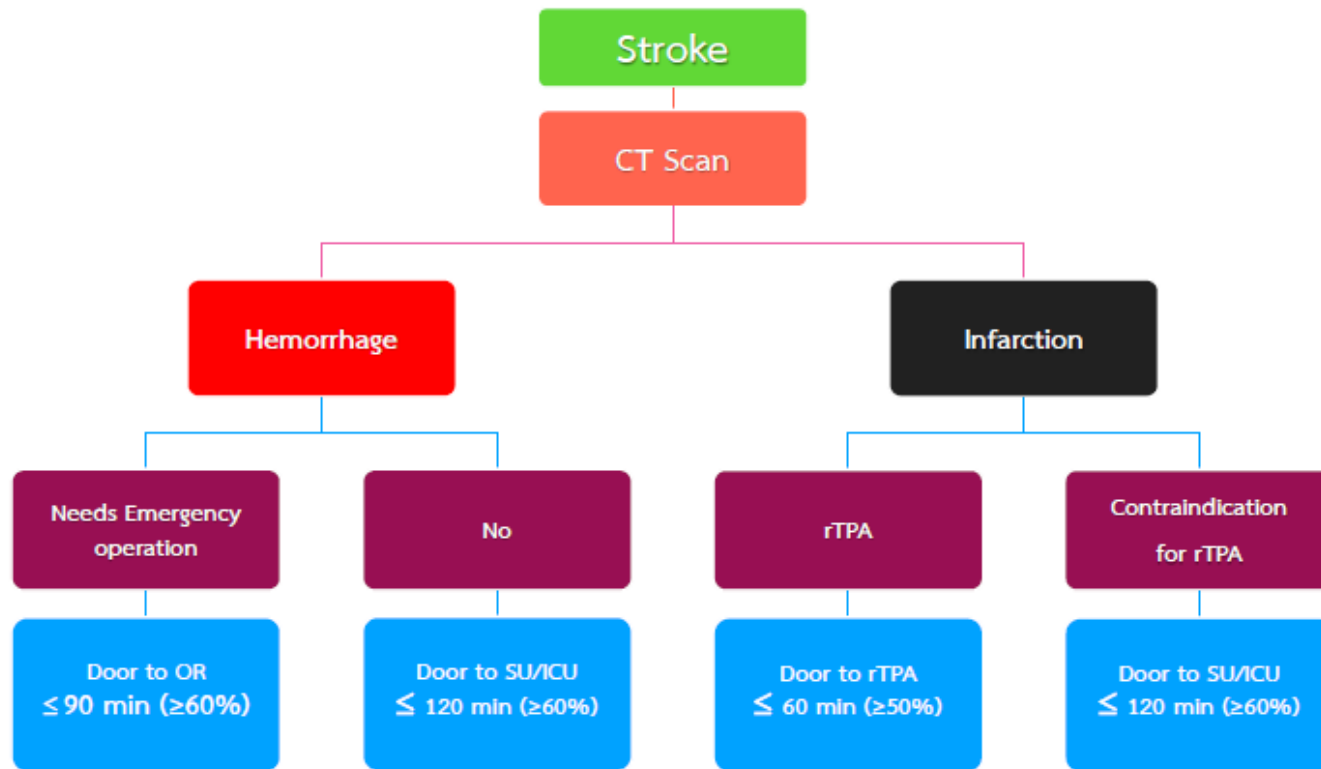
### STEMI FAST TRACK

Diagnosis to Fibrinolytic  $\leq$  30 min ( $\geq$ 50%)  
Diagnosis to PPCI  $\leq$  120 min ( $\geq$ 50%)





# Stroke Fast Track : Work Flow



# 2 Stroke

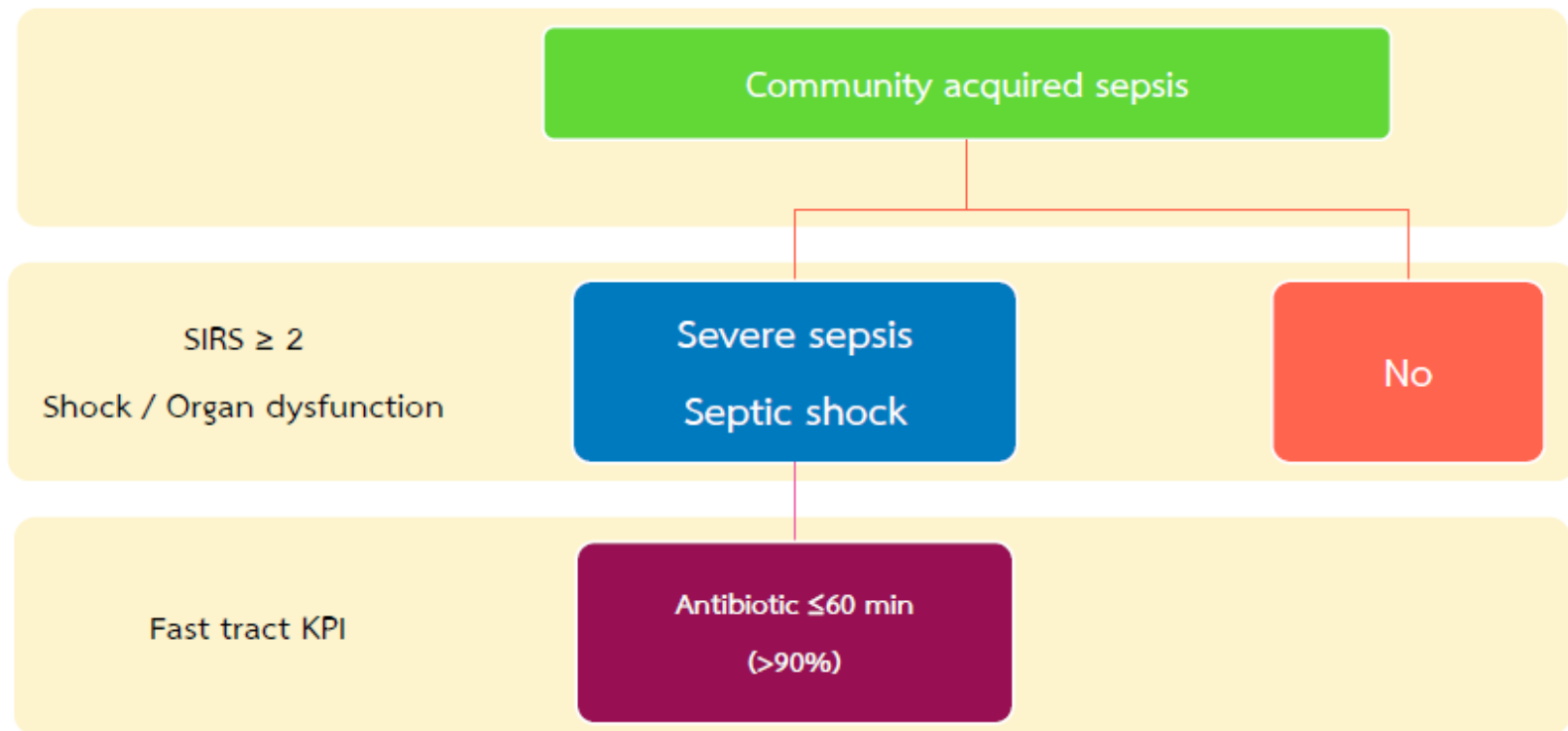
ตัวชี้วัดหลัก

ตัวชี้วัดรอง





# Sepsis Fast Track : Work Flow





# 3 Sepsis

ตัวชี้วัดหลัก

ตัวชี้วัดรอง



อัตราการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired

<30

อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย)

≥90

อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

≥90

อัตราการได้รับ IV 30 mL/kg ใน 1 ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)

≥90

อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในไอซียู ภายใน 3 ชม.

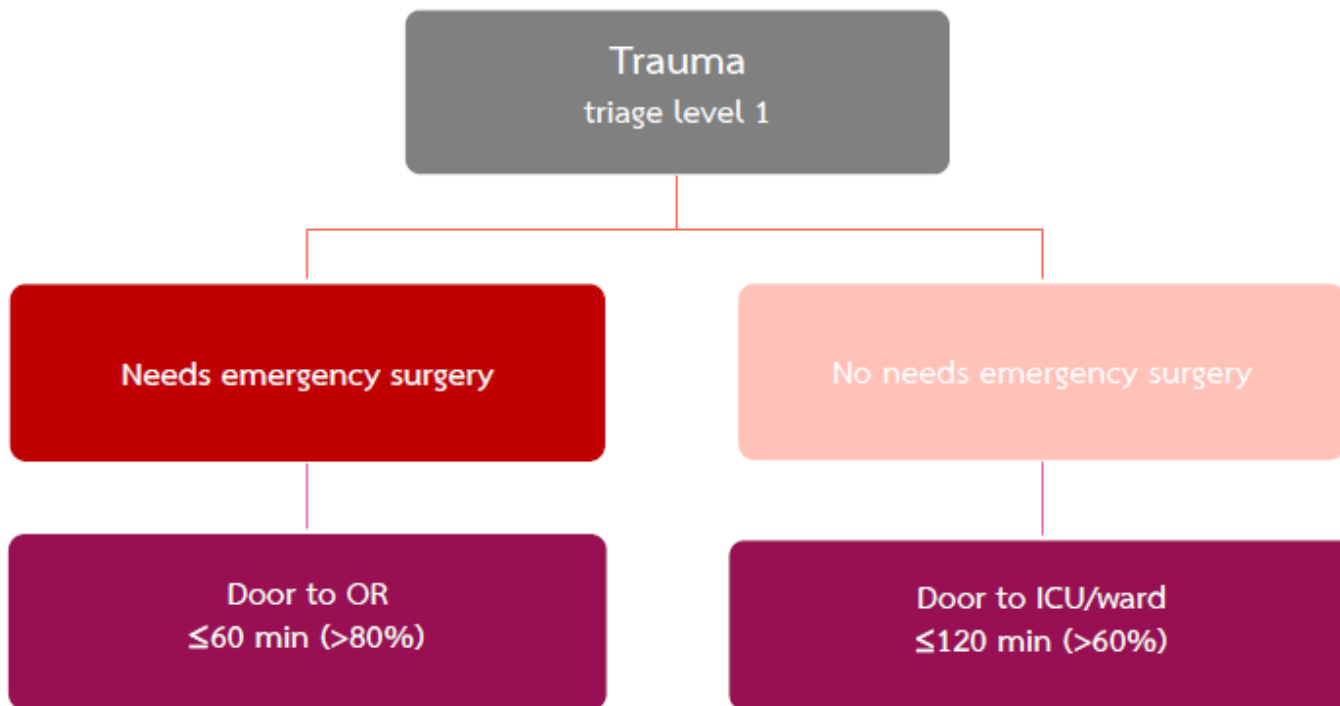
≥30

มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในรพ.ประจำจังหวัด (ระดับ S และ A)





# Trauma Fast Track : Work Flow





# TRAUMA

ตัวชี้วัดหลัก

ตัวชี้วัดรอง



อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1

ไม่เกิน ร้อยละ 12

1. เพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการ definite care
  - 1.1 อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในรพ.ระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที
  - 1.2 อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1

ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 80  
ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 60

2. ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญและมีความรุนแรง
  - 2.1 ร้อยละของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลทุกระดับ ได้รับการทำ root cause analysis
  - 2.2 อัตราของผู้ป่วย severe traumatic brain injury ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1

ร้อยละ 100  
ไม่เกิน ร้อยละ 45

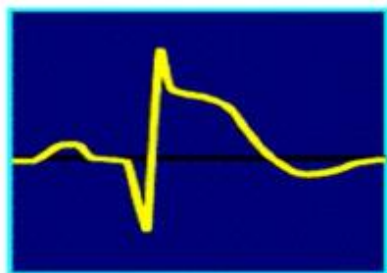
3. การพัฒนาข้อมูลและระบบสารสนเทศห้องฉุกเฉิน

- 3.1 อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ
- 3.2 อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ

ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 80  
ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 80



# STEMI Fast Track : Work Flow



Onset of STEMI



Time to Fibrinolysis  $\leq 30$  min. ( $\geq 50\%$ )

Time to Primary PCI  $\leq 120$  min. ( $\geq 50\%$ )



## THAI ACS REGISTRY

- STEMI ได้ Fibrinolysis  $2,472/5,301 = 46.63\%$
- STEMI ได้ PPCI  $1,133/5,301 = 21.37\%$
- STEMI ได้รับการ ทำ PCI ทั้งหมด  $1,640/5,301 = 30.94\%$
- Reperfusion Rate ใน STEMI =  $68.01\%$

ที่มา: Thai ACS registry ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2561

## ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ

### ACS 1 ต.ค. 60 – 31 ส.ค. 61 (Update 1 ก.ย. 61)

	STEMI	Reperfusion rate	STEMI diagnosis-Reperfusion ภายใน 120 นาที	Total Ischemic Time ภายใน 180 นาที
จำนวน	5,599	3,812	2,535	1,491
ร้อยละ		68.08	45.28	26.63

1. จำนวนผู้ป่วย STEMI diagnosis ด้ย Reperfusion ภายใน 120 นาที > 50%

2. Total Ischemic Time = Patient delay + System delay

4

## STEMI

ตัวชี้วัดรอง : ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน  
ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล



เกณฑ์

≤ 10%

ประเด็น  
ที่มุ่งเน้น

## เป้าหมาย

ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ≤ 10%

## มาตรการ

1. ประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ให้ผู้ป่วย STEMI มาโรงพยาบาลโดยเร็ว
2. ทีมแพทย์หัวใจให้การวินิจฉัย STEMI
3. ให้ยาละลายลิ่มเลือดอย่างรวดเร็วภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย
4. ส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ภายใน 120 นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI หรือทำ PCI ภายใน 90 นาที นับจากผู้ป่วย ได้รับการวินิจฉัย STEMI โรงพยาบาลที่สามารถทำ PCI ได้เอง

## แนวทางการตรวจ

1. STEMI alert campaign
2. เวลาที่ผู้ป่วยมาจนถึงเวลาที่ให้การวินิจฉัย
3. เวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจนถึงเวลาที่เริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือด
4. เวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจนถึงเวลาที่ได้รับการทำ PCI

## ผลลัพธ์ที่ต้องการ

1. มี STEMI alert campaign และ media
2. เวลาที่ผู้ป่วยมาจนถึงเวลาที่ให้การวินิจฉัยไม่เกิน 10 นาที
3. เวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจนถึงเวลาที่เริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือดไม่เกิน 30 นาที
4. เวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจนถึงเวลาที่ได้รับการทำ PCI ไม่เกิน 120 นาที

Small  
Success3  
เดือน

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในรพ. ≤ 10%

6  
เดือน

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในรพ. ≤ 10%

9  
เดือน

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในรพ. ≤ 10%

12  
เดือน

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในรพ. ≤ 10%



4

## STEMI

ตัวชี้วัดหลัก : อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ



เกณฑ์

ไม่เกิน 26/แสนประชากร

ประเด็น  
ที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย

อัตราการตายของผู้ป่วย  
โรคหลอดเลือดหัวใจ  
ไม่เกิน 26/แสนประชากร

มาตรการ

1. ให้การรักษาผู้ป่วยที่เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างรวดเร็ว โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดและหรือการทำบอลลูน
2. ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง ให้รักษาโดยการทำการบอลลูน หรือการผ่าตัด By pass โดยลดระยะเวลาการทำการบอลลูน
3. มีข้อมูลของการเสียชีวิตของผู้ป่วย โดยดูสาเหตุการตายจากเวชระเบียนของผู้ป่วยและจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์

แนวทางการตรวจ

1. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างรวดเร็วที่รักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดและหรือการทำบอลลูน
2. จำนวนและระยะเวลาการคอย การทำการบอลลูน หรือการผ่าตัด By pass ของผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง
3. จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

1. ผู้ป่วย STEMI รักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดและหรือการทำบอลลูนมากกว่าร้อยละ 80
2. ระยะเวลาการคอย (วัน สัปดาห์ เดือน ปี) การทำการบอลลูน หรือการผ่าตัด By pass ของผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังไม่เกิน 3 เดือน
3. จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน 26/แสนประชากร

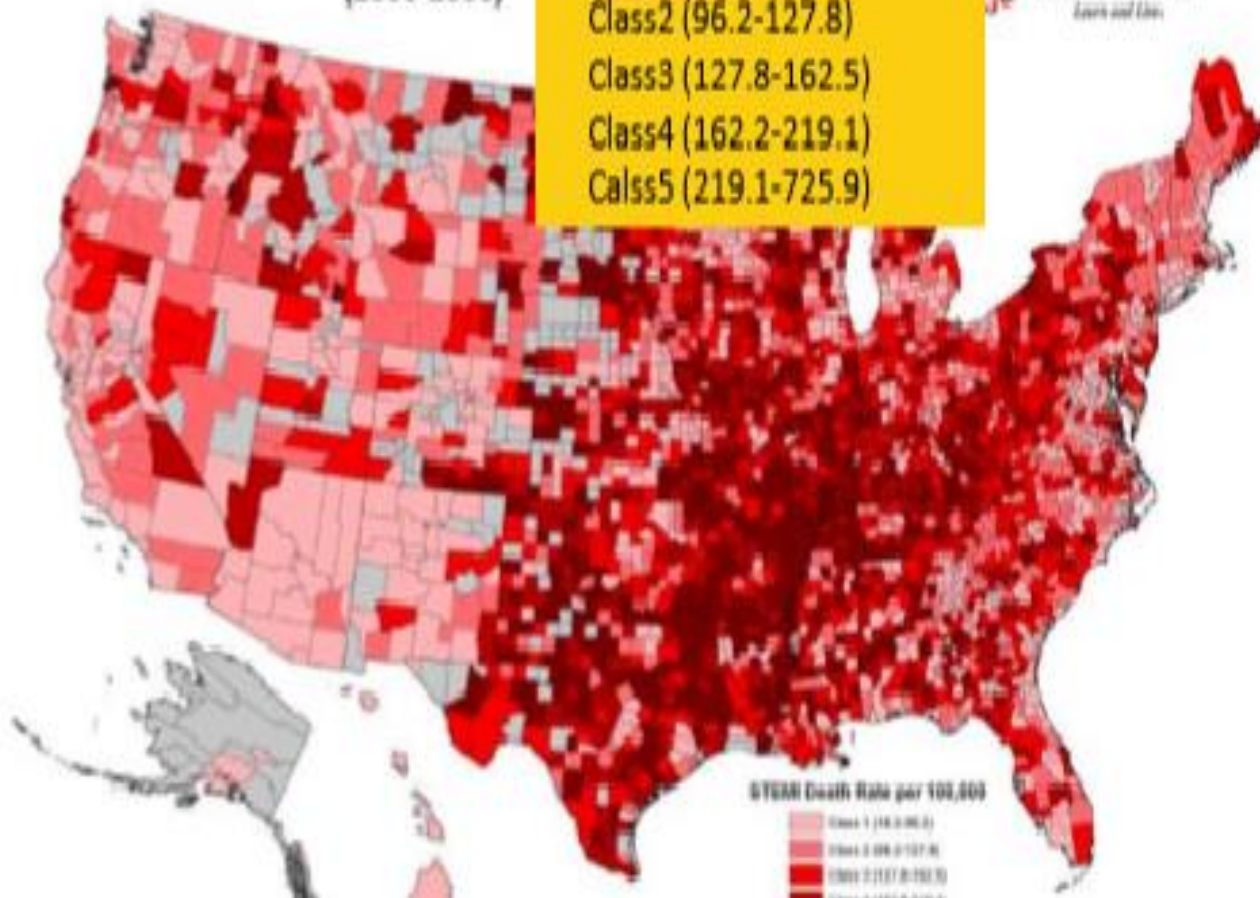
Small  
Success3  
เดือนอัตราการตายของผู้ป่วย  
โรคหลอดเลือดหัวใจ  
ไม่เกิน 26/แสนประชากร6  
เดือนอัตราการตายของผู้ป่วย  
โรคหลอดเลือดหัวใจ  
ไม่เกิน 26/แสนประชากร9  
เดือนอัตราการตายของผู้ป่วย  
โรคหลอดเลือดหัวใจ  
ไม่เกิน 26/แสนประชากร12  
เดือนอัตราการตายของผู้ป่วย  
โรคหลอดเลือดหัวใจ  
ไม่เกิน 26/แสนประชากร



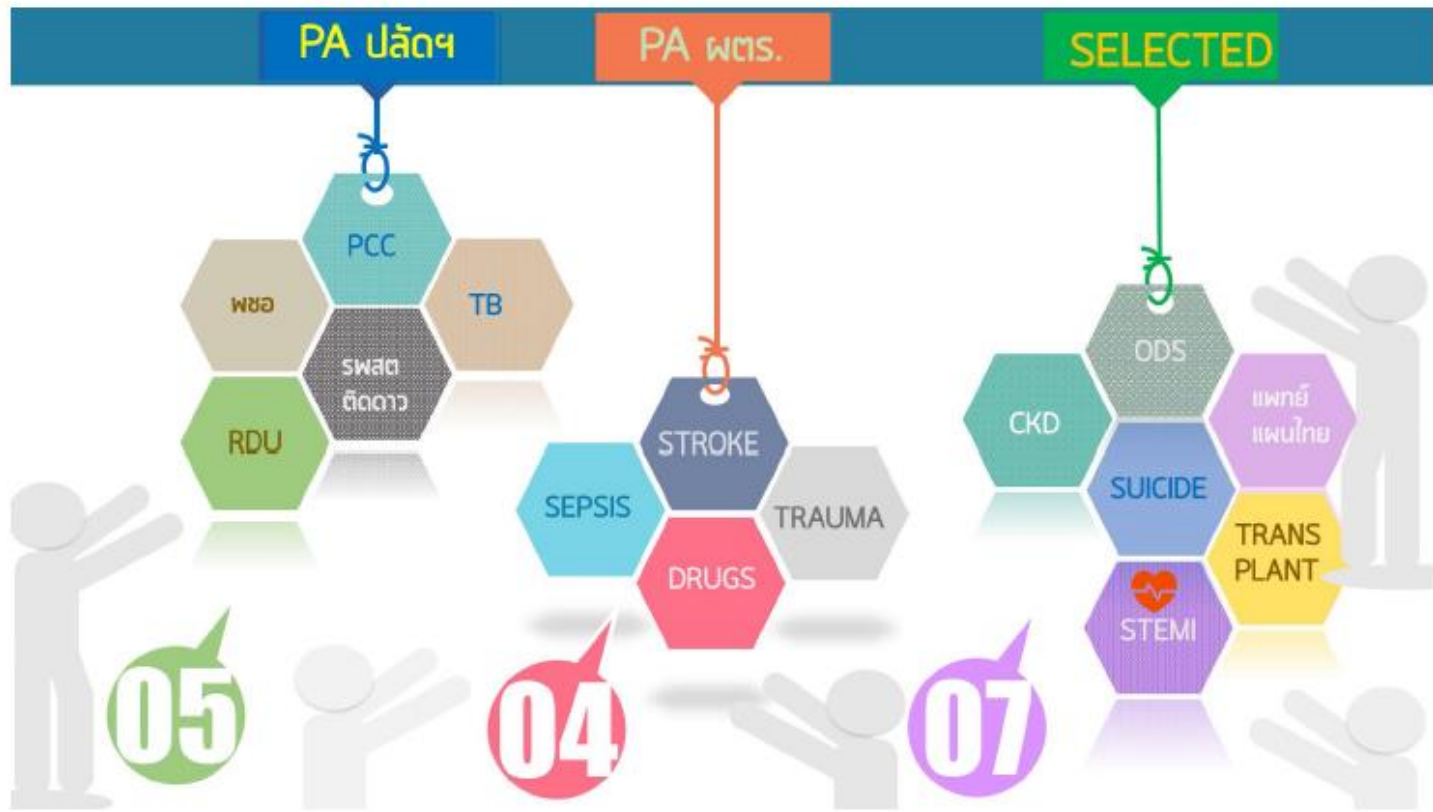
Age 35+ STEMI Death Rate per 100,000  
(2000-2006)

STEMI Death Rate per 100,000

- Class1 (16.2-96.2)
- Class2 (96.2-127.8)
- Class3 (127.8-162.5)
- Class4 (162.2-219.1)
- Class5 (219.1-725.9)



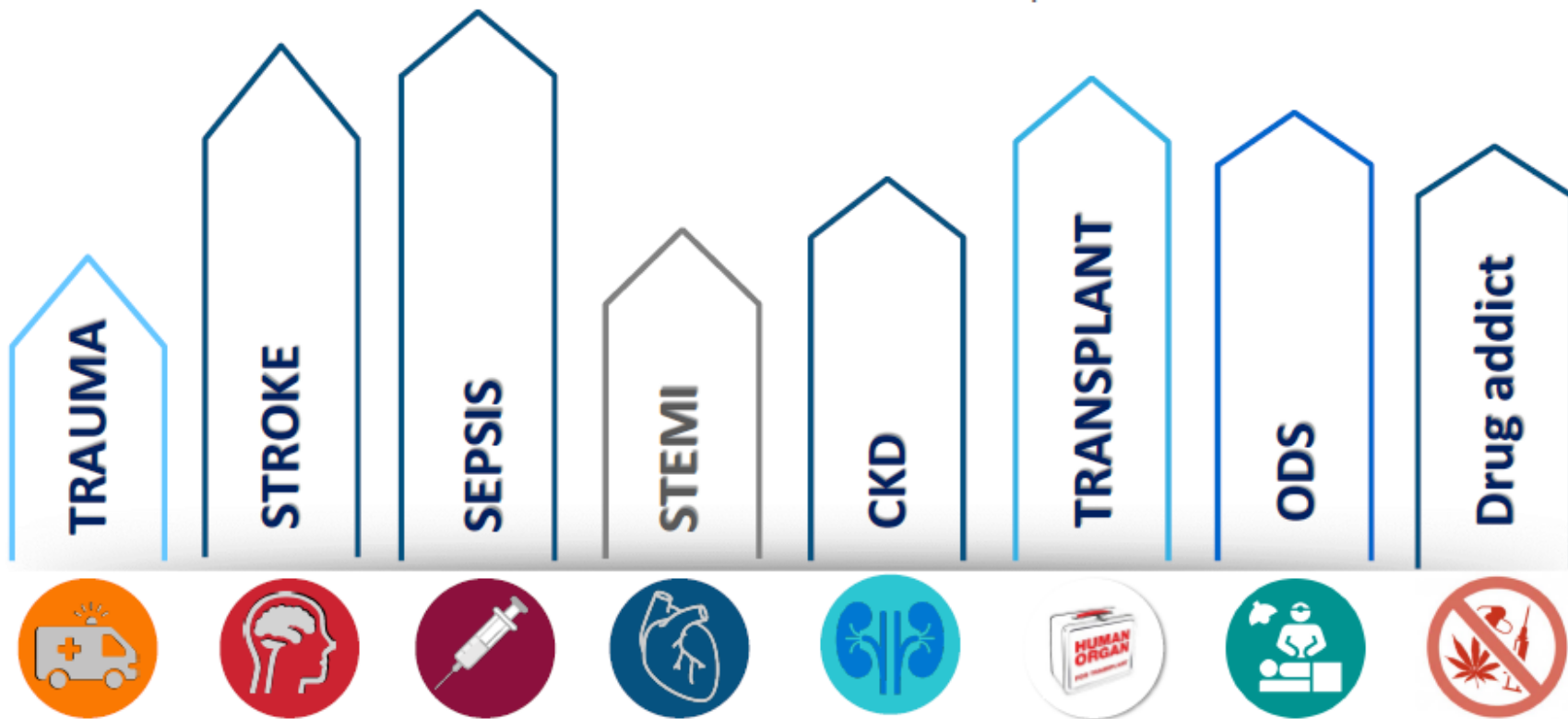
# สรุปการประชุมชี้แจงการตรวจราชการปี 2562 20 พ.ย. 2561





# KPI ตรวจสอบราชการ ปี 2562

คณะ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ



กรมการแพทย์

DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES



ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน



# CKD

ตัวชี้วัด :

ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 mL/min/1.73m<sup>2</sup>/yr



เกณฑ์

≥ ร้อยละ 66

ประเด็น  
ที่มุ่งเน้น

## เป้าหมาย

ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 mL/min/1.73m<sup>2</sup>/yr

3  
เดือน

- ประเมินแนวทางการประเมิน CKD clinic คุณภาพ และส่วนกลางซึ่งแจ้งวิธีการประเมิน
- ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรองโรคไตได้มากกว่า 40%
- มีการประเมิน CKD clinic คุณภาพด้วยการประเมินแบบไขว้จังหวัดและอย่างน้อย 50% ของ CKD clinic ในรพ.ระดับ M2, F1-2 ผ่านการประเมิน CKD clinic คุณภาพ
- ร้อยละ 66 ของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>/yr

## มาตรการ

- การขยายบริการ CKD clinic ให้ครอบคลุม รพ.ในระดับ F3 ขึ้นไป
- การประเมิน CKD clinic คุณภาพ

6  
เดือน

- ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรองโรคไตได้มากกว่า 40%
- มีการประเมิน CKD clinic คุณภาพด้วยการประเมินแบบไขว้จังหวัดและอย่างน้อย 50% ของ CKD clinic ในรพ.ระดับ M2, F1-2 ผ่านการประเมิน CKD clinic คุณภาพ
- ร้อยละ 66 ของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 mL/min/1.73m<sup>2</sup>/yr

## แนวทางการตรวจ

- ผ่านสำนักงานเขต สสจ. การประชุม SP กสธ.
- การทำ self assessment และทำการประเมินแบบไขว้จังหวัดในเขตเดียวกัน

9  
เดือน

- ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรองโรคไตได้มากกว่า 80%
- มีการขยายบริการ CKD clinic ให้ครอบคลุม รพ. ในระดับ F3 ขึ้นไปครบ 100%
- มีการประเมิน CKD clinic คุณภาพด้วยการประเมินแบบไขว้จังหวัดและอย่างน้อย 50% ของ CKD clinic ในรพ.ระดับ M2, F1-2 ผ่านการประเมิน CKD clinic คุณภาพ
- ร้อยละ 66 ของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 mL/min/1.73m<sup>2</sup>/yr

## ผลลัพธ์ที่ต้องการ

- ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีอัตราความเสี่ยงของไตต่ำลง



12  
เดือน

- ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรองโรคไตได้มากกว่า 80%
- อย่างน้อยร้อยละ 66 ของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 mL/min/1.73m<sup>2</sup>/yr

Small  
Success





6

# TRANSPLANT

ตัวชี้วัด : อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

เกณฑ์ > 0.8 : 100 ผู้ป่วยเสียชีวิตในรพ. A, S

ประเด็น  
ที่มุ่งเน้น

## เป้าหมาย

• อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในรพ.

## มาตรการ

- การจัดตั้งคณะกรรมการระดับ รพ.
- การอบรมบุคลากร

## แนวทางการตรวจ

- สำนักงานเขตสุขภาพ
- กรรมการ service plan ระดับเขตและกระทรวงสาธารณสุข
- ฐานข้อมูลของแต่ละรพ. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยนำเสนอข้อมูล 6 และ 12 เดือนในภาพรวมของจังหวัดหรือภาพรวมของเขตสุขภาพ

## ผลลัพธ์ที่ต้องการ

- อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในรพ.  
รอบ 6 เดือน  $\geq 0.4 : 100$   
รอบ 12 เดือน  $\geq 0.8 : 100$   
ปี 2564 = 1 : 100

Small  
Success

3  
เดือน

0.2 : 100

6  
เดือน

0.4 : 100

9  
เดือน

0.6 : 100

12  
เดือน

0.8 : 100





6

# TRANSPLANT

ตัวชี้วัด : อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา  
ต่อผู้ป่วยเสียชีวิตในรพ.

เกณฑ์ > 1.3 : 100 ผู้ป่วยเสียชีวิตในรพ. A, S

ประเด็น  
ที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย

- อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อผู้ป่วยเสียชีวิตในรพ.

3

เดือน

- จัดทำคู่มือศูนย์ปลูกถ่ายไต
- จัดทำแผนพัฒนาระบบข้อมูลการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะและกระจกตากระทรวงสาธารณสุข
- จัดทำแนวทางคัดอบแทนบุคลากรอบรม regional harvesting team

มาตรการ

- การจัดตั้งคณะกรรมการระดับ รพ.
- การอบรมบุคลากร

6

เดือน

- อบรมหลักสูตรพยาบาล TC 4 เดือน
- อบรม cornea transplant team

แนวทางการตรวจ

- สำนักงานเขตสุขภาพ
- กรรมการ service plan ระดับเขตและกสธ.
- ฐานข้อมูลของแต่ละรพ.สังกัดกสธ.

9

เดือน

- มอบคู่มือศูนย์ปลูกถ่ายไตให้รพ.เป้าหมาย
- อบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาเครือข่ายบริการรับบริจาคอวัยวะ 4 ภาค (ปีละ 2 ภาค)

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

- อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อ ผู้ป่วยเสียชีวิตในรพ.  $\geq 1.3:100$

12

เดือน

- ประชุมสรุปผลงานประจำปี มอบรางวัลแก่เขต และรพ.ที่มีผลงานดีเด่น

Small  
Success





# One Day Surgery

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery



เกณฑ์

ร้อยละ 20

ประเด็น  
ที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย

รอบที่ 1

ร้อยละ 20

รอบที่ 2

ร้อยละ 20

3

เดือน

รพ.ทุกระดับที่มีความพร้อม  
ในเขตสุขภาพเข้าใจแนวทาง  
การดำเนินงาน ODS อย่างเป็น  
ระบบสามารถวางแผนและ  
พัฒนาการให้บริการ  
อย่างเหมาะสมตามบริบท

มาตรการ

จัดตั้งหน่วยให้บริการเพิ่มตาม  
แนวทางคู่มือของกรมการแพทย์

เก็บรวบรวมข้อมูล  
และวิเคราะห์

6

เดือน

รพ.ทุกระดับที่มีความพร้อม  
และสมัครใจสามารถดำเนินการ  
ได้เพิ่มอย่างน้อย 1 แห่ง  
ต่อเขตสุขภาพ

แนวทางการตรวจ

ประเมินรูปแบบการให้บริการมี  
มาตรฐานตามแนวทางการดำเนินงาน  
และข้อเสนอแนะด้านความปลอดภัย  
กรมการแพทย์

ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับบริการ  
One Day Surgery

9

เดือน

รพ.ทุกระดับสามารถดำเนินการ ODS  
ได้อย่างน้อย จังหวัดละ 1 แห่ง  
รพ.ให้บริการผ่าตัด ODS เป็นแบบ  
One Stop service  
อย่างน้อย เขตละ 1 แห่ง

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

มีหน่วยงานที่ให้บริการ  
ในโรงพยาบาลทุกระดับที่มีความพร้อม  
และสมัครใจ

ร้อยละ 20

12

เดือน

โรงพยาบาลให้บริการผ่าตัด ODS  
เป็นแบบ One Stop service  
อย่างน้อยเขตละ 1-2 แห่ง

Small  
Success



8

## Drug addict

ตัวชี้วัด : ร้อยละผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามต่อเนื่อง 1 ปี (Retention rate)



เกณฑ์  $\geq$  ร้อยละ 20

ประเด็น  
ที่มุ่งเน้น

## เป้าหมาย

ร้อยละผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามต่อเนื่อง 1 ปี (Retention rate)

## มาตรการ

- จัดทำแผนปฏิบัติการและการสนับสนุนของผู้บริหารที่ครอบคลุม ด้านการป้องกัน, การบำบัดรักษาและการส่งต่อ, CBTx, การพัฒนาบุคลากร, Harm reduction, และการกำกับดูแลประสานความร่วมมือกับหน่วยงานนอก ๘๘.  
- กำหนดโครงสร้าง หรือ คำสั่งแต่งตั้งและมอบหมายผู้รับผิดชอบแต่ละระดับ (รพ. จังหวัด และเขตสุขภาพ)

## แนวทางการตรวจ

- คู่มือปฏิบัติการของจังหวัดที่ครอบคลุมทุกด้านที่กำหนดเป้าหมาย ระยะเวลา งบประมาณ และแนวทางการกำกับ ติดตาม ประเมินผล  
- การกำหนดโครงสร้าง คำสั่งคณะกรรมการ หรือคำสั่งมอบหมายผู้รับผิดชอบทุกระดับ

## ผลลัพธ์ที่ต้องการ

- ผู้บริหารให้การสนับสนุน กำหนดเป็นนโยบายสำคัญของพื้นที่ ในระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ  
- มีแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน มีงบประมาณสนับสนุนที่ครอบคลุมด้านการบำบัด การพัฒนาคุณภาพ

Small  
Success

3  
เดือน

- มีแนวทางการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx)  
- ร้อยละ 100 ของจังหวัดมีแผนปฏิบัติการ ที่ครอบคลุมด้านการป้องกัน การบำบัดรักษา การลดอันตราย (Harm reduction) การพัฒนาบุคลากร การพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลนอกและในสส. การดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) และกำหนดมอบหมายผู้รับผิดชอบ

6  
เดือน

- ร้อยละ 70 จังหวัดมีการกำกับดูแลมาตรฐาน และประสานความร่วมมือกับ หน่วยงานบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดนอกสังกัดสส.  
- ร้อยละ 75 ของสถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูผ่านการรับรองคุณภาพ (HA ยาเสพติด)  
- ร้อยละ 100 ของจังหวัดมีฐานข้อมูลด้านการบำบัดรักษา ยาเสพติด (บสค.) ที่เป็นมิตรกับผู้ใช้ สามารถวิเคราะห์และใช้ประโยชน์ได้

9  
เดือน

- ร้อยละ 100 จังหวัดมีการกำกับดูแลมาตรฐานและประสานความร่วมมือกับหน่วยงานบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดนอกสังกัดสส.  
- ร้อยละ 80 ของสถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูผ่านการรับรองคุณภาพ HA ยาเสพติด  
- ร้อยละ 50 ของจังหวัดมีการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง CBTx

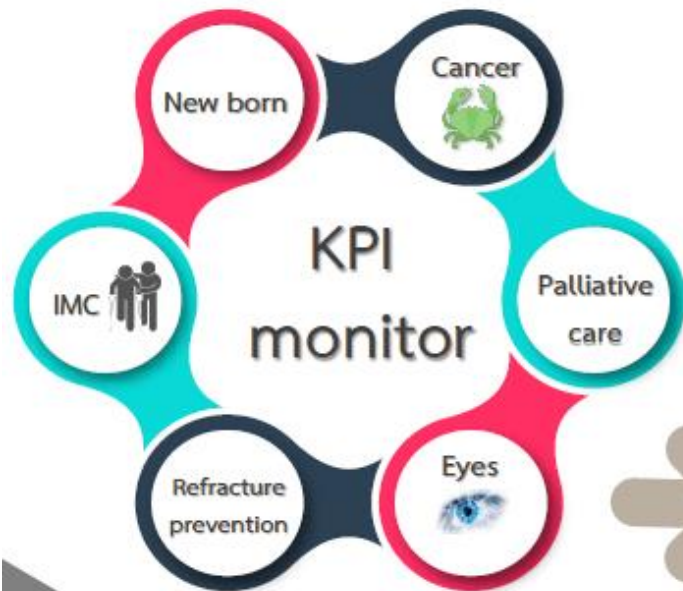
12  
เดือน

- ร้อยละ 40 ของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพยาเสพติดต่อเนื่องหลังจากการบำบัด 3 เดือน  
- ร้อยละ 20 ของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี





# สรุปการประชุมชี้แจงการตรวจราชการปี 2562 20 พ.ย. 2561



1 สร้างเครือข่าย, implement, M&E ผ่านโครงการของแต่ละสาขา (รวมหลายสาขา หรือแยกทำแต่ละสาขา)

2 แพทย์เขต ชี้แจง ติดตาม เขต/จังหวัด/กลุ่มปฏิบัติงาน

- 1 ไม่ต้องส่งตก.
- 2 กรมการแพทย์ต้องสร้างระบบตรวจติดตาม
- 3 สาขาที่เป็นปัญหาสำคัญ → selected ของเขต





# ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

