

รายงานประจำปี ๒๕๖๕



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

คำนำ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาได้รวบรวมและจัดทำรายงานประจำปี ๒๕๖๕ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลพื้นฐานผลการดำเนินงานสาธารณสุขของจังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ โดยได้นำผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ นำมาวิเคราะห์ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดแต่ละกิจกรรมในแผนงาน/โครงการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดรวมถึงงานสำคัญตามนโยบายของรัฐบาลนอกจากนี้ได้มีการประเมินผลโครงการ/ผลงานเด่นของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาโดยได้วิเคราะห์ถึงความสำเร็จปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนางานทั้งนี้เพื่อเผยแพร่ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในกิจกรรมดำเนินงานสาธารณสุขได้ทราบและใช้ข้อมูลให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนางานสาธารณสุขและงานด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้องต่อไป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาและคณะผู้จัดทำขอขอบคุณส่วนราชการต่างๆ และกลุ่มงานทุกกลุ่มในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูล และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเอกสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ใช้ข้อมูลและผู้ที่นำไปเป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินงานในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

พฤษภาคม ๒๕๖๖

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
ข้อมูลทั่วไป	๑
สถานะสุขภาพ	๘
การบริหารจัดการด้านสาธารณสุข	๒๓
การเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา	๗๔
วิเคราะห์ผลการดำเนินงานสถานการณ์และแนวโน้มของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและมีผลกระทบต่อสุขภาพ	๙๐
สรุปผลการดำเนินการตามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	๙๕
ผลการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	๑๐๓
๑.วิเคราะห์ตามกลุ่มอายุ	๑๐๔
๒.การป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อ	๑๓๑
๓.การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ	๑๘๑
๔.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	๒๐๐
๕.การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ	๒๙๔

ข้อมูลทั่วไป

[illegible]

ที่ตั้งและอาณาเขต

จังหวัดนครราชสีมาตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ บนที่ราบสูงโคราช ตัวจังหวัดอยู่ห่างจากกรุงเทพมหานคร โดยทางรถยนต์เป็นระยะทาง ๒๕๕ กิโลเมตร และโดยทางรถไฟ เป็นระยะทาง ๒๖๔ กิโลเมตร มีเนื้อที่ประมาณ ๒๐,๔๙๓.๙๖ ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ ๑๒,๘๐๘,๗๒๘ ไร่ เท่ากับร้อยละ ๑๒.๑๒ ของพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ขนาดของพื้นที่เป็นอันดับที่ ๑ ของภาค มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดอื่น ดังนี้

ทิศเหนือ	ติดจังหวัดชัยภูมิและจังหวัดขอนแก่น
ทิศตะวันออก	ติดจังหวัดบุรีรัมย์
ทิศใต้	ติดจังหวัดปราจีนบุรีและจังหวัดนครนายก
ทิศตะวันตก	ติดจังหวัดชัยภูมิ จังหวัดสระบุรี และจังหวัดลพบุรี

การปกครองและประชากร

จังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วย ๓๒ อำเภอ ๒๘๘ ตำบล ๓,๗๕๖ หมู่บ้าน มีจำนวนหลังคาเรือน ๑,๐๔๔,๕๒๔ หลังคาเรือน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรวม ๓๓๔ แห่ง แบ่งเป็น องค์การบริหารส่วนจังหวัด ๑ แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล ๒๔๓ แห่ง เทศบาลนคร ๑ แห่ง เทศบาลเมือง ๔ แห่ง เทศบาลตำบล ๘๕ แห่ง

ประชากรจังหวัดนครราชสีมา ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

จำนวนประชากร จำนวน ๒,๖๒๖,๐๖๕ คน ชาย ๑,๒๘๗,๔๕๕ หญิง ๑,๓๓๘,๖๑๐ คน

ข้อมูลกระทรวงมหาดไทย ประชากรในเขตเทศบาล ๖๑๘,๒๔๓ คน ชนบท ๒,๐๐๙,๖๒๗ คน

ภูมิประเทศ

ส่วนใหญ่เป็นที่ราบสูง ห่างจากระดับน้ำทะเลปานกลาง ระหว่าง ๑๕๐-๓๐๐ เมตร มีเทือกเขา สันกำแพง และเทือกเขาพนมดงรัก เป็นแนวยาวทางด้านทิศใต้และทิศตะวันตก ส่วนบริเวณตอนล่างค่อนข้างไปทาง เหนือและตะวันออกเป็นที่ราบลุ่ม

ภูมิอากาศ

สภาพอากาศทั่วไปของจังหวัดนครราชสีมาอยู่ภายใต้อิทธิพลของมรสุม ๒ ชนิด คือ มรสุม ตะวันออกเฉียงเหนือ (เริ่มตั้งแต่ประมาณกลางเดือนตุลาคมถึงเดือนกุมภาพันธ์) มรสุมนี้มีแหล่งกำเนิดจากบริเวณ ความกดอากาศสูงในซีกโลกเหนือแถบประเทศมองโกเลียและจีนพัดพาเอามวลอากาศเย็น และ แห้ง จาก แหล่งกำเนิดเข้ามาปกคลุมประเทศไทย ทำให้บริเวณจังหวัดนครราชสีมาประสบกับภาวะอากาศหนาวเย็น และแห้ง แล้ง โดยทั่วไป ส่วนมรสุมอีกชนิดหนึ่งคือมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ (เริ่มตั้งแต่กลางเดือนพฤษภาคมถึง กลางเดือนตุลาคม) มรสุมนี้มีแหล่งกำเนิดจากบริเวณความกดอากาศสูงในซีกโลกใต้ บริเวณมหาสมุทรอินเดีย ซึ่ง พัดออกจาก ศูนย์กลางเป็นลมตะวันออกเฉียงใต้และเปลี่ยนเป็นลมตะวันตกเฉียงใต้ เมื่อพัดข้ามเส้นศูนย์สูตร พัด พาเอามวล อากาศชื้นจากมหาสมุทรอินเดียมาสู่ประเทศไทย ทำให้บริเวณจังหวัดนครราชสีมา มีเมฆมากและฝน ตกชุก

สภาพเศรษฐกิจ

ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด (GPP) ณ ปี ๒๕๖๓ จังหวัดนครราชสีมามีมูลค่า ๒๙๔,๖๐๔ ล้านบาท ลดลง จากปีก่อนที่มีมูลค่า๓๐๓,๙๙๖ ล้านบาท คิดเป็นมูลค่ารวม ๙,๓๙๒ ล้านบาท และคิดเป็นร้อยละ ๓.๑๘ โดย มูลค่าสูงเป็นลำดับที่ ๑ ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลำดับที่ ๑๒ ของประเทศ และ จังหวัดนครราชสีมา มี รายได้ต่อหัวต่อปี (GPP per capita) ปี ๒๕๖๓ เท่ากับ ๑๑๗,๕๒๑ บาท อยู่ในลำดับที่ ๑ ของภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ ลำดับที่ ๓๘ ของประเทศ

เมื่อพิจารณาถึงเศรษฐกิจโดยรวมของจังหวัดนครราชสีมา ปี ๒๕๖๔ พบว่าผลิตภัณฑ์ของจังหวัดใน ภาพรวมมีแนวโน้มขยายตัวในอัตราที่ชะลอตัวลงอยู่ที่ร้อยละ ๒ ตามการชะลอตัวลงของภาคอุตสาหกรรม ภาคบริการและภาคเกษตรกรรม เนื่องมาจาก การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ทำให้กิจกรรมทางเศรษฐกิจลดลง ส่งผลกระทบต่อทุกภาคการผลิต โดยเฉพาะภาคบริการและ ภาคอุตสาหกรรม ขณะที่ภาคเกษตรกรรมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปริมาณน้ำฝนที่มีมากกว่าปี ๒๕๖๓

การศึกษา

จังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนโรงเรียนแบ่งตามสังกัด (ข้อมูล ณ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๔) ดังนี้

๑. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน(สพฐ.) มีโรงเรียนสังกัด ๑,๓๕๑ โรงเรียน แบ่งเป็น
 - ๑.๑ โรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาานครราชสีมา (สพม.นม.) จำนวน ๕๐ แห่ง
 - ๑.๒ โรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครราชสีมา ๗ เขต ๑,๓๐๔โรงเรียน
 - ๑.๓ โรงเรียนสังกัดสำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ ๑ แห่ง (โรงเรียนนครราชสีมาปัญญาบรู๊กล)

ข้อสัถย สามัคคี มีวินัย

- ๑.๔ ศูนย์การศึกษาพิเศษเขตการศึกษา ๑๑ จังหวัดนครราชสีมา ๑ แห่ง
มีจำนวนครู ๑๗,๓๐๗ คน และมีจำนวนนักเรียน ๒๖๘,๕๓๙ คน
๒. สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา ๒๓ แห่ง แบ่งเป็นรัฐบาล ๑๒ แห่ง เอกชน ๑๑ แห่ง
มีจำนวนครู ๑,๒๙๗ คน และมีจำนวนนักเรียน ๓๒,๒๐๙ คน
๓. สังกัดสำนักงานส่งเสริมการศึกษาเอกชน จำนวน ๑๑๙ โรงเรียน
มีจำนวนครู ๓,๗๙๒ คน และมีจำนวนนักเรียน ๖๓,๘๖๗ คน
๔. สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย ๓๒ แห่ง
มีจำนวนครู ๙๘๘ คน และมีจำนวนนักเรียน ๙๑,๙๗๑ คน
๕. สังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ๘๕ โรงเรียน ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา (๕๘ โรงเรียน) [เทศบาลนครราชสีมา](#) (๖ โรงเรียน) สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น (๒๑ โรงเรียน)
มีจำนวนครู ๒,๔๐๙ คน และมีจำนวนนักเรียน ๔๑,๓๘๘ คน
๖. สถาบันบัณฑิตพัฒนศิลป์ ๑ แห่ง ได้แก่ วิทยาลัยนาฏศิลปนครราชสีมา ๑ แห่ง
มีจำนวนครู ๕๐ คน และมีจำนวนนักเรียน ๗๑๐ คน
๗. สำนักงานพุทธศาสนาแห่งชาติ ๑๑ แห่ง มีจำนวนครู ๑๐๘ คน และมีจำนวนนักเรียน ๕๙๑ คน
๘. สถาบันพระบรมราชชนก ๑ แห่ง ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ๑ แห่ง
มีจำนวนครู ๗๐ คน และมีจำนวนนักเรียน ๕๓๓ คน
๙. สถาบันอุดมศึกษา จำนวน ๑๒ แห่ง แบ่งเป็นของภาครัฐ ๙ แห่ง เอกชน ๓ แห่ง
มีจำนวนอาจารย์ ๑,๘๘๕ คน นักศึกษา ๖๔,๗๐๘ คน
๑๐. โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยในกำกับสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา จำนวน ๒ โรงเรียน ได้แก่
โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา และโรงเรียนสุรวิวัฒน์

ด้านสังคม

จังหวัดนครราชสีมา มีวัดมากที่สุดในประเทศไทย มีวัด ๒,๑๗๘ วัด แบ่งเป็น มหานิกาย ๒,๐๑๓ วัด ธรรมยุต ๑๖๕ วัด มีพระภิกษุ ๑๖,๕๘๙ รูป เป็นมหานิกาย ๑๔,๙๙๔ รูป ธรรมยุต ๑,๕๙๕ รูป สามเณร ๑,๕๖๔ รูป (ข้อมูล สำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัดนครราชสีมา ณ ๒๒ เมษายน ๒๕๖๕)

ข้อมูลประชากร

ตารางแสดงข้อมูลทั่วไปของจังหวัดนครราชสีมา จำแนกเป็นรายอำเภอ ปี ๒๕๖๕

ข้อมูลทั่วไปของจังหวัดนครราชสีมา จำแนกเป็นรายอำเภอ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕															
อันดับ	อำเภอ	จำนวนตำบล	จำนวนหมู่บ้าน	ระยะทาง (กม.)	ระดับสถานบริการ (จน.เทียบ)	รพ.สต.	รพ.สต. ที่ถ่ายโอน	รพ.สต. สังกัดสส.	PCU รพ.	ศสภ. (ศูนย์สุขภาพชุมชน)	PCU นอกสังกัด	PCU เอกชน	PCU ทั้งหมด	จำนวนประชากร	พื้นที่ (ตร.กม.)
๑	เมือง*	๒๕	๒๓๖	๕	M๑(๒๙๐*)	๒๗	๒	๒๕	๑	๖	๙	๔	๔๗	๔๖๕,๐๘๖	๗๕๕.๖
๒	ครบุรี	๑๒	๑๕๓	๕๗	M๒(๑๔๙)	๑๗	๑	๑๖	๑				๑๘	๙๕,๘๕๔	๑๘๑๖.๙
๓	เสิงสาง	๖	๘๗	๘๕	F๒(๖๐)	๙	๙		๒				๑๑	๗๐,๑๓๗	๑๒๐๐.๒
๔	คง	๑๐	๑๕๖	๗๙	F๒(๖๐)	๑๑	๒	๙	๑				๑๒	๗๙,๑๖๓	๔๕๔.๗๔
๕	บ้านเหลื่อม	๔	๓๙	๘๖	F๒(๓๕)	๔		๔	๑				๕	๒๐,๖๖๖	๒๑๘.๘๘
๖	จักราช	๘	๑๐๙	๔๐	F๑(๑๑๐)	๘		๘	๑				๙	๗๑,๔๕๑	๕๐๑.๖๗
๗	โชคชัย	๑๐	๑๓๒	๓๐	M๒(๙๑)	๑๑	๒	๙	๒				๑๓	๘๓,๕๒๐	๕๐๓.๙๒
๘	ด่านขุนทด	๑๖	๒๒๕	๖๐	M๒(๑๒๖)	๑๙	๑๙		๑				๒๐	๑๒๘,๖๔๗	๑๔๒๘.๑
๙	โนนไทย	๑๐	๑๓๓	๒๘	F๑(๘๗)	๑๒	๘	๔	๑				๑๓	๗๐,๗๓๙	๕๔๑.๙๙
๑๐	โนนสูง	๑๖	๑๙๕	๓๗	F๑(๘๖)	๑๗	๑๗		๑				๑๘	๑๒๔,๖๘๘	๖๗๖.๙๘
๑๑	ขามสะแกแสง	๗	๗๒	๔๙	F๒(๖๐)	๖	๒	๔	๑				๗	๔๓,๐๐๔	๒๓๗.๗๗
๑๒	บัวใหญ่	๑๐	๑๒๒	๑๐๒	M๒(๒๑๙)	๑๒	๑	๑๑	๑		๑		๑๔	๘๐,๗๕๙	๓๐๕.๐๓
๑๓	ประทาย	๑๓	๑๕๑	๙๗	F๑(๗๒)	๑๓	๙	๔	๑				๑๔	๗๗,๐๙๖	๖๐๐.๖๕
๑๔	ปักธงชัย	๑๖	๒๑๕	๓๒	F๑(๑๑๘)	๒๐	๑๘	๒	๑				๒๑	๑๑๕,๙๒๘	๑๓๗๔.๓
๑๕	พิมาย	๑๒	๒๑๓	๕๘	M๑(๑๘๙)	๑๙	๑๑	๘	๒				๒๑	๑๒๗,๓๓๗	๘๙๖.๘๗
๑๖	ห้วยแถลง	๑๐	๑๒๐	๖๔	F๒(๖๐)	๑๓	๖	๗	๑				๑๔	๗๖,๒๖๗	๔๙๕.๑๘
๑๗	ชุมพวง	๙	๑๓๓	๙๖	F๑(๗๕)	๑๓	๑๓		๑				๑๔	๘๒,๕๖๒	๕๔๐.๕๗
๑๘	สูงเนิน	๑๑	๑๒๗	๓๖	F๑(๑๑๙)	๑๕	๑๕		๑				๑๖	๘๕,๐๓๕	๗๘๖.๘๕
๑๙	ขามทะเลสอ	๕	๔๖	๒๐	F๒(๓๖)	๗	๑	๖	๑				๘	๓๐,๓๑๑	๒๐๓.๖๑
๒๐	สีคิ้ว	๑๒	๑๗๐	๔๙	M๒(๑๕๔)	๑๕	๖	๙	๑				๑๖	๑๒๓,๘๖๙	๑๒๔๗.๑
๒๑	ปากช่อง	๑๒	๒๑๙	๘๕	S(๓๐๗)/F๓(๑๐)	๑๙	๒	๑๗	๔			๑	๒๔	๑๙๖,๐๖๓	๑๘๒๕.๒
๒๒	หนองบุญมาก	๙	๑๐๔	๕๘	F๒(๖๐)	๑๑	๑๑		๑				๑๒	๖๐,๖๑๓	๕๙๐.๔๕
๒๓	แก้งสนามนาง	๕	๕๖	๑๒๖	F๒(๓๕)	๔	๓	๑	๑				๕	๓๖,๖๒๑	๑๐๗.๒๖
๒๔	โนนแดง	๕	๖๕	๖๗	F๒(๓๓)	๔		๔	๑				๕	๒๕,๑๐๐	๑๙๓.๔๑
๒๕	วังน้ำเขียว	๕	๘๓	๘๕	F๒(๔๐)	๑๑	๙	๒	๑				๑๒	๔๕,๕๖๑	๑๑๓๐
๒๖	เทพารักษ์	๔	๕๙	๘๘	F๓(๓๐)	๔	๑	๓	๑				๕	๒๕,๒๘๑	๓๕๗.๔๗
๒๗	เมืองยาง	๔	๔๖	๑๑๖	F๒(๓๐)	๔		๔	๑				๕	๒๗,๘๐๓	๒๕๕.๕๒
๒๘	พระทองคำ	๕	๗๕	๔๖	F๒(๓๐)	๕	๕		๑				๖	๔๐,๖๗๖	๓๕๙.๕๒
๒๙	ลำทะเมนชัย	๔	๕๙	๑๑๗	F๒(๔๘)	๔	๑	๓	๑				๕	๓๒,๖๕๓	๓๐๘.๔๖
๓๐	เฉลิมพระเกียรติ	๕	๖๑	๒๐	F๒(๓๐)	๕	๕		๑				๖	๓๕,๙๙๗	๒๕๔.๐๙
๓๑	สีดา	๕	๕๐	๘๕	F๓(๒๔)	๕		๕	๑				๖	๒๓,๖๔๖	๑๖๒.๘๓
๓๒	บัวลาย	๔	๔๕	๑๐๐	F๓(๑๐)	๔	๓	๑	๑				๕	๒๓,๙๓๘	๑๐๖.๘๙
	รวม	๒๘๙	๓,๗๕๖	๒,๑๐๓	๔,๕๐๘	๓๔๘	๑๘๒	๑๖๖	๓๘	๖	๑๐	๕	๔๐๗	๒,๖๒๖,๐๖๕	๒๐,๔๙๔

ที่มา : กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

หมายเหตุ - ข้อมูลทั้งหมดเป็นข้อมูลจากหน่วยบริการที่ให้บริการจริง

- ข้อมูลประชากร ณ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

- จำนวนเตียงอำเภอเมือง คือรพ.เทพรัตนนครราชสีมา ๒๙๐ เตียง ไม่รวมโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครราชสีมา ๑,๓๘๗ เตียง

- จำนวนเตียงอำเภอปากช่อง คือรพ.ปากช่องนานา และรพ.มกุฏศิริวัน ๓๐ เตียง

ข้อมูลประชากร

ปี ๒๕๖๕ พบว่า ลักษณะโครงสร้างประชากรเป็นรูปเจดีย์ฐานสอบ สัดส่วนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ประชากรส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน อัตราส่วนการเป็นภาระเท่ากับ ๓๔.๕๘ ปีระมิตประชากรเป็นพีระมิตแบบหดตัว รูปแบบคือฐานพีระมิตแคบ ตรงกลางพองออกและยอดค่อยๆ แคบเข้าคล้ายรูปดอกบัวตูม ซึ่งแสดงถึงรูปแบบของอัตราการเกิดและอัตราการตายที่ต่ำ หรือมีโครงสร้างประชากรลดลง อายุคาดเฉลี่ย ปี ๒๕๖๕ เพศชาย ๗๑.๘๗ ปี เพศหญิง ๗๙.๘๖ ปี ซึ่งต่ำกว่าอายุคาดเฉลี่ยของประเทศไทย (เพศชาย ๗๓.๖ ปี เพศหญิง ๘๐.๗ ปี) เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอัตราส่วนพึ่งพิง พบว่า อัตราส่วนวัยเด็ก ๐-๑๔ ปี ใกล้เคียงกับจังหวัดนครราชสีมา (ประเทศร้อยละ ๑๕.๗๙ / จังหวัดนครราชสีมา ร้อยละ ๑๕.๔๒) และพบว่าอัตราส่วนผู้สูงอายุประเทศใกล้เคียงกับจังหวัดนครราชสีมา (ประเทศ ร้อยละ ๑๙.๖๙ / จังหวัดนครราชสีมา ร้อยละ ๑๙.๑๖) ชาย ๑,๒๘๗,๔๕๕ คน หญิง ๑,๓๓๘,๖๑๐ คน

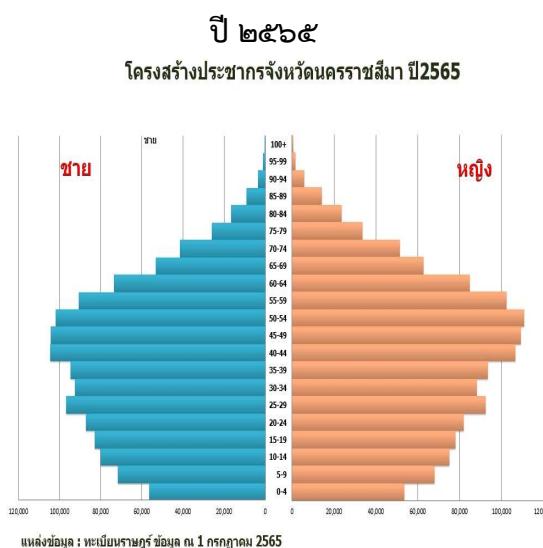
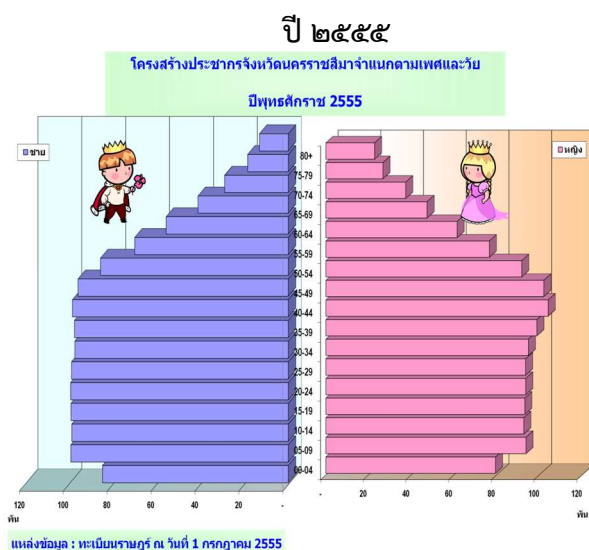
เมื่อพิจารณาภาวะพึ่งพิงรวมประเทศสูงกว่าจังหวัดนครราชสีมา (ประเทศ ร้อยละ ๓๕.๔๗ / จังหวัดนครราชสีมา ร้อยละ ๓๔.๕๘)

ประเภท	จำนวน	ร้อยละ
เด็ก ๐-๑๔ ปี	๔๐๔,๘๙๖	๑๕.๔๒
หญิงวัยเจริญพันธุ์(หญิง๑๕-๔๙ปี)	๖๕๐,๑๙๒	๔๘.๕๘
วัยสูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป	๕๐๓,๐๙๐	๑๙.๑๖
อัตราส่วนพึ่งพิงรวม	๙๐๗,๙๘๖	๓๔.๕๘

เมื่อเปรียบเทียบโครงสร้างประชากรปี ๒๕๕๕ กับปี ๒๕๖๕

พบว่า โครงสร้างประชากร ปี ๒๕๕๕ และปี ๒๕๖๕ โครงสร้างประชากรเป็นพีระมิตแบบหดตัว รูปแบบคล้ายรูปดอกบัวตูม ซึ่งปี ๒๕๖๕ มีรูปแบบพีระมิตที่หดตัวเพิ่มขึ้นชัดเจน ดังแสดงในตาราง และภาพโครงสร้างประชากร

โครงสร้างประชากร	๒๕๕๕(ร้อยละ)	๒๕๖๕(ร้อยละ)	แนวโน้ม
๐-๑๔	๒๑.๑๖	๑๕.๔๒	ลดลง
๑๕-๕๙	๕๒.๗๒	๔๘.๕๘	ลดลง
๖๐ปีขึ้นไป	๑๓.๖๔	๑๙.๑๖	เพิ่มขึ้น



ตารางแสดง แสดงจำนวนประชากรจำแนกตามวัยและเพศจังหวัดนครราชสีมาปี ๒๕๖๕

กลุ่มอายุ(ปี)	ชาย	หญิง	รวม
๐-๔	๕๖,๔๙๒	๕๓,๔๕๗	๑๐๙,๙๔๙
๕-๙	๗๑,๖๖๗	๖๘,๐๖๒	๑๓๙,๗๒๙
๑๐-๑๔	๘๐,๐๐๕	๗๕,๒๑๓	๑๕๕,๒๑๘
๑๕-๑๙	๘๒,๗๕๖	๗๘,๐๓๐	๑๖๐,๗๘๖
๒๐-๒๔	๘๗,๐๒๗	๘๑,๙๓๗	๑๖๘,๙๖๔
๒๕-๒๙	๙๖,๘๖๓	๙๒,๕๕๖	๑๘๙,๔๑๙
๓๐-๓๔	๙๒,๔๓๗	๘๘,๒๕๘	๑๘๐,๖๙๕
๓๕-๓๙	๙๔,๕๓๓	๙๓,๕๙๑	๑๘๘,๑๒๔
๔๐-๔๔	๑๐๔,๔๖๒	๑๐๖,๔๘๔	๒๑๐,๙๔๖
๔๕-๔๙	๑๐๔,๒๓๑	๑๐๙,๓๓๖	๒๑๓,๕๖๗
๕๐-๕๔	๑๐๑,๗๗๑	๑๑๐,๘๗๖	๒๑๒,๖๔๗
๕๕-๕๙	๙๐,๕๙๖	๑๐๒,๓๓๕	๑๙๒,๙๓๑
๖๐-๖๔	๗๓,๔๗๘	๘๔,๘๓๙	๑๕๘,๓๑๗
๖๕-๖๙	๕๓,๐๘๑	๖๒,๖๕๗	๑๑๕,๗๓๘
๗๐-๗๔	๔๑,๕๒๔	๕๑,๔๔๖	๙๒,๙๗๐
๗๕-๗๙	๒๕,๙๔๖	๓๓,๖๕๑	๕๙,๕๙๗
๘๐-๘๔	๑๖,๗๐๐	๒๓,๕๖๒	๔๐,๒๖๒
๘๕-๘๙	๙,๐๒๐	๑๔,๒๔๖	๒๓,๒๖๖
๙๐-๙๔	๓,๓๕๘	๕,๘๓๙	๙,๑๙๗
๙๕+	๑,๕๐๘	๒,๒๓๕	๓,๗๔๓
รวม	๑,๒๘๗,๔๕๕	๑,๓๓๘,๖๑๐	๒,๖๒๖,๐๖๕

แหล่งข้อมูล ทะเบียนราษฎร ข้อมูล ณ วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕

สถานะสุขภาพ

ตัวชี้วัดสภาวะสุขภาพ

๑. อายุขัยเฉลี่ยของจังหวัดนครราชสีมา ปี ๒๕๖๕

อายุขัยเฉลี่ยจังหวัดนครราชสีมาเปรียบเทียบกับประเทศ ปี ๒๕๖๕

อายุขัยเฉลี่ย	จังหวัดนครราชสีมา	ประเทศ
ชาย	๗๑.๘๗	๗๓.๖
หญิง	๗๙.๘๖	๘๐.๗

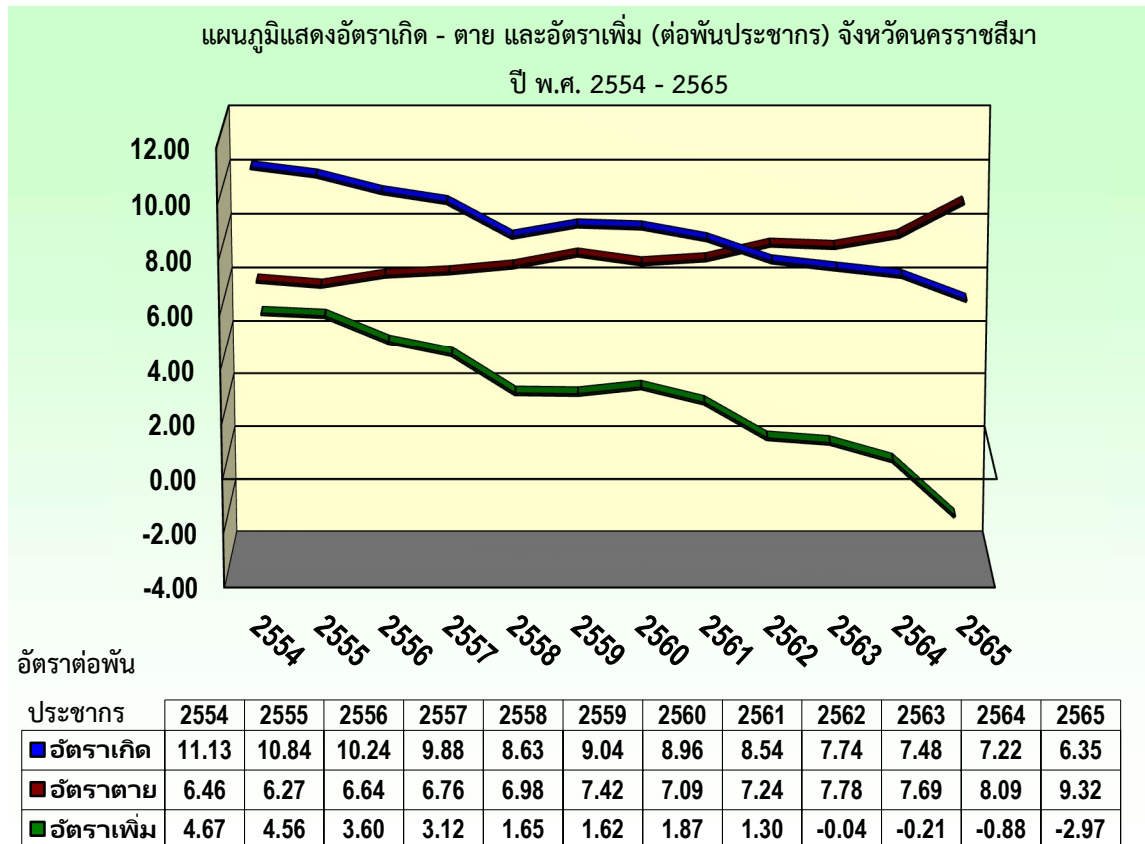
๒. สถิติชีพ

๒.๑ อัตราเกิด อัตราตาย อัตราเพิ่ม

พบว่า จังหวัดนครราชสีมา มีแนวโน้มอัตราเกิดลดลง ตั้งแต่ปี ๒๕๕๔ อัตราตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี ๒๕๕๕ ส่งผลให้อัตราเพิ่มตามธรรมชาติ มีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจนตั้งแต่ปี ๒๕๕๔

ปี ๒๕๖๕ จังหวัดนครราชสีมา มีอัตราเกิด ๖.๓๕ ต่อพันประชากร อัตราตาย ๙.๓๒ ต่อพันประชากร ส่งผลให้อัตราเพิ่มติดลบ ๒.๙๗ ต่อพันประชากร จะเห็นว่าอัตราเพิ่มมีติดลบมาตั้งแต่ปี ๒๕๖๒

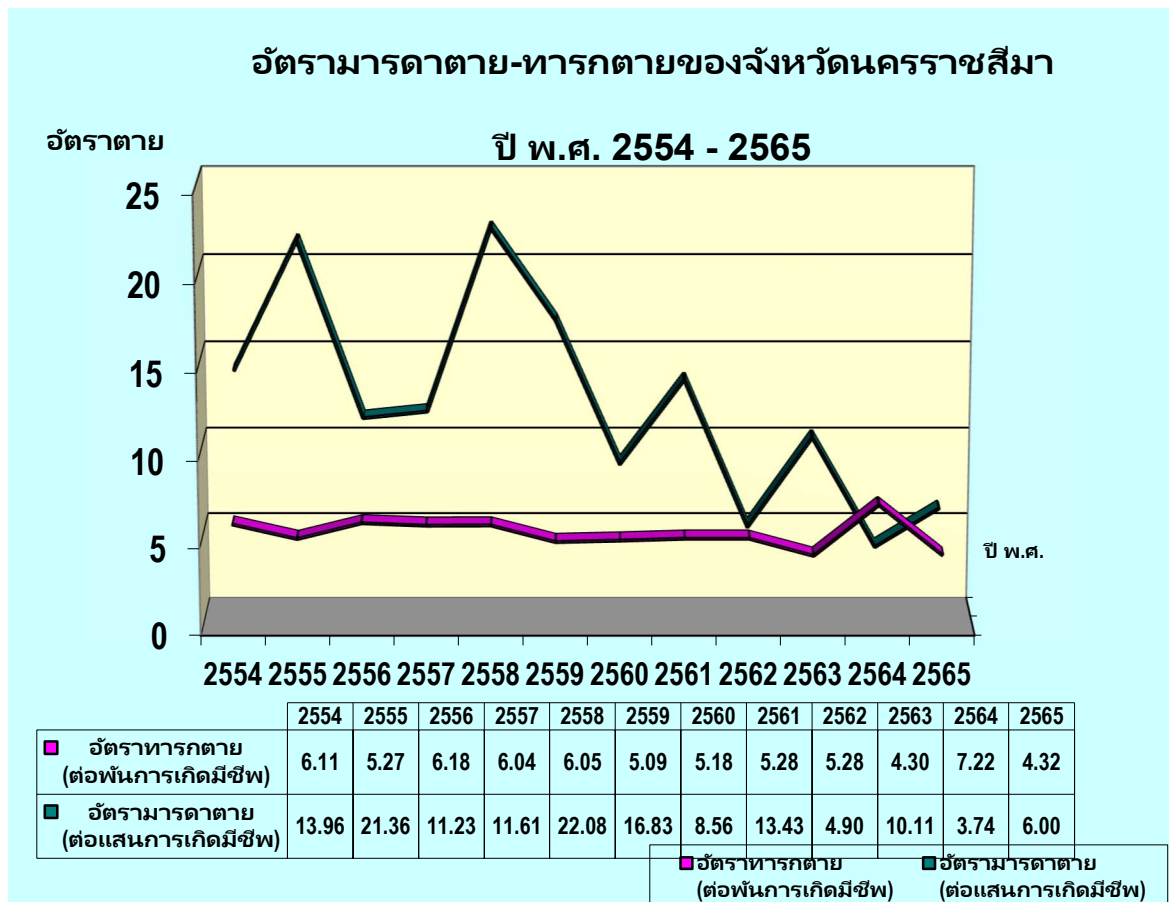
เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศ พบว่าอัตราเกิดของประเทศสูงกว่าของจังหวัดนครราชสีมา (ประเทศ ๘.๒ จังหวัดนครราชสีมา ๖.๓๕ ต่อพันประชากร) อัตราตายของประเทศต่ำกว่าจังหวัดนครราชสีมา (ประเทศ ๗.๙ จังหวัดนครราชสีมา ๙.๓๒ ต่อพันประชากร) และอัตราเพิ่มประเทศเท่ากับ -๐.๓๐ ต่อพันประชากร ในขณะที่จังหวัดนครราชสีมาอัตราเพิ่ม -๒.๙๗



แหล่งข้อมูล สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

๒.๒ อัตราการตายอัตรามารดาตาย

จากข้อมูลสำนักนโยบาย และพัฒนายุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕ อัตราการตายเท่ากับ ๔.๓๒ ต่อพันการเกิดมีชีพ และ อัตรามารดาตาย ๖ ต่อแสนการเกิดมีชีพ ซึ่งพบว่า อัตราการตายลดลงปี ๒๕๖๔ (ปี ๒๕๖๔ ๗.๒๒ ต่อพันการเกิดมีชีพ) อัตรามารดาตายขึ้นลงไม่คงที่ พบว่าปี ๒๕๖๕ อัตรามารดาตาย ๖ เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๔ (๓.๗๔ ต่อพันการเกิดมีชีพ) ปี ๒๕๖๑-๒๕๖๓ อัตรามารดาตาย ๑๓.๔๓ ๔.๙๐ ๑๐.๑๑ ต่อแสนการเกิดมีชีพ (ตามลำดับ) ดังแสดงในกราฟ



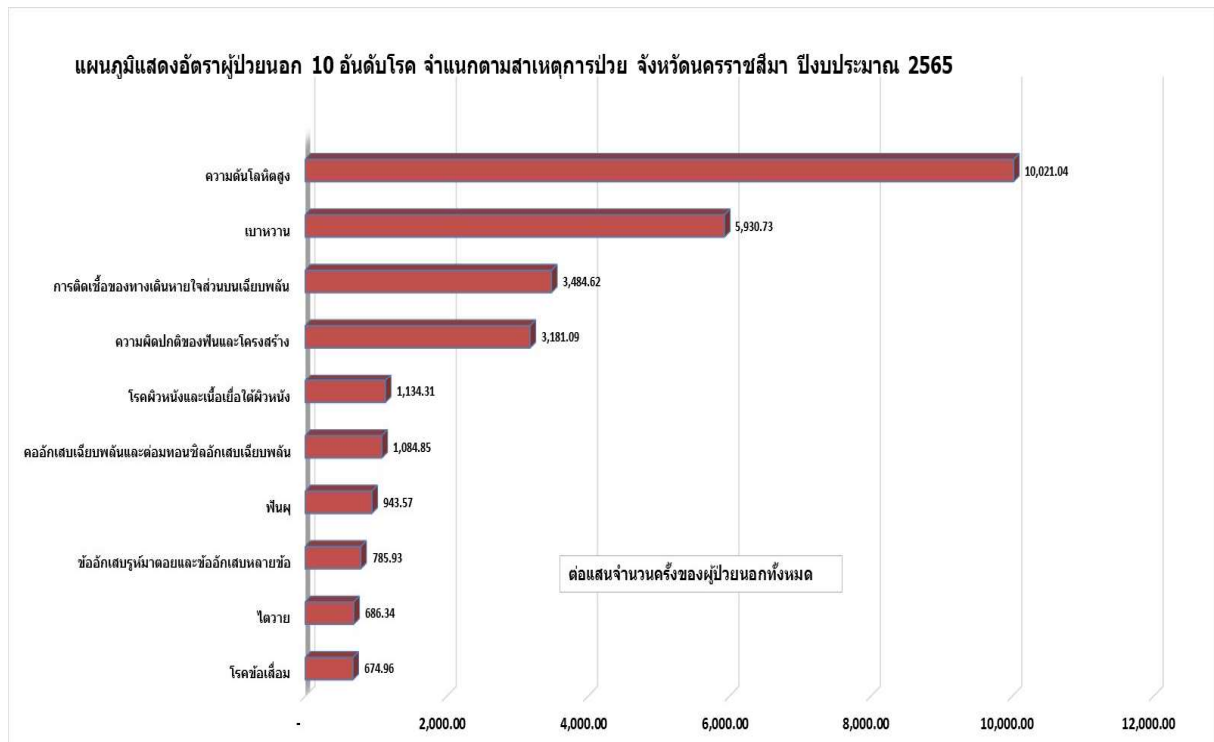
แหล่งข้อมูล สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

จากข้อมูลจากกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ งานอนามัยแม่และเด็ก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา อัตราการตายในจังหวัดนครราชสีมา ๓ ปีย้อนหลัง พบว่า

มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดย ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๕ อัตราส่วนมารดาตายต่อการเกิดมีชีพแสนคน ๘.๘๗, ๘.๖๗, ๑๓.๗๑, ๑๙.๕๔, ๒๐.๙๗ และ ๕๗.๕๔ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ตามลำดับ

๒.๓ สาเหตุการป่วย

สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอก ๑๐ อันดับของจังหวัดนครราชสีมา ปี ๒๕๖๕ (ข้อมูล ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔- ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕) พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุการป่วยอันดับหนึ่ง ๑๐,๐๒๑.๐๔ ต่อแสนจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกทั้งหมด รองลงมาได้แก่ เบาหวาน การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลัน ความผิดปกติของฟันและโครงสร้าง และโรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง ๕,๙๓๐.๗๓, ๓,๔๘๔.๖๒, ๓,๑๘๑.๐๙ และ ๑,๑๓๔.๓๑ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิ และตาราง



แหล่งข้อมูล ข้อมูลรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข (๑ ตุลาคม ๒๕๖๔- ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕)

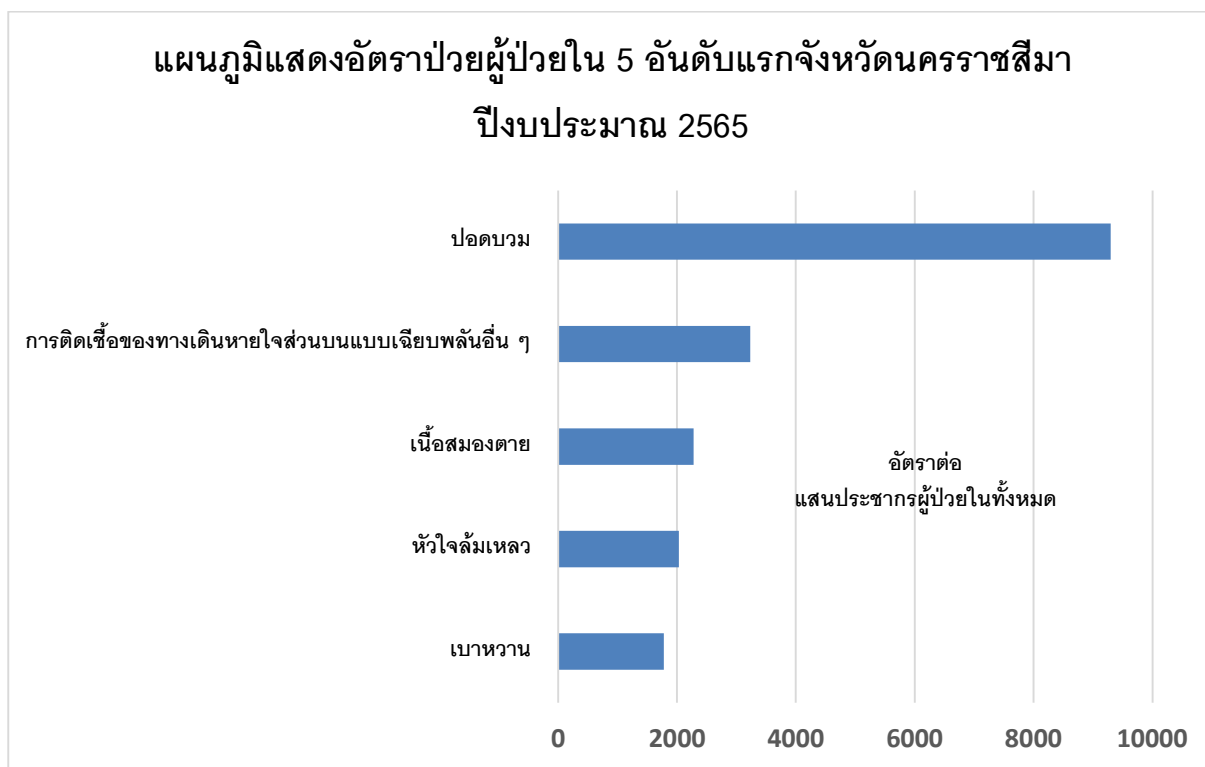
ตารางแสดง อัตราผู้ป่วยนอก๑๐อันดับโรค จำแนกตามสาเหตุการป่วย จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ชื่อกลุ่มโรค (๒๙๘โรค)	อัตราการป่วย (ต่อแสนประชากร)
ความดันโลหิตสูง	๑๐,๐๒๑.๐๔
เบาหวาน	๕,๙๓๐.๗๓
การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลัน	๓,๔๘๔.๖๒
ความผิดปกติของฟันและโครงสร้าง	๓,๑๘๑.๐๙
โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	๑,๑๓๔.๓๑
คออักเสบเฉียบพลันและต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน	๑,๐๘๔.๘๕
ฟันผุ	๙๔๓.๕๗
ข้ออักเสบรูมาตอยและข้ออักเสบหลายข้อ	๗๘๕.๙๓
ไตวาย	๖๘๖.๓๔
โรคข้อเสื่อม	๖๗๔.๙๖

แหล่งข้อมูล ข้อมูลรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข (๑ ตุลาคม ๒๕๖๔- ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕)

สาเหตุการป่วยผู้ป่วยใน

สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยใน ๕ อันดับของจังหวัดนครราชสีมา ปี ๒๕๖๕ (ข้อมูล ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔- ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕) พบว่า ปอดบวม เป็นสาเหตุการป่วยอันดับหนึ่ง ๙,๒๔๘.๑๐ ต่อแสนประชากร รองลงมาได้แก่ การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลันอื่นๆ ,เนื้อสมองตาย,หัวใจล้มเหลว และเบาหวาน ๓,๒๓๔.๒๘, ๒,๒๗๗.๔๖, ๒,๐๓๐.๔๕ และ ๑,๗๗๖.๗๒ ต่อแสนของจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิและตาราง



แหล่งข้อมูล ข้อมูลรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข (๑ ตุลาคม ๒๕๖๔- ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕)

ตารางแสดง อัตราป่วยผู้ป่วยในต่อแสนประชากรผู้ป่วยในทั้งหมด ๕ อันดับแรกจังหวัดนครราชสีมา
ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

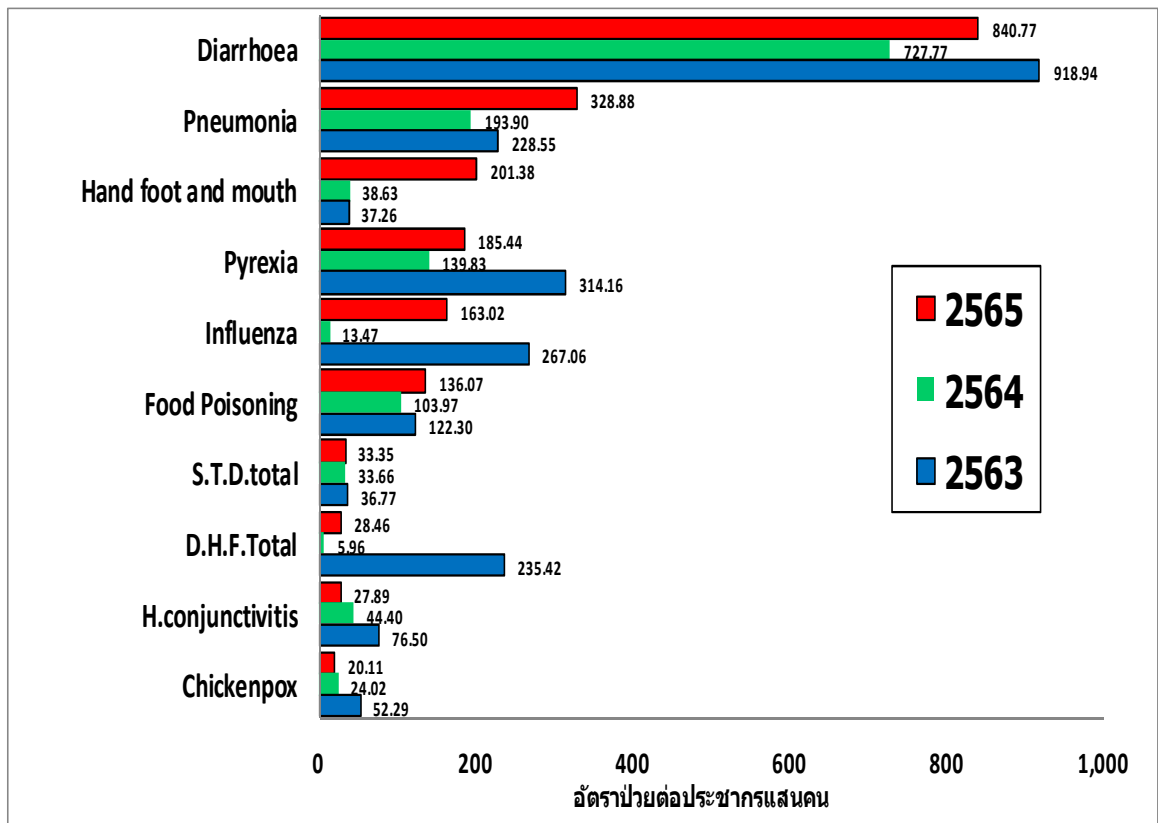
ลำดับ	ชื่อกลุ่มโรค (๒๔๘โรค)	อัตรา ต่อแสนประชากรผู้ป่วยในทั้งหมด
๑	ปอดบวม	๙,๒๔๘.๑๐
๒	การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลันอื่นๆ	๓,๒๓๔.๒๘
๓	เนื้อสมองตาย	๒,๒๗๗.๔๖
๔	หัวใจล้มเหลว	๒,๐๓๐.๔๕
๕	เบาหวาน	๑,๗๗๖.๗๒

แหล่งข้อมูล ข้อมูลรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข (๑ ตุลาคม ๒๕๖๔- ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕)

สาเหตุการป่วยทางระบาดวิทยา

อัตราป่วยต่อแสนประชากรด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังในระบบรายงาน ๕๐๖ จังหวัดนครราชสีมา ปี ๒๕๖๕ ๑๐ อันดับ ระหว่างวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๕ ถึง ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕ เปรียบเทียบปี ๒๕๖๓ ๒๕๖๔ ในช่วงเวลาเดียวกัน พบสูงสุดคือ โรคอุจจาระร่วง(๘๔๐.๗๗) พบต่ำกว่าปีที่แล้ว(๓๖๗.๕๘) รองลงมาคือ โรคปอดบวม (๓๒๘.๘๘) มือปากเท้าเปื่อย(๒๐๑.๓๘) และไข้ไม่ทราบสาเหตุ (๑๘๕.๔๔) ดังแผนภูมิ

แผนภูมิแท่งแสดงอัตราป่วย ๑๐ อันดับโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาจังหวัดนครราชสีมา ปี ๒๕๖๕ เปรียบเทียบ ปี ๒๕๖๔ และปี๒๕๖๓



แหล่งข้อมูล รง ๕๐๖ ปี ๒๕๖๕ วันที่ ๑ ม.ค. – ๓๑ ธ.ค. ๖๕

ปรับปรุงข้อมูลเมื่อวันที่ ๒๕ ม.ค. ๒๕๖๖ เวลา ๑๑.๐๐ น

สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาไวรัส ๒๐๑๙

จังหวัดนครราชสีมา เริ่มการระบาดในระลอกแรกเมื่อ ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๓ พบผู้ป่วยรายแรกมีประวัติเดินทางมาจากกรุงเทพมหานครซึ่งมีการระบาดอยู่ในขณะนั้น หลังจากนั้นมีการพบผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องรวม ๑๙ ราย โดยรายสุดท้ายในการระบาดระลอกแรกนี้พบเมื่อวันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๖๓ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเชื่อมโยงกับสถานบันเทิง และสนามมวย ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ ๒๐-๔๔ ปี เพศหญิงมากกว่าเพศชาย ๗๙% ติดเชื้อมาจากต่างจังหวัดหรือต่างประเทศ ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่อำเภอเมืองนครราชสีมา

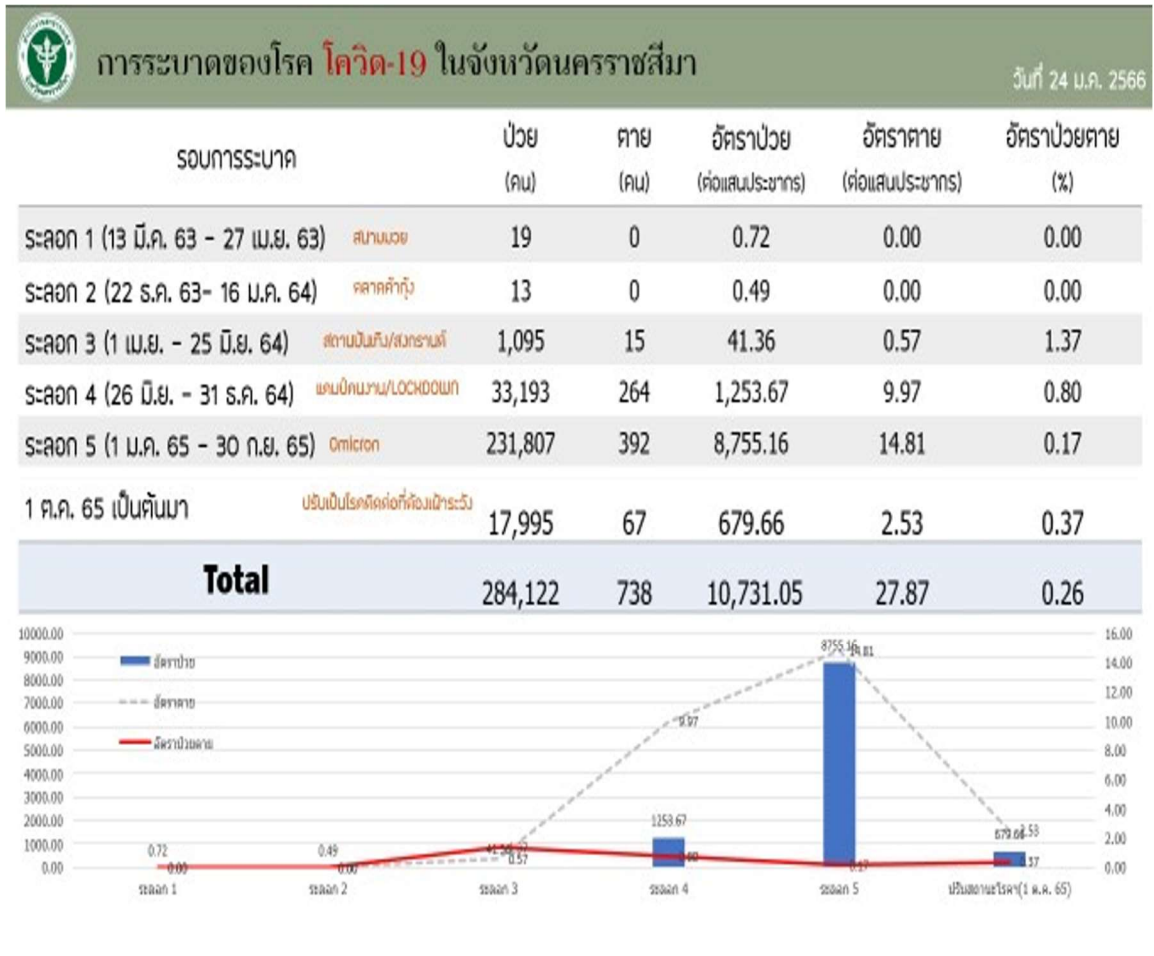
การระบาดระลอกสองในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมาผ่านไป จนกระทั่งในวันที่ ๒๒ ธ.ค. ๖๓ พบผู้ป่วยรายแรกซึ่งมีความเชื่อมโยงกับตลาดกลางกุ้ง การสอบสวนโรคได้ดำเนินการไปพร้อมกับการค้นหาเชิงรุก ทำให้พบผู้ป่วยเพิ่มเติมในการระบาดครั้งนี้ทั้งสิ้นจำนวน ๑๐ ราย โดย ๗ รายมีความเกี่ยวข้องกับการระบาดในจ.สมุทรสาคร ๒ รายมีการติดเชื้อมาจากผู้ป่วยก่อนหน้า และ ๑ ราย เกี่ยวข้องกับการระบาดในจังหวัดระยอง แนวโน้มของสถานการณ์ ยังมีโอกาสพบผู้ป่วยได้อีกเนื่องจากพื้นที่นครราชสีมามีผู้คนเดินทางเข้าออกจำนวนมากตลอดเวลา

การระบาดระลอกสาม (เมษายน ๒๕๖๔) พบว่ามีความชุกสูงกว่า ๒ ระลอกที่ผ่านมา มีความเชื่อมโยงกับเหตุการณ์การระบาดในสถานบันเทิง พื้นที่กรุงเทพมหานคร จังหวัดนครราชสีมาเริ่มผู้ป่วยกลุ่มแรกในวันที่ ๗ เมษายน ๒๕๖๔ โดยผู้ป่วยมีประวัติเข้าไปใช้บริการในสถานบันเทิง และมีประวัติสัมผัสผู้ป่วย COVID-๑๙ ซึ่งเป็นคนในครอบครัวหรือเพื่อน สถานการณ์มีความรุนแรงขึ้นเมื่อประชาชนเดินทางกลับภูมิลำเนาในช่วงวันหยุดสงกรานต์ และมีการจัดเลี้ยงกันในครอบครัว จำนวนผู้ป่วย ในจังหวัดนครราชสีมาจึงมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สถานการณ์ระบาดในพื้นที่ในช่วงปลายเดือนพฤษภาคม มีแนวโน้มลดลง จำนวนผู้ป่วยในช่วงต้นเดือนมิถุนายน ๒๕๖๔ เฉลี่ย ๒ รายต่อวันมาโดยตลอด

การระบาดระลอกสี่ (มิถุนายน ๒๕๖๔) สถานการณ์การระบาดของโรค COVID-๑๙ ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ช่วงปลายเดือนมิถุนายน เริ่มมีการพบผู้ป่วยลักษณะเป็นกลุ่มก้อนในครอบครัวและญาติมีความเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่มีประวัติเดินทางจากพื้นที่เสี่ยง อีกทั้งข้อมูลระดับประเทศ เริ่มมีการปิดแคมป์คนงาน ในวันที่ ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๔ กอปรกับกรุงเทพมหานคร มีการ Lockdown ในวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔ จังหวัดนครราชสีมามีแนวโน้มผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นสูงในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม จังหวัดนครราชสีมาสามารถควบคุมการแพร่ระบาดได้ดี ในช่วงเดือนพฤศจิกายนถึงธันวาคมมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง และเมื่อเข้าเทศกาลปีใหม่ เริ่มมีการเดินทางของประชาชนในช่วงเทศกาลปีใหม่ แนวโน้มการระบาดเริ่มเพิ่มขึ้น

การระบาดระลอกห้า (มกราคม ๒๕๖๕) สถานการณ์การระบาดของโรค COVID-๑๙ ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ช่วงเดือนมกราคมซึ่งมีประชาชนเดินทางมาจากต่างอำเภอต่างพื้นที่ เข้ามาพบปะสังสรรค์กับครอบครัวในช่วงเทศกาลปีใหม่ และโรค COVID-๑๙ มีการตรวจพบสายพันธุ์ OMICRON ที่แพร่กระจายได้เร็วกว่าสายพันธุ์เดิม และผู้ติดเชื้อไม่แสดงอาการทำให้ จังหวัดนครราชสีมา พบผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น

สถานการณ์การระบาดของโรค COVID-๑๙ ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ช่วงปลายเดือนตุลาคม ๒๕๖๕ โรค COVID-๑๙ ได้มีการปรับสถานะจากโรคติดต่ออันตราย มาเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ทำให้ผู้ป่วยที่ถูกค้นพบหรือมีอาการรุนแรงที่ต้องเข้าสู่กระบวนการรักษา มีจำนวนลดลง อีกทั้งในจังหวัดนครราชสีมา ยังมีการดำเนินการฉีดวัคซีนป้องกันโรค COVID-๑๙ อย่างเข้มข้น ทำให้มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตลดลง สรุปสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-๑๙ ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ข้อมูลผู้ป่วยสะสม ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๕ จนถึงวันที่ ๒๔ มกราคม ๒๕๖๖ ๒๔๙,๘๐๒ ราย เสียชีวิต ๔๕๙ ราย



๒.๔ ผลการดำเนินงานโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ตารางแสดงผลการดำเนินงานงานบริการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

รายการ	หน่วย	๒๕๖๒		๒๕๖๓		๒๕๖๔		๒๕๖๕	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยนอก									
จำนวนผู้รับบริการห้องตรวจ	ราย	๑,๓๐๘,๙๕๗		๑,๒๓๐,๒๓๖		๑,๒๙๗,๗๑๙		๑,๔๑๑,๘๑๑	
เฉลี่ยวันละ	ราย	๔,๕๗๗		๔,๓๐๒		๔,๕๓๗		๔,๙๓๖	
รักษา	ราย	๑,๒๐๐,๐๘๖	๙๒	๑,๑๓๓,๕๐๑	๙๒	๑,๒๐๘,๖๖๙	๙๓	๑,๓๒๒,๙๘๐	๑๘๘
ส่งเสริมสุขภาพ	ราย	๔๐,๓๐๕	๓.๑	๓๖,๔๐๒	๓	๓๗,๗๓๓	๒.๙	๓๙,๖๒๘	๕.๖๒
สร้างเสริมภูมิคุ้มกัน	ราย	๘,๒๑๘	๐.๖	๗,๕๗๕	๐.๖	๖,๗๘๕	๐.๕	๖,๔๑๑	๐.๙๑
ฟื้นฟูสมรรถภาพ	ราย	๖๐,๓๔๘	๔.๖	๕๒,๗๕๘	๔.๓	๔๔,๕๓๒	๓.๔	๔๒,๗๙๒	๖.๐๗
ประเภทการมา	ครั้ง	๑,๐๖๕,๖๕๓		๑,๐๑๒,๒๗๔.๐๐		๑,๐๕๘,๘๓๕		๑,๑๖๐,๔๙๔	
เฉลี่ยวันละ	ราย	๓,๗๒๖		๓,๕๓๙.๐๐		๓,๗๐๒		๔,๐๕๘	
ผู้ป่วยนอกใหม่ที่มารับบริการ	ราย	๒๘๐,๒๐๔		๒๘๖,๒๙๐.๐๐		๒๙๙,๒๓๐		๓๑๙,๓๖๓	
ผู้ป่วยใน									
จำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด	ราย	๑๑๐,๗๗๘		๑๐๔,๕๖๗		๑๐๒,๙๔๓		๑๐๓,๕๔๗	
ผู้ป่วยในรับใหม่ต่อวัน	ราย/วัน	๓๐๔		๒๘๖		๒๘๒		๒๘๔	
ทั่วไป	ราย/วัน	๒๘๕		๒๗๐		๒๖๘		๒๕๙	
คลอด	ราย/วัน	๑๘		๑๗		๑๔		๑๒	
ทารกแรกคลอด	ราย/วัน	๑๘		๑๗		๑๕		๑๓	
จำนวนวันนอน รพ.	วัน	๖๐๑,๒๒๐		๕๕๙,๑๑๖		๖๐๒,๐๒๖		๖๓๒,๒๕๐	
จำนวนผู้ป่วยในต่อวัน	ราย	๓๐๔		๒๘๖		๒๘๒		๒๘๔	
จำนวนวันนอนเฉลี่ยต่อราย	วัน/ราย	๕.๔๓		๕.๓๕		๕.๘๕		๖.๑๑	
อัตราป่วยตาย	ราย	๖.๑๒		๖.๑๘		๕.๖๖		๕.๘๘	
Adj.RW รวม		๒๔๔,๑๗๔.๒๒		๒๔๔,๘๘๔.๘๕		๒๔๒,๓๖๑.๒๖		๒๓๗,๘๒๒.๐๘	
CMI		๒.๒		๒.๓๔		๒.๓๕		๒.๓	
อัตราการรักษาครองเตียง	ร้อยละ	๑๒๖.๗๑		๑๑๗.๘๓		๑๒๖.๘๘		๑๓๓.๒๕	
ผู้ป่วยผ่าตัด									
จำนวนผ่าตัดใหญ่	ราย/เดือน	๒,๘๓๗		๒,๕๘๓		๒,๔๗๒		๒,๕๒๗	
จำนวนผ่าตัดเล็ก	ราย/เดือน	๑,๕๔๖		๑,๔๑๗		๑,๓๗๖		๑,๔๑๗	

ตารางแสดงผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำแนกตามประเภทสิทธิการรักษา

รายการ	๒๕๖๒		๒๕๖๓		๒๕๖๔		๒๕๖๕	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยนอก	๑,๐๙๔,๒๑๙		๑,๐๑๒,๒๗๔		๑,๐๕๘,๘๓๕		๑,๑๖๐,๔๙๔	
- บัตรทอง	๕๖๕,๗๖๗	๕๑.๗๑	๕๒๗,๐๙๘	๕๒.๐๗	๕๗๗,๙๖๑	๕๔.๕๘	๖๒๙,๑๓๗	๕๔.๒๑
- ข้าราชการ/ต้นสังกัด	๒๔๓,๗๘๖	๒๒.๒๘	๒๒๒,๘๖๐	๒๒.๐๒	๒๑๙,๐๒๓	๒๐.๖๙	๒๔๙,๐๙๒	๒๑.๔๖
- ประกันสังคม	๑๖๐,๒๑๘	๑๔.๖๔	๑๕๐,๙๔๖	๑๔.๙๑	๑๗๒,๑๕๑	๑๖.๒๖	๑๙๙,๖๑๐	๑๗.๒
- อื่นๆ	๑๒๔,๔๔๘	๑๑.๓๗	๑๑๑,๓๗๐	๑๑	๙๙,๗๐๐	๙.๔๗	๘๒,๖๕๕	๗.๑๒
ผู้ป่วยใน	๑๑๐,๗๗๘		๑๐๔,๕๖๗		๑๐๒,๙๔๓		๑๐๓,๕๔๗	
- บัตรทอง	๘๓,๓๕๒	๗๕.๒๔	๗๙,๖๖๗	๗๖.๑๙	๗๗,๒๕๘	๗๕.๐๕	๗๓,๒๐๒	๗๐.๖๙
- ข้าราชการ/ต้นสังกัด	๑๑,๔๑๐	๑๐.๓	๑๐,๘๓๕	๑๐.๓๖	๑๐,๖๕๔	๑๐.๓๕	๑๒,๘๙๐	๑๒.๔๕
- ประกันสังคม	๙,๒๕๙	๘.๓๖	๘,๕๘๙	๘.๒๑	๑๐,๕๓๖	๑๐.๒๓	๑๓,๒๔๓	๑๒.๗๙
- อื่นๆ	๖,๗๕๗	๖.๑	๕,๔๗๖	๕.๒๔	๔,๔๙๕	๔.๓๗	๔,๒๑๒	๔.๐๗

ตารางแสดง ผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำแนกตามประเภทการมา

รายการ	๒๕๖๒		๒๕๖๓		๒๕๖๔		๒๕๖๕	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยนอก	๑,๐๙๔,๒๑๙		๑,๐๑๒,๒๗๔		๑,๐๕๘,๘๓๕		๑,๑๖๐,๔๙๔	
- มาตามนัด	๕๗๓,๙๒๙	๕๒.๔๕	๕๔๖,๓๙๖	๕๓.๙๘	๕๖๖,๒๗๑	๕๓.๔๘	๕๘๑,๕๗๘	๕๐.๑๑
- มาเอง	๓๗๖,๙๙๐	๓๔.๔๕	๓๓๓,๑๕๘	๓๒.๗๑	๓๘๓,๖๖๘	๓๖.๒๓	๔๗๖,๕๓๑	๔๑.๐๖
- รับ Refer	๑๑๕,๗๙๔	๑๐.๕๘	๑๐๔,๗๕๘	๑๐.๓๕	๗๐,๕๑๙	๖.๖๖	๖๐,๕๒๙	๕.๒๒
- อื่นๆ(EMS/NB/ไม่ระบุ)	๒๗,๕๐๖	๒.๕๑	๒๘,๙๖๒	๒.๙๖	๓๘,๓๗๗	๓.๖๒	๔๑,๘๕๖	๓.๖๑
ผู้ป่วยใน	๑๑๐,๗๗๘		๑๐๔,๕๖๗		๑๐๒,๙๔๓		๑๐๓,๕๔๗	
- มาตามนัด	๓๑,๒๒๕	๒๘.๑๙	๒๙,๑๑๐	๒๗.๘๔	๒๙,๐๙๖	๒๘.๒๖	๒๖,๓๙๔	๒๕.๔๙
- มาเอง	๒๓,๓๙๑	๒๑.๑๒	๒๒,๒๖๔	๒๑.๒๙	๒๕,๕๑๘	๒๔.๗๙	๓๓,๒๘๓	๓๒.๑๔
- รับ Refer	๓๙,๓๐๕	๓๕.๔๘	๓๕,๒๔๙	๓๓.๗๑	๓๑,๓๗๔	๓๐.๔๘	๒๖,๒๖๗	๒๕.๓๗
- อื่นๆ(EMS/NB/ไม่ระบุ)	๑๖,๘๕๗	๑๕.๒๒	๑๗,๙๔๔	๑๗.๑๖	๑๖,๙๕๕	๑๖.๔๗	๑๗,๖๐๓	๑๗

ตารางแสดง อันดับโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ลำดับ	ICD๑๐	กลุ่มโรคหลัก	จำนวน (คน)	จำนวน (ครั้ง)
๑	Z๑๑๕	Special screening examination for other viral diseases	๗๑,๐๑๒	๑๒๐,๓๙๑
๒	Z๐๑๗	Laboratory examination	๓๘,๔๑๒	๗๙,๖๑๔
๓	I๑๐	Essential (primary) hypertension	๑๘,๔๘๒	๓๙,๒๗๕
๔	J๐๒๘	Acute pharyngitis due to other specified organisms	๓๖,๙๔๘	๓๘,๐๕๔
๕	E๑๑๙	Non-insulin-dependent diabetes mellitus, without complications	๑๒,๙๗๓	๓๒,๓๕๙
๖	N๑๘๙	Chronic renal failure, unspecified	๓,๖๘๙	๓๒,๐๙๓
๗	Z๐๑๖	Radiological examination, not elsewhere classified	๒๔,๑๙๐	๓๐,๓๘๖
๘	C๕๐๙	Malignant neoplasm of breast, unspecified	๓,๔๘๖	๒๐,๕๐๒
๙	Z๐๙๔	Follow-up examination after treatment of fracture	๘,๕๔๐	๑๙,๑๘๗
๑๐	Z๔๘๐	Attention to surgical dressings and sutures	๔,๖๘๐	๑๔,๒๔๐
๑๑	H๒๕๐	Senile incipient cataract	๔,๙๓๗	๑๒,๖๖๖
๑๒	B๒๔	Unspecified human immunodeficiency virus [HIV] disease	๔,๘๙๗	๑๒,๒๒๘
๑๓	M๔๘๐๖	Spinal stenosis: lumbar region	๕,๓๘๗	๑๑,๕๔๕
๑๔	M๑๗๐	Primary gonarthrosis, bilateral	๔,๔๔๕	๑๐,๔๐๗
๑๕	Z๐๐๐	General medical examination	๘,๘๔๖	๙,๖๕๗
๑๖	C๒๐	Malignant neoplasm of rectum	๑,๒๓๘	๙,๔๑๐
๑๗	Z๒๕๑	Need for immunization against influenza	๗,๕๗๗	๗,๙๖๕
๑๘	I๒๕๑	Atherosclerotic heart disease	๓,๕๖๑	๗,๓๔๘
๑๙	M๐๖๙๙	Rheumatoid arthritis, unspecified: site unspecified	๒,๙๒๕	๗,๓๐๑
๒๐	E๐๕๙	Thyrotoxicosis, unspecified	๓,๐๐๕	๗,๒๑๗

ข้อสัตย สามัคคี มีวินัย

ตารางแสดง ๑๕ อันดับโรคของผู้ป่วยในตามสาเหตุ ๗๕ กลุ่มโรค โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๕

กลุ่มโรค	รหัสโรค	สาเหตุการป่วย (กลุ่มโรค)	ปีงบประมาณ							
			2562		2563		2564		2565	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	A01-A02	Typhoid, paratyphoid fever and other salmonella infections	31	0.03	30	0.03	22	0.03	12	0.01
2	A03-A09	Other intestinal infectious diseases	1,346	1.44	1,290	1.46	971	1.13	939	1.15
3	A15-A19	Tuberculosis	797	0.85	789	0.89	765	0.89	602	0.74
4	A30	Leprosy	6	0.01	3	0.00	0	0.00	0	0.00
5	A83-A86	Viral encephalitis	14	0.01	16	0.02	13	0.02	13	0.02
6	A91-A92	Dengue hemorrhagic fever and other mosquito-borne viral hemorrhagic fever	0	0.00	4	0.00	1	0.00	0	0.00
7	B15-B19	Viral hepatitis	223	0.24	180	0.20	196	0.23	142	0.17
8	B20-B24	Human immunodeficiency virus (HIV) diseases	691	0.74	750	0.85	652	0.76	523	0.64
9	B50-B54	Malaria	4	0.00	5	0.01	0	0.00	0	0.00
10	A20-A28, A31-A32, A38-A49, A50-A79, A80-A82, A87-A90, A93-A99, B00-B09,	Other infectious and parasitic diseases	1,277	1.36	1,229	1.39	702	0.81	700	0.86
11	C22	CA Liver	863	0.92	1,004	1.14	1,139	1.32	1,035	1.27
12	C34	CA Lung	810	0.86	795	0.90	801	0.93	757	0.93
13	C50	CA Breast	637	0.68	629	0.71	633	0.73	553	0.68
14	C53	CA Cervix	1,038	1.11	960	1.09	1,163	1.35	989	1.22
15	D50-D89(ยกเว้น D560-D569)	Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism	1,818	1.94	1,593	1.80	1,491	1.73	1,443	1.77

ตารางแสดง ๑๐ อันดับโรคของผู้ป่วยในที่เสียชีวิต โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

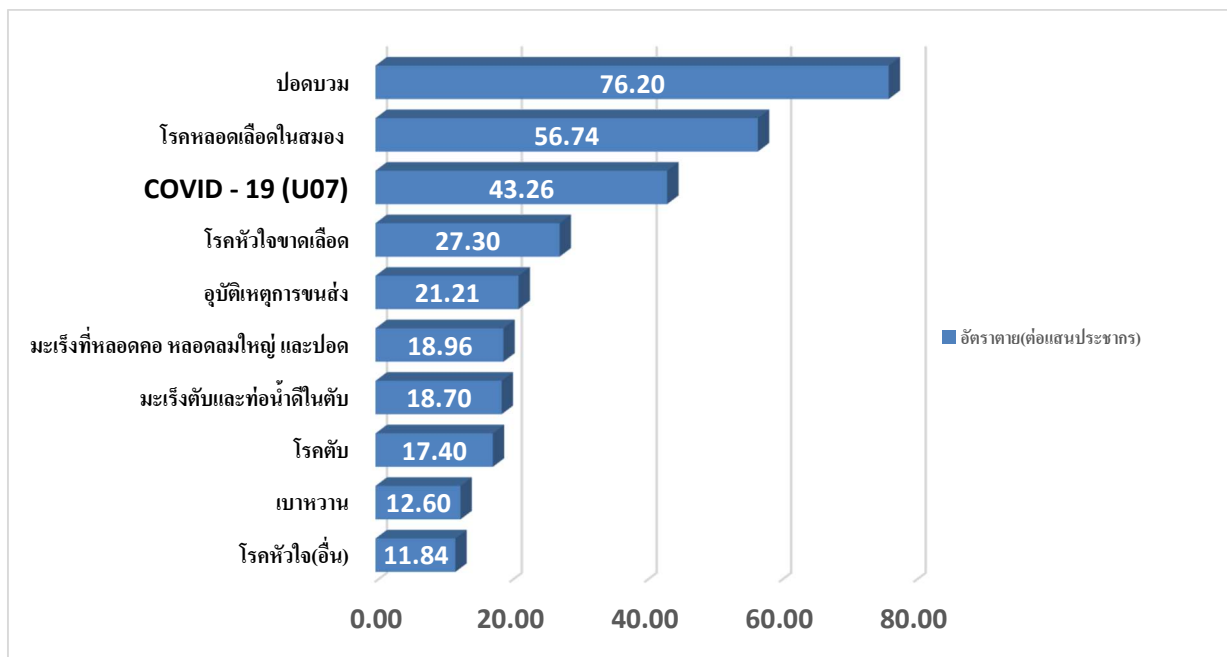
ลำดับ	ICD๑๐	โรคหลัก	จำนวน	ร้อยละ
๑	J๑๘	Pneumonia, organism unspecified	๔๙๘	๘.๑๙
๒	J๑๒	Viral pneumonia, not elsewhere classified	๔๗๒	๗.๗๖
๓	I๖๑	Intracerebral haemorrhage	๔๑๗	๖.๘๖
๔	J๑๕	Bacterial pneumonia, not elsewhere classified	๓๐๓	๔.๙๘
๕	I๒๑	Acute myocardial infarction	๒๕๖	๔.๒๑
๖	S๐๖	Intracranial injury	๒๒๒	๓.๖๕
๗	I๕๐	Heart failure	๒๑๑	๓.๔๗
๘	I๖๓	Cerebral infarction	๒๐๓	๓.๓๔
๙	K๙๒	Other diseases of digestive system	๑๒๘	๒.๑๐
๑๐	N๓๙	Other disorders of urinary system	๑๑๗	๑.๙๒

๒.๕ สาเหตุการตาย

สาเหตุการตายตามกลุ่มอาการ

เมื่อวิเคราะห์สาเหตุการตายจากข้อมูลสำนันโยบายและยุทธศาสตร์ ปี ๒๕๖๕ พบว่า อันดับหนึ่งได้แก่ โรคปอดบวม ๗๖.๒๐ ต่อแสนประชากร รองลงมาได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โควิด๑๙ โรคหัวใจขาดเลือด และ อุบัติเหตุขนส่ง ๕๖.๗๔ ๔๓.๒๖ ๒๗.๓๐ และ ๒๑.๒๑ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

กราฟแสดงอัตราตาย ๑๐ อันดับแรกจำแนกตามสาเหตุการตายจังหวัดนครราชสีมา ปี ๒๕๖๕



แหล่งข้อมูล : สำนันโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข

ตารางแสดง อัตราตาย ๑๐ อันดับแรก ตามกลุ่มสาเหตุการตาย จ.นม. ปี ๒๕๖๕

ลำดับ	ICD10	สาเหตุการตาย	จำนวน (ราย)	อัตราตาย (ต่อแสนประชากร)
๑	J12-J18	ปอดบวม	๒๐๐๑	๗๖.๒๐
๒	I60-I69	โรคหลอดเลือดในสมอง	๑๔๙๐	๕๖.๗๔
๓	U07	COVID - 19 (U07)	๑๑๓๖	๔๓.๒๖
๔	I20-I25	โรคหัวใจขาดเลือด	๗๑๗	๒๗.๓๐
๕	V01-V99	อุบัติเหตุการขนส่ง	๕๕๗	๒๑.๒๑
๖	C33-C34	มะเร็งที่หลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด	๔๙๘	๑๘.๙๖
๗	C22	มะเร็งตับและท่อน้ำดีในตับ	๔๙๑	๑๘.๗๐
๘	K70-K76	โรคตับ	๔๕๗	๑๗.๔๐
๙	E10-E14	เบาหวาน	๓๓๑	๑๒.๖๐
๑๐	I26-I52	โรคหัวใจ(อื่น)	๓๑๑	๑๑.๘๔

แหล่งข้อมูล : สำนันโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข

ตารางแสดง จำนวนและอัตรายาต่อแสนประชากรจำแนกตามเพศและกลุ่มสาเหตุการตาย
จังหวัดนครราชสีมา ปี ๒๕๖๕

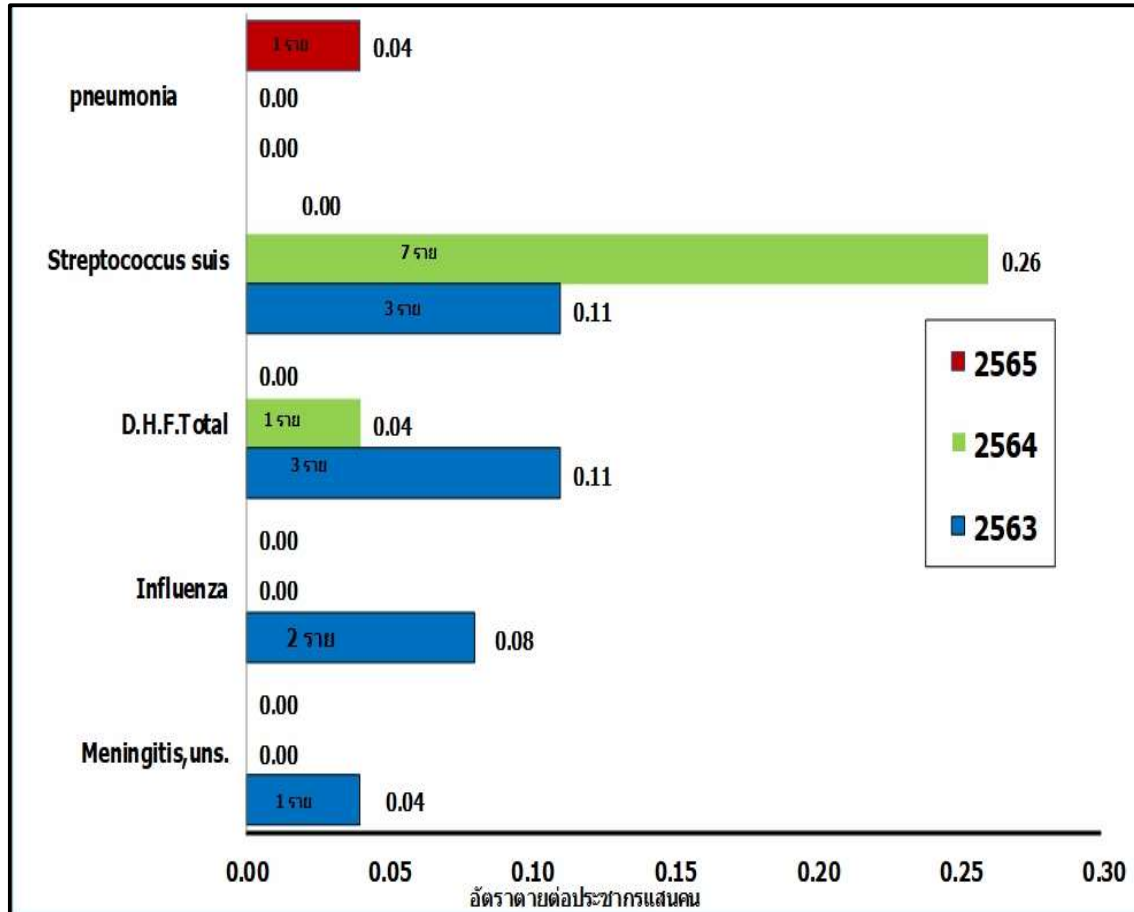
ICD๑๐	สาเหตุตาย	Total					
		รวม		ชาย		หญิง	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
A๐๐-B๙๙	โรคติดเชื้อและปรสิต	๒๐๘๓	๗๙.๓๒	๑๑๘๕	๙๒.๐๔	๘๙๘	๖๗.๐๘
C๐๐-D๔๘	เนื้องอก	๓๑๑๗	๑๑๘.๖๙	๑๗๙๕	๑๓๙.๕๒	๑๓๒๒	๙๘.๗๖
D๕๐-D๘๙	โรคเลือดและอวัยวะสร้างเลือดและความผิดปกติเกี่ยวกับกลไกของภูมิคุ้มกันบางชนิด	๔๖	๑.๗๕	๒๖	๒.๐๒	๒๐	๑.๔๙
E๐๐-E๘๘	โรคของต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม	๕๒๔	๑๙.๙๕	๒๕๕	๑๙.๗๓	๒๗๐	๒๐.๑๗
F๐๑-F๙๙	โรคทางจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรม	๘๔	๓.๒๐	๖๘	๕.๒๘	๑๖	๑.๒๐
G๐๐-G๙๘	โรกระบบประสาท	๓๐	๑.๑๔	๑๕	๑.๑๗	๑๕	๑.๑๒
H๐๐-H๕๗	โรคของตาและส่วนประกอบของตา	๐	๐.๐๐	๐	๐.๐๐	๐	๐.๐๐
H๖๐-H๙๓	โรคของหูและปุ่มกกหู	๐	๐.๐๐	๐	๐.๐๐	๐	๐.๐๐
I๐๐-I๙๙	โรกระบบไหลเวียนโลหิต	๐	๐.๐๐	๐	๐.๐๐	๐	๐.๐๐
J๐๐-J๙๘	โรคของทางเดินระบบหายใจ	๒๔๒๖	๙๒.๓๘	๑๕๙๑	๑๒๓.๕๘	๘๓๕	๖๒.๓๘
K๐๐-K๙๒	โรกระบบย่อยอาหาร	๙๘๕	๓๗.๕๑	๖๗๕	๕๒.๔๓	๓๑๐	๒๓.๑๖
L๐๐-L๙๘	โรคของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	๑๓๘	๕.๒๖	๖๒	๔.๘๒	๗๖	๕.๖๘
M๐๐-M๙๙	โรคของระบบกล้ามเนื้อกระดูกและเนื้อเยื่อประสาน	๗๗	๒.๙๓	๔๐	๓.๑๑	๓๗	๒.๗๖
N๐๐-N๙๙	โรคของระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ	๙๕๒	๓๖.๒๕	๔๒๔	๓๒.๙๓	๕๒๘	๓๙.๔๔
O๐๐-O๙๙	การตั้งครรภ์ การคลอด และระยะหลังคลอด	๑	๐.๐๔	๐	๐.๐๐	๑	๐.๐๗
P๐๐-P๙๖	ภาวะบางอย่างที่เกิดในระหว่างหรือในระหว่างคลอด	๓๖	๑.๓๗	๑๗	๑.๓๒	๑๙	๑.๔๒
Q๐๐-Q๙๙	ความผิดปกติ ความพิการแต่กำเนิด และโครโมโซมผิดปกติ	๒๔	๐.๙๑	๑๔	๑.๐๙	๑๐	๐.๗๕
V๐๑-V๙๙	อุบัติเหตุการขนส่ง	๕๕๗	๒๑.๒๑	๔๖๗	๓๖.๒๗	๙๐	๖.๗๒
W๐๐-W๑๙	การพลัดตก	๔๘	๑.๘๓	๓๘	๒.๙๕	๑๐	๐.๗๕
W๖๕-W๗๔	อุบัติเหตุการตกน้ำ และการจมน้ำ	๒๔๒	๙.๒๒	๒๐๙	๑๖.๒๓	๓๓	๒.๔๗
X๐๐-X๐๙	การสัมผัสควัน ไฟและเปลวไฟ	๘	๐.๓๐	๖	๐.๔๗	๒	๐.๑๕
X๔๐-X๔๙	การเป็นพิษโดยอุบัติเหตุจากการสัมผัสกับสารเป็นพิษ	๑๓	๐.๕๐	๖	๐.๔๗	๗	๐.๕๒
X๖๐-X๘๔	การมีเจตนาทำร้ายตนเอง	๒๑๔	๘.๑๕	๑๗๐	๑๓.๒๐	๔๔	๓.๒๙
X๘๕-Y๐๙	การทำร้ายผู้อื่น	๓๖	๑.๓๗	๓๓	๒.๕๖	๓	๐.๒๒
U๐๗	COVID - ๑๙ (U๐๗)	๑๑๓๖	๔๓.๒๖	๖๕๒	๕๐.๖๔	๔๘๔	๓๖.๑๖

แหล่งข้อมูล : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข

สาเหตุการตายทางระบาดวิทยา

เมื่อวิเคราะห์สาเหตุการตายตามระบาดวิทยาจังหวัดนครราชสีมา ในช่วงเวลาเดียวกัน พบผู้ป่วยด้วยโรคทางระบาดวิทยาและเสียชีวิต ๑ โรค ได้แก่ โรคปอดบวม ๑ ราย (๐.๐๔ ต่อแสนประชากร)

แผนภูมิแสดง อัตราตาย ๕ อันดับโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาจังหวัดนครราชสีมา
ปี ๒๕๖๕ เปรียบเทียบ ปี ๒๕๖๔ และปี ๒๕๖๓



แหล่งข้อมูล รง ๕๐๖ (ปี ๒๕๖๖ วันที่ ๑ ม.ค. – ๓๑ ธ.ค. ๖๕) ปรับปรุงข้อมูลเมื่อวันที่ ๒๕ ม.ค. ๒๕๖๖ เวลา ๑๑.๐๐ น.

การบริหารจัดการ ด้านสาธารณสุข

๑. ทิศทางการพัฒนาสาธารณสุข
๒. การประเมินผล
๓. โครงสร้างบริหาร
๔. ทรัพยากรสุขภาพ จ.นครราชสีมา
๕. การบริหารจัดการงบประมาณ และ
บริหารการเงินการคลัง

๑. ทิศทางการพัฒนาสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕

๑. วิสัยทัศน์

เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังทางสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี

๒. พันธกิจ

พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วม และยั่งยืน

๓. ค่านิยม

“KORAT MOPH”

KORAT “องค์กรแห่งการเรียนรู้ มุ่งผลสัมฤทธิ์ จิตบริการ ทำงานเป็นทีม เป็นแบบอย่าง
ที่ดีด้านสุขภาพ”

Knowledge Organization	= องค์กรแห่งการเรียนรู้
Open Mind	= จิตบริการ
Role model & Respectable	= แบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ
Achievement & RBM Model	= มุ่งผลสัมฤทธิ์
Team work	= ทำงานเป็นทีม

MOPH “ฝึกฝนและเป็นนายตนเอง สร้างสรรค์นวัตกรรม ยึดประชาชน เป็นศูนย์กลาง อ่อนน้อมถ่อมตน”

Mastery	= เป็นนายตนเอง
Originality	= เร่งสร้างสิ่งใหม่
People-center	= ใส่ใจประชาชน
Humility	= อ่อนน้อมถ่อมตน

๔. เป้าหมาย

๑. ประชาชนสุขภาพดี
๒. เจ้าหน้าที่ เก่ง ดี มีคุณค่า มีความสุข
๓. ระบบสุขภาพยั่งยืน

๕. เชื่อมมุ่งประจำปี ๒๕๖๕

๑. เด็กโคราชมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย
๒. ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดี
๓. ลดป่วย ลดตาย โรคติดต่อเรื้อรังในกลุ่มวัยทำงาน
๔. ภาครัฐเอกชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ
๕. เพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก กลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปี
๖. พัฒนาระบบจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขและภัยจากสิ่งแวดล้อม
๗. การคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ
๘. ลดอัตราการตายมารดาและทารก
๙. พัฒนาเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยทุกกลุ่มวัย
๑๐. ลดภาวะแทรกซ้อน ลดตาย ลดพิการ ด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
๑๑. ส่งเสริมการใช้กัญชาทางการแพทย์
๑๒. ลดแออัด ลดรอคอย ไร้รอยต่อ ด้วยการพัฒนาสถานบริการ
๑๓. ควบคุมคุณภาพระบบบริการ โรคอุบัติใหม่ / อุบัติซ้ำ

๑๔. สร้างขวัญกำลังใจบุคลากรให้มีพลังในการทำงาน
๑๕. พัฒนานองค์กรให้เกิดธรรมาภิบาล
๑๖. พัฒนาระบบข้อมูลและสารสนเทศด้วยเทคโนโลยี ที่ทันสมัย เชื่อมโยง HIS Gateway สู่การเป็น Smart Hospital
๑๗. พัฒนาคุณภาพบริการตามเกณฑ์ HA รพ.สต.ติดดาว PMQA
๑๘. พัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ

๖. ยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา ประจำปี ๒๕๖๕

- ยุทธศาสตร์ ที่ ๑ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
- ยุทธศาสตร์ ที่ ๒ ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
- ยุทธศาสตร์ ที่ ๓ ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)
- ยุทธศาสตร์ ที่ ๔ ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ และแผนปฏิบัติการสาธารณสุขของ จังหวัดนครราชสีมา



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาซึ่งเป็นองค์กรหลักในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ในส่วนภูมิภาค ได้ให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนในจังหวัดนครราชสีมา ในทิศทางที่สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล นโยบายกระทรวงสาธารณสุข นโยบายของผู้บริหารทุกระดับ ตลอดจนปัญหาของพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาจึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมาประจำปี ๒๕๖๕ เพื่อเป็นกรอบในการดำเนินงานด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้กำหนดกรอบในการบริหารแผนยุทธศาสตร์จังหวัดนครราชสีมา และกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจังหวัดนครราชสีมา เพื่อให้หน่วยงาน

ในสังกัดได้นำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติให้เกิดผลเป็นรูปธรรมชัดเจนครบถ้วน ส่งผลถึงการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนและเป็นประโยชน์ทั้งหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่จะใช้เป็นเครื่องมือในการประสานการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชนจังหวัดนครราชสีมา

การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

จังหวัดนครราชสีมา มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ประจำปี ๒๕๖๕ เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการจัดทำแผนปฏิบัติการสาธารณสุข ของหน่วยงานสาธารณสุขระดับ CUP ทั้งในและนอกสังกัด ทั้งระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล โดยมีขั้นตอนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ดังนี้

๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จัดทำคำสั่งจังหวัดนครราชสีมาที่ ๙๑๓๐/๒๕๖๔ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำร่างแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ประจำปี ๒๕๖๕

๒) ประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำร่างแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ประจำปี ๒๕๖๔ ในวันที่ ๕ กันยายน ๒๕๖๔ ณ ห้องประชุมหลวงพ่อกุณ ปริสุทโธ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

๓) ประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำมาตรการแผนบูรณาการประจำปี ๒๕๖๕ ในวันที่ ๖ กันยายน ๒๕๖๔ ณ ห้องประชุมหลวงพ่อกุณ ปริสุทโธ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

๔) ประชุมผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เพื่อรับรองแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมาประจำปี ๒๕๖๕ ในวันที่ ๑๔-๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ณ ห้องประชุมโรงแรมสิรินพลา รีสอร์ท แอนด์ รีสอร์ทองท์ จังหวัดระยอง

๕) ประชุมชี้แจงแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ประจำปี ๒๕๖๕ และการจัดทำแผนปฏิบัติการระดับ CUP หัวหน้างานแผน โรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดนครราชสีมา ในวันที่ ๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

๖) จัดทำแผนปฏิบัติการระดับอำเภอ ประจำปี ๒๕๖๕ พฤศจิกายน ถึง ธันวาคม ๒๕๖๔ กำหนดส่งแผนปฏิบัติการระดับอำเภอ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๔

๗) ประชุมพิจารณาแผนปฏิบัติการระดับจังหวัดประจำปี ๒๕๖๕ ในวันที่ ๒๒-๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ณ ห้องประชุมหลวงพ่อกุณ ปริสุทโธ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

การวางแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของจังหวัดนครราชสีมา ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้กำหนดตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ดังนี้

ที่	แผนงาน/โครงการ	ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	กลุ่มงาน รับผิดชอบ
๑. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)					
แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)					
๑	๑. โครงการพัฒนา และสร้างศักยภาพ คนไทยทุกกลุ่มวัย	๑	อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการ เกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน ๑๗ ต่อการ เกิดมีชีพแสนคน	สส.
		๒	เด็กไทยมีการเจริญเติบโตและ พัฒนาการสมวัย		
		๒.๑	ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสม ส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี	สูงดีสมส่วนร้อยละ ๖๔	สส.
		๒.๒	ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการ สมวัย	ร้อยละ ๘๕	สส.
		๓	เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำ กว่า ๑๐๐	ระดับสติปัญญา เฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๑๐๐	สส./ยส.
		๔	เด็กวัยเรียน (๖-๑๔ปี) สูงดีสมส่วน	ร้อยละ ๖๖	สส.
		๕	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ต่อจำนวนประชากรหญิง อายุ ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน	ไม่เกิน ๒๕ ต่อ จำนวน ประชากรหญิง อายุ ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน	คร.
		๖	เพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพ ช่องปาก กลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปี		
		๖.๑	ร้อยละของ เด็ก ๐-๑๒ปีได้รับการ ตรวจสุขภาพช่องปาก	ร้อยละ๕๐	ทต.
		๖.๒	ร้อยละของเด็ก ๔-๑๒ ปี ได้รับ ฟลูออไรด์	ร้อยละ๔๐	ทต.
		๖.๓	ร้อยละของ เด็ก ๖-๑๒ ปี ได้รับการ เคลือบหลุมร่องฟัน	ร้อยละ๓๐	ทต.
		๗	๗.๑ ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลตาม Care Plan	ร้อยละ ๙๐	สสม.
		๗.๒	ผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้าน ติดเตียง ได้รับ การตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ๔๐	ทต.
		๘	๘.๑ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึง ประสงค์ ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มี พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ร้อยละ ๕๐	สส.

ที่	แผนงาน/โครงการ	ที่		ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	กลุ่มงาน รับผิดชอบ
			๘.๒	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	ร้อยละ ๙๘	สสม.
			๘.๓	ผู้สูงอายุได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐	ทต.
		๙		ร้อยละผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ		
			๙.๑	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ ๓๐	สส.
			๙.๒	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ ๓๐	สส.
๒	๒. โครงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชากร	๑๐		ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ร้อยละ ๕๐	สส./คป./ ยส./ทต./ NCD./อวล.
แผนงานที่ ๒ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ						
๓	๑. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	๑๑		ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	ร้อยละ ๘๐	สสม.
แผนงานที่ ๓ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ						
๔	๑. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ	๑๒		ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับจังหวัด	ร้อยละ ๑๐๐	คร.
๕	๒.โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	๑๓		ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง		
			๑๓.๑	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ ๘๐	NCD
			๑๓.๒	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ ๘๐	NCD
			๑๓.๓	ร้อยละอำเภอดำเนินการ Health Station ระดับ Excellence	ร้อยละ ๕๐	NCD
		๑๔		ร้อยละชุมชนวิถีใหม่ห่างไกล NCDs	อำเภอละ ๑ชุมชน	NCD
				ร้อยละของอำเภอที่ผ่านการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	ร้อยละ ๑๐๐	อวล.

ที่	แผนงาน/โครงการ	ที่		ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	กลุ่มงาน รับผิดชอบ
		๑๕		ร้อยละของอำเภอที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ให้สงบได้ภายใน ๒๑ -๒๘ วัน	ร้อยละ ๑๐๐	คร.
		๑๖		ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)	ระดับดีมาก ร้อยละ ๑๐๐	คร.
๖	๓. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ	๑๗		จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่เกิดจากการส่งเสริมผู้ประกอบการให้สามารถได้รับการอนุญาต	อย่างน้อย ๑ ผลิตภัณฑ์	คป.
		๑๘	๑๘.๑	อำเภอมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ ตลาดนัดน้ำซ้อ (Temporary Market) ผ่านมาตรฐานตลาดนัดน้ำซ้อ ระดับพื้นฐาน/มีตลาดนัดน้ำซ้อระดับดีมาก	ร้อยละ ๕๐/ อำเภอละ ๑ แห่ง	คป.
			๑๘.๒	ตลาดสดซื้อวิถีใหม่ (Health Market) และอาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health)	อย่างน้อยร้อยละ ๖๐/อย่างน้อย อำเภอละ๑แห่ง	คป.
			๑๘.๓	๑๘.๓.๑ร้านอาหารและแผงลอย (Clean Food Good Taste)	อย่างน้อยร้อยละ ๔๐/ร้อยละ ๘๐	คป.
			๑๘.๔	โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย (Food Safety Hospital)	ร้อยละ ๑๐๐	คป.
แผนงานที่ ๔ : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม						
๗	๑.โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	๑๙	๑๙.๑	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป	-ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ ๙๘	อวล.
			๑๙.๒	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus	- ระดับดีมาก Plus ร้อยละ ๖๐	อวล.
		๒๐		ร้อยละของจังหวัดจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการลดลงของอัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยและมลพิษสิ่งแวดล้อม	ร้อยละ ๖๐	อวล.

ที่	แผนงาน/โครงการ	ที่		ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	กลุ่มงาน รับผิดชอบ
๒. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)						
แผนงานที่ ๕ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ						
๘	๑. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ	๒๑	๒๑.๑	การดำเนินงานพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิและเคลื่อนย้ายตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ร้อยละของการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเคลื่อนย้ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒	ร้อยละ ๕๐	สสม.
	๒๑.๒		ร้อยละของประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเคลื่อนย้ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	ร้อยละ ๕๐	สสม.	
	๒. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพและอสม.	๒๑.๓	ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก ๓ หมอ (อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี)	ร้อยละ ๘๐	สสม.	
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)						
๑๐	๑. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	๒๒	๒๒.๑	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาใน Stroke Unit (วัดจังหวัด) อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I๖๐-I๖๙)	น้อยกว่าร้อยละ ๗	NCD
			๒๒.๒	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	ร้อยละ ๘๐	NCD
		๒๓	๒๓.๑	ระดับความสำเร็จของการลดภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังผ่านระดับ ๔ ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจคัดกรอง HbA๑C ของหน่วยบริการที่รับลงทะเบียนสิทธิ	≥ ร้อยละ ๖๐	NCD
			๒๓.๒	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาล (A๑C) ได้ดี	≥ ร้อยละ ๔๐	NCD
			๒๓.๓	ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันได้ดี	≥ ร้อยละ ๖๐	NCD

ที่	แผนงาน/โครงการ	ที่		ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	กลุ่มงาน รับผิดชอบ
			๒๓.๔	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางเท้า	≥ ร้อยละ ๖๐	NCD
			๒๓.๕	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา	≥ ร้อยละ ๖๐	NCD
			๒๓.๖	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตาแล้วมีภาวะผิดปกติได้รับการส่งต่อ	≥ ร้อยละ ๘๐	NCD
			๒๓.๗	ร้อยละของการคัดกรอง AF ในกลุ่มผู้ป่วย DM/HT กลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป	≥ ร้อยละ ๗๐	NCD
๑๑	๒. โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อโรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ	๒๔		อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่		
			๒๔.๑	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ ๘๘	คร.
			๒๔.๒	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ ๘๘	คร.
		๒๕		อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ของทั้งประเทศ(วัดระดับจังหวัด)	น้อยกว่าร้อยละ ๑.๕๕	คร.
๑๒	๓. โครงการป้องกันและควบคุมการติดอยาด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	๒๖		ร้อยละของอำเภอมีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	ร้อยละ ๕๐	คบ.
		๒๗		อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดไม่เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๓ (ปีปฏิทิน) (รพศ./รพท.)	ไม่เพิ่มขึ้นจากปี-ปฏิทินที่ผ่านมา (ปีปฏิทินที่ผ่านมาใช้ข้อมูล ๑ ม.ค.-๓๑ ธ.ค. ๖๓ เท้ากับร้อยละ ๓๘.๗๓)	คบ.
๑๓	๔. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด	๒๘		อัตรารายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน	น้อยกว่า ๓.๕ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีวิต	สส.
๑๔	๕. โครงการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน	๒๙		ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	ร้อยละ ๕๐	พบ.

ที่	แผนงาน/โครงการ	ที่		ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	กลุ่มงาน รับผิดชอบ
๑๕	๖. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๓๐		ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ ๒๐.๕ (เสนอเพิ่มเป้าหมายรพ.สต. ร้อยละ๓๐)	ผท.
๑๖	๗. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิต และจิตเวช	๓๑		ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	ร้อยละ ๗๔	ยส.
		๓๒	๓๒.๑	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๘.๐ ต่อประชากรแสนคน	ยส.
			๓๒.๒	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี	ร้อยละ ๙๐	ยส.
๑๗	๘. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก	๓๓		อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired(วัดระดับจังหวัด)	น้อยกว่า ร้อยละ ๒๖	พบ.
		๓๔		Refracture Rateวัดระดับรพ. A S M๑	น้อยกว่าร้อยละ ๒๐	พบ.
๑๘	๙. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ	๓๕	๓๕.๑	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษามาตรฐานตามเวลาที่กำหนด(วัดระดับจังหวัด)		
				อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	น้อยกว่า ร้อยละ ๘	NCD
			๓๕.๒	ร้อยละของการให้การรักษาก่อนผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด ๓๕.๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	ร้อยละ ๖๐	NCD
				๓๕.๒.๒ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	ร้อยละ ๖๐	NCD
๑๙	๑๐. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง	๓๖	๓๖.๑	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด		
				ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ (วัดระดับจังหวัด)	ร้อยละ ๗๕	NCD

ที่	แผนงาน/โครงการ	ที่		ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	กลุ่มงาน รับผิดชอบ
			๓๖.๒	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ (วัดระดับจังหวัด)	ร้อยละ ๗๕	NCD
			๓๖.๓	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ (วัดระดับจังหวัด)	ร้อยละ ๗๕	NCD
			๓๖.๔	ร้อยละของสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ ๓๐ - ๗๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม	ร้อยละ ๙๐	NCD
			๓๖.๕	ร้อยละของสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ ๓๐ - ๖๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ร้อยละ ๒๐	NCD
			๓๖.๖	ร้อยละของประชากร อายุ ๕๐ - ๗๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ / ไส้ตรง (Fit test)	ร้อยละ ๑๐	NCD
๒๐	๑๑. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไต	๓๗		ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มี eGFR ลดลงน้อยกว่า ๕ ml/min/๑.๗๓m ² /yr	ร้อยละ ๖๖	NCD
๒๑	๑๒. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา	๓๘		ร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะตาต้อกระจก		
			๓๘.๑	ร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะตาต้อกระจก	ร้อยละ ๘๐	NCD
			๓๘.๒	ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน (วัดระดับจังหวัด)	ร้อยละ ๘๕	NCD
๒๒	๑๓. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ	๓๙		อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S)	เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐ จาก อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในรพ.ปี ๒๕๖๒ ของเขตสุขภาพ	พบ.

ที่	แผนงาน/โครงการ	ที่		ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	กลุ่มงาน รับผิดชอบ
๒๓	๑๔. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด	๔๐		ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จนถึงการติดตาม (Retention Rate)	ร้อยละ ๕๘	ยส.
๒๔	๑๕. โครงการการบริหารลพื้นที่สภาพระยะกลาง (Intermediate Care; IMC)	๔๑		ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริหารพื้นที่สภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน	ร้อยละ ๗๐	พบ.
๒๕	๑๖. โครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery: ODS	๔๒		ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	ร้อยละ ๒๐ ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดต่อปีในกลุ่มโรคที่ให้บริการ ODS	พบ.
		๔๓		ร้อยละของการ Re-admit ภายใน ๑ เดือน จากการผ่าตัดโรคนี้ในถุงน้ำดี และหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) (วัด รพท.)	น้อยกว่า ร้อยละ ๕	พบ.
๒๖	๑๗. โครงการกัญชาทางการแพทย์	๔๔	๔๔.๑	ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ	ร้อยละ ๑๐๐ (กระทรวง ร้อยละ ๗๐)	ผท.
			๔๔.๒	ร้อยละของ รพ.สังกัด สป.สธ.ที่ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ		
			๔๔.๒	ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์	เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕	ผท.
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ						
๒๗	๑. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ	๔๕		ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน ECS ระดับ ๕		
			๔๕.๑	ประเมิน ECS คุณภาพ เป้าหมาย	ร้อยละ ๖๕	EMS
			๔๕.๒	ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติมาโดยระบบ EMS ภายใน ๘ นาที	ร้อยละ ๔๕	EMS

ที่	แผนงาน/โครงการ	ที่		ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	กลุ่มงาน รับผิดชอบ
แผนงานที่ ๘ : อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย						
	๑. โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์	๔๖		มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในสถานพยาบาลสาธารณสุขของรัฐเพิ่มขึ้น	ร้อยละ ๒	ผท.
๓. ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)						
แผนงานที่ ๙ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ						
๒๘	๑. โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ	๔๗		ร้อยละของหน่วยบริการที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ ๑๐๐ คะแนน	ร้อยละ ๗๕	บค.
		๔๘		ร้อยละของหน่วยบริการสนับสนุนให้บุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐	บค.
๒๙	๒. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข	๔๙		ร้อยละของหน่วยบริการเป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐	บค.
๔. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)						
แผนงานที่ ๑๐ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ						
๓๐	๑. โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส	๕๐		ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ ๑๐๐	ก.
		๕๑		ร้อยละของโรงพยาบาลมีระบบการควบคุมภายใน ๕ มิติ	ร้อยละ ๑๐๐	บ.
๓๑	๒. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ	๕๒		หน่วยงานมีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านเกณฑ์ระดับ ๕	สสจ. ๑ แห่ง สสอ. ๓๒ แห่ง	พย.
		๕๓		ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓		
			๕๒.๑	ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓	ร้อยละ ๑๐๐	พบ.
			๕๓.๒	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิตมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓	ร้อยละ ๑๐๐	พบ.

ที่	แผนงาน/โครงการ	ที่		ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	กลุ่มงานรับผิดชอบ
			๕๓.๓	ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้น ๓	ร้อยละ ๙๐	พย.
		๕๔		ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีดาว	ร้อยละ ๘๐ เพิ่ม Re-ac อำเภอละ๑แห่ง	สสม.
แผนงานที่ ๑๑ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ						
๓๒	๑. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ	๕๕		ร้อยละของ รพ.ที่ติดตั้ง HIS Gateway และมีผลการเชื่อมโยงข้อมูลสำเร็จ	ร้อยละ ๖๐	พย.
๓๓	๒. โครงการ Smart Hospital					
แผนงานที่ ๑๒ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ						
๓๔	๑. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ ๓ กองทุน					
๓๕	๒. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง	๕๖		ร้อยละของหน่วยบริการที่ไม่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ ๔-๗	ร้อยละ ๑๐๐	ปก.
		๕๗		ร้อยละของหน่วยบริหารที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพและบริหารเจ้าหนี้ ระดับดีและดีมาก	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	ปก.
แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ						
๓๖	๑. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรมผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์	๕๘		จำนวนงานวิจัย หรือนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ที่คิดค้นใหม่หรือพัฒนาต่อยอดของหน่วยงาน	อย่างน้อยหน่วยงานละ ๑ เรื่อง(รพ.๑ เรื่อง, สสอ./รพ.สต. ๑ เรื่อง)	พย.

สรุปรวมตัวชี้วัดทั้งหมด ๓๖ ตัวชี้วัด

๒.การประเมินผล

ระบบการควบคุม กำกับ และประเมินผลจังหวัดนครราชสีมา ประจำปี ๒๕๖๕

ระบบควบคุม กำกับ และประเมินผลเป็นระบบหนึ่งของการบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของจังหวัดนครราชสีมา ทั้งนี้ระบบควบคุม กำกับ และประเมินผลจะช่วยในการพัฒนางานและติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานที่เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และจุดเน้นต่าง ๆ ตามกรอบการดำเนินงานของยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โดยมีกระบวนการร่วมรับฟังปัญหา และ ให้ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหา อุปสรรค แก่หน่วยงานเพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อนมาตรการให้บรรลุวัตถุประสงค์ ส่งผลให้เกิดผลสำเร็จของงานตามนโยบายและจุดเน้นของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ตลอดจนจะเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน รูปแบบการดำเนินการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาประกอบด้วย ๒ ส่วน ได้แก่ ระบบควบคุมกำกับขององค์กรและระบบการประเมินผลการดำเนินงาน ดังนี้

๑. ระบบควบคุมกำกับขององค์กร

๑.๑ ระบบรายงาน (Report)

ให้รายงานด้วยระบบเอกสารเฉพาะกิจในบางเรื่องที่สำคัญและมีความจำเป็นต้องใช้ เอกสารอ้างอิง ได้แก่

- ๑) การสอบสวนโรค
- ๒) การสอบข้อเท็จจริง
- ๓) แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ/ แผนเงินงบประมาณ
- ๔) การสรุปผลงานต่างๆ

๑.๒ ระบบข้อมูลสารสนเทศ (IT)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการวางแผนบริหารจัดการข้อมูลเพื่อให้สามารถติดตามข้อมูลได้อย่างมีคุณภาพ โดยมีแนวทางในการดำเนินงานดังนี้

๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาจะพัฒนาโปรแกรม cockpit กำกับแผนงาน/โครงการ/งบประมาณ เพื่อให้สามารถติดตาม งบประมาณ

๒) ทุกกลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาเสนอข้อมูลผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข จาก HDC และโปรแกรมเฉพาะ เช่น รายงาน ๕๐๖ (โปรแกรมนำเสนอข้อมูลทางระบาดวิทยา), NTIP (National Tuberculosis Information Program) งานโรคฉี่หนู , NAP Web Report งานเอดส์ , โปรแกรม QOF ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น โดยกำหนดให้ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัดเป็นผู้กำกับติดตามผลการดำเนินงาน และ คำนวณข้อมูลให้ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอทราบ เป็นรายเดือน/ รายไตรมาส

๓) กลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาจัดทำข้อมูลผลการดำเนินงานที่สำคัญ เช่น ผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (PA), ผลการดำเนินงานตามแนวทางการบริหารจัดการ งบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (QOF) , ผลการดำเนินงานเบิกค่าชดเชยทางการแพทย์, ผลการดำเนินงานความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนของกลุ่มประชากรเป้าหมาย เป็นต้น ในที่ประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

๑.๓ระบบนิเทศงาน (Supervisor)

๑) การนิเทศติดตาม ปีละ ๑ ครั้ง เดือน ธันวาคม ๒๕๖๔ ถึง มกราคม ๒๕๖๕ ทีมนิเทศงานจำนวน ๕ ทีม (๕ โซน)

ผู้นิเทศ จำนวนไม่เกิน ๒๐ คน ประกอบด้วย

๑.๑) สสจ.โซน ประธานทีม

๑.๒) ตัวแทนกลุ่มงาน กลุ่มละ ๑ คน ที่ได้รับการคัดเลือกจากหัวหน้ากลุ่ม (ตัวจริง/ตัวสำรอง)

จากทุกกลุ่มงาน

๑.๓) เลขาทีม / ผู้ช่วยเลขาทีม

๒) การเตรียมการนิเทศและเครื่องมือ

๒.๑) กลุ่มงานจัดทำคำอธิบายตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ เป็น POWERPOINT เพื่อชี้แจงตัวชี้วัด ที่ใช้ในการนิเทศงาน/การประเมินผล และจัดทำข้อมูลปัญหาของแต่ละของอำเภอ

๒.๒) จัดประชุมชี้แจงผู้นิเทศ โดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมอบนโยบาย วิธีการนิเทศงาน CUP ก่อนออกนิเทศงาน

๓) รูปแบบการนิเทศงาน

๓.๑) นิเทศงานปกติ อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

๓.๒) นิเทศเป็นโซน (การออกครั้งละก็อำเภอให้ดูตามบริบทของพื้นที่)

๔) เนื้อหาการนิเทศงาน

๔.๑) มอบนโยบายและงานสำคัญ

๔.๒) ติดตามการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับ CUP ที่สอดคล้องกับนโยบาย และ ปัญหาพื้นที่

๔.๓) ร่วมรับรู้ เรียนรู้ และแก้ปัญหาพื้นที่

๕) ขั้นตอนการนิเทศงาน

- CUP นำเสนอกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับ CUP ที่สอดคล้องกับนโยบาย และ ปัญหาพื้นที่ /KPI ที่ตกเกณฑ์ของ CUP , นำเสนอนวัตกรรม หรือผลงานเด่น

- สสจ.โซน / มอบนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และนโยบายนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

นครราชสีมา โดย CLIP VDO

- กลุ่มงานจัดทำPOWERPOINT ชี้แจงตัวชี้วัด และข้อมูลปัญหาของอำเภอ พร้อมแนวทางแก้ไขในเวทีใหญ่

- จัดเวลาให้กลุ่มงานและผู้รับผิดชอบงานได้พูดคุยกัน

๖) กลุ่มงานจัดทำPOWERPOINT ชี้แจงตัวชี้วัด และข้อมูลปัญหาของอำเภอ พร้อมแนวทางแก้ไขในเวทีใหญ่

๗) จัดเวลาให้กลุ่มงานและผู้รับผิดชอบงานได้พูดคุยกัน

- ผู้นิเทศกลุ่มงานแต่ละโซน ต้องเป็นพี่เลี้ยง ให้ข้อมูล ระบุปัญหา พร้อมประสานงานเพื่อแก้ไข ปัญหา “ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ”

- ผู้นิเทศให้ข้อเสนอแนะ

- อภิปราย / ชักถามปัญหา

๘) การแบ่งโซนนิเทศงาน สสจ.นม. ดังนี้

โซน ๑ ๗ อำเภอ : รพ. เทพรัตน์นครราชสีมา/เมือง สีคิ้ว สูงเนิน ขามทะเลสอ จักราช ปากช่อง และ
เฉลิมพระเกียรติ

โซน ๒ ๗ อำเภอ : ด่านขุนทด โนนไทย พระทองคำ คง โนนสูง ขามสะแกแสง และเทพารักษ์

โซน ๓ ๖ อำเภอ : พิมาย ชุมพวง ลำทะเมนชัย เมืองยาง โนนแดง ห้วยแถลง

โซน ๔ ๖ อำเภอ : บัวใหญ่ แก้งสนามนาง บ้านเหลื่อม สีดา บัวลาย ประทาย

โซน ๕ ๖ อำเภอ : โชคชัย ครบุรี ปักธงชัย วังน้ำเขียว หนองบุญมาก เลิงสาง

๑.๔ ระบบนิเทศงานเฉพาะกิจ

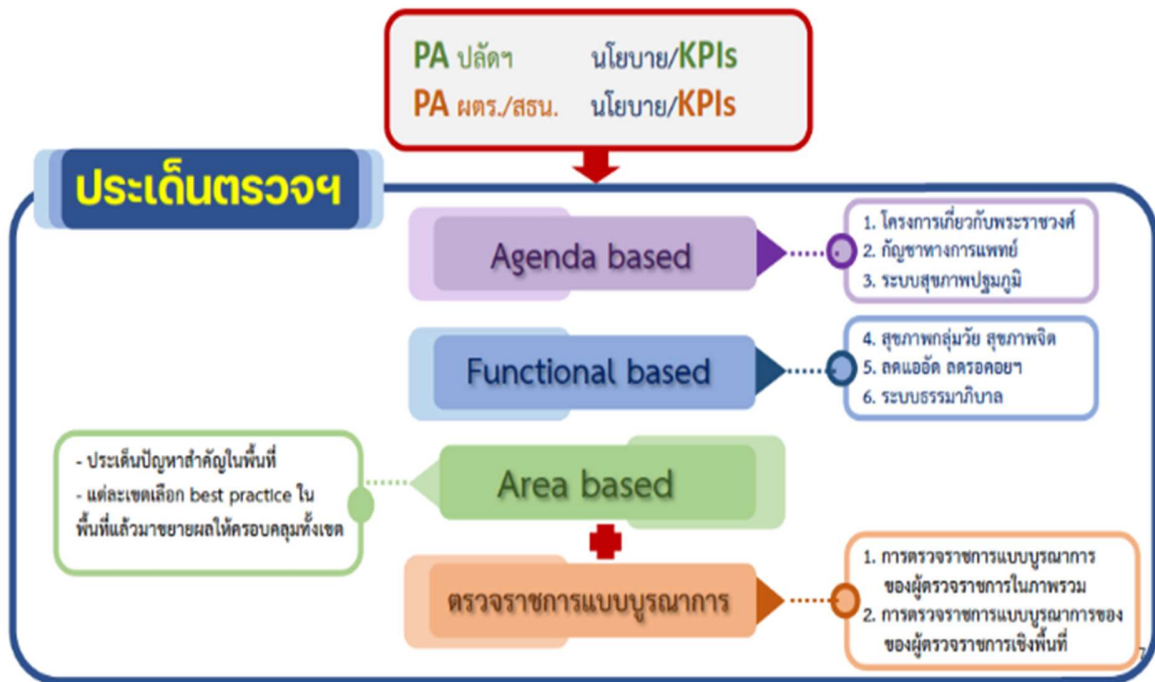
นิเทศงานเฉพาะกิจ ตามสภาพปัญหาพื้นที่ , นิเทศเสริมพลัง พขอ., นิเทศโดยระบบ Video Conference , และมติ บ.สสจ. พิจารณานิเทศเพิ่มเติม ในงานที่สำคัญ

๑.๕ การตรวจราชการระดับกระทรวงสาธารณสุข/การตรวจราชการแบบบูรณาการสำนักนายกรัฐมนตรี



๑.๕.๑ การตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ ระดับกระทรวงสาธารณสุข

กรอบการตรวจราชการ ประจำปี ๒๕๖๕



๑.๕.๒ การตรวจราชการแบบบูรณาการสำนักนายกรัฐมนตรี

การตรวจราชการแบบบูรณาการสำนักนายกรัฐมนตรี ในปี ๒๕๖๕ จะมีแนวทางการตรวจในประเด็นเนื้อหาเกี่ยวกับการบูรณาการทำงานร่วมกับกระทรวงอื่นๆ โดยสำนักนายกรัฐมนตรีจะแจ้ง แนวทางการตรวจราชการ กระบวนการ และ ขั้นตอนการตรวจราชการ ในต้นปี ๒๕๖๕

๒. ระบบการประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพ

๒.๑ การประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดและแผนยุทธศาสตร์ด้านจังหวัดนครราชสีมา
ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

แบ่งอำเภอประเมินผลงานตามขนาดอำเภอ ใหญ่ กลาง เล็ก

อำเภอขนาดใหญ่ จำนวน ๑๒ อำเภอ โนนสูง ปากช่อง พิมาย สีคิ้ว ด่านขุนทด ปักธงชัย ทรายทอง หนองบัวลำภู ชุมพวง สูงเนิน โชคชัย

อำเภอขนาดกลาง จำนวน ๙ อำเภอ โนนไทย คง ห้วยแถลง ประทาย เสิงสาง จักราช หนองบุญมาก ขามสะแกแสง วังน้ำเขียว

อำเภอขนาดเล็ก จำนวน ๑๑ อำเภอ แก้งสนามนาง สีดา บัวลาย โนนแดง บ้านเหลื่อม ลำทะเมนชัย เมืองยาง พระทองคำ เทพารักษ์ ขามทะเลสอ เฉลิมพระเกียรติ

ระยะเวลาการดำเนินการ ประเมิน ๒ ครั้ง/ปี

ครั้งที่ ๑ : ใช้ผลงาน ๖ เดือน : ตุลาคม ๒๕๖๔ ถึง ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕

- ประเมินเฉพาะเชิงปริมาณ
- ดูข้อมูลผ่าน web (HDC / ๔๓ แฟ้ม/อื่นๆ แล้วแต่ KPI)
- ประเมิน ทั้ง รพช. สสอ. รพ.สต.

ครั้งที่ ๒ : ใช้ผลงาน ๙ เดือน : ตุลาคม ๒๕๖๔ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

- ประเมินเชิงปริมาณและคุณภาพโดยการลงพื้นที่
- จังหวัดจัดทีมประเมินออกประเมิน: แบ่งเป็นทีม ตามการแบ่งอำเภอ
 - เข้า ประเมิน รพ.สต. จับสลากล่วงหน้า ๓ วัน
 - ป่วย ประเมิน รพช. , สสอ.
- เมื่อประเมินเสร็จ ขอให้สรุปสั้นๆ ถึงปัญหาที่พบ

วิธีคิดคะแนน

- รพ.สต. ๑๐๐ %
- สสอ. (สสอ.๘๐ % / รพ.สต.๒๐%)
- รพช. (รพช.๘๐ % / สสอ.+รพ.สต.๒๐%)

ผลการประเมิน

A B+ B C+ C **ใช้ให้ระบบ อิงกลุ่ม**

ประเมินรอบ ๒ ให้ระยะเวลาในการอุทธรณ์ ๒ สัปดาห์ (**อุทธรณ์ได้ในรอบ๒)

สัปดาห์ที่ ๑ ให้อำเภอตรวจสอบและยื่นอุทธรณ์

สัปดาห์ที่ ๒ ให้กลุ่มงานตรวจสอบความถูกต้อง

๒.๒ การประเมินระดับโครงการ ใช้ AFTER ACTION REVIEW (AAR)

ในปี ๒๕๖๕ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอให้หน่วยบริหารและหน่วยบริการในสังกัดทุกแห่งดำเนินงาน ประเมินผลงานโครงการ/แผนงานด้านสาธารณสุข โดยใช้ AFTER ACTION REVIEW (AAR) เพื่อสรุปผลและวางแผนในการพัฒนางาน

๒.๓ ประเมินผลเพื่อพัฒนางานด้านสุขภาพ

๑. โดยใช้ระบบรายงาน HOSxP , HDC , ๔๓ แฟ้ม ,และระบบรายงานที่เกี่ยวข้อง ฯลฯ
๒. การประเมินตัวชี้วัดสำคัญ ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ จัดทำสรุปและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

รูปแบบการประเมินผล

ประเมินผลจากผลการรายงานข้อมูลเป็นรายไตรมาส จากอำเภอมายังศูนย์ข้อมูล สสจ.นม

ระยะเวลาการรายงาน

ไตรมาสที่ ๒ รายงานผลภายในเดือนมีนาคม (๖ เดือน)

ไตรมาสที่ ๓ รายงานผลภายในเดือนมิถุนายน (๙ เดือน)

ไตรมาสที่ ๔ รายงานผลภายในเดือนกันยายน (๑๒ เดือน)

๓. สรุป วิเคราะห์จัดทำรายงานประจำปี

๑) สรุปข้อมูลพื้นฐาน ผลการดำเนินงานสาธารณสุขของจังหวัดนครราชสีมา โดยได้นำผลการดำเนินงานมาวิเคราะห์ตามเกณฑ์ชี้วัดแต่ละกิจกรรมในแผนงาน/โครงการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดรวมถึงงานสำคัญตามนโยบายของรัฐบาล

๒) รวบรวมการประเมินผลโครงการ/แผนงานเด่นของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โดยได้วิเคราะห์ถึงความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนางาน เพื่อเผยแพร่ในการพัฒนางานสาธารณสุขและงานด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

๓. โครงสร้างบริหาร

จังหวัดนครราชสีมา มีเนื้อที่ประมาณ ๒๐,๔๙๓.๙๖ ตารางกิโลเมตร ซึ่งมีขนาดของพื้นที่เป็นอันดับที่ ๑ ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และของประเทศไทย จึงมีความจำเป็นต้องมีการแบ่งโซนในการบริหารจัดการ เป็น ๕ โซน และจัดตั้งคณะกรรมการบริหารงาน ระดับอำเภอ และระดับตำบล



โครงสร้างบริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา



โครงสร้างของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา ออกเป็น ๑๖ กลุ่มงาน โดยบริหารงาน ด้วยคณะกรรมการบริหารงานสาธารณสุขจังหวัด และมอบหมายให้รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด กำกับดูแลกลุ่มงาน ดังแผนภูมิ



นายรินทร์รัชต์ พิษณุคามินทร์
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

รองพ.สสจ. คนที่ 1
นายวิญญู จันทรเนตร
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)

3

กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
นายศิวะยุทธ์ สิงห์ปรี
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
(หัวหน้ากลุ่มงาน)

1. งานป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่ อภิบัติซ้ำ และโรคติดต่ออันตราย
2. งานสอบสวนโรคติดต่อและโรคอุบัติใหม่
3. งานบริหารจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขและภัยพิบัติ
4. งานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา
5. การพัฒนางานตามมาตรฐานระบาดวิทยา
6. งานพัฒนาบุคลากรทีมสอบสวนโรค (CDCU)
7. งานยุติปัญหาวันโรค
8. งานป้องกัน/แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
9. งานส่งเสริมสุขภาพผู้ต้องขัง ภายใต้โครงการ ราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์
10. งานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ยุติเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
11. การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการค้ำมนุษย์
12. งานควบคุมโรคเฉพาะพื้นที่
13. งานคัดกรองไข้ในการถวายเป็นบุญคุณ

นายรินทร์รัชต์ พิษณุคามินทร์
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

รองพ.สสจ. คนที่ 2
นายวิชาญ คัดเห็น
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

4

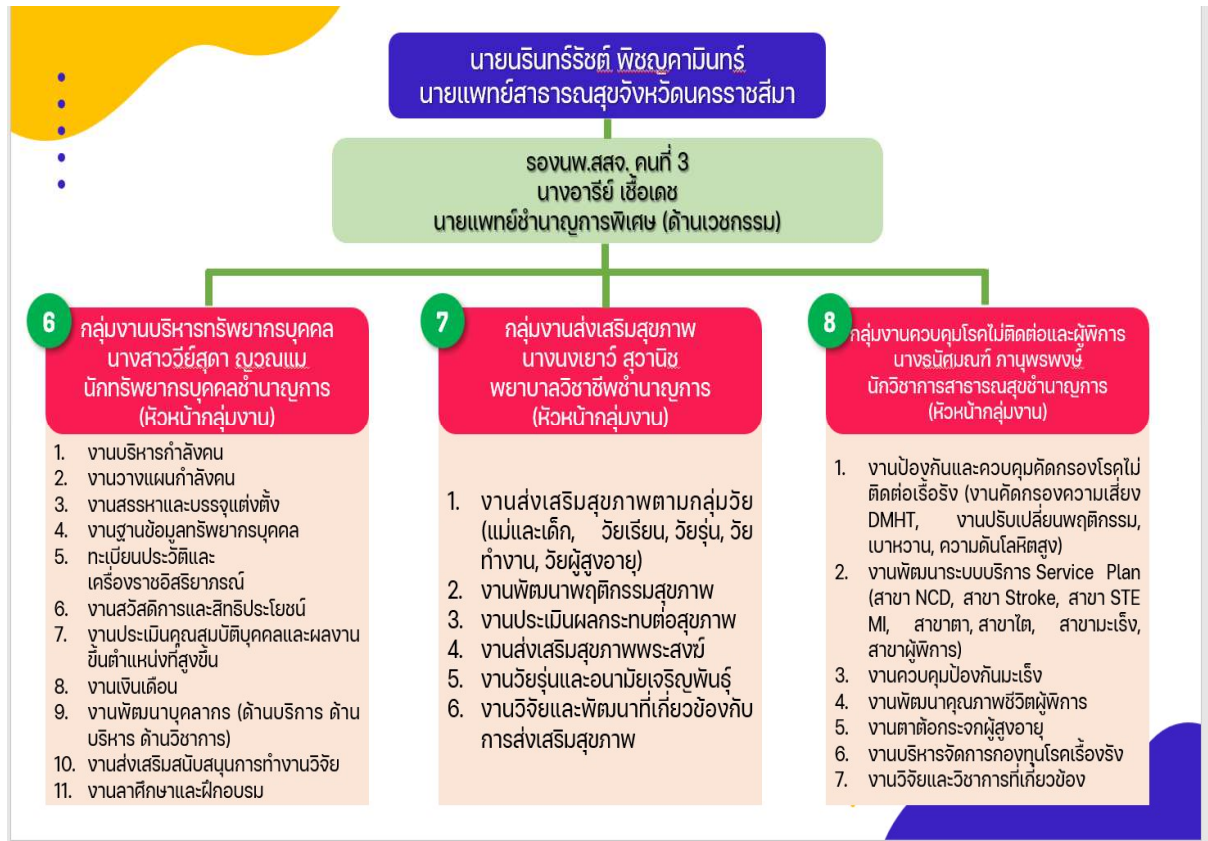
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
นางสุทรีณี เรืองสุพันธ์
เภสัชกรเชี่ยวชาญ
(หัวหน้ากลุ่มงาน)

1. งานมาตรฐานผลิตภัณฑ์และสถานประกอบการด้านสุขภาพ
2. งานคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคด้านสาธารณสุข
3. งานพัฒนาระบบยา เวชภัณฑ์ และมาตรฐานวิชาชีพ
4. งานมาตรฐานสถานพยาบาล และการประกอบโรคศิลปะ
5. งานอาหารปลอดภัยและหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร เขตสุขภาพที่ 9
6. งานพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ
7. งานยุทธศาสตร์และประเมินผลงาน งานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
8. งานศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ (One Stop Service Center : OSSC)
9. งานวิจัยและพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

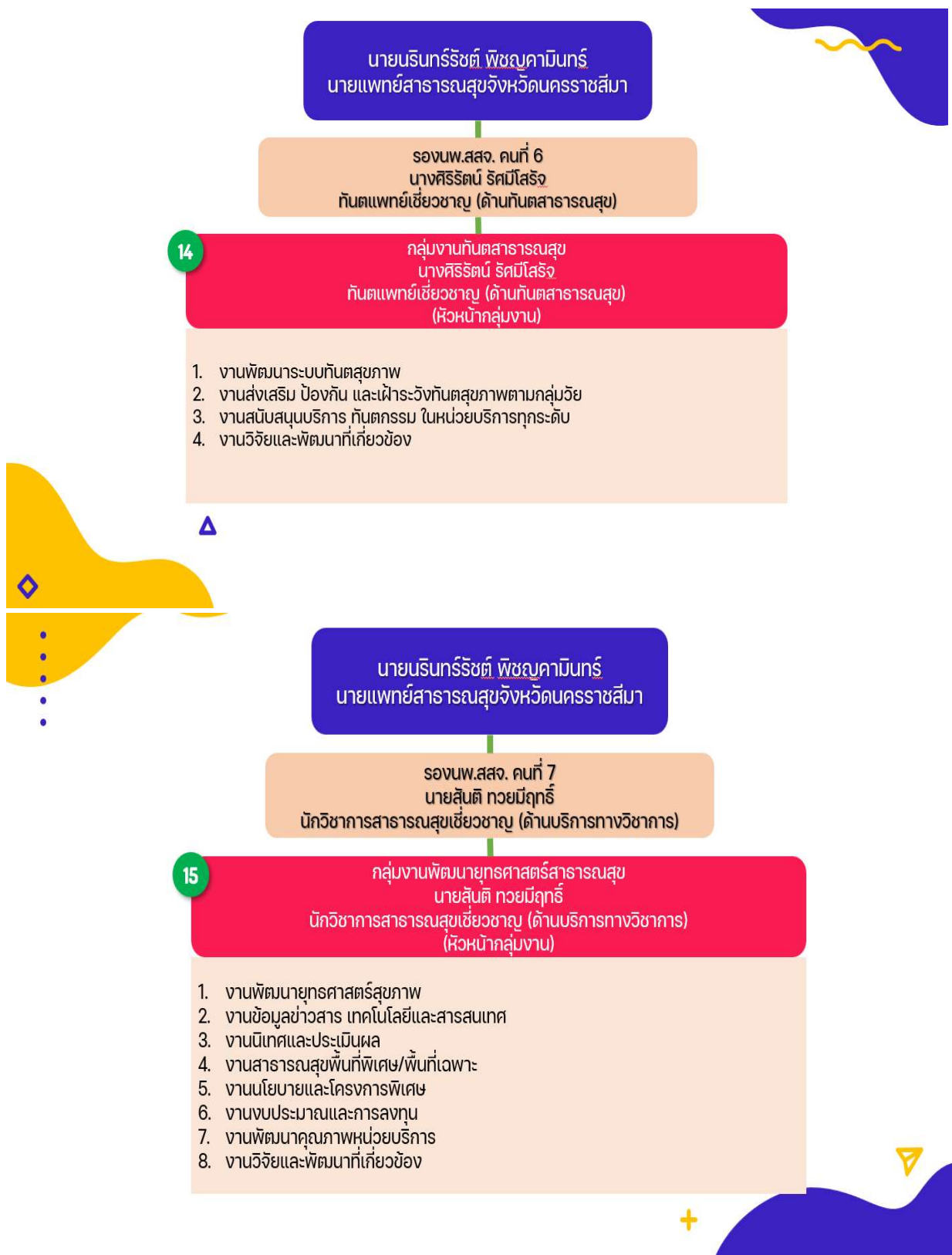
5

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
นางวรางคนาง ลิ้มสุวรรณเกษม
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
(หัวหน้ากลุ่มงาน)

1. งานพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน
2. งานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
3. งานพัฒนาระบบส่งต่อ
4. งานบริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่
5. งานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และผู้ด้อยโอกาสในสังคม
6. งานพัฒนาฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
7. งานบริหารจัดการระบบ
8. งานพัฒนาเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
9. งานพัฒนาวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ







นายณรินทร์รัชต์ พิษณุคามินทร์
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

รองพ.สสจ. คนที่ 8
นายกุลล เชื้อมกลาง
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

16

กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ
นายกุลล เชื้อมกลาง
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
(หัวหน้ากลุ่มงาน)

1. งานสาธารณสุขมูลฐาน
2. งานสุขภาพภาคประชาชน
3. งานนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ
4. งานปฐมภูมิ
5. งานพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.)
6. งานเทคโนโลยีสุขภาพภาคประชาชน
7. งาน รพ.สต.ติดดาว
8. งานสุศึกษาและประชาสัมพันธ์

๔.ทรัพยากรสุขภาพ จ.นครราชสีมา

ทรัพยากรจังหวัดนครราชสีมา

ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มีบุคลากรในสังกัด ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รวมทั้งสิ้น ๑๔,๒๗๗ คน เปรียบเทียบย้อนหลัง ๓ ปี โดยจำแนกตามลักษณะการจ้างงาน ๕ ประเภท ได้แก่ ๑) ข้าราชการ ๒) พนักงานราชการ ๓) พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ๔) ลูกจ้างประจำ ๕) ลูกจ้างชั่วคราว รายเดือน รายละเอียดตามตาราง

ตารางแสดง จำนวนบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ลำดับ	ประเภทบุคลากร	สสจ. (รวมรพช.สสอ.และรพ.สต.)		รพศ.		รพท.		รวม ปี๒๕๖๕
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๔	๒๕๖๕	
๑	ข้าราชการ	๕,๔๒๔	๕,๕๘๙	๒,๔๘๕	๒,๔๐๑	๑,๐๖๖	๑,๐๘๖	๙,๐๗๖
๒	พนักงานราชการ	๖๓	๑๔๖	๑๐๙	๑๔๖	๒๙	๓๕	๓๒๗
๓	พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	๓,๐๒๑	๓,๑๐๘	๑,๖๒๓	๑,๖๕๒	๖๕๓	๖๙๔	๕,๔๕๔
๔	ลูกจ้างประจำ	๒๒๑	๑๙๖	๕๘	๓๑	๒๒	๑๘	๒๔๕
๕	ลูกจ้างชั่วคราว	๔๑๔	๔๒๒	๙๐๒	๔๒๗	๑๑๑	๑๐๖	๙๕๕
	รวม	๙,๑๔๓	๙,๔๖๑	๕,๑๗๗	๔,๖๕๗	๑,๘๘๑	๑,๙๓๙	๑๖,๐๕๗

ที่มา : ข้อมูลกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕

การวิเคราะห์รอบอัตรากำลังของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครราชสีมา ปี ๒๕๖๕

การวิเคราะห์อัตรากำลังของบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลในจังหวัดนครราชสีมา ในปี ๒๕๖๕ ซึ่งเขตสุขภาพที่ ๙ เป็นเขตนาร่องที่ได้รับการอนุมัติให้ใช้กรอบ Blueprint (ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๖) พบว่า ส่วนใหญ่ยังขาดแคลนบุคลากรสายวิชาชีพ เรียงตามลำดับ คือ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ นักเทคนิคการแพทย์/นักวิทยาศาสตร์การแพทย์/จพ.วิทยาศาสตร์การแพทย์/ นักกายภาพบำบัด/ เจ้าพนักงานเภสัชกรรม/นักรังสีการแพทย์/เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์/ ทันตแพทย์/ เภสัชกร/ นักวิชาการเวชสถิติ/ จพ.เวชสถิติ /แพทย์แผนไทย นักกิจกรรมบำบัด ตามลำดับ

ชื้อสัตย์ สามัคคี มีวินัย

ตารางแสดง การวิเคราะห์กรอบอัตรากำลังของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลจังหวัดนครราชสีมา ปี ๒๕๖๕

ลำดับ	สาขาวิชาชีพ (สสจ./รพม./รพ.ปากช่อง/ รพ.เทพรัตน์ฯ/รพ.พินาย)	จำนวนที่ ควรมี	จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่มีอยู่จริง (คน)					ร้อยละ	ขาด/+เกิน จากกรอบ BP (คน)
			กรอบ blueprint	จรก. (คน)	พรก. (คน)	พกส. (คน)	ลจ. (คน)		
๑	แพทย์	๑,๐๔๙	๗๐๑	๐	๐	๑	๗๐๒	๖๖.๗๒	-๓๔๗
๒	ทันตแพทย์	๒๖๙	๑๙๗	๐	๐	๐	๑๙๗	๗๓.๒๓	-๗๒
๓	เภสัชกร	๔๒๑	๓๒๒	๒๙	๑	๙	๓๖๑	๘๕.๗๕	-๖๐
๔	พยาบาลวิชาชีพ	๕,๓๓๑	๔,๑๔๐	๑	๐	๖๐๓	๔,๗๔๔	๘๘.๙๙	-๕๘๗
๕	นักกายภาพบำบัด/ จพ.เวชกรรมฟื้นฟู	๒๑๒	๑๐๕	๒	๑	๕	๑๑๓	๕๓.๓๐	-๙๙
๖	นักเทคนิคการแพทย์ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์/ จพ.วิทยาศาสตร์การแพทย์	๔๓๕	๒๕๕	๑	๓	๘	๒๖๗	๖๑.๓๘	-๑๖๘
๗	แพทย์แผนไทย / เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข(อายุรเวท)	๑๑๒	๕๙	๐	๑๐	๒๕	๙๔	๘๓.๙๓	-๑๘
๘	นักกิจกรรมบำบัด/ เจ้าหน้าที่งานอาชีวบำบัด	๒๑	๔	๐	๐	๐	๔	๑๙.๐๕	-๑๗
๙	นักรังสีการแพทย์/ จพ.รังสีการแพทย์	๑๕๑	๖๐	๐	๐	๑	๖๑	๔๐.๔๐	-๙๐
๑๐	จพ.เภสัชกรรม	๓๐๓	๑๙๔	๐	๑	๑๔	๒๐๙	๖๘.๙๘	-๙๔
๑๑	นวก.ทันตสาธารณสุข/ จพ.ทันตสาธารณสุข	๑๔๗	๑๙๖	๐	๐	๓	๑๙๙	๑๓๕.๓๗	๕๒
๑๒	นักวิชาการเวชสถิติ/ จพ.เวชสถิติ	๑๑๕	๔๘	๑	๑๒	๓๓	๙๔	๘๑.๗๔	-๒๑

ที่มาข้อมูล : กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕

ตารางแสดง ข้อมูลแพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ๒๕๖๑-๒๕๖๕

หน่วยงานโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
กุมารเวชกรรม	๒๘	๒๕	๒๗	๒๗	๓๐
กุมารเวชศาสตร์	๑	-	-	-	๓
กุมารเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดและปริกำเนิด	๔	๔	๓	๓	๓
กุมารเวชศาสตร์พัฒนาการและพฤติกรรม	๑	๑	๑	๑	๑
กุมารเวชศาสตร์โรคต่อมไทรอยด์และเมตาบอลิซึม	๓	๑	๒	๒	๒
กุมารเวชศาสตร์โรคติดเชื้อ	๒	๒	๒	๒	๒
กุมารเวชศาสตร์โรคไต	๓	๓	๓	๓	๓
กุมารเวชศาสตร์โรคผิวหนัง	๑	๑	๑	๑	๑
กุมารเวชศาสตร์โรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกัน	๑	๑	๑	๑	๑
กุมารเวชศาสตร์โรคระบบทางเดินหายใจ	๓	๓	๓	๓	๓
กุมารเวชศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหารและโรคตับ	-	-	๑	๑	๑
กุมารเวชศาสตร์โรคเลือดและมะเร็งในเด็ก	๔	๔	๔	๔	๔
กุมารเวชศาสตร์โรคหัวใจ	๒	๒	๒	๔	๔
กุมารเวชศาสตร์หน่วยโภชนาการ	๑	๑	-	๐	
จิตเวชเด็กและวัยรุ่น	๑	๑	๑	๑	๑
กุมารเวชศาสตร์ประสาทวิทยา	๑	๑	๑	๑	๑
กุมารเวชศาสตร์สาขาเวชบำบัดวิกฤต	-	-	๑	-	-
กุมารเวชศาสตร์วัยรุ่น	-	-	๑	-	-
จักษุวิทยา	๗	๘	๗	๘	๘
จักษุวิทยา	๒	๓	๒	๓	๓
จักษุวิทยากระจกตา	๑	๑	๑	๑	๑
จักษุวิทยาจอประสาทตา	๓	๓	๓	๓	๓
จักษุวิทยาตดกแต่งเบ้าตา	-	-		๐	๐
จักษุวิทยาต้อหิน	๑	๑	๑	๑	๑
จิตเวช	๔	๔	๕	๖	๖
จิตเวชศาสตร์	๓	๓	๔	๔	๔
จิตเวชเด็กและวัยรุ่น	๑	๑	๑	๒	๒
นิติเวช	๓	๓	๓	๓	๓
นิติเวชศาสตร์	๓	๓	๓	๓	๓
พยาธิวิทยากายวิภาค	๖	๖	๕	๗	๗
พยาธิวิทยากายวิภาค	๖	๖	๕	๗	๗
เทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก				๑	๑
เทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก	๐	๐	๐	๑	๑
ระบาดวิทยา	๑	๑		๐	๐
แขนงระบาดวิทยา	๑	๑		๐	๐
รังสีวิทยา	๒๐	๒๐	๒๐	๑๘	๑๙

ข้อสุดท้าย สามัคคี มีวินัย

หน่วยงานโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
รังสีวิทยาวินิจฉัย	๘	๘	๙	๘	๘
รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา	๔	๔	๓	๓	๓
เวชศาสตร์นิวเคลียร์	๔	๔	๔	๓	๔
ภาพวินิจฉัยระบบประสาท	๒	๒	๒	๒	๒
รังสีร่วมรักษาของลำตัว	๒	๒	๒	๒	๒
รังสีร่วมรักษาระบบประสาท					
วิสัญญีวิทยา	๑๒	๑๑	๑๒	๑๔	๑๕
วิสัญญีวิทยา	๑๑	๙	๙	๑๐	๑๑
การระงับปวด	-	๑	๑	๒	๒
วิสัญญีวิทยาเพื่อการผ่าตัดหัวใจหลอดเลือดใหญ่และทรวงอก	๑	๑	๒	๒	๒
เวชกรรมฟื้นฟู	๕	๕	๕	๕	๘
เวชศาสตร์ฟื้นฟู	๕	๕	๕	๕	๘
เวชกรรมสังคม	๘	๘	๑๑	๑๒	๑๑
เวชศาสตร์ครอบครัว	๖	๖	๑๐	๑๒	๑๑
กุมารเวชศาสตร์ & เวชศาสตร์ครอบครัว	๑	๑			
แขนงระบาดวิทยา, อาชีวเวชศาสตร์, เวชศาสตร์ครอบครัว	๑	๑	๑		
เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	๘	๘	๙	๙	๙
เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	๘	๘	๙	๙	๙
ศัลยกรรม	๔๓	๓๙	๔๑	๔๓	๔๓
ศัลยศาสตร์	๑๒	๙	๘	๘	๗
ศัลยศาสตร์, ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ	๓	๒	๓	๓	๓
ศัลยศาสตร์, ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ, ศัลยศาสตร์มะเร็ง	๑	๑	๑	๑	๑
ศัลยศาสตร์, ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ, เวชศาสตร์ป้องกัน	๑	๑	๑	๑	๑
ศัลยศาสตร์, เวชศาสตร์ป้องกัน	๑	๑	๑	๑	๑
กุมารศัลยศาสตร์	๓	๓	๓	๓	๔
ประสาทศัลยศาสตร์	๔	๔	๔	๕	๕
ศัลยศาสตร์ตกแต่ง	๓	๓	๓	๓	๓
ศัลยศาสตร์ตับอ่อนและทางเดินน้ำดี	๑	๑	๑	๒	๒
ศัลยศาสตร์เต้านมและต่อมไทรอยด์	๒	๒	๒	๒	๒
ศัลยศาสตร์ทรวงอก	๓	๓	๕	๔	๔
ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา	๕	๕	๔	๔	๔
ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก, ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ	๑	๑	๑	๑	๑
ศัลยศาสตร์ส่องกล้อง	๑	๑	๑	๑	๑
ศัลยศาสตร์หลอดเลือด	๑	๑	๑	๑	๑
ศัลยศาสตร์หลอดเลือด, ศัลยศาสตร์มะเร็ง	๑	๑	๑	๑	๑

ข้อสุดท้าย สามัคคี มีวินัย

หน่วยงานโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	-	-	๑	๑	๑
เวชบำบัดวิกฤต	-	-	-	๑	๑
สูติ-นรีเวชกรรม	๒๔	๒๑	๒๑	๒๓	๒๒
สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา	๑๓	๑๐	๑๐	๑๑	๑๐
มะเร็งนรีเวชวิทยา	๖	๖	๖	๖	๖
เวชศาสตร์การเจริญพันธุ์	๒	๒	๒	๒	๒
เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์	๓	๓	๓	๔	๔
โสต ศอ นาสิก	๑๑	๙	๑๐	๑๐	๑๐
โสตนาสิกการังษวิทยา	๑๑	๙	๑๐	๑๐	๑๐
ออร์โธปิดิกส์	๒๖	๒๕	๒๔	๒๓	๒๒
ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์	๒๖	๒๕	๒๔	๒๓	๒๒
อายุรศาสตร์	๒	๒	๓	๓	๓
อายุรศาสตร์	๒	๒	๓	๓	๓
อายุรกรรม	๔๗	๔๔	๔๙	๕๐	๕๒
อายุรศาสตร์	๖	๒	๒	๔	๒
ประสาทวิทยา	๓	๓	๕	๕	๕
อายุรศาสตร์ประกาศนียบัตรตจวิทยา	๑	๑	๓	๓	๓
วุฒิบัตรสาขาทจวิทยา					
อายุรศาสตร์โรคหัวใจและเคมีทางการแพทย์	๑	๑	๑	๑	๑
อายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา	๑	๑	๑	๒	๒
อายุรศาสตร์โรคข้อและรูมาติสซั่ม	๒	๒	๒	๒	๓
อายุรศาสตร์โรคต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม	๓	๔	๔	๔	๔
อายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ	๑	๑	๔	๔	๔
อายุรศาสตร์โรคไต	๖	๖	๖	๖	๗
อายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินหายใจ	๕	๕	๕	๕	๕
อายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหารและตับ	๔	๔	๓	๓	๔
อายุรศาสตร์โรคหัวใจและหลอดเลือด	๑๑	๑๑	๑๐	๘	๘
อายุรศาสตร์โรคเลือด	๓	๓	๓	๓	๔
ผลรวมทั้งหมด	๒๕๕	๒๓๙	๒๕๒	๒๖๔	๒๗๒

ที่มา: กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล (กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการวิจัยเรียง ณ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕)

ตารางแสดง จำนวนทันตแพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

รายการ	ปีงบประมาณ				
	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
๑. ทันตสาธารณสุข (Dental public health)	๑	๑	-	-	-
๒. ทันตกรรมทั่วไปขั้นสูง (Super general practice)	๒	๒	๒	๒	๒
๓. วิทยาการวินิจฉัยโรคช่องปาก (Oral medicine)	๔	๔	๔	๔	๔
๔. ปริทันตวิทยา (Periodontist)	๒	๓	๓	๓	๓
๕. ทันตกรรมสำหรับเด็ก (Pedodontist)	๑	๑	๑	๒	๒
๖. ศัลยศาสตร์ช่องปาก (Oral surgery)	-	๑	๑	๑	
๗. วิทยาเอ็นโดดอนต์ (Endodontist)	๓	๓	๔	๓	๒
๘. ทันตกรรมจัดฟัน (Orthodontist)	๒	๒	๓	๓	๓
๙. ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล (Maxillofacial prosthodontist)	๕	๔	๔	๔	๕
๑๐. ทันตกรรมประดิษฐ์ (Prosthodontist)	๔	๔	๔	๕	๕
๑๑. ทันตกรรมประดิษฐ์ขากรรไกรและใบหน้า (Maxillofacial prosthodontist)	-	๑	๑	๑	๑
๑๒. ทันตกรรมหัตถการ (Operative dentistry)	-	-	๑	๒	๒
รวม	๒๔	๒๖	๒๘	๓๐	๓๐

ที่มา: กลุ่มงานทันตกรรม (กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการระเบียบเรียง ณ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕)

ตารางแสดงสถานบริการสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

สถานบริการ	แห่ง
โรงพยาบาลศูนย์(๑,๓๘๗ เตียง)	๑
โรงพยาบาลจิตเวชราชนครินทร์(๓๐๐ เตียง)	๑
โรงพยาบาลแม่และเด็ก	๑
โรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย	๑
โรงพยาบาลระดับ S	๑
โรงพยาบาลระดับ M๑	๒
โรงพยาบาลระดับ M๒	๕
โรงพยาบาลระดับ F๑	๗
โรงพยาบาลระดับ F๒	๑๔
โรงพยาบาลระดับ F๓	๔
รพ.สต.	๓๔๘
- รพ.สต.สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	๑๖๖
- รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปอบจ.	๑๘๒
สถานบริการสาธารณสุขสังกัดกระทรวงกลาโหม	๒
โรงพยาบาลค่ายสุรนารี(๔๐๐ เตียง)	๑
โรงพยาบาลกองบิน ๑ (๓๐ เตียง)	๑
สถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชน	
โรงพยาบาลเอกชน	๙
คลินิกเวชกรรม	๓๗๕
คลินิกทันตกรรม	๑๘๕
คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์	๒๒๕
ชั้น ๒	๒
เทคนิคการแพทย์	๑๙
กายภาพบำบัด	๑๘
การแพทย์แผนไทย	๒๓
การแพทย์แผนไทยประยุกต์	๓
แพทย์แผนจีน	๒๑
คลินิกการประกอบโรคศิลปะรักษาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย	๑
คลินิกการประกอบโรคศิลปะสาขากายอุปกรณ์	๑
คลินิกการประกอบโรคศิลปะสาขากิจกรรมบำบัด	๑
สหคลินิก	๙
ร้านขายยา	
- แผนปัจจุบัน	๔๑๑
- แผนปัจจุบันบรรจุเสร็จ	๘๒
- ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร	๓๗
- ผลิตภัณฑ์สมุนไพร	๑๗
- ขายยาสัตว์	๕๓

จำนวนเตียงผู้ป่วยนอกและเตียงอื่นๆ

ลำดับ	รายการ	จำนวน ห้อง ตรวจ	จำนวน เตียง ตรวจ	จำนวน เตียง หัตถการ	หมายเหตุ
๑	ห้องตรวจกระดูกและข้อ	๑๐	๑๐	๓	ชั้น ๑ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๒	ห้องเฟือก	๑	-	๕	ชั้น ๑ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๓	ห้องเวชศาสตร์นิวเคลียร์	๒	๒	๗	ชั้น ๒ อาคารเฉลิมพระเกียรติ
๔	ห้องตรวจอายุรกรรม โซน A	๑๒	๑๒	๒	ชั้น ๒ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๕	ห้องตรวจอายุรกรรม โซน B	๑๔	๑๒	-	ชั้น ๒ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๖	ห้องตรวจอายุรกรรม โซน C	๘	๗	-	ชั้น ๒ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๗	ห้องตรวจหู คอ จมูก	๙	-	๔	ชั้น ๒ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๘	ห้องหัตถการอายุรกรรม(ห้องฉีดยาเดิม)	๓	-	๙	ชั้น ๒ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๙	ห้องตรวจผิวหนัง	๒	-	๓	ชั้น ๒ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๑๐	ห้องตรวจต่างประเทศ/ห้องตรวจGP	๔	๕	๑	ชั้น ๒ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๑๑	ห้องตรวจประกันสังคม	๒	๒	๑	ชั้น ๕ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๑๒	ห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู	๕	๘	๒	ชั้น ๕ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๑๓	ห้องตรวจศัลยกรรม	๗	๕	๕	ชั้น ๓ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๑๔	ห้องตรวจคลินิกศัลยกรรม	๙	๑๑	๑	ชั้น ๓ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๑๕	ห้องตรวจจักษุ	๑๔	๓	๗	ชั้น ๓ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๑๖	ห้องคลินิกมะเร็งศัลยกรรม	๑	๒	๑	ชั้น ๓ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๑๗	ห้องตรวจจักษุเวชกรรม	๖	๑	๖	ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๑๘	ห้องตรวจฝากครรภ์	๖	๑๒	๑	ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๑๙	ห้องหัตถการนรีเวช	๑	๒	๒	ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๒๐	ห้องตรวจกุมารเวชกรรม	๑๐	๑๐	-	ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๒๑	ห้องตรวจคลินิกกุมารเวชกรรม	๑๘	๑๘	-	ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๒๒	ห้องหัตถการกุมาร	๑	๑	๕	ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๒๓	คลินิกพิเศษสูติ	๓	๒	๒	ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๒๔	คลินิกมะเร็งนรีเวช	๔	๑	๓	ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๒๕	คลินิกวัยรุ่น	๑	๒	-	ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๒๖	จิตเวช	๑๕	๓	-	ชั้น ๕ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๒๗	อาชีพเวชกรรม	๖	๒	-	ชั้น ๕ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๒๘	แพทย์แผนไทยและทางเลือก	๔	-	๒๕	เตียงนอน ๑๕ เตียง / เตียงฝังเข็ม ๑๐ เตียง ๑.ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ ห้องตรวจ ๒ ห้องเตียงนอน ๔ เตียง ๒. อาคารเวชกรรมสังคมเรือนไทย ห้องตรวจ ๒ ห้อง เตียงนอน ๑๑ เตียง เตียงฝังเข็ม ๑๐ เตียง
๒๘	รังสีวินิจฉัย	๑๕	-	-	อาคารรักษาพยาบาล ๖ ห้อง / อาคารเฉลิม พระเกียรติ ๓ ห้อง ชั้น ๑ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ ๖ ห้อง

ข้อสัตย สำนคคี มิวินัย

ลำดับ	รายการ	จำนวน ห้อง ตรวจ	จำนวน เตียง ตรวจ	จำนวน เตียง หัตถการ	หมายเหตุ
๓๐	เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	๕	๒๒	๑	ห้องตรวจ๓ ห้อง เตียงตรวจ ๖ เตียง หัตถการ ๑ / ห้องช่วยชีวิตฉุกเฉิน๑ห้อง ๖ เตียง / ห้องสังเกตอาการ ๑ ห้อง ๑๐ เตียง อาคารเฉลิมพระเกียรติ
๓๑	ห้องคลอด	๕	๒๒	๗	เตรียมคลอด ๑ห้อง ๓ เตียง / รอคคลอด ๑ ห้อง ๑๖ เตียง / ห้องคลอด ๒ ห้อง ๗ เตียง / หลังคลอด ๑ ห้อง ๓ เตียง อาคารรักษาพยาบาล
๓๒	หน่วยให้ยาเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก(Day care)	๑	-	๒๐	เตียง ๕ และโซฟานั่ง ๑๕ ตัว อาคาร ศูนย์มะเร็ง
๓๓	โรงพยาบาลหัวทะเล	๒	๒	-	
๓๔	ทันตกรรม	๔๓	๔๓ ห้อง	๔๓ ยู นิต	๑. ทันตกรรม ชั้น ๕ อาคารผู้ป่วยนอกและ อำนวยการ จำนวน ๒๗ ยูนิต/ ๒. ศูนย์ทันตกรรมชุมชน อาคารเรือนไทย จำนวน ๑๑ ยูนิต) ๓. โรงพยาบาลหัวทะเล จำนวน ๓ ยูนิต ๔.ผู้ป่วยใน อาคารเฉลิมพระเกียรติชั้น ๗ จำนวน ๑ ยูนิต
๒๘	แพทย์แผนไทยและทางเลือก	๔	-	๒๕	เตียงนวด ๑๕ เตียง / เตียงฝังเข็ม ๑๐ เตียง ๑.ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ ห้องตรวจ ๒ ห้องเตียงนวด ๔ เตียง ๒. อาคารเวชกรรมสังคมเรือนไทย ห้องตรวจ ๒ ห้อง เตียงนวด ๑๑ เตียง เตียงฝังเข็ม ๑๐ เตียง

ที่มา : กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล&กลุ่มงานคลินิก (กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ เรียบเรียง ธค.๖๕)

ห้องตรวจหน่วยตรวจพิเศษ

หน่วยตรวจพิเศษ	จำนวนห้อง/เตียง	รายละเอียด
๑. หน่วยตรวจพิเศษโรคหัวใจ		
๑.๑ งานตรวจ Non - invasive		
๑) ห้องตรวจ Echocardiogram (Echo)	๓ ห้อง	อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ และ อาคารหลวงพ่อกัณหาสุกกาโม ชั้น ๔
๒) ห้องตรวจ • Exercise Stress Test (EST)	๒ ห้อง	อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ และ อาคารหลวงพ่อกัณหาสุกกาโม ชั้น ๔
หน่วยตรวจพิเศษ	จำนวนห้อง/เตียง	รายละเอียด
๓) ห้องตรวจ ECHO with EST	๒ ห้อง	อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ และ อาคารหลวงพ่อกัณหาสุกกาโม ชั้น ๔
๔) ห้องตรวจ EKG and HOLTER	๑ ห้อง	อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ และ อาคารหลวงพ่อกัณหาสุกกาโม ชั้น ๔
๑.๒ งานตรวจ Invasive		
๑) ห้องสวนหัวใจและหลอดเลือด	๔ ห้อง	อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ และ อาคารหลวงพ่อกัณหาสุกกาโม ชั้น ๒
๒) ห้องสังเกตอาการ	๕ ห้อง	อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ และ อาคารหลวงพ่อกัณหาสุกกาโม ชั้น ๒
๒. หน่วยตรวจพิเศษโรคไต		
๒.๑ งานการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis)		
๑) เตียง Hemodialysis อาคารการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคชั้น ๑	๓๙ เตียง	(รพม. ๑๔ เตียง / จ้างเหมาเอกชน ๒๓ เตียง) อาคารการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค ชั้น ๑
๒) เตียง Hemodialysis ที่ RCU ชั้น ๒ อาคาร ๖๐ ปี	๒ เตียง	เปิดให้บริการที่หอผู้ป่วย RCU ชั้น ๒ อาคาร ๖๐ ปี อายุรกรรม
๓) เตียง portable hemodialysis	๖ เตียง	เปิดให้บริการทำ Hemodialysis ที่ เคลื่อนย้ายลำบากและผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต
๒.๒ งานการฟอกไตทางช่องท้องแบบถาวร (CAPD)	๕ เตียง	อาคารการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค ชั้น ๑
๒.๓ งานทำหัตถการพิเศษทางไตอื่นๆ	๓ ห้อง	อาคารการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค ชั้น ๑ แยกเป็น ส่วนของงาน Hemodialysis จำนวน ๑ ห้อง และงาน CAPD จำนวน ๒ ห้อง
๓. หน่วยตรวจพิเศษอายุรกรรม		
๓.๑ งานส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร		ศูนย์ส่องกล้องทางเดินอาหาร อาคารสมเด็จพระเทพฯ ชั้น ๗
๑) เตียงส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร (Basic Endoscope)	๖ เตียง	ศูนย์ส่องกล้องทางเดินอาหาร อาคารสมเด็จพระเทพฯ ชั้น ๗
๒) เตียงส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร (Advance Endoscope)	๒ เตียง	ศูนย์ส่องกล้องทางเดินอาหาร อาคารสมเด็จพระเทพฯ ชั้น ๗
๓) เตียงส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร	๑ เตียง	อาคารรักษาพยาบาล (Treatment)

ข้อสุดท้าย สามัคคี มีวินัย

(Advance Endoscope)		
๔) เติ่งสังเกตุอาการ	๒๐ เติ่ง	ศูนย์อุบัติเหตุฉุกเฉิน อาคารสมเด็จพระเทพฯ ชั้น ๗
๓.๒ งานส่องกล้องระบบทางเดินหายใจ	๓ เติ่ง	อาคารการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค ชั้น ๓
๓.๓ งานตรวจ Electroencephalogram (EEG)	๑ เติ่ง	อาคารการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค ชั้น ๓
๓.๔ งานตรวจการนอนหลับและตรวจสมรรถภาพปอด	๓ เติ่ง	อาคารการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค ชั้น ๓ / อาคารเฉลิมพระเกียรติ ชั้น ๗

ที่มา : กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล (กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ เรียบเรียง)

จำนวนและการใช้ ห้องผ่าตัด

ห้องผ่าตัด/ห้องตรวจพิเศษ/อาคาร	จำนวน ห้อง	หน่วยงานที่ใช้
๑.ห้องผ่าตัดใหญ่	๔๑ ห้อง	
๑.๑ หน่วยผ่าตัดสูติ - นรีเวชกรรม อาคารรักษาพยาบาล (Treatment)	๔ ห้อง	สูติ - นรีเวชกรรม เปิดบริการผ่าตัด ๔ ห้อง
๑.๒ หน่วยผ่าตัดอาคารเฉลิมพระเกียรติ ชั้น ๓	๖ ห้อง	ศัลยกรรมทั่วไป เปิดบริการผ่าตัด ๕ ห้อง
๑.๓ หน่วยผ่าตัดหัวใจ หลอดเลือดและ ทรวงอก อาคารเฉลิมพระเกียรติชั้น ๔	๔ ห้อง	หัวใจ/ หลอดเลือด/ ทรวงอก เปิดบริการผ่าตัด ๒ ห้อง
๑.๔ หน่วยผ่าตัดอาคารสมเด็จพระเทพฯ ชั้น ๓ (อาคารสมเด็จพระเทพฯ)	๘ ห้อง	จักษุ ๒ ห้อง /สูติ-นรีเวชกรรม/สลายนิ่ว/ระบบ ทางเดินปัสสาวะ/ระบบประสาทและสมอง/ โสต ศอ นาสิก /Intervention เปิดบริการ ๘ ห้อง
๑.๕ หน่วยผ่าตัดอาคารสมเด็จพระเทพฯ ชั้น ๔ (อาคารสมเด็จพระเทพฯ)	๘ ห้อง	ศัลยกรรมเด็ก/ศัลยกรรมตกแต่ง/ทันตกรรม/ ศัลยกรรมหลอดเลือด๒ห้อง/ฉุกเฉิน ๒ห้อง เปิด บริการผ่าตัด ๗ห้อง
๑.๖ หน่วยผ่าตัดอาคารสมเด็จพระเทพฯ ชั้น ๕ (อาคารสมเด็จพระเทพฯ)	๘ ห้อง	กระดูกและข้อ เปิดบริการผ่าตัด ๕ ห้อง
๒.หน่วยผ่าตัดเล็ก อาคารผู้ป่วยนอกและ อำนวยการ	๓ ห้อง	๓ ห้อง ๘ เติ่ง / เปิดบริการทุกสาขา

ที่มา : กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล (กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ เรียบเรียง ธค. ๖๕)

หมายเหตุ - มีห้องผ่าตัด ๔๑ ห้อง เปิดบริการผ่าตัด ๓๖ ห้อง

การบริหารจัดการงบประมาณ และบริหารการเงินการคลัง

การบริหารด้านงบประมาณ จังหวัดนครราชสีมา

๑.เงินเหมาจ่ายรายหัว (UC)

จังหวัดนครราชสีมาหลักเกณฑ์และแนวทางการจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัว (UC) ให้กับหน่วยบริการดังนี้

ก. จำนวนเงินที่ได้รับจัดสรร

๑. OP PP IP	๓,๐๑๗,๖๖๒,๕๗๐.๕๓	บาท
๒. เงินที่ได้รับจากเขต	๑๑๑,๑๔๑,๙๙๒.๓๔	บาท
๓. Hardship	๑๙,๐๖๖,๓๕๖.๑๑	บาท
๔. PP Non UC	๘๓,๗๘๕,๒๓๘.๓๒	บาท
รวม	๓,๒๓๑,๖๕๖,๑๕๗.๓๐	บาท

ข. จำนวนเงินที่ทำกิจกรรมทั้งจังหวัด ๑๕,๐๗๖,๖๑๓.๒๕ บาท ได้แก่

๑. สนับสนุนโรงพยาบาลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดบริการ จำนวน ๑๒,๐๓๐,๐๐๐ บาท
๒. สนับสนุนการดำเนินงานโรงพยาบาลบัวใหญ่ จำนวน ๔๔๑,๗๙๗ บาท และ โรงพยาบาลสีคิ้ว จำนวน ๓๔๗,๙๙๒ บาท รวมจำนวน ๗๘๙,๗๘๙ บาท
๓. สนับสนุนโรงพยาบาลในการให้บริการ จำนวน ๒,๒๕๖,๘๒๔.๒๕ บาท

ค. การจัดสรรเงิน

๑. เงิน OP PP IP ที่ได้รับจัดสรรและเงินเติมตามเกณฑ์จาก สป.สธ.จำนวน ๓,๐๑๗,๖๖๒,๕๗๐.๕๓ บาท (หลังปรับลดค่าแรง) จัดสรร ดังนี้

นำเงิน OP PP IP ที่ CUP ได้รับจัดสรรและเงินเติมตามเกณฑ์ สป.สธ. ปี ๒๕๖๕ ลดด้วยจำนวนเงินที่ได้รับจัดสรรและเงินเติมตามเกณฑ์ สป.สธ. และเงินปรับเกลี่ยจากเขต ปี ๒๕๖๔ เปรียบเทียบผลต่างจำนวนเงินที่ได้รับ (ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๔) พบว่า

- มี CUP ที่ได้รับเงินมากกว่าปี ๒๕๖๔ จำนวน ๑ แห่ง เป็นเงิน ๗๙,๙๙๐.๓๐ บาท
- มี CUP ที่ได้รับเงินน้อยกว่าปี ๒๕๖๔ จำนวน ๓๕ แห่ง เป็นเงิน ๒๔๘,๐๖๑,๗๓๑.๒๓ บาท

๒. เงินที่ได้รับจากเขตจำนวน ๑๑๑,๑๔๑,๙๙๒.๓๔ บาท จัดสรรให้ CUP ดังนี้

- Step ๑ จัดสรรให้ CUP เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดบริการ จำนวน ๑๐ แห่ง เป็นเงิน ๑๒,๘๑๙,๗๘๙ บาท
- Step ๒ จัดสรรให้ CUP เพื่อสนับสนุนการให้บริการ จำนวน ๑๖ แห่ง เป็นเงิน ๒,๒๕๖,๘๒๔.๒๕ บาท
- Step ๓ จัดสรรให้ CUP ที่เป็นโรงพยาบาลได้รับเงินไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๖.๓๙ ของปี ๒๕๖๔ จำนวน ๒๒ แห่ง เป็นเงิน ๙๖,๐๖๕,๓๗๙.๐๙ บาท

๓. เงิน Hardship

ได้รับจัดสรร จำนวน ๑๙,๐๖๖,๓๕๖.๑๑ บาท ได้แก่

รพ.พิมาย จำนวน ๕,๓๘๓,๓๑๐.๐๓ บาท รพ.ปากช่องนานา จำนวน ๕,๕๗๘,๗๑๐.๐๓ บาท

รพ.เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเจ้า ๑๐๐ ปี จำนวน ๔,๐๕๙,๕๑๖.๐๕ บาท

รพ.ทพรัตนนครราชสีมา จำนวน ๔,๐๔๔,๘๒๐.๐๐ บาท

ข้อสัต์ย สำนัคคิ มีวินัย

ตารางแสดง ข้อมูลการจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ลำดับ	สถานพยาบาลประจำ (CUP)	ระดับ หน่วย บริการ ปี 65 (ณ 1 เม.ย.64)	ค่า K	จำนวน ปชก.UC ปี 65 (ณ 1 เม.ย.64)	รวมจำนวนเงิน OP+PP+P หลังหัก เงินเดือน รวมเงินเดือน ตามเกณฑ์ สป.สธ. และ เงินเดือนจากเขตไม่รวม เงินฝาก ปี 64 (บาท)	จำนวนเงิน OP+PP+P หลังหัก เงินเดือน ปี 65 (บาท)	จำนวนเงินเดิมตาม เกณฑ์ สป.สธ. ปี 65 (บาท)	รวมจำนวนเงิน OP+PP+P หลังหัก เงินเดือน รวมเงินเดือน ตามเกณฑ์ สป.สธ. ปี 65 (บาท)	ผลต่าง (ปี 65 - ปี 64) (บาท)	จำนวนเงินที่ได้รับ ลดลง (บาท)	จำนวนเงินที่ ได้รับเพิ่มขึ้น (บาท)	ร้อยละจำนวน เงินที่ได้รับจาก ปี 64 (บาท)	
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)=(5)+(6)	(8)=(7)-(4)	(9)=(8)	(10)=(8)	(11)=(7)/(4)*100	
1	ศูนย์บริการสาธารณสุขสุขุมวิท ตีรรมะเลง	CMU		43,759	34,582,622.63	34,035,119.83	-	34,035,119.83	-	547,502.80	547,502.80	-	98.42
2	รพ.นครบุรี	M2	1.1	71,693	95,788,843.36	92,834,035.56	-	92,834,035.56	-	2,954,807.80	2,954,807.80	-	96.92
3	รพ.บึงเสิงสาง	F2	1.15	53,769	74,136,750.95	70,994,429.26	-	70,994,429.26	-	3,142,321.69	3,142,321.69	-	95.76
4	รพ.นคง	F2	1.15	57,435	70,509,691.22	64,165,054.23	-	64,165,054.23	-	6,344,636.99	6,344,636.99	-	91.00
5	รพ.บ้านหล่อม	F2	1.35	16,224	34,634,055.81	25,782,358.07	5,747,726.58	31,530,084.65	-	3,103,971.16	3,103,971.16	-	91.04
6	รพ.บ.จักรา	F1	1.15	53,003	70,036,324.32	61,662,996.16	-	61,662,996.16	-	8,373,328.16	8,373,328.16	-	88.04
7	รพ.บ.โคกขี้เหล็ก	M2	1.15	58,008	73,060,682.10	69,957,457.25	-	69,957,457.25	-	3,103,224.85	3,103,224.85	-	95.75
8	รพ.ด่านขุนทด	M2	1.1	94,924	119,318,526.66	116,887,792.76	-	116,887,792.76	-	2,430,733.90	2,430,733.90	-	97.96
9	รพ.บ.โนนไทย	F1	1.15	51,538	67,502,576.62	65,133,560.35	-	65,133,560.35	-	2,369,016.27	2,369,016.27	-	96.49
10	รพ.บ.โนนสูง	F1	1.1	90,645	96,586,778.07	85,114,167.94	-	85,114,167.94	-	11,472,610.13	11,472,610.13	-	88.12
11	รพ.ขามสะแกแสง	F2	1.25	30,377	39,634,302.41	34,795,759.12	1,404,095.69	36,199,854.81	-	3,434,447.60	3,434,447.60	-	91.33
12	รพ.บัวใหญ่	M2	1.1	62,374	116,823,676.18	91,901,150.70	956,098.16	92,857,248.86	-	23,966,427.32	23,966,427.32	-	79.48
13	รพ.ประทาย	F1	1.15	55,473	72,985,373.32	69,173,301.27	-	69,173,301.27	-	3,812,072.05	3,812,072.05	-	94.78
14	รพ.บ.โกสุมพิสัย	F1	1.1	81,153	84,663,323.71	82,815,512.14	-	82,815,512.14	-	1,847,811.57	1,847,811.57	-	97.82
15	รพ.พิมาย	M1	1.15	92,807	144,705,579.71	142,494,331.91	-	142,494,331.91	-	2,211,247.80	2,211,247.80	-	98.47
16	รพ.หัวทะเล	F2	1.15	56,474	74,256,866.13	73,293,258.65	-	73,293,258.65	-	963,607.48	963,607.48	-	98.70
17	รพ.ชุมพวง	F1	1.15	60,000	77,635,120.93	73,079,095.20	-	73,079,095.20	-	4,556,025.73	4,556,025.73	-	94.13
18	รพ.สูงเนิน	F1	1.15	58,599	71,480,501.96	62,746,965.46	-	62,746,965.46	-	8,733,536.50	8,733,536.50	-	87.78
19	รพ.ขามทอง	F2	1.3	20,867	37,695,774.32	21,076,019.04	4,508,745.73	25,584,764.77	-	12,111,009.55	12,111,009.55	-	67.87
20	รพ.สีคิ้ว	F1	1.1	99,089	113,919,020.10	104,902,852.40	-	104,902,852.40	-	9,016,167.70	9,016,167.70	-	92.09
21	รพ.ปากช่องนานา	S	1.1	151,939	201,747,058.28	179,857,314.32	2,379,713.75	182,237,028.07	-	19,510,030.21	19,510,030.21	-	90.33
22	รพ.หนองบุญมาก	F2	1.15	46,131	62,950,078.03	58,788,941.38	-	58,788,941.38	-	4,161,136.65	4,161,136.65	-	93.39
23	รพ.แก้งสนามนาง	F2	1.3	27,900	41,359,706.73	40,190,201.96	-	40,190,201.96	-	1,169,504.77	1,169,504.77	-	97.17
24	รพ.โนนแดง	F2	1.35	17,282	28,337,131.65	25,674,933.40	244,773.42	25,919,706.82	-	2,417,424.83	2,417,424.83	-	91.47
25	รพ.วังน้ำเขียว	F2	1.25	34,867	49,537,030.45	49,617,020.75	-	49,617,020.75	-	79,990.30	-	79,990.30	100.16
26	รพ.เฉลิมพรเกียรติศรีสะเกษเดิม 100 ปี	F2	1.3	20,201	38,023,698.76	30,510,389.39	4,295,734.13	34,806,123.52	-	3,217,575.24	3,217,575.24	-	91.54
27	รพ.ลำพองเมษชัย	F2	1.3	23,921	38,698,647.83	36,571,478.36	-	36,571,478.36	-	2,127,169.47	2,127,169.47	-	94.50
28	ศูนย์แพทย์ชุมชน 13 มะค่า	CMU		78,308	71,645,853.38	65,931,426.37	-	65,931,426.37	-	5,714,427.01	5,714,427.01	-	92.02
29	ศูนย์แพทย์ชุมชน 1 หัวทะเล	CMU		31,745	50,268,139.14	36,350,905.28	5,465,124.23	41,816,029.51	-	8,452,109.63	8,452,109.63	-	83.19
30	รพ.พรทองคำเฉลิมพรเกียรติ 80 พรรษา	F2	1.25	32,846	49,071,048.87	47,441,658.59	-	47,441,658.59	-	1,629,390.28	1,629,390.28	-	96.68
31	รพ.เทพรัตนนครราชสีมา	M1	1.15	80,012	136,335,294.35	101,217,901.71	22,299,855.84	123,517,757.55	-	12,817,536.80	12,817,536.80	-	90.60
32	รพ.เฉลิมพรเกียรติ	F2	1.3	25,226	33,542,078.86	32,189,802.12	-	32,189,802.12	-	1,352,276.74	1,352,276.74	-	95.97
33	รพ.บัวลาย	F3	1.5	17,820	30,468,932.72	26,788,964.18	409,064.39	27,198,028.57	-	3,270,904.15	3,270,904.15	-	89.26
34	รพ.เสลา	F3	1.35	16,264	27,912,838.39	26,071,909.80	-	26,071,909.80	-	1,840,928.59	1,840,928.59	-	93.40
35	รพ.เทพารักษ์	F3	1.35	18,601	34,431,436.33	33,929,407.63	-	33,929,407.63	-	502,028.70	502,028.70	-	98.54
	รวม			1,831,274	2,464,285,364.28	2,233,977,472.54	47,710,931.92	2,281,688,404.46	-	182,596,959.82	182,676,950.12	79,990.30	92.59
36	รพ.มหาราชนครราชสีมา	A	1		801,358,947.18	701,877,161.72	34,087,004.35	735,974,166.07	-	65,384,781.11	65,384,781.11	-	91.84
	รวมทั้งหมด			1,831,274	3,265,644,311.46	2,935,854,634.26	81,807,936.27	3,017,662,570.53	-	247,981,740.93	248,061,731.23	79,990.30	92.41

ข้อศัดย์ สามัคคี มีวินัย

ตารางข้อมูลการจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ต่อ)

ลำดับ	สถานพยาบาลประจำ (CUP)	จำนวนเงินที่ได้รับเดิมจากเขต ปี 65 (111,141,992.34) (บาท)				จำนวนเงิน OP+PP+HP+เงินเดิม ตามเกณฑ์ สป.สธ.+ เงินเดิมจากเขต ปี 65 (บาท)	ร้อยละจำนวน เงินที่ได้รับจาก ปี 64 หลังเดิม Step 3 (17)=(7)+(14) (4)*100	จำนวนเงิน OP+PP+HP+เงินเดิม ตามเกณฑ์ สป.สธ.+ เงินเดิมจากเขต - เงินที่หักกิจกรรมทั้ง จังหวัด	จำนวนเงิน Hardship ปี 65	จำนวนเงิน OP+PP+HP+เงินเดิม ตามเกณฑ์ สป.สธ.+ เงินเดิมจากเขต - เงินที่หักกิจกรรมทั้ง จังหวัด+Hardship
		Step 1 จัดสรรให้ CUP เพิ่มประสิทธิภาพใน การให้บริการ (12)	Step 2 จัดสรรให้ CUP เพื่อสนับสนุนการ ให้บริการ (13)	Step 3 จัดสรรให้ CUP ได้รับ เงินไม่น้อยกว่าร้อยละ 96.39 ของ ปี 64 (14)	รวมจำนวนเงินเดิม จากเขต (15)=(12)+(13)+(14)					
1	ศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชน ศรีระยอง	-	-	-	-	34,035,119.83	98.42	34,035,119.83		34,035,119.83
2	รพ.นครบุรี	1,160,000.00	39,477.57	-	1,199,477.57	94,033,513.13	96.92	92,873,513.13		92,873,513.13
3	รพ.เล็งสา	-	1,392.00	465,984.98	467,376.98	71,461,806.24	96.39	71,461,806.24		71,461,806.24
4	รพ.นง	-	-	3,799,237.14	3,799,237.14	67,964,291.37	96.39	67,964,291.37		67,964,291.37
5	รพ.บ้านแหลม	-	22,685.54	1,853,681.75	1,876,367.29	33,406,451.94	96.39	33,406,451.94		33,406,451.94
6	รพ.จักรา	-	-	5,845,016.85	5,845,016.85	67,508,013.01	96.39	67,508,013.01		67,508,013.01
7	รพ.โบสถ์	1,560,000.00	13,553.30	465,734.23	2,039,287.53	71,996,744.78	96.39	70,436,744.78		70,436,744.78
8	รพ.ด่านขุนทด	1,440,000.00	-	-	1,440,000.00	118,327,792.76	97.96	116,887,792.76		116,887,792.76
9	รพ.โพนไทย์	1,120,000.00	3,268.27	-	1,123,268.27	66,256,828.62	96.49	65,136,828.62		65,136,828.62
10	รพ.โพนสูง	1,120,000.00	1,176.00	7,985,827.44	9,107,003.44	94,221,171.38	96.39	93,101,171.38		93,101,171.38
11	รพ.ขามสะแกแสง	-	2,356.00	2,003,649.28	2,006,005.28	38,205,860.09	96.39	38,205,860.09		38,205,860.09
12	รพ.บัวใหญ่	2,121,797.00	-	19,781,962.15	21,903,759.15	114,761,008.01	96.42	113,081,008.01		113,081,008.01
13	รพ.ปรุทาย	-	9,299.15	1,177,300.07	1,186,599.22	70,359,900.49	96.39	70,359,900.49		70,359,900.49
14	รพ.บึงขชัย	1,000,000.00	-	-	1,000,000.00	83,815,512.14	97.82	82,815,512.14		82,815,512.14
15	รพ.พืนา	710,000.00	10,156.17	-	720,156.17	143,214,488.08	98.47	142,504,488.08	5,383,310.03	147,887,798.11
16	รพ.หัวแหลม	1,120,000.00	14,177.34	-	1,134,177.34	74,427,435.99	98.70	73,307,435.99		73,307,435.99
17	รพ.ชุมพวง	-	8,048.00	1,753,397.86	1,761,445.86	74,840,541.06	96.39	74,840,541.06		74,840,541.06
18	รพ.สูงเนิน	-	-	6,153,090.38	6,153,090.38	68,900,055.84	96.39	68,900,055.84		68,900,055.84
19	รพ.ขามพลัด	-	-	10,750,192.10	10,750,192.10	36,334,956.87	96.39	36,334,956.87		36,334,956.87
20	รพ.สีคิ้ว	1,467,992.00	155,249.00	4,903,691.07	6,526,932.07	111,429,784.47	96.39	110,309,784.47		110,309,784.47
21	รพ.ปากช่อง	-	148,676.41	12,226,961.41	12,375,637.82	194,612,665.89	96.39	194,612,665.89	5,578,710.03	200,191,375.92
22	รพ.หนองคู	-	-	1,888,638.83	1,888,638.83	60,677,580.21	96.39	60,677,580.21		60,677,580.21
23	รพ.แก่งสนาม	-	-	-	-	40,190,201.96	97.17	40,190,201.96		40,190,201.96
24	รพ.โพนแดง	-	-	1,394,454.38	1,394,454.38	27,314,161.20	96.39	27,314,161.20		27,314,161.20
25	รพ.วังน้ำเขียว	-	9,389.30	-	9,389.30	49,626,410.05	100.16	49,626,410.05		49,626,410.05
26	รพ.เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเจ้า 100 ปี	-	-	1,844,919.71	1,844,919.71	36,651,043.23	96.39	36,651,043.23	4,059,516.05	40,710,559.28
27	รพ.ลำทะเมนชัย	-	-	730,148.28	730,148.28	37,301,626.64	96.39	37,301,626.64		37,301,626.64
28	ศูนย์แพทย์ชุมชน 13 มะค่า	-	-	-	-	65,931,426.37	92.02	65,931,426.37		65,931,426.37
29	ศูนย์แพทย์ชุมชน 1 หัวทะเล	-	-	-	-	41,816,029.51	83.19	41,816,029.51		41,816,029.51
30	รพ.พระทองคำเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา	-	-	-	-	47,441,658.59	96.68	47,441,658.59		47,441,658.59
31	รพ.เทพรัตนนครราชสีมา	-	285,943.00	7,895,832.67	8,181,775.67	131,699,533.22	96.39	131,699,533.22	4,044,820.00	135,744,353.22
32	รพ.เฉลิมพระเกียรติ	-	-	141,407.69	141,407.69	32,331,209.81	96.39	32,331,209.81		32,331,209.81
33	รพ.บัวลาย	-	-	2,170,975.68	2,170,975.68	29,369,004.25	96.39	29,369,004.25		29,369,004.25
34	รพ.สีดา	-	-	833,275.12	833,275.12	26,905,184.92	96.39	26,905,184.92		26,905,184.92
35	รพ.เทพารักษ์	-	-	-	-	33,929,407.63	98.54	33,929,407.63		33,929,407.63
	รวม	12,819,789.00	2,256,824.25	96,065,379.09	109,610,015.14	2,391,298,419.60	96.49	2,379,268,419.60	19,066,356.11	2,398,334,775.71
36	รพ.มหาราชนครราชสีมา	-	1,531,977.20	-	1,531,977.20	737,506,143.27	91.84	737,506,143.27		737,506,143.27
	รวมทั้งหมด	12,819,789.00	2,256,824.25	96,065,379.09	111,141,992.34	3,128,804,562.87	95.35	3,116,774,562.87	19,066,356.11	3,135,840,918.98

ข้อสําคัญ สํามักคี่ มีวินัย

ได้รับจัดสรรเงิน จำนวน ๘๓,๗๘๕,๒๓๘.๓๒ บาท สปสช.เขตดำเนินการปรับเปลี่ยให้หน่วยบริการประจำ โดยใช้ข้อมูลผลงานบริการที่ผ่านมาประกอบการพิจารณา และเสนอผ่านความเห็นชอบจากอปสช. โดยจัดสรรตามผลงานบริการสร้างเสริมสุขภาพ ๗ กิจกรรม ใช้ข้อมูล ๑ มี.ค.๖๓ – ๓๐ เม.ย.๖๔

- ๑.) จำนวนหญิงหลังคลอดที่ได้รับการดูแลหลังคลอดตั้งแต่ ๒ ครั้งขึ้นไป (คน)
- ๒.) จำนวนการได้รับการวัคซีน EPI ทุกชนิดในเด็กแรกเกิด ถึงเด็ก ป.๖ (เข็ม)
- ๓.) จำนวนผู้รับบริการคุมกำเนิด (ครั้ง)
- ๔.) จำนวนเด็ก ๐-๕ ปี ที่ได้รับการตรวจพัฒนาการทั้งหมด (คน)
- ๕.) จำนวนเด็ก ๖-๑๒ ปีที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด (คน)
- ๖.) จำนวนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๓๐ ปีขึ้นไปที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า (คน)
- ๗.) จำนวนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๓๐ ปีขึ้นไปที่ได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง (สูง)

วิธีการคำนวณอัตรา : point วงเงิน PP Non UC รายจังหวัด

ผลรวมจำนวนผลงานบริการภาพรวมจังหวัด

วิธีการจ่าย = จำนวนผลงานรวมรายหน่วยบริหาร x อัตรา : point

ชื้อสัตย์ สามัคคี มีวินัย

ตารางข้อมูลการจัดสรรเงิน PP Non UC ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ลำดับ	หน่วยบริการ	sum point workload	จัดสรรตาม workload
1	รพ.สต.ศรีษะละเลิง หมู่ที่ 07 ตำบลบ้านใหม่	2,510,432.00	2,090,825.58
2	รพ.มหาราชนครราชสีมา	3,409,008.00	2,839,209.00
3	รพ.ครบุรี	3,381,351.00	2,816,174.73
4	รพ.เลิงสา	2,694,698.00	2,244,292.42
5	รพ.คง	2,460,663.00	2,049,375.23
6	รพ.บ้านเหลื่อม	958,737.00	798,488.80
7	รพ.จักราช	2,146,354.00	1,787,601.44
8	รพ.โชคชัย	3,619,735.00	3,014,714.02
9	รพ.ด่านขุนทด	5,276,927.00	4,394,914.49
10	รพ.โนนไทย	2,560,127.00	2,132,214.31
11	รพ.โนนสูง	4,704,882.00	3,918,484.01
12	รพ.ขามสะแกแสง	1,407,986.00	1,172,648.03
13	รพ.บัวใหญ่	2,893,259.00	2,409,664.92
14	รพ.ประทาย	3,080,597.00	2,565,690.29
15	รพ.ปักธงชัย	3,897,605.00	3,246,139.41
16	รพ.พิมาย	4,831,176.00	4,023,668.58
17	รพ.ห้วยแถลง	3,063,334.00	2,551,312.72
18	รพ.ชุมพวง	3,528,582.00	2,938,796.79
19	รพ.สูงเนิน	3,606,042.00	3,003,309.73
20	รพ.ขามทะเลสอ	1,191,895.00	992,675.59
21	รพ.สีคิ้ว	5,466,324.00	4,552,654.70
22	รพ.ปากช่องนานา	8,654,678.00	7,208,090.94
23	รพ.หนองบุญมาก	2,477,951.00	2,063,773.62
24	รพ.แก้งสนามนาง	1,189,163.00	990,400.23
25	รพ.โนนแดง	934,334.00	778,164.65
26	รพ.วังน้ำเขียว	1,905,968.00	1,587,394.78
27	รพ.เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเจ้า 100 ปี	979,411.00	815,707.25
28	รพ.ลำทะเมนชัย	1,189,518.00	990,695.08
29	ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง13	4,776,222.00	3,977,899.88
30	ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง1 หัวทะเล	597,691.00	497,789.88
31	รพ.พระทองคำ เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา	1,638,551.00	1,364,675.22
32	รพ.เทพรัตนนครราชสีมา	3,068,426.00	2,555,553.62
33	รพ.เฉลิมพระเกียรติ	1,490,963.00	1,241,755.83
34	รพ.บัวลาย	864,904.00	720,339.53
35	รพ.สีดา	693,960.00	577,967.98
36	รพ.เทพารักษ์	687,164.00	572,307.90
37	รพ.ค่ายสุรนารี	1,243,480.00	1,035,638.41
38	รพ.กองบิน1	34,480.00	28,716.84
39	รพ.มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	7,830.00	6,522.05
40	รพ.เดอะโกลเดนเกต	664,280.00	553,248.85
41	รพ.ราชสีมา ฮอสพิทอล	139,114.00	115,861.78
42	คลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย	85,888.00	71,532.24
43	คลินิกเวชกรรมชุมชนอบอุ่นปากช่อง 1	71,267.00	59,355.07
44	ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครนครราชสีมา	515,086.00	428,991.90
	รวม	100,600,043.00	83,785,238.32

การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

๑. วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้จัดระบบการบริหารการเงินการคลังในรูปแบบของ คณะกรรมการและคณะทำงาน เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม ทั้งในเรื่องการจัดสรรงบประมาณ การพัฒนา คุณภาพบัญชี การควบคุมภายใน การลดต้นทุนค่ายาของหน่วยบริการโดยการจัดซื้อยารวมการควบคุมการ ใช้จ่ายงบประมาณ ในการจัดซื้อจัดจ้างให้เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด เน้นให้หน่วยบริการจัดทำแผนการ เงินการคลัง(Planfin) และแผนเงินบำรุง ที่มีประสิทธิภาพ หารายได้-ควบคุมค่าใช้จ่ายตามแผนอย่างจริงจัง มีศูนย์จัดเก็บรายได้ที่มีคุณภาพ ตามเกณฑ์ รวมทั้งดำเนินงานตามมาตรการขับเคลื่อนการเงินการคลัง ๕ มาตรการ ได้แก่ การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation) ติดตามกำกับด้วยแผนทาง การเงิน (Planfin Management) สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management) พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management) และพัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากร ด้านการเงินการคลัง (Network & Capacity Building)

จากการดำเนินงานดังกล่าวทำให้ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ จังหวัดนครราชสีมา ไม่มี โรงพยาบาลที่มีปัญหาวิกฤตทางการเงิน ระดับ ๔ - ๗ และจากการประเมินการดำเนินงานตามมาตรการ ขับเคลื่อนการเงินการคลัง ๕ มาตรการในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ พบว่าโรงพยาบาล ๓๓ แห่ง มีผลการ ดำเนินงานดังนี้

๑. หน่วยบริการมีรายได้มากกว่าค่าใช้จ่าย (Planfin) ร้อยละ ๙๖.๙๗
๒. หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ TPS ≥ 10.5 คะแนน (ระดับ B ขึ้นไป) ร้อยละ ๓๓.๓๓
๓. หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (๔S ๔C) ≥ 81 คะแนน (ระดับ B ขึ้นไป) ร้อยละ ๑๐๐

สำหรับการดำเนินการบริหารการเงินการคลังในปี ๒๕๖๖ นั้นจังหวัดนครราชสีมา ได้จัดระบบการ บริหารการเงินการคลังในรูปแบบของคณะกรรมการและคณะทำงาน เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม ทั้งในเรื่อง การจัดสรรงบประมาณ และการดำเนินการตามมาตรการขับเคลื่อนการเงินการคลังดังนี้ พัฒนาระบบบัญชี บริหาร(Accounting) การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Budgeting) พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการ คลัง ด้านเศรษฐกิจสุขภาพและด้านหลักประกันสุขภาพ (Competency) เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารด้าน การเงินการคลัง (Division of regional health) และติดตามกำกับเครื่องมือประเมินประสิทธิภาพทาง การเงิน (Efficiency) และเน้นให้หน่วยบริการมีแผนการเงินการคลัง (Planfin) แผนเงินบำรุง และหารายได้ ควบคุมค่าใช้จ่ายตามแผน จัดระบบการจัดซื้อจัดจ้างบลงทุนและการเบิกจ่ายงบประมาณให้เป็นไปตาม เป้าหมายที่กระทรวงกำหนด จัดทำแผนการลดต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านยา วัสดุทันตกรรม และวัสดุ วิทยาศาสตร์การแพทย์ รวมทั้งการปรับเปลี่ยนงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้กับทุก CUP มี งบประมาณอย่างพอเพียงต่อการให้บริการเพื่อไม่ให้ประสบปัญหาการเงิน

ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน

- นโยบาย/แผนงาน/มาตรการที่ชัดเจนทุกระดับ
- การแปลงนโยบาย/แผนงาน/มาตรการสู่การปฏิบัติที่ชัดเจนทุกระดับ

๒. มาตรการ / แผนงาน / โครงการที่สำคัญ

๒.๑ มาตรการขับเคลื่อนการเงินการคลัง

๒.๑.๑ พัฒนาระบบบัญชีบริหาร(Accounting)

- ควบคุม กำกับติดตาม การจัดทำบัญชีของหน่วยบริการให้เป็นไปตามนโยบายบัญชีและการส่งรายงานให้ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา และนำเข้าสู่ที่ประชุม กวป.
- ติดตามผลการประเมินคุณภาพบัญชีของหน่วยบริการ ให้มีคุณภาพบัญชีผ่านเกณฑ์ทุกแห่ง และนำเข้าสู่ที่ประชุม กวป.
- ให้คำปรึกษา แนะนำการปฏิบัติงานด้านบัญชี และจัดอบรมนักบัญชีอย่างต่อเนื่อง

๒.๑.๒ การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Budgeting)

- มีหลักเกณฑ์และแนวทางในการปรับเกลี่ยงบประมาณตามมติ คกก. CFO จังหวัด
- มีการปรับเกลี่ยงบเงินที่ได้รับจัดสรรจากกระทรวง/เขต ตามมติ คกก. CFO จังหวัด
- มีการติดตามวิเคราะห์การได้รับจัดสรรงบประมาณ แจ้งในที่ประชุม กวป.

๒.๑.๓ ติดตามกำกับเครื่องมือประเมินประสิทธิภาพทางการเงิน (Efficiency)

- มีการกำหนดนโยบายการจัดทำแผนทางการเงินให้เป็นไปตามทิศทางที่กระทรวงกำหนด
- ตรวจสอบการจัดทำแผนทางการเงิน และความเสี่ยงของหน่วยบริการโดย CFO จังหวัด
- ตรวจสอบ อนุมัติแผน ปีละ ๒ ครั้ง กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน Planfin รายเดือน
- มีการกำกับ Planfin หน่วยบริการ ควบคู่กับรายงานงบการเงิน และวิเคราะห์หาสาเหตุที่ไม่เป็นไปตามแผน
- มีระบบเฝ้าระวัง ติดตาม กำกับในกลุ่มหน่วยบริการที่มีความเสี่ยงตามผลการวิเคราะห์ Planfin Analysis โดยเฉพาะในกลุ่มที่มี EBITDA ลบ, มีการลงทุนมากกว่า ๒๐% EBITDA และฐานะเงินทุนสำรองเหลือน้อย
- วางแผนลงตรวจเยี่ยมพื้นที่ในกลุ่มหน่วยบริการที่มีความเสี่ยงสูง (High Risk) และมีปัญหาในด้านการบริหารจัดการ Planfin มีวิกฤติการเงินระดับ ๔ ขึ้นไปโดยทีม CFO จังหวัด
- ใช้เกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพทางการเงิน Total Performance Score : TPS ในการกำกับหน่วยบริการและนำเสนอเรียนผู้บริหารในที่ประชุม กวป.

๓. เป้าหมาย

๓.๑ หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน

- ๓.๑.๑ ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน
- ระดับ ๗ ≤ ร้อยละ ๒
 - ระดับ ๖ ≤ ร้อยละ ๔
 - ระดับ ๔-๗ ร้อยละ ๐
 - ระดับ ๓ ≤ ร้อยละ ๖

๔. การติดตามประเมินผล / ผลการดำเนินงาน

๔.๑ แนวทางการติดตามประเมินผล

- ๑) นิเทศงาน/ประเมินผลงาน กรณีปกติของจังหวัด และนิเทศติดตามเฉพาะกิจโรงพยาบาลที่คาดว่าจะมีความเสี่ยงทางการเงิน

ข้อสั่งการ - สำนักคหิ มีวินัย

- ๒) วิเคราะห์ข้อมูลนำเข้าที่ประชุม กวป.ทุกเดือน
- ๓) ประชุมคณะกรรมการ CFO เพื่อเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลที่มีความเสี่ยงและออกติดตามโรงพยาบาลที่มีความเสี่ยงเพื่อให้ข้อเสนอแนะและช่วยเหลือ
- ๔) หน่วยบริการประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ โดยการประเมินตนเองรอบแรก และประเมินอำเภอในโซนรอบสอง

๔.๒ ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ จังหวัดนครราชสีมา ไม่มีโรงพยาบาลที่มีปัญหาวิกฤตทางการเงิน ระดับ ๔ - ๗ รายละเอียดดังนี้

วิกฤตทางการเงิน	ปีงบประมาณ					
	๒๕๖๓		๒๕๖๔		๒๕๖๕	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
๔-๗	๐	๐	๐	๐	๐	๐
๓	๑	๓.๐๓	๐	๐	๐	๐
๒	๑	๓.๐๓	๑	๓.๐๓	๐	๐
๑	๑๒	๓๖.๓๖	๘	๒๔.๒๔	๓	๙.๐๙
ปกติ	๑๙	๕๗.๕๘	๒๔	๗๒.๗๓	๓๐	๙๐.๙๑

๕. ปัจจัยความสำเร็จ

๑. นโยบายที่ชัดเจน ผู้บริหารให้ความสำคัญ โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดของจังหวัด
๒. มีผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน
๓. มีทีม CFO ที่เข้มแข็ง
๔. มีการจัดสรรทรัพยากรที่เป็นธรรม ทั้งถึง และเพียงพอ
๕. มีการควบคุมกำกับและติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอเป็นประจำทุกเดือน
๖. มีการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพทีม CFO และเครือข่ายบุคลากรด้านการเงินการคลังอย่างต่อเนื่องทุกปี

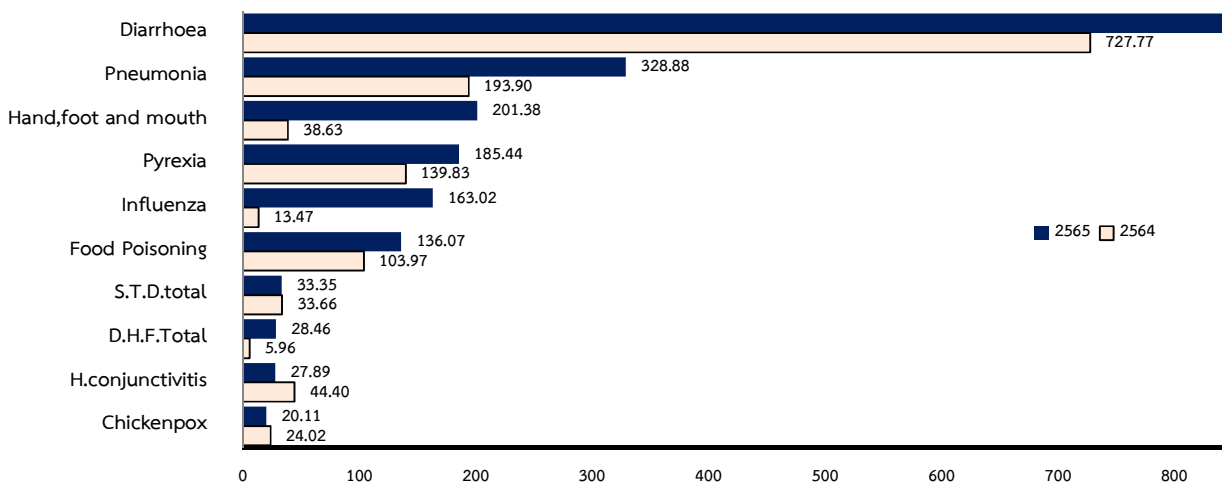
รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

Monthly Epidemiological Surveillance Report

ประจำปี ๒๕๖๕

สรุปรายงานจากการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของ รง.๕๐๖
(ระหว่างวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๕ ถึง ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕)

แผนภูมิแสดง อัตราป่วยต่อแสนประชากรด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวัง จ.นครราชสีมา ปี ๒๕๖๕
เปรียบเทียบกับปี ๒๕๖๔ ในช่วงเวลาเดียวกัน



อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน

ตารางแสดงจำนวนป่วย/อัตราป่วยต่อแสนประชากร ๑๐ อันดับแรกโรคที่เฝ้าระวังปี๒๕๖๕ และ๒๕๖๔

ลำดับ	ชื่อ โรค	ปี๒๕๖๕		ปี ๒๕๖๔	
		ป่วย	อัตราป่วย	ป่วย	อัตราป่วย
๑	Diarrhoea	๒๒,๑๕๗	๘๔๐.๗๗	๑๙,๑๗๙	๗๒๗.๗๗
๒	Pneumonia	๘,๖๖๗	๓๒๘.๘๘	๕,๑๑๐	๑๙๓.๙๐
๓	Hand foot and mouth disease	๕,๓๐๗	๒๐๑.๓๘	๑,๐๑๘	๓๘.๖๓
๔	Pyrexia	๔,๘๘๗	๑๘๕.๔๔	๓,๖๘๕	๑๓๙.๘๓
๕	Influenza	๔,๒๙๖	๑๖๓.๐๒	๓๕๕	๑๓.๔๗
๖	Food Poisoning	๓,๕๘๖	๑๓๖.๐๗	๒,๗๔๐	๑๐๓.๙๗
๗	S.T.D.total	๘๗๙	๓๓.๓๕	๘๘๗	๓๓.๖๖
๘	D.H.F.Total	๗๕๐	๒๘.๔๖	๑๕๗	๕.๙๖
๙	H.conjunctivitis	๗๓๕	๒๗.๘๙	๑,๑๗๐	๔๔.๔๐
๑๐	Chickenpox	๕๓๐	๒๐.๑๑	๖๓๓	๒๔.๐๒

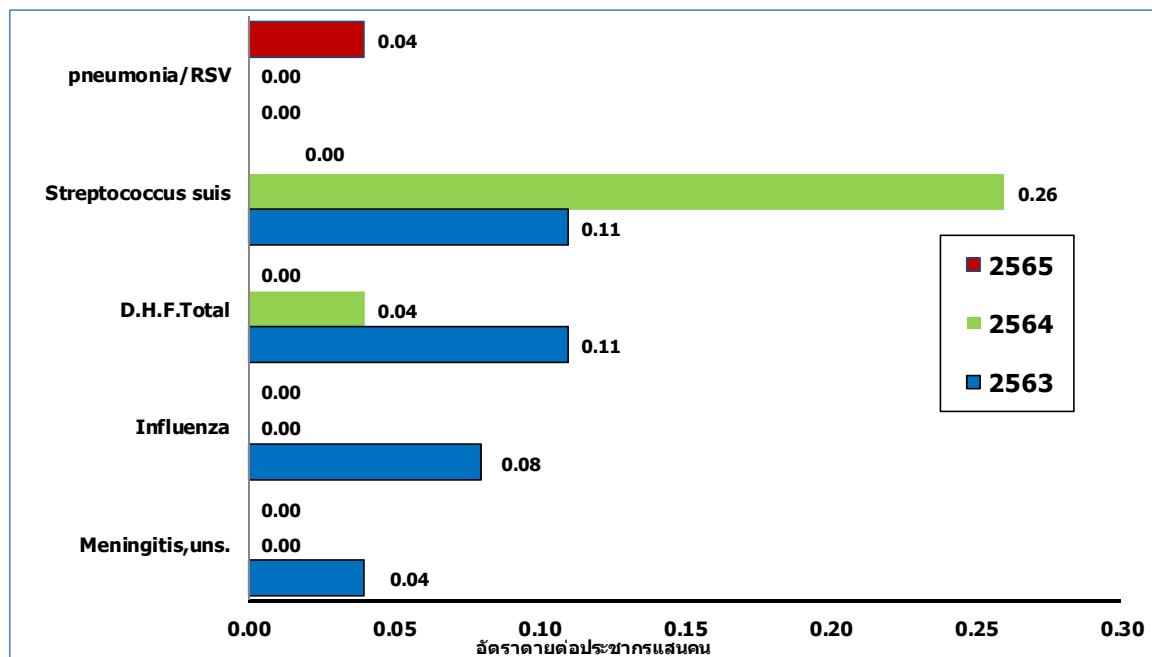
แหล่งข้อมูล รง ๕๐๖ ข้อมูล ปี ๒๕๖๒ และปี ๒๕๖๓ วันที่ ๑ ม.ค. ๒๕๖๕- ๓๑ ธ.ค. ๒๕๖๕

เชื้อสตัย สามีคี่ มีวินัย

สถานการณ์โรคติดต่อในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา นับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๕ ถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕ โรคที่มีอัตราป่วยสูงสุดจาก ๕ อันดับโรค สูงสุดได้แก่ โรคอุจจาระร่วง มีอัตราป่วย ๘๔๐.๗๗ ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ โรคปอดบวม โรคมือ เท้า ปาก โรคไข้ไม่ทราบสาเหตุ และโรคไข้หวัดใหญ่ ๓๒๘.๘๘ , ๒๐๑.๓๘ , ๑๘๕.๔๔ และ ๑๖๓.๐๒ ต่อแสนประชากร ดังข้อมูลตามตาราง

เมื่อวิเคราะห์สาเหตุการตายตามระบาดวิทยา ในปี ๒๕๖๕ ในช่วงเวลาเดียวกัน โรคที่มีอัตราตายต่อประชากรแสนคนสูงสุด ได้แก่ โรคปอดบวมจากการติดเชื้อไวรัส RSV ดังแสดงในแผนภูมิ

แผนภูมิแสดง อัตราตาย ๕ อันดับโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาจังหวัดนครราชสีมา ปี ๒๕๖๕
เปรียบเทียบ ปี ๒๕๖๔ และปี ๒๕๖๓



แหล่งข้อมูล รง ๕๐๖ ปี ๒๕๖๕ วันที่ ๑ ม.ค. – ๓๑ ธ.ค. ๒๕๖๕ ปรับปรุงเมื่อวันที่ ๒๕ ม.ค. ๒๕๖๖

ตารางแสดง จำนวนและอัตราตาย ๕ อันดับโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาจังหวัดนครราชสีมา
ปี ๒๕๖๔- ๒๕๖๕

โรค	ปี๒๕๖๕		ปี๒๕๖๔		ปี๒๕๖๓	
	จำนวนตาย	อัตราตาย	จำนวนตาย	อัตราตาย	จำนวนตาย	อัตราตาย
Pneumonia/RSV	๑	๐.๐๐	๐	๐.๐๐	๐	๐.๐๐
Streptococcus suis	๐	๐.๐๐	๗	๐.๒๖	๓	๐.๑๑
D.H.F. Total	๐	๐.๐๐	๑	๐.๐๔	๓	๐.๑๑
Influenza	๐	๐.๐๐	๐	๐.๐๐	๒	๐.๐๘
Meningitis,uns	๐	๐.๐๐	๐	๐.๐๐	๑	๐.๐๔

แหล่งข้อมูล รง ๕๐๖ ปี ๒๕๖๕ วันที่ ๑ ม.ค. – ๓๑ ธ.ค. ๒๕๖๕

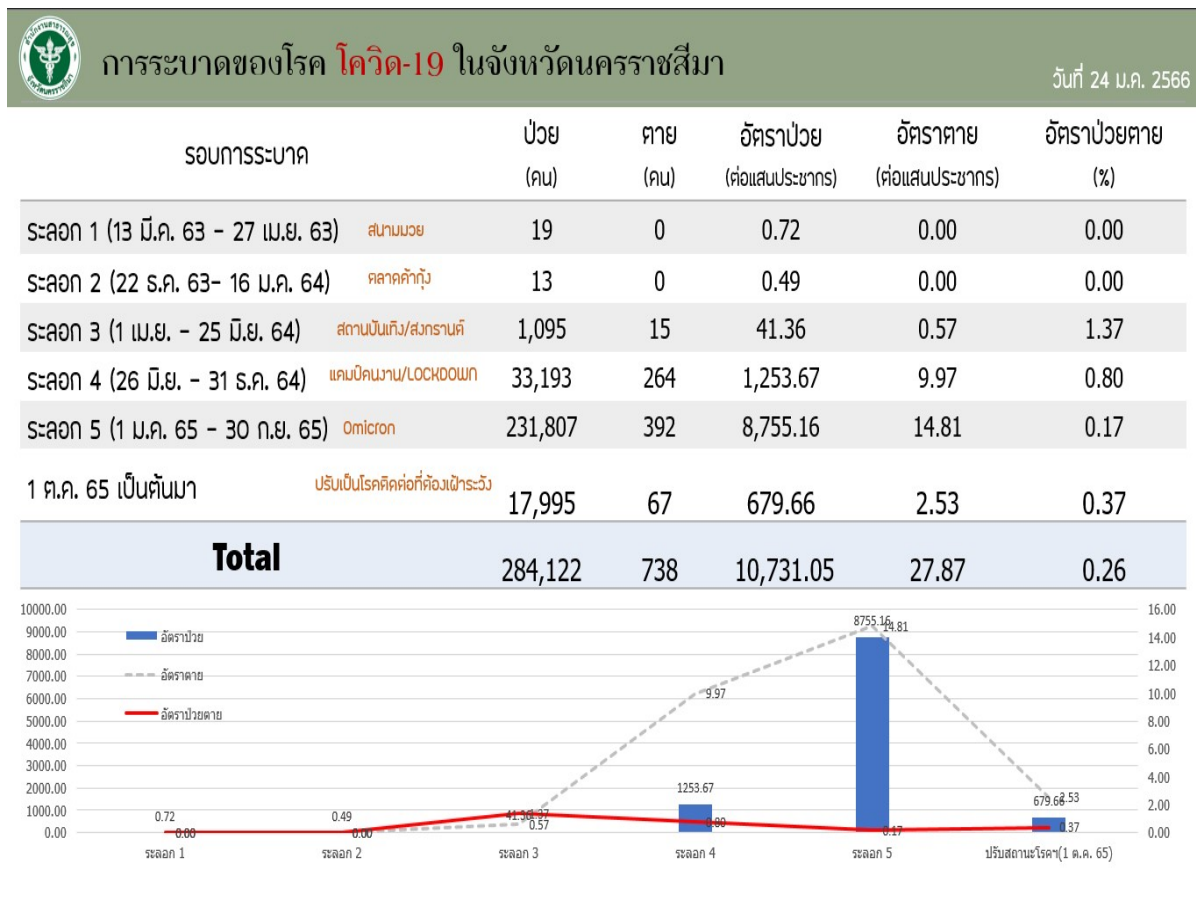
สรุปรายงานสถานการณ์ระบาดวิทยาโรคที่สำคัญ ที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุข

๑. สรุปรายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)

๑. วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา

จังหวัดนครราชสีมา เริ่มการระบาดในระลอกแรกเมื่อ ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๓ พบผู้ป่วยรายแรกมีประวัติเดินทางมาจากกรุงเทพมหานครซึ่งมีการระบาดอยู่ในขณะนั้น หลังจากนั้นมีการพบผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องรวม ๑๙ ราย โดยรายสุดท้ายในการระบาดแรกนี้พบเมื่อวันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๖๓ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเชื่อมโยงกับสถานบันเทิง และสนามมวย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ ๒๐-๔๔ ปี เพศหญิงมากกว่าเพศชาย ๗๙% ติดเชื้อมาจากต่างจังหวัดหรือต่างประเทศ ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่อำเภอเมืองนครราชสีมา



การระบาดระลอกสองในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมาผ่านไป จนกระทั่งในวันที่ ๒๒ ธ.ค. ๖๓ พบผู้ป่วยรายแรกซึ่งมีความเชื่อมโยงกับตลาดกลางกุ้ง การสอบสวนโรคได้ดำเนินการไปพร้อมกับการค้นหาเชิงรุก ทำให้พบผู้ป่วยเพิ่มเติมในการระบาดครั้งนี้ทั้งสิ้นจำนวน ๑๐ ราย โดย ๗ รายมีความเกี่ยวข้องกับการระบาดใน จ.สมุทรสาคร ๒ รายมีการติดเชื้อมาจากผู้ป่วยก่อนหน้านี้ และ ๑ ราย เกี่ยวข้องกับการระบาดในจังหวัดระยอง แนวโน้มของสถานการณ์ ยังมีโอกาสพบผู้ป่วยได้อีกเนื่องจากพื้นที่นครราชสีมามีผู้คนเดินทางเข้าออกจำนวนมากตลอดเวลา

ข้อสัถย สามีคคี มีวินัย

การระบาดระลอกสาม (เมษายน ๒๕๖๔) พบว่ามีความชุกสูงกว่า ๒ ระลอกที่ผ่านมา มีความเชื่อมโยงกับเหตุการณ์การระบาดในสถานบันเทิง พื้นที่กรุงเทพมหานคร จังหวัดนครราชสีมาเริ่มผู้ป่วยกลุ่มแรกในวันที่ ๗ เมษายน ๒๕๖๔ โดยผู้ป่วยมีประวัติเข้าไปใช้บริการในสถานบันเทิง และมีประวัติสัมผัสผู้ป่วย COVID-๑๙ ซึ่งเป็นคนในครอบครัวหรือเพื่อน สถานการณ์มีความรุนแรงขึ้นเมื่อประชาชนเดินทางกลับภูมิลำเนาในช่วงวันหยุดสงกรานต์ และมีการจัดเลี้ยงกันในครอบครัว จำนวนผู้ป่วย ในจังหวัดนครราชสีมาจึงมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สถานการณ์ระบาดในพื้นที่ในช่วงปลายเดือนพฤษภาคมมีแนวโน้มลดลง จำนวนผู้ป่วยในช่วงต้นเดือนมิถุนายน ๒๕๖๔ เฉลี่ย ๒ รายต่อวันมาโดยตลอด

การระบาดระลอกสี่ (มิถุนายน ๒๕๖๔) สถานการณ์การระบาดของโรค COVID-๑๙ ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ช่วงปลายเดือนมิถุนายน เริ่มมีการพบผู้ป่วยลักษณะเป็นกลุ่มก้อนในครอบครัวและญาติมีความเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่มีประวัติเดินทางจากพื้นที่เสี่ยง อีกทั้งข้อมูลระดับประเทศ เริ่มมีการปิดแคมป์คนงาน ในวันที่ ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๔ กอรั้งกับกรุงเทพมหานคร มีการ Lockdown ในวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔ จังหวัดนครราชสีมาแนวโน้มผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นสูงในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม จังหวัดนครราชสีมา สามารถควบคุมการแพร่ระบาดได้ดี ในช่วงเดือนพฤศจิกายนถึงธันวาคมมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง และเมื่อเข้าเทศกาลปีใหม่ เริ่มมีการเดินทางของประชาชนในช่วงเทศกาลปีใหม่ แนวโน้มการระบาดเริ่มเพิ่มขึ้น

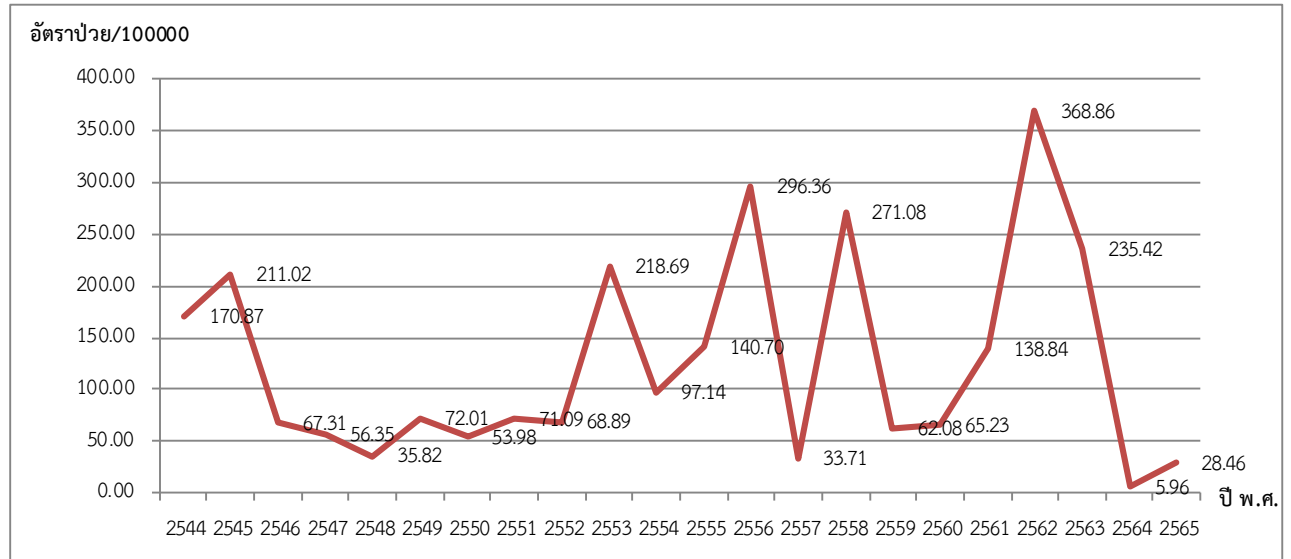
การระบาดระลอกห้า (มกราคม ๒๕๖๕) สถานการณ์การระบาดของโรค COVID-๑๙ ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ช่วงเดือนมกราคมซึ่งมีประชาชนเดินทางมาจากต่างอำเภอดังพื้นที่ เข้ามาพบปะสังสรรค์กับครอบครัวในช่วงเทศกาลปีใหม่ และโรค COVID-๑๙ มีการตรวจพบสายพันธุ์ OMICRON ที่แพร่กระจายได้เร็วกว่าสายพันธุ์เดิม และผู้ติดเชื้อไม่แสดงอาการทำให้ จังหวัดนครราชสีมา พบผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น

สถานการณ์การระบาดของโรค COVID-๑๙ ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ช่วงปลายเดือนตุลาคม ๒๕๖๕ โรค COVID-๑๙ ได้มีการปรับสถานะจากโรคติดต่ออันตราย มาเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ทำให้ผู้ป่วยที่ถูกค้นพบหรือมีอาการรุนแรงที่ต้องเข้าสู่กระบวนการรักษา มีจำนวนลดลง อีกทั้งในจังหวัดนครราชสีมา ยังมีการดำเนินการฉีดวัคซีนป้องกันโรค COVID-๑๙ อย่างเข้มข้น ทำให้มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตลดลง

๒. สรุปรายงานสถานการณ์โรค ไข้เลือดออก

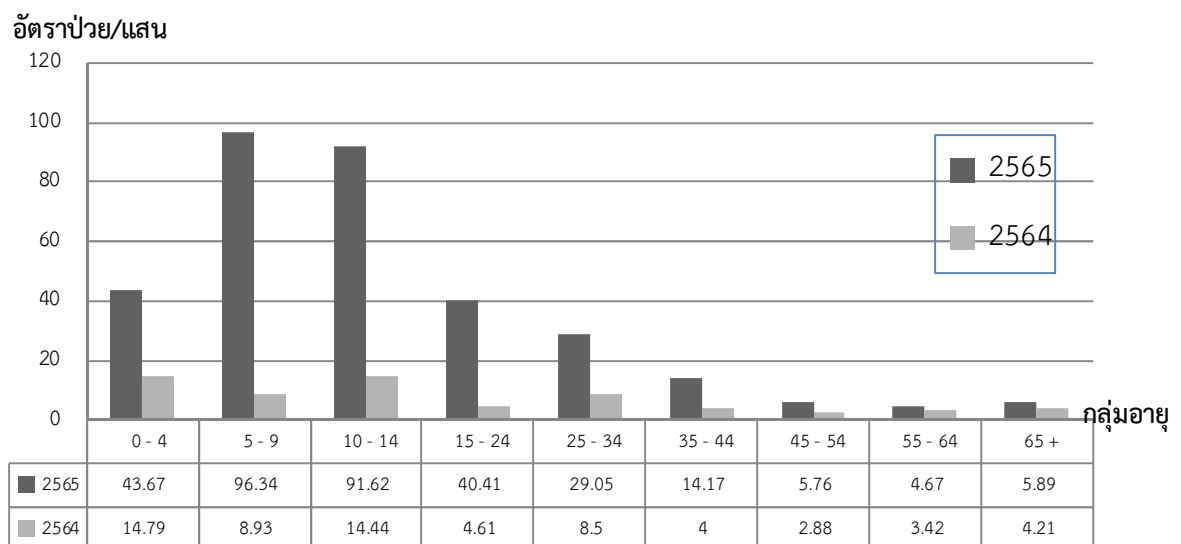
ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕ จังหวัดนครราชสีมา พบผู้ป่วยโรค ไข้เลือดออก ๗๕๐ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๒๘.๔๖ ต่อแสนประชากร พบผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยพบเพศหญิง ๓๙๑ ราย เพศชาย ๓๕๙ ราย อัตราส่วนเพศหญิงต่อ เพศชายเท่ากับ ๑.๐๙ : ๑

แผนภูมิ แสดงแนวโน้มการระบาดของไข้เลือดออก จังหวัดนครราชสีมา ปี ๒๕๔๔ - ๒๕๖๕



แหล่งข้อมูล รายงานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ข้อมูล ๑ ม.ค. ๖๕ ถึง ๓๑ ธ.ค. ๖๕

อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนด้วยโรคไข้เลือดออก จำแนกตามกลุ่มอายุ จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2565 - 31 ธันวาคม 2565

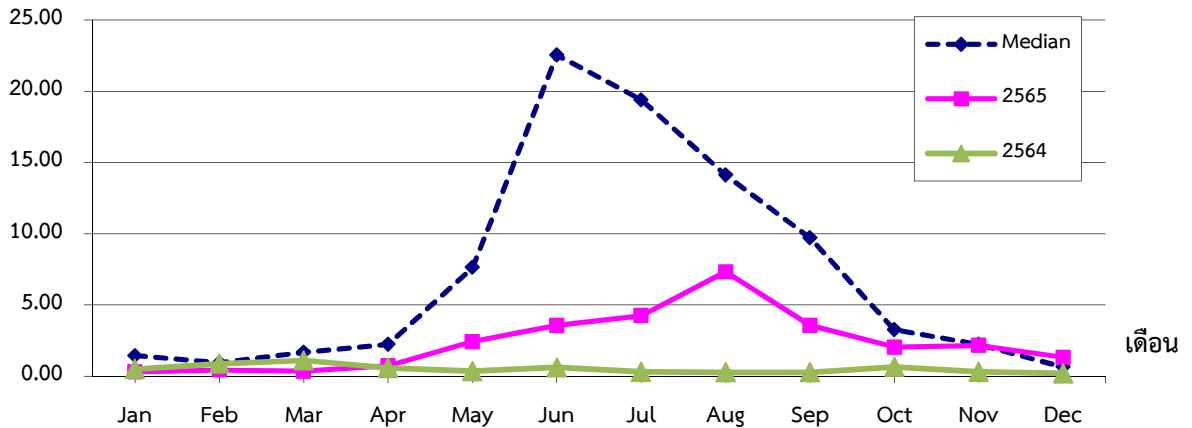


แหล่งข้อมูล รายงานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ข้อมูล ๑ ม.ค. ๖๕ ถึง ๓๑ ธ.ค. ๖๕

เมื่อวิเคราะห์ตามกลุ่มอายุ ปี ๒๕๖๕ พบสูงสุดคือกลุ่มอายุ ๕-๙ ปี คิดเป็นอัตราป่วย ๙๖.๓๔ ต่อแสนประชากร ซึ่งเพิ่มจากปี ๒๕๖๔ (๘.๘๓ ต่อแสนประชากร) รองลงมาได้แก่ กลุ่มอายุ ๑๐-๑๔ ปี และ ๐-๔ ปี ๙๑.๖๒ และ ๔๓.๖๗ ต่อแสนประชากร

อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกรวม จำแนกรายเดือน จ.นครราชสีมา
เปรียบเทียบข้อมูลปี 2565 กับปี 2564 และ ค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง

อัตราป่วย/100000



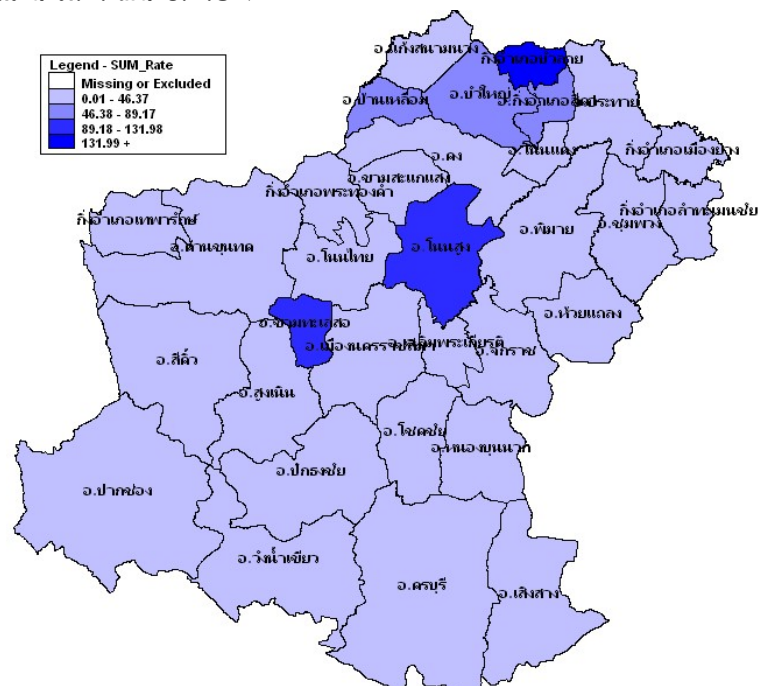
เดือน	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.
จำนวนป่วยปี 2565	8	11	9	19	64	94	112	193	94	54	57	35

แหล่งข้อมูล รายงานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ข้อมูล ๑ ม.ค. ๖๕ ถึง ๓๑ ธ.ค. ๖๕

เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์ไข้เลือดออกจังหวัดนครราชสีมา ในช่วงเวลาเดียวกัน พบว่า ปี ๒๕๖๕ เริ่มมีอัตราป่วยสูงกว่าค่ามัธยฐาน ๕ ปีย้อนหลัง ช่วงเดือนพฤศจิกายน และสูงกว่าปี ๒๕๖๔ มาตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ดังแสดงในแผนภูมิ

ภาพแสดง อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกจังหวัดนครราชสีมา แยกรายอำเภอ

ข้อมูล ณ ๑ ม.ค.-๓๑ ธ.ค.๖๕



ชื่อสัตย์ สามัคคี มีวินัย

เมื่อวิเคราะห์รายอำเภอ พบอัตราป่วยสูงสุด คือ อำเภอบัวลาย อัตราป่วย ๑๗๔.๗๘ ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ อำเภอขามทะเลสอ อำเภอโนนสูง อำเภอสีดา และอำเภอบัวใหญ่ อัตราป่วยเท่ากับ ๑๑๔.๐๕ , ๙๓.๕๔, ๘๒.๒๗ และ ๗๓.๓๘ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

ตารางแสดง จำนวนป่วย อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกจังหวัดนครราชสีมา แยกรายอำเภอ

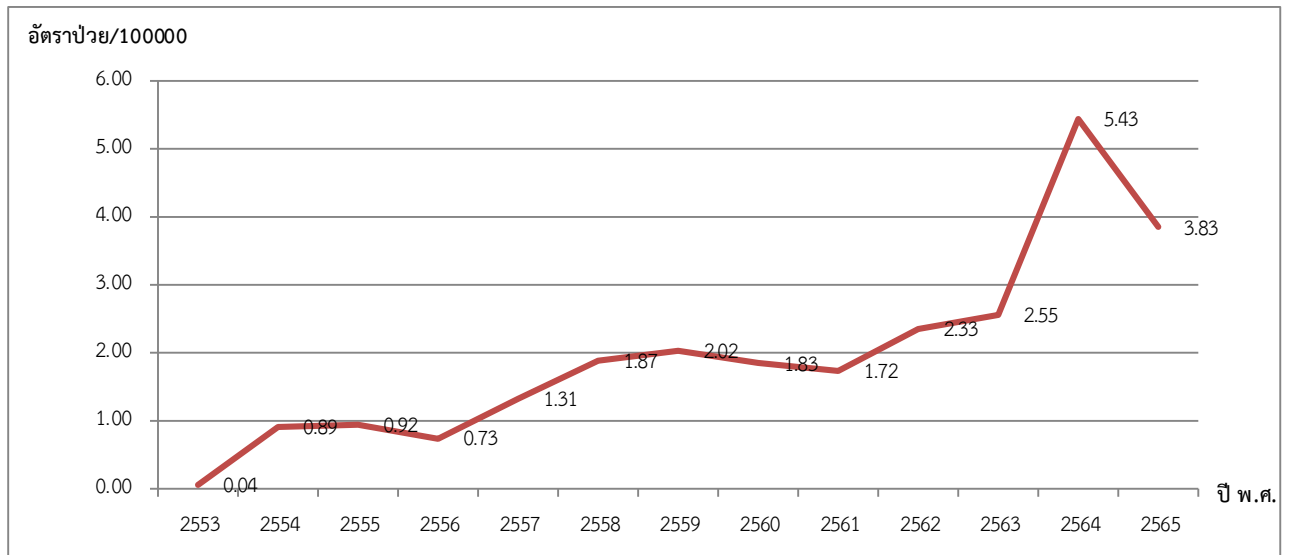
ลำดับ	อำเภอ	จำนวนป่วย	อัตราป่วย	ตาย	อัตราตาย	อัตราป่วยตาย	ประชากร
1	บัวลาย	43	174.78	0	0.00	0.00	24,603
2	ขามทะเลสอ	34	114.05	0	0.00	0.00	29,811
3	โนนสูง	119	93.54	0	0.00	0.00	127,216
4	สีดา	20	82.27	0	0.00	0.00	24,309
5	บัวใหญ่	61	73.38	0	0.00	0.00	83,133
6	บ้านเหลื่อม	12	56.66	0	0.00	0.00	21,179
7	โนนไทย	26	36.17	0	0.00	0.00	71,875
8	ลำทะเมนชัย	11	33.57	0	0.00	0.00	32,765
9	ขามสะแกแสง	13	30.01	0	0.00	0.00	43,318
10	สีคิ้ว	36	28.64	0	0.00	0.00	125,699
11	คง	23	28.26	0	0.00	0.00	81,396
12	เฉลิมพระเกียรติ	10	27.91	0	0.00	0.00	35,827
13	เมือง	126	27.45	0	0.00	0.00	458,951
14	จักราช	19	26.57	0	0.00	0.00	71,496
15	หนองบุญมาก	14	23.1	0	0.00	0.00	60,618
16	นครราชสีมา	22	22.87	0	0.00	0.00	96,201
17	แก้งสนามนาง	8	21.46	0	0.00	0.00	37,278
18	โชคชัย	17	20.67	0	0.00	0.00	82,258
19	เทพารักษ์	5	19.95	0	0.00	0.00	25,066
20	โนนแดง	5	19.51	0	0.00	0.00	25,626
21	เสิงสาง	12	17.02	0	0.00	0.00	70,516
22	พิมาย	22	16.9	0	0.00	0.00	130,153
23	สูงเนิน	14	16.7	0	0.00	0.00	83,816
24	ปักธงชัย	18	15.33	0	0.00	0.00	117,381
25	วังน้ำเขียว	6	13.4	0	0.00	0.00	44,762
26	ปากช่อง	24	12.35	0	0.00	0.00	194,256
27	ประทาย	7	9	0	0.00	0.00	77,781
28	ด่านขุนทด	10	7.77	0	0.00	0.00	128,710
29	พระทองคำ	3	7.17	0	0.00	0.00	41,853
30	ห้วยแถลง	5	6.58	0	0.00	0.00	76,009
31	ชุมพวง	4	4.8	0	0.00	0.00	83,332
32	เมืองยาง	1	3.56	0	0.00	0.00	28,124
	รวม	750	28.46	0	0.00	0.00	2,635,318

แหล่งข้อมูล รายงานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ข้อมูล ๑ ม.ค. ๖๕ ถึง ๓๑ ธ.ค. ๖๕

๓. สรุปรายงานสถานการณ์โรคหัด

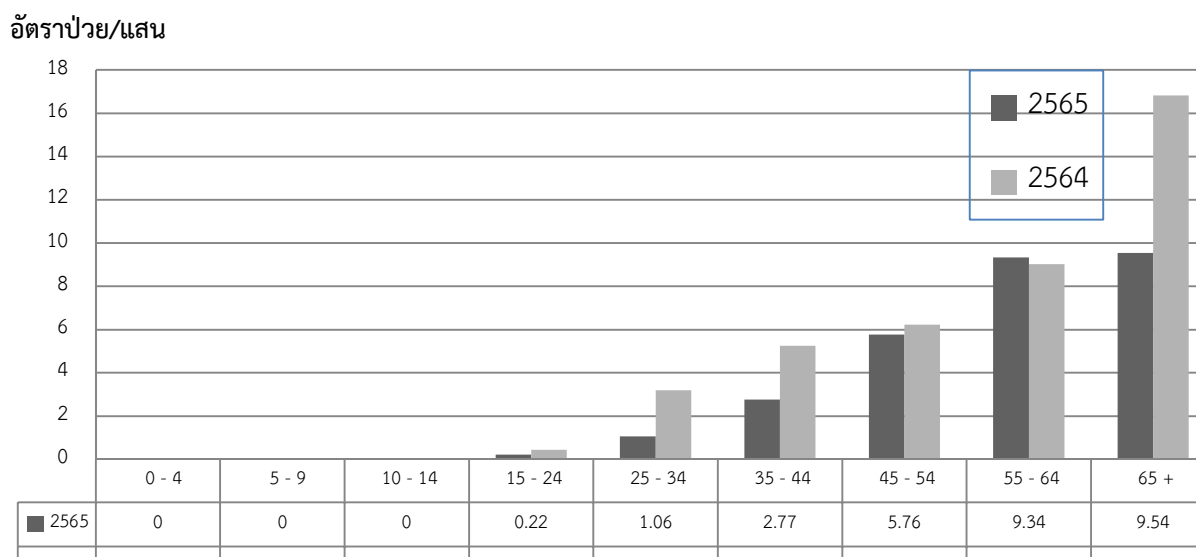
ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ จังหวัดนครราชสีมา พบผู้ป่วยโรคหัด จำนวน ๑๐๑ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๓.๘๓ ต่อแสนประชากร พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยพบเพศชาย ๖๙ ราย เพศหญิง ๓๒ ราย อัตราส่วนเพศชาย ต่อ เพศหญิง เท่ากับ ๒.๑๖ : ๑

แผนภูมิแสดง แนวโน้มในการระบาดของไข้หัด จังหวัดนครราชสีมา ปี ๒๕๕๓ - ๒๕๖๕



แหล่งข้อมูล รายงานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ข้อมูล ๑ ม.ค. ๖๕ ถึง ๓๑ ธ.ค. ๖๕

อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนด้วยโรคไข้หัด จำแนกตามกลุ่มอายุ จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2565 - 31 ธันวาคม 2565



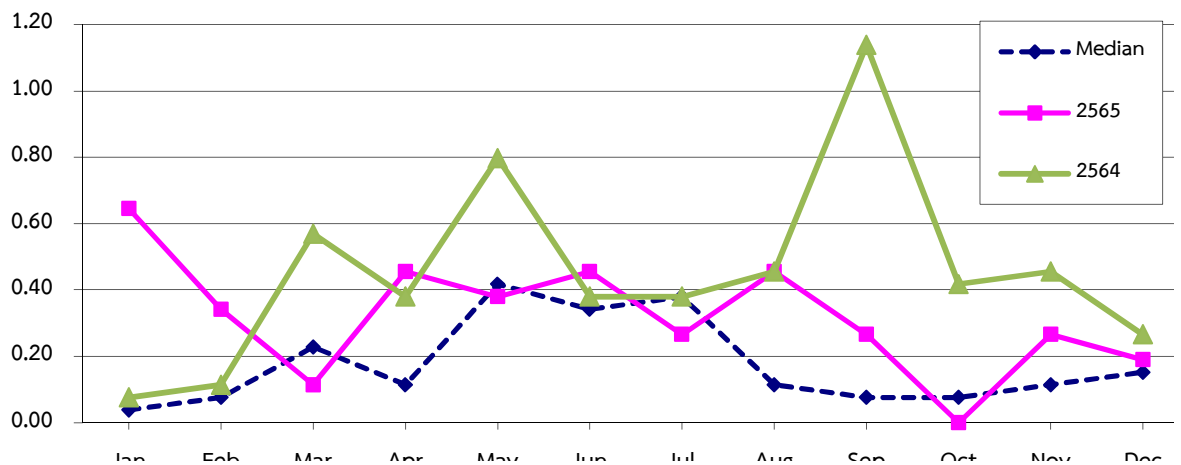
แหล่งข้อมูล รายงานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ข้อมูล ๑ ม.ค. ๖๕ ถึง ๓๑ ธ.ค. ๖๕

ชื้อสตัย สามัคคี มีวินัย

เมื่อวิเคราะห์ตามกลุ่มอายุ ปี ๒๕๖๕ พบสูงสุดในกลุ่มผู้สูงอายุ คือกลุ่มอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป คิดเป็นอัตราป่วย ๙.๕๔ ต่อแสนประชากร ซึ่งน้อยกว่าปี ๒๕๖๔ (๑๖.๘๓ ต่อแสนประชากร) รองลงมาได้แก่กลุ่มอายุ ๕๕-๖๔ ปี และ ๔๕-๕๔ ปี ๙.๓๔ และ ๕.๗๖ ต่อแสนประชากร

อัตราป่วยด้วยโรคไข้หัดบ จำแนกรายเดือน จ.นครราชสีมา
เปรียบเทียบข้อมูลปี 2565 กับปี 2564 และ ค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง

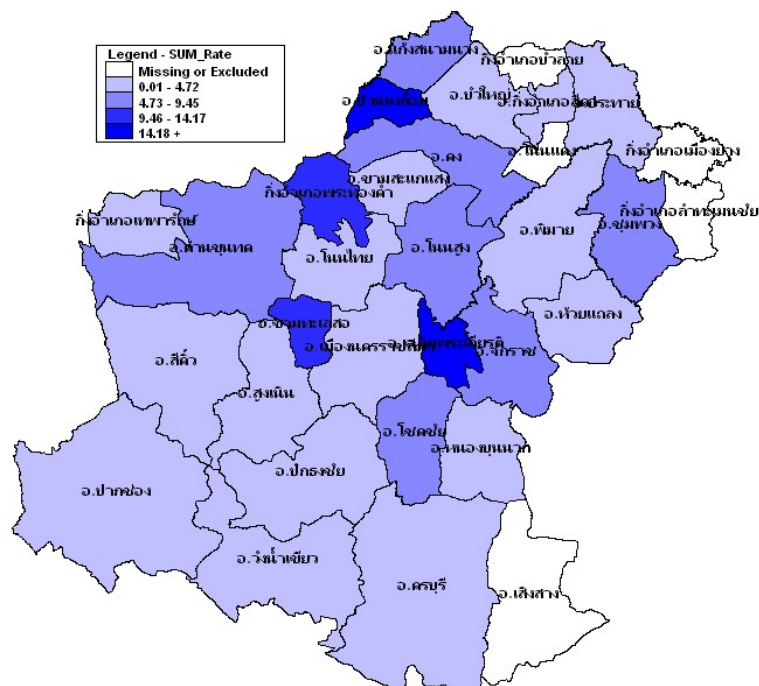
อัตราป่วย/100000



เดือน	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.
จำนวนป่วยปี 2565	17	9	3	12	10	12	7	12	7	0	7	5

แหล่งข้อมูล รายงานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ข้อมูล ๑ ม.ค. ๖๕ ถึง ๓๑ ธ.ค. ๖๕

ภาพแสดงจำนวนป่วย อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนโรคไข้หัดบ จังหวัดนครราชสีมา แยกรายอำเภอ
ตั้งแต่ วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๕ ถึง ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕



ชื้อสตัย สามัคคี มีวินัย

เมื่อวิเคราะห์รายอำเภอ พบอัตราป่วยสูงสุด คือ อำเภอบ้านเหลื่อม อัตราป่วย ๑๘.๘๙ ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ อำเภอขามทะเลสอ อำเภอพระทองคำ และอำเภอโนนสูง อัตราป่วยเท่ากับ ๑๖.๗๕ , ๑๐.๐๖, ๙.๕๖ และ ๙.๔๓ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

ตารางแสดงจำนวนป่วย อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนโรคไข้หัดบ จังหวัดนครราชสีมาแยกรายอำเภอ

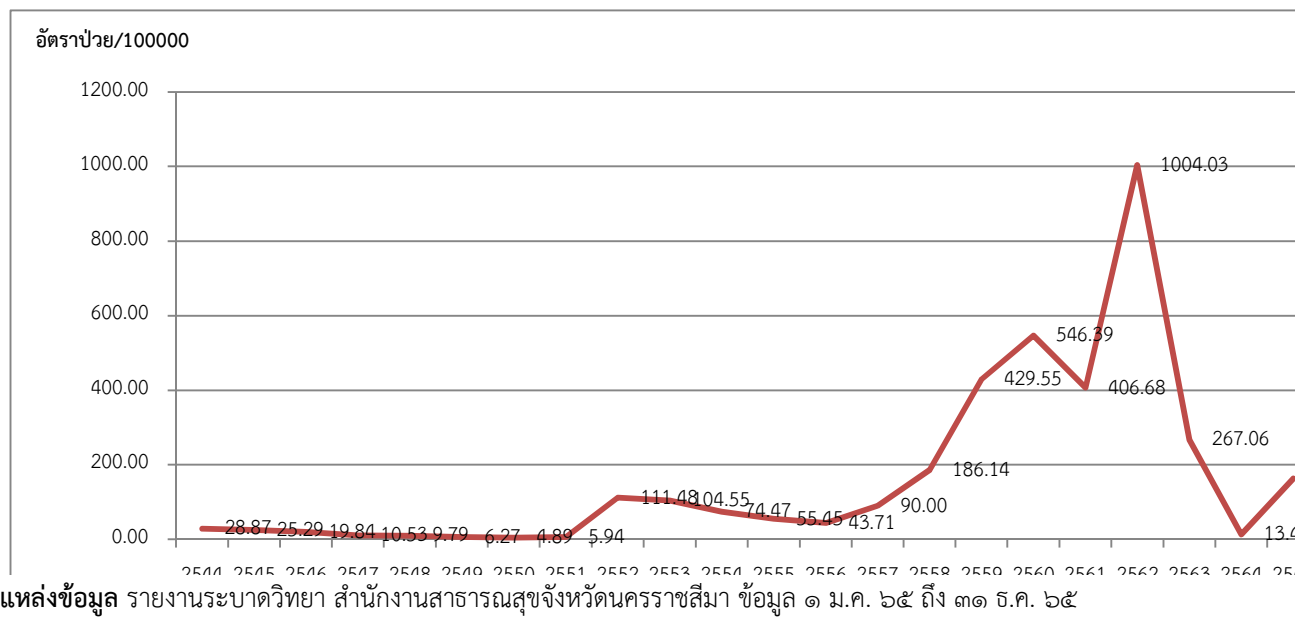
ลำดับ	อำเภอ	จำนวนป่วย	อัตราป่วย	ตาย	อัตราตาย	อัตราป่วยตาย	ประชากร
1	บ้านเหลื่อม	4	18.89	0	0.00	0.00	21,179
2	เฉลิมพระเกียรติ	6	16.75	0	0.00	0.00	35,827
3	ขามทะเลสอ	3	10.06	0	0.00	0.00	29,811
4	พระทองคำ	4	9.56	0	0.00	0.00	41,853
5	โนนสูง	12	9.43	0	0.00	0.00	127,216
6	จักราช	6	8.39	0	0.00	0.00	71,496
7	แก้งสนามนาง	3	8.05	0	0.00	0.00	37,278
8	คง	6	7.37	0	0.00	0.00	81,396
9	ด่านขุนทด	9	6.99	0	0.00	0.00	128,710
10	ชุมพวง	5	6	0	0.00	0.00	83,332
11	โชคชัย	4	4.86	0	0.00	0.00	82,258
12	ขามสะแกแสง	2	4.62	0	0.00	0.00	43,318
13	วังน้ำเขียว	2	4.47	0	0.00	0.00	44,762
14	ปักธงชัย	5	4.26	0	0.00	0.00	117,381
15	โนนไทย	3	4.17	0	0.00	0.00	71,875
16	สีดา	1	4.11	0	0.00	0.00	24,309
17	เทพารักษ์	1	3.99	0	0.00	0.00	25,066
18	ห้วยแถลง	2	2.63	0	0.00	0.00	76,009
19	เมือง	12	2.61	0	0.00	0.00	458,951
20	สูงเนิน	2	2.39	0	0.00	0.00	83,816
21	นครบุรี	2	2.08	0	0.00	0.00	96,201
22	หนองบุญมาก	1	1.65	0	0.00	0.00	60,618
23	พิมาย	2	1.54	0	0.00	0.00	130,153
24	ประทาย	1	1.29	0	0.00	0.00	77,781
25	บัวใหญ่	1	1.2	0	0.00	0.00	83,133
26	สีคิ้ว	1	0.8	0	0.00	0.00	125,699
27	ปากช่อง	1	0.51	0	0.00	0.00	194,256
28	โนนแดง	0	0	0	0.00	0.00	25,626
29	บัวลาย	0	0	0	0.00	0.00	24,603
30	เมืองยาง	0	0	0	0.00	0.00	28,124
31	ลำทะเมนชัย	0	0	0	0.00	0.00	32,765
32	เสิงสาง	0	0	0	0.00	0.00	70,516
	รวม	101	3.83	0	0.00	0.00	2,635,318

แหล่งข้อมูล รายงานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ข้อมูล ๑ ม.ค. ๖๕ ถึง ๓๑ ธ.ค. ๖๕

๔. สรุปรายงานสถานการณ์โรค ไข้หวัดใหญ่

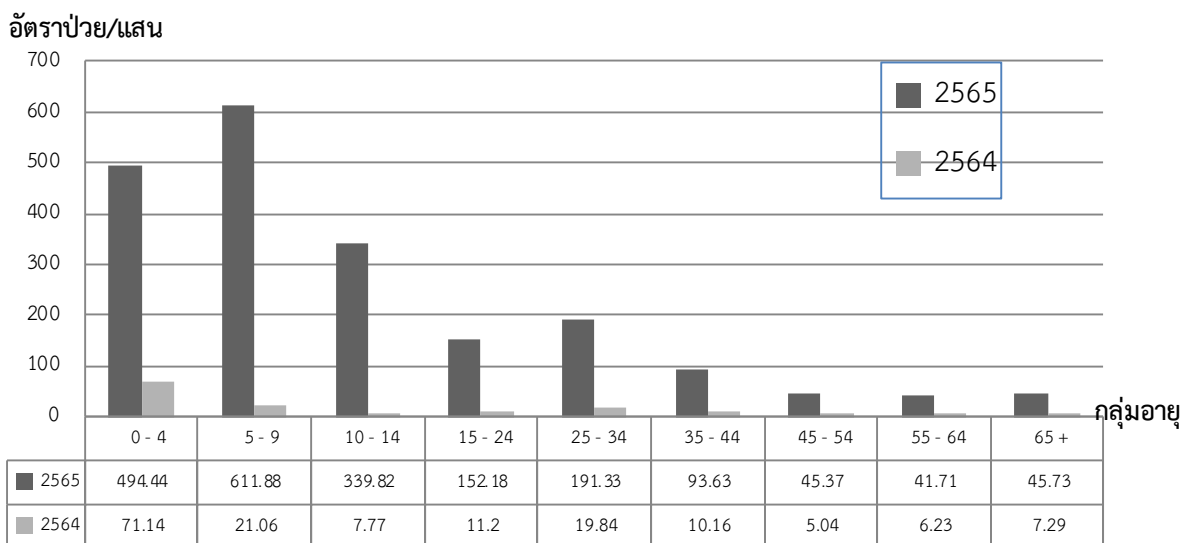
ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๔ ถึง ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ จังหวัดนครราชสีมา พบผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ จำนวน ๔,๒๙๖ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๑๖๓.๐๒ ต่อแสนประชากร พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยพบเพศชาย ๒,๒๐๔ ราย เพศหญิง ๒,๐๙๒ ราย อัตราส่วนเพศชาย ต่อเพศหญิงเท่ากับ ๑.๐๕ : ๑

แผนภูมิแสดง แนวโน้มในการระบาดของไข้หวัดใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา ปี ๒๕๕๔ - ๒๕๖๕



อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ จำแนกตามกลุ่มอายุ

จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2565 - 31 ธันวาคม 2565

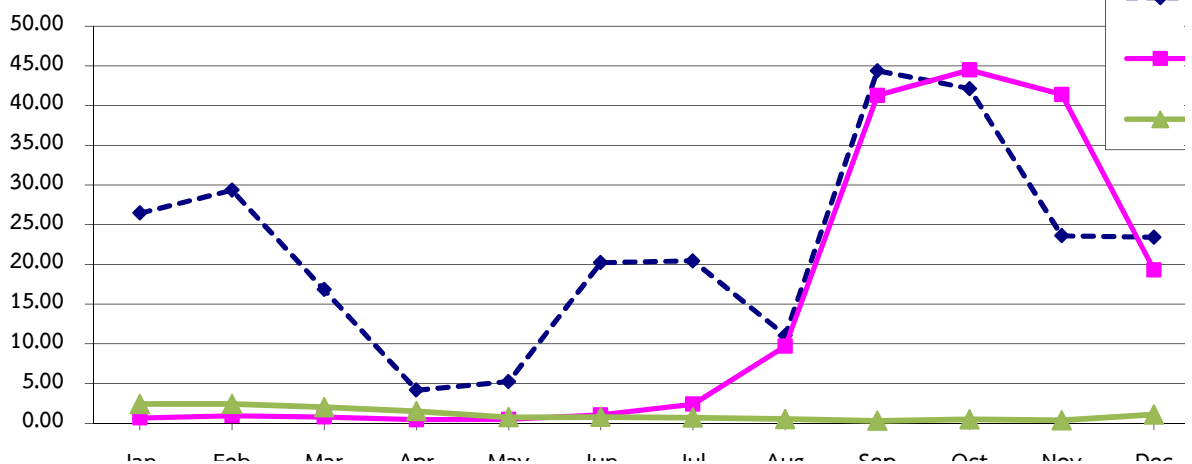


เชื้อสัตย์ สามัคคี มีวินัย

เมื่อวิเคราะห์ตามกลุ่มอายุ ปี ๒๕๖๕ พบสูงสุดในกลุ่มเด็ก คือกลุ่มอายุ ๕-๙ ปี คิดเป็นอัตราป่วย ๖๑๑.๘๘ ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าปี ๒๕๖๔ (๑๖.๘๓ ต่อแสนประชากร) รองลงมาได้แก่ กลุ่มอายุ ๐-๔ ปี และ ๑๐-๑๔ ปี ๔๙๔.๔๔ และ ๓๓๙.๘๒ ต่อแสนประชากร

อัตราป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ จำแนกรายเดือน จ.นครราชสีมา
เปรียบเทียบข้อมูลปี 2565 กับปี 2564 และ ค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง

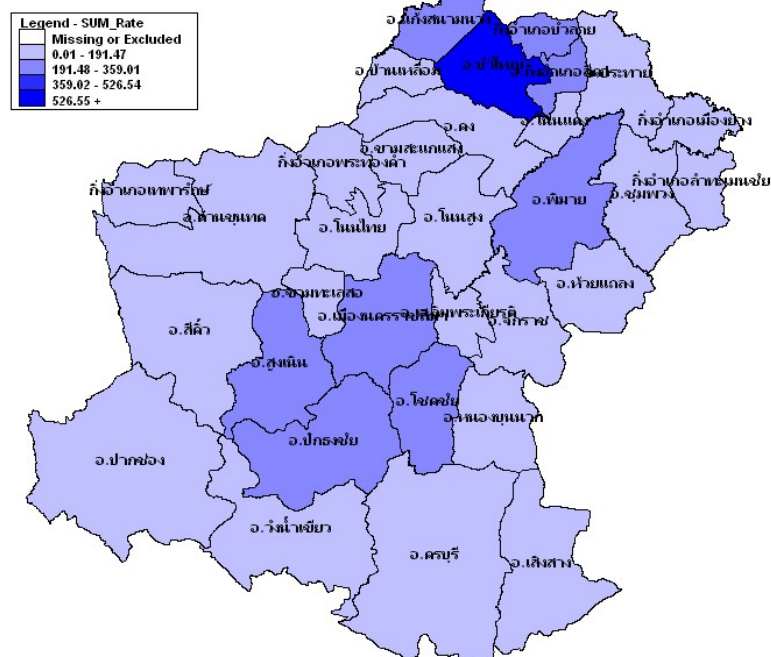
อัตราป่วย/100000



เดือน	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.
จำนวนป่วยปี 2565	18	25	21	12	13	28	63	256	1088	1172	1091	509

แหล่งข้อมูล รายงานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ข้อมูล ๑ ม.ค. ๖๕ ถึง ๓๑ ธ.ค. ๖๕

ภาพแสดงอัตราป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา แยกรายอำเภอ
ตั้งแต่ วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๕ ถึง ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕



ชื้อสตัย สามีคื มีวินัย

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูล ณ วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๕ ถึง ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕ รายอำเภอ พบว่า มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด คือ อำเภอบัวใหญ่ อัตราป่วยเท่ากับ ๖๙๔.๐๗ ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ อำเภอสีดา อำเภอพิมาย อำเภอบัวลาย และ อำเภอเมือง อัตราป่วยเท่ากับ ๓๔๑.๔๔ , ๒๙๙.๖๕, ๒๓๕.๗๔ และ ๒๒๗.๖๙ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

ตารางแสดงจำนวนป่วย อัตราป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา แยกรายอำเภอ

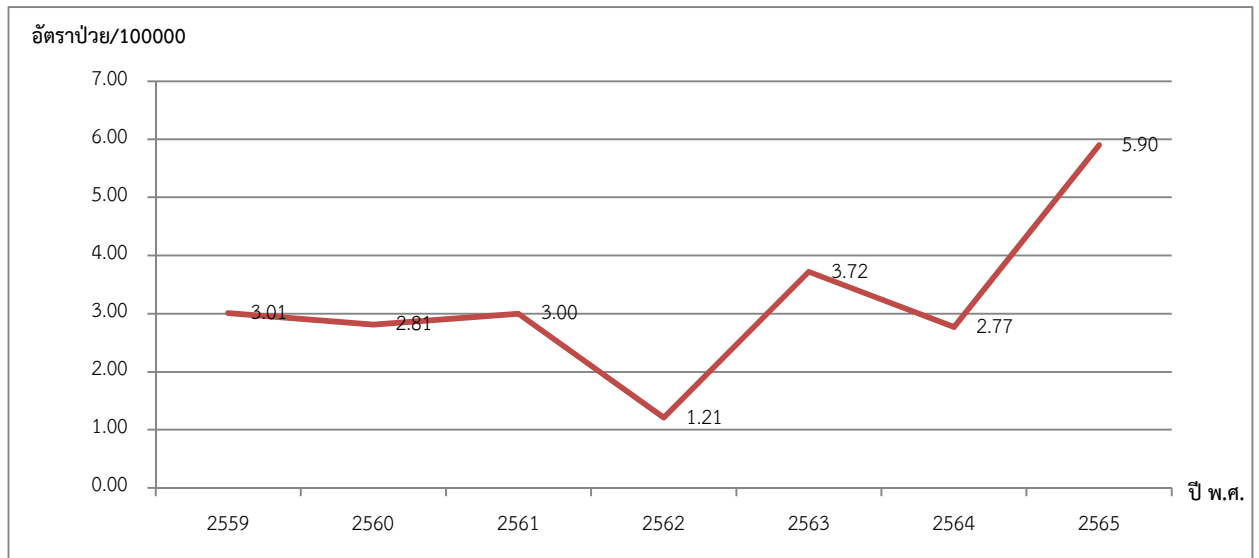
ลำดับ	อำเภอ	จำนวนป่วย	อัตราป่วย	ตาย	อัตราตาย	อัตราป่วยตาย	ประชากร
1	บัวใหญ่	577	694.07	0	0.00	0.00	83,133
2	สีดา	83	341.44	0	0.00	0.00	24,309
3	พิมาย	390	299.65	0	0.00	0.00	130,153
4	บัวลาย	58	235.74	0	0.00	0.00	24,603
5	เมือง	1,045	227.69	0	0.00	0.00	458,951
6	ปักธงชัย	263	224.06	0	0.00	0.00	117,381
7	โชคชัย	183	222.47	0	0.00	0.00	82,258
8	แก้งสนามนาง	80	214.6	0	0.00	0.00	37,278
9	สูงเนิน	164	195.67	0	0.00	0.00	83,816
10	จักราช	123	172.04	0	0.00	0.00	71,496
11	ห้วยแถลง	129	169.72	0	0.00	0.00	76,009
12	ลำทะเมนชัย	50	152.6	0	0.00	0.00	32,765
13	โนนไทย	105	146.09	0	0.00	0.00	71,875
14	โนนแดง	34	132.68	0	0.00	0.00	25,626
15	ครบุรี	115	119.54	0	0.00	0.00	96,201
16	โนนสูง	147	115.55	0	0.00	0.00	127,216
17	เสิงสาง	74	104.94	0	0.00	0.00	70,516
18	ขามทะเลสอ	30	100.63	0	0.00	0.00	29,811
19	หนองบุญมาก	61	100.63	0	0.00	0.00	60,618
20	ชุมพวง	78	93.6	0	0.00	0.00	83,332
21	ประทาย	64	82.28	0	0.00	0.00	77,781
22	วังน้ำเขียว	35	78.19	0	0.00	0.00	44,762
23	บ้านเหลื่อม	16	75.55	0	0.00	0.00	21,179
24	ปากช่อง	142	73.1	0	0.00	0.00	194,256
25	เมืองยาง	19	67.56	0	0.00	0.00	28,124
26	คง	49	60.2	0	0.00	0.00	81,396
27	สีคิ้ว	74	58.87	0	0.00	0.00	125,699
28	พระทองคำ	23	54.95	0	0.00	0.00	41,853
29	ขามสะแกแสง	18	41.55	0	0.00	0.00	43,318
30	เฉลิมพระเกียรติ	14	39.08	0	0.00	0.00	35,827
31	ด่านขุนทด	47	36.52	0	0.00	0.00	128,710
32	เทพารักษ์	6	23.94	0	0.00	0.00	25,066
	รวม	4,296	163.02	0	0.00	0.00	2,635,318

แหล่งข้อมูล รายงานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ข้อมูล ๑ ม.ค. ๖๕ ถึง ๓๑ ธ.ค. ๖๕

๕. สรุปรายงานสถานการณ์โรคเมลิออยด์

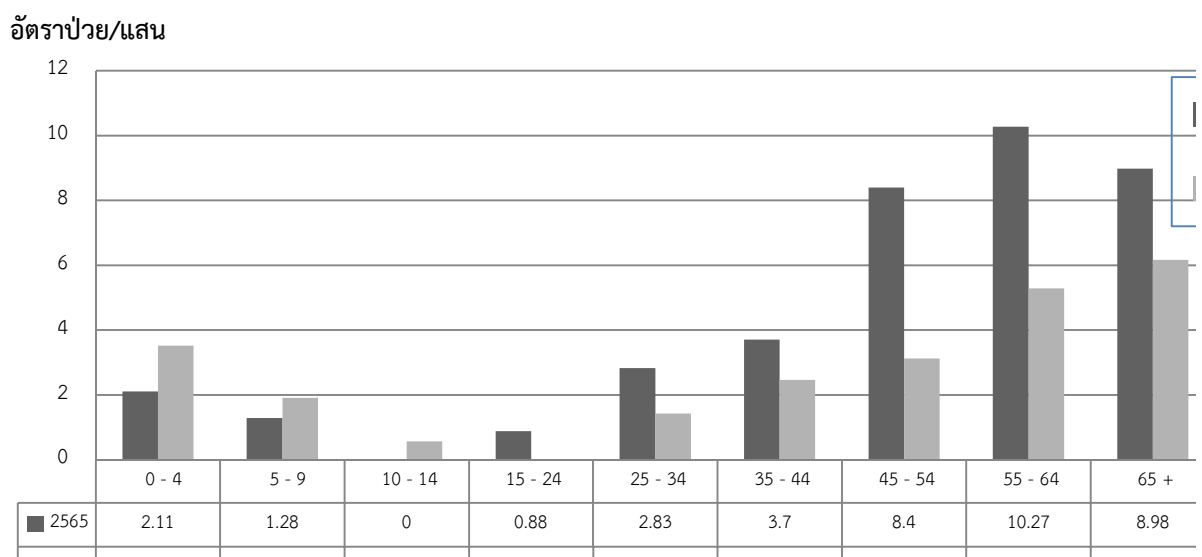
ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๔ ถึง ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ จังหวัดนครราชสีมา พบผู้ป่วยโรคเมลิออยด์ ๑๒๙ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๔.๙๐ ต่อแสนประชากร พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยพบเพศหญิง ๙๘ ราย เพศชาย ๓๑ ราย อัตราส่วนเพศหญิงต่อ เพศชายเท่ากับ ๓.๑๖ : ๑

แผนภูมิแสดง แนวโน้มในการระบาดของโรคเมลิออยด์จังหวัดนครราชสีมา ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๕



แหล่งข้อมูล รายงานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ข้อมูล ๑ ม.ค. ๖๕ ถึง ๓๑ ธ.ค. ๖๕

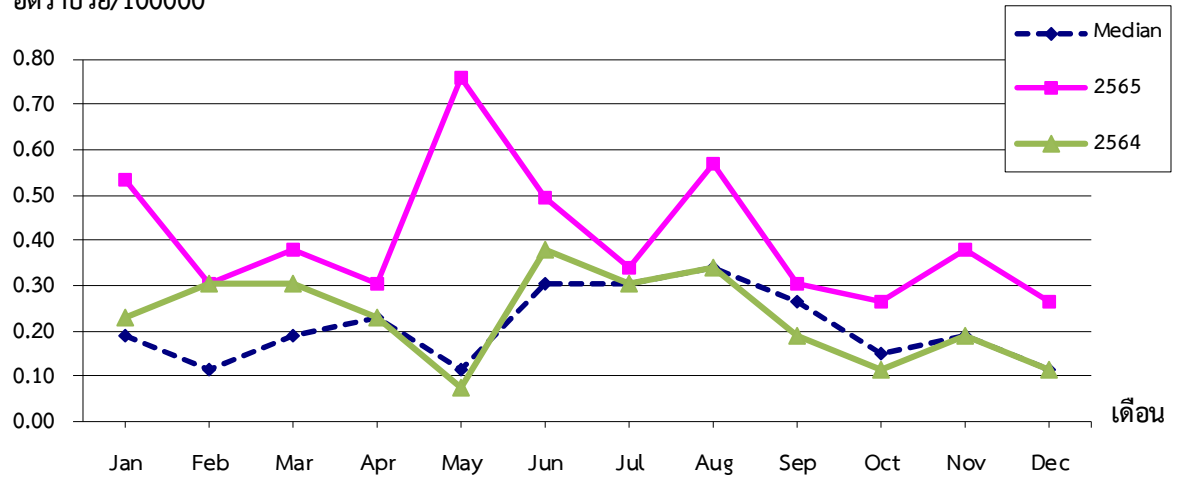
อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนด้วยโรคเมลิออยด์ จำแนกตามกลุ่มอายุ จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2565 - 31 ธันวาคม 2565



แหล่งข้อมูล รายงานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ข้อมูล ๑ ม.ค. ๖๕ ถึง ๓๑ ธ.ค. ๖๕

อัตราป่วยด้วยโรคเมลิออยด์ จำแนกรายเดือน จ.นครราชสีมา

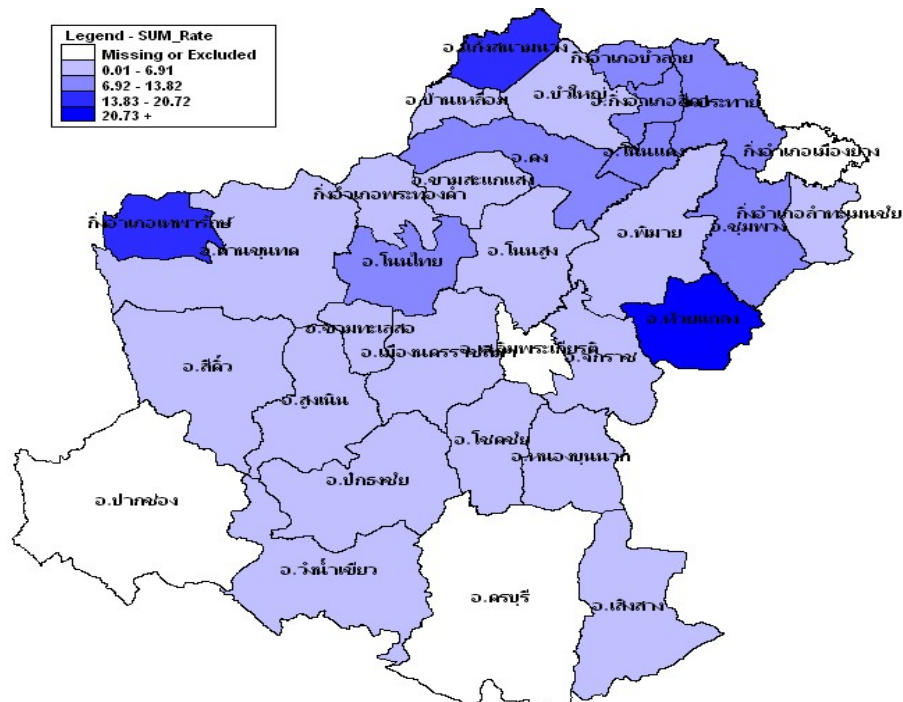
อัตราป่วย/100000



เดือน	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.		เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.
จำนวนป่วยปี 2565	14	8	10		8	20	13	9	15	8	7	10	7

ภาพแสดงอัตราป่วยโรคเมลิออยด์ จังหวัดนครราชสีมา แยกรายอำเภอ

ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๕ ถึง ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕



ชื้อสตัย สามีคื มีวินัย

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูล ณ วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๕ ถึง ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕ รายอำเภอ พบว่า มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด คือ อำเภอห้วยแถลง อัตราป่วยเท่ากับ ๒๗.๖๓ ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ อำเภอเทพารักษ์ อำเภอแก่งสนามนาง อำเภอบัวลาย และอำเภอโนนแดง อัตราป่วยเท่ากับ ๑๙.๙๕ , ๑๘.๗๘, ๑๒.๑๙ และ ๑๑.๗๑ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

ตารางแสดงจำนวนป่วย อัตราป่วยโรคเมลิออยด์ จังหวัดนครราชสีมา แยกรายอำเภอ

ลำดับ	อำเภอ	จำนวนป่วย	อัตราป่วย	ตาย	อัตราตาย	อัตราป่วยตาย	ประชากร
1	ห้วยแถลง	21	27.63	0	0.00	0.00	76,009
2	เทพารักษ์	5	19.95	0	0.00	0.00	25,066
3	แก่งสนามนาง	7	18.78	0	0.00	0.00	37,278
4	บัวลาย	3	12.19	0	0.00	0.00	24,603
5	โนนแดง	3	11.71	0	0.00	0.00	25,626
6	ประทาย	8	10.29	0	0.00	0.00	77,781
7	คง	7	8.6	0	0.00	0.00	81,396
8	ชุมพวง	7	8.4	0	0.00	0.00	83,332
9	สีดา	2	8.23	0	0.00	0.00	24,309
10	โนนไทย	5	6.96	0	0.00	0.00	71,875
11	ปักธงชัย	8	6.82	0	0.00	0.00	117,381
12	หนองบุญมาก	4	6.6	0	0.00	0.00	60,618
13	เสิงสาง	4	5.67	0	0.00	0.00	70,516
14	โชคชัย	4	4.86	0	0.00	0.00	82,258
15	พระทองคำ	2	4.78	0	0.00	0.00	41,853
16	บ้านเหลื่อม	1	4.72	0	0.00	0.00	21,179
17	ด่านขุนทด	6	4.66	0	0.00	0.00	128,710
18	วังน้ำเขียว	2	4.47	0	0.00	0.00	44,762
19	จักราช	3	4.2	0	0.00	0.00	71,496
20	ขามทะเลสอ	1	3.35	0	0.00	0.00	29,811
21	สีคิ้ว	4	3.18	0	0.00	0.00	125,699
22	โนนสูง	4	3.14	0	0.00	0.00	127,216
23	พิมาย	4	3.07	0	0.00	0.00	130,153
24	ลำทะเมนชัย	1	3.05	0	0.00	0.00	32,765
25	บัวใหญ่	2	2.41	0	0.00	0.00	83,133
26	สูงเนิน	2	2.39	0	0.00	0.00	83,816
27	ขามสะแกแสง	1	2.31	0	0.00	0.00	43,318
28	เมือง	8	1.74	0	0.00	0.00	458,951
29	ครบุรี	0	0	0	0.00	0.00	96,201
30	เฉลิมพระเกียรติ	0	0	0	0.00	0.00	35,827
31	ปากช่อง	0	0	0	0.00	0.00	194,256
32	เมืองยาง	0	0	0	0.00	0.00	28,124
	รวม	129	4.90	0	0.00	0.00	2,635,318

แหล่งข้อมูล รายงานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ข้อมูล ๑ ม.ค. ๖๕ ถึง ๓๑ ธ.ค. ๖๕

วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน
สถานการณ์และแนวโน้ม
ของปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง
และมีผลกระทบกับสุขภาพ

๑ การวิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

จังหวัดนครราชสีมาตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ขนาดของพื้นที่เป็นอันดับที่ ๑ ของภาค ประกอบด้วย ๓๒ อำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาได้แบ่งการนิเทศเพื่อให้ครอบคลุมการดูแลเป็น ๖ โซน มีสสจ.โซนและคณะกรรมการโซนในการวางแผนพัฒนา นิเทศงาน กำกับ ติดตาม ประเมินผล มีสถานบริการประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ ๑ แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป ๓ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ๓๐ แห่ง โรงพยาบาลจิตเวชฯ ๑ แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๓๔๘ แห่ง แบ่งเป็นรพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปอบจ. ๑๘๒ แห่ง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๑๖๖ แห่ง

๑.๑ สถานการณ์และแนวโน้มด้านสังคม

๑.๑.๑ ด้านประชากร ครอบครัวและชุมชน

ในจังหวัดนครราชสีมามีประชากรมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ข้อมูล ณ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕ มีประชากร ๒,๖๒๖,๘๗๐ คน สัดส่วนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ประชากรส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน วัยสูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๑๙.๑๖ (ณ ๑ กค. ๖๕) ใกล้เคียงกับระดับประเทศ (ประเทศ ร้อยละ ๑๙.๑๖) พีระมิดประชากร เป็นฐานพีระมิดแคบ ตรงกลางพองออกและยอดค่อยๆ แคบเข้าคล้ายรูปดอกบัวตูม แสดงถึงรูปแบบของอัตราการเกิดและอัตราการตายที่ต่ำ

สำหรับโครงสร้างและความสัมพันธ์ในครอบครัว พบว่า ขนาดของครอบครัวโดยเฉลี่ยลดลงอย่างต่อเนื่อง จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ในบ้าน ณ ปัจจุบันโดยเฉลี่ย ๓.๔ คน (รายงานการวิจัยสัมพันธภาพในครอบครัว, สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน) ครอบครัวเริ่มมีขนาดเล็กลงอย่างต่อเนื่องเหลือเพียงพ่อแม่ลูก หรือผู้สูงอายุกับเด็กครอบครัวจะมีเพียงพ่อ แม่ ลูก หรือ ผู้สูงอายุกับเด็ก ทำให้ครอบครัวอ่อนแอลง คนในครอบครัวต้องออกมาหารายได้มากขึ้น เวลาที่ให้แก่นักในครอบครัวรวมทั้งการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในครอบครัวน้อยลง จึงมีแนวโน้มที่เด็กและผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งขาดความอบอุ่น และปัญหาซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการจดทะเบียนหย่าร้างของจังหวัดนครราชสีมา (สถิติของกรมการปกครองกระทรวงมหาดไทย) พบว่า การหย่าร้างของครอบครัว มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี ๒๕๕๗ มีอัตราการหย่าร้างร้อยละ ๒๔ ในปี ๒๕๖๐ อัตราการหย่าร้างเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๔๑ เฉลี่ยหย่าวันละ ๓๓๓ คู่ จังหวัดนครราชสีมามีจำนวนหย่าร้างเป็นอันดับ ๓ รองจาก กรุงเทพมหานคร และชลบุรี ตามลำดับ จากข้อมูล โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาารชนรินทร์ พบว่าสาเหตุของการหย่าร้างมาจาก ลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้มีความเปราะบาง และจากแรงกดดันภายนอก สามีภรรยาส่วนใหญ่กับการทำงานนอกบ้าน อาจเกิดความเครียดทั้งจากหน้าที่การงาน สภาวะสังคมและเศรษฐกิจเช่นภาระหนี้สินต่างๆ ทำให้ต้องทำงานหนักมากขึ้น ขณะเดียวกันความอดทนต่อปัญหาในครอบครัวอาจน้อยลงเปลี่ยนไปมีผลทำให้ปัญหาสุขภาพจิต

๑.๒ สถานะสุขภาพและปัญหาสุขภาพคนไทย

๑.๒.๑ สุขภาพทางกาย

อายุคาดเฉลี่ย(LE) เพศชาย ๗๑.๘๗ ปี เพศหญิง ๗๙.๘๖ ปี ซึ่งต่ำกว่าอายุคาดเฉลี่ยของประเทศ ไทย (เพศชาย ๗๓.๖ ปี เพศหญิง ๘๐.๗ ปี)

อัตราเกิด อัตราตายจังหวัดนครราชสีมา พบว่า จังหวัดนครราชสีมาแนวโน้มอัตราเกิดลดลง ตั้งแต่ปี ๒๕๕๔ (ปี ๒๕๖๕ อัตราเกิด ๖.๓๕ ต่อพันประชากร) อัตราตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี ๒๕๕๕

ข้อสัถย สำนัคดี มีวินัย

(ปี ๒๕๖๕ อัตราตาย ๙.๓๒ ต่อพันประชากร) ส่งผลให้อัตราเพิ่มติดลบ จะเห็นว่าอัตราเพิ่มมีติดลบมาตั้งแต่ปี ๒๕๖๒ ส่งผลให้อัตราเพิ่มตามธรรมชาติ มีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจนตั้งแต่ปี ๒๕๕๔

เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศ พบว่าอัตราเกิดของประเทศสูงกว่าของจังหวัดนครราชสีมา (ประเทศ ๘.๒ จังหวัดนครราชสีมา ๖.๓๕ ต่อพันประชากร) อัตราตายของประเทศต่ำกว่าจังหวัดนครราชสีมา (ประเทศ ๗.๙ จังหวัดนครราชสีมา ๙.๓๒ ต่อพันประชากร) และอัตราเพิ่มประเทศเท่ากับ -๐.๓๐ ต่อพันประชากร ในขณะที่จังหวัดนครราชสีมาอัตราเพิ่ม -๒.๙๗

อัตราการตายจังหวัดนครราชสีมา จากข้อมูลสำนักนโยบาย และพัฒนาศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการตายเท่ากับ ๔.๓๒ ต่อพันการเกิดมีชีพ ลดลงจากปี ๒๕๖๔ (๗.๒๒ ต่อพันการเกิดมีชีพ) อัตราการตายขึ้นลงไม่คงที่ พบว่าปี ๒๕๖๕ อัตราการตาย ๖ เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๔ (๓.๗๔ ต่อพันการเกิดมีชีพ) ปี ๒๕๖๑-๒๕๖๓ อัตราการตาย ๑๓.๔๓ ๔.๙๐ ๑๐.๑๑ ต่อแสนการเกิดมีชีพ (ตามลำดับ)

๒. โรคที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่

๒.๑ สาเหตุการป่วย

๒.๑.๑ สาเหตุการป่วยผู้ป่วยนอก

สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอก ๑๐ อันดับของจังหวัดนครราชสีมา พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุการป่วยอันดับหนึ่ง ๑๐,๐๒๑.๐๔ ต่อแสนจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกทั้งหมด รองลงมาได้แก่ เบาหวาน การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลัน ความผิดปกติของฟันและโครงสร้าง และโรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง ๕,๙๓๐.๗๓, ๓,๔๘๔.๖๒, ๓,๑๘๑.๐๙ และ ๑,๑๓๔.๓๑ ตามลำดับ

๒.๑.๒ สาเหตุการป่วยผู้ป่วยใน

สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยใน ๕ อันดับของจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ปอดบวม เป็นสาเหตุการป่วยอันดับหนึ่ง ๙,๒๙๘.๑๐ ต่อแสนประชากร รองลงมาได้แก่ การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลันอื่นๆ ,เนื้อสมองตาย,หัวใจล้มเหลว และเบาหวาน ๓,๒๓๔.๒๘, ๒,๒๗๗.๔๖, ๒,๐๓๐.๔๕ และ ๑,๗๗๖.๗๒ ต่อแสนของจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด ตามลำดับ

๒.๒ สาเหตุการตาย

ข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ปี ๒๕๖๕ พบว่า อันดับหนึ่งได้แก่ โรคปอดบวม ๗๖.๒๐ ต่อแสนประชากร รองลงมาได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โควิด๑๙ โรคหัวใจขาดเลือด และอุบัติเหตุขนส่ง ๕๖.๗๔ ๔๓.๒๖ ๒๗.๓๐ และ ๒๑.๒๑ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

๓. โรคที่เป็นปัญหาที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ปี ๒๕๖๕ จังหวัดนครราชสีมา

ข้อมูลวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๕ ถึง ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕

สถานการณ์โรคติดต่อในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา นับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๕ ถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕ โรคที่มีอัตราป่วยสูงสุดจาก ๕ อันดับโรค สูงสุดได้แก่ โรคอุจจาระร่วง มีอัตราป่วย ๘๔๐.๗๗ ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ โรคปอดบวม โรคมือ เท้า ปาก โรคไข้ไม่ทราบสาเหตุ และโรคไข้หวัดใหญ่ ๓๒๘.๘๘ , ๒๐๑.๓๘ , ๑๘๕.๔๔ และ ๑๖๓.๐๒ ต่อแสนประชากร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จึงมีการเฝ้าระวังโรคอย่างต่อเนื่อง สถานการณ์โรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยามีดังนี้

๑. สรุปรายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาไวรัส ๒๐๑๙

การระบาดระลอกห้า (มกราคม ๒๕๖๕) สถานการณ์การระบาดของโรค COVID-๑๙ ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ช่วงเดือนมกราคมซึ่งมีประชาชนเดินทางมาจากต่างอำเภอต่างพื้นที่ เข้ามาพบปะสังสรรค์กับครอบครัวในช่วงเทศกาลปีใหม่ และโรค COVID-๑๙ มีการตรวจพบสายพันธุ์ OMICRON ที่แพร่กระจายได้เร็วกว่าสายพันธุ์เดิม และผู้ติดเชื้อไม่แสดงอาการทำให้ จังหวัดนครราชสีมา พบผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น

สถานการณ์การระบาดของโรค COVID-๑๙ ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ในช่วง ๑ ม.ค. ๒๕๖๕ - ๓๐ ก.ย. ๒๕๖๕ พบอัตราป่วย ๘,๗๕๕.๑๖ ต่อแสนประชากร(๒๓๑,๘๐๗ ราย) อัตราตาย ๑๔.๘๑ ต่อแสนประชากร(๓๙๒ ราย) อัตราป่วยตายน้อยละ ๐.๑๗ และเมื่อปรับสถานะจากโรคติดต่ออันตราย มาเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ทำให้ผู้ป่วยที่ถูกค้นพบหรือมีอาการรุนแรงที่ต้องเข้าสู่กระบวนการรักษา มีจำนวนลดลง ในช่วง ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕-๒๖ มกราคม ๒๕๖๖ พบอัตราป่วย ๖๘๐.๗๑ ต่อแสนประชากร (๑๘,๐๒๓ ราย) อัตราตาย ๒.๕๓ ต่อแสนประชากร (๖๗ ราย) อัตราป่วยตายน้อยละ ๐.๓๗ อีกทั้งในจังหวัดนครราชสีมา ยังมีการดำเนินการฉีดวัคซีนป้องกันโรค COVID-๑๙ อย่างเข้มข้น ทำให้มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตลดลง

๒. สรุปรายงานสถานการณ์โรคหัด พบผู้ป่วยโรคไขุ่หัด จำนวน ๑๐๑ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๓.๘๓ ต่อแสนประชากร พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยพบเพศชาย ๖๙ ราย เพศหญิง ๓๒ ราย อัตราส่วนเพศชาย ต่อ เพศหญิง เท่ากับ ๒.๑๖ : ๑ อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ อำเภอบ้านเหลื่อม อัตราป่วยเท่ากับ ๑๘.๘๙ ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ อำเภอขามทะเลสอ อำเภอพระทองคำ และอำเภอโนนสูง อัตราป่วยเท่ากับ ๑๖.๗๕ , ๑๐.๐๖, ๙.๕๖ และ ๙.๔๓ ต่อแสนประชากรตามลำดับ

๓. สรุปรายงานสถานการณ์ไข้หวัดใหญ่ พบผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ จำนวน ๔,๒๙๖ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๑๖๓.๐๒ ต่อแสนประชากร พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยพบเพศชาย ๒,๒๐๔ ราย เพศหญิง ๒,๐๙๒ ราย อัตราส่วนเพศชาย ต่อเพศหญิงเท่ากับ ๑.๐๕ : ๑ อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ อำเภอบัวใหญ่ อัตราป่วยเท่ากับ ๖๙๔.๐๗ ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ อำเภอสีดา อำเภอพิมาย

ชื่อสัตย์ สามัคคี มีวินัย

อำเภอบัวลาย และอำเภอเมือง อัตราป่วยเท่ากับ ๓๔๑.๔๔ , ๒๙๙.๖๕ , ๒๓๕.๗๔ และ ๒๒๔.๐๖ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

๔. สรุปรายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออก พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ๗๕๐ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๒๘.๔๖ ต่อแสนประชากร พบผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยพบเพศหญิง ๓๙๑ ราย เพศชาย ๓๕๙ ราย อัตราส่วนเพศหญิงต่อ เพศชายเท่ากับ ๑.๐๙ : ๑ อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุด ได้แก่ อำเภอบัวลาย อัตราป่วยเท่ากับ ๑๗๔.๗๘ ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ อำเภอขามทะเลสอ อำเภอโนนสูง อำเภอสีดา และอำเภอบัวใหญ่ อัตราป่วยเท่ากับ ๑๑๔.๐๕ , ๙๓.๕๔ , ๘๒.๒๗ และ ๗๓.๓๘ รายต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ

๕. สรุปรายงานสถานการณ์โรคเมลิออยด์ พบผู้ป่วยโรคเมลิออยด์ ๑๒๙ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๔.๙๐ ต่อแสนประชากร พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยพบเพศหญิง ๘๘ ราย เพศชาย ๓๑ ราย อัตราส่วนเพศหญิงต่อ เพศชายเท่ากับ ๓.๑๖ : ๑ อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุด ได้แก่ อำเภอห้วยแถลง อัตราป่วยเท่ากับ ๒๗.๖๓ ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ อำเภอเทพารักษ์ อำเภอแก้งสนามนาง อำเภอบัวลาย และอำเภอ โนนแดง อัตราป่วยเท่ากับ ๑๙.๙๕ , ๑๘.๗๘ , ๑๒.๑๙ และ ๑๑.๗๑ รายต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ

สรุปผลการดำเนินการตามตัวชี้วัด
แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข
จังหวัดนครราชสีมา

ตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ ๒๕๖๕
ทั้งหมด ๕๘ ตัวชี้วัด (ณ ข้อมูล ๙ เดือน ณ วันที่ ๕ กันยายน ๒๕๖๕)
ผ่านเกณฑ์ ๓๙ ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ ๖๘ ตามรายละเอียด ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค
เป็นเลิศ (PP&P Excellence)
๒๐ ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ ๑๓ ตัวชี้วัด
คิดเป็นร้อยละ ๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
๒๖ ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ ๑๕ ตัวชี้วัด
คิดเป็นร้อยละ ๕๘

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)
๓ ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ ๒ ตัวชี้วัด
คิดเป็นร้อยละ ๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ การบริหารจัดการที่เป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล
(Governance Excellence)
๙ ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ ๙ ตัวชี้วัด
คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

ชื่อสัตย์ สามัคคี มีวินัย

สรุปตัวชี้วัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565													
ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (สสจ.นม.) 2565	ผลงาน ปี 2565 (9 เดือน)			ผลงานย้อนหลัง				หน่วยงาน รับผิดชอบ	ผ่าน ✓	ไม่ผ่าน ✗	กลุ่มงาน รับผิดชอบ
			เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ ร้อยละ	2564 ค.ค.	2563	2562	2561				
1	อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีวิตคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีวิตคน	13,237	6	45.32	23.66 ค.ค.	22.9	22.5	19.9	กรม อนามัย		✗	สส.
	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ <12	ร้อยละ 75	5,006	4,146	82.82						✓		สส.
	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์	ร้อยละ 75	4,995	3,828	76.64						✓		สส.
	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนธาตุเหล็กและโฟลิก	ร้อยละ 100	11,568	10,691	92.42							✗	สส.
	หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง	ไม่เกิน ร้อยละ 14	10,451	1,365	13.06						✓		สส.
	ทารกแรกเกิดจนถึง 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว	ร้อยละ 50	7,191	5,516	76.71						✓		สส.
	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฉีควัคซีนป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 หลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์		5,006	4,431	88.51								สส.
	ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	น้อยกว่าร้อยละ 7	10,730	1,116	10.40							✗	สส.
2	เด็กไทยมีการเจริญเติบโตและพัฒนการสมวัย		74,825	51,719	69.12					กรม			สส.
2.1	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	สูงดีสมส่วนร้อยละ 64 ชาย 113 cm / หญิง 112 cm	77,020	47,940	62.24	62.9 109.1 108.5	63.7 109.1 108.2	58.6 108.8 108.2		กรม อนามัย		✗	สส.
	เด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะอ้วน	ไม่เกิน ร้อยละ 12	77,762	8,833	11.36						✓		สส.
2.2	ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 85	74,825	51,719	69.12	86.8	88.1	87.1		กรม อนามัย		✗	สส.
	เด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	ร้อยละ 90	55,989	51,737	92.40						✓		สส.
	เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม	ร้อยละ 90	11,015	9,762	88.62							✗	สส.
	เด็กอายุ 6 เดือน ถึง 5 ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก		49,337	22,242	45.08								สส.
	เด็กอายุ 6-12 เดือน มีภาวะโลหิตจาง	ไม่เกินร้อยละ 20	2,032	546	26.87							✗	สส.
3	เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100	ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100			99.82	94.73	ปี59=98.23	ปี55=98.59		กรม สุขภาพจิต		✗	สส.
	เด็กปฐมวัยมีระดับ EQ ดีขึ้น		7,007	6,660	95.05								สส.
4	เด็กวัยเรียน(6-14 ปี) สูงดีสมส่วน	ร้อยละ 66	236,163	147,825	62.59							✗	สส.
5	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	ไม่เกิน 25 ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	78,664	761	20.03	27.23	28.7	31.3		กรม อนามัย	✓		คร.
6	เพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก กลุ่มอายุ 0-12 ปี												ทต.
6.1	ร้อยละของ เด็ก 0-12ปีได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	ร้อยละ50	205,728	146,383	71.15						✓		ทต.
	เด็กอายุ 3 ปี ได้รับการตรวจฟัน โดยทันตบุคลากร		16,297	5,394	33.10								ทต.
	เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากโรคฟันผุ	ร้อยละ 75	5,394	3,698	68.56							✗	ทต.
6.2	ร้อยละของเด็ก 4-12 ปี ได้รับฟลูออไรด์	ร้อยละ 40	193,260	111,095	57.48						✓		ทต.
6.3	ร้อยละของ เด็ก 6-12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน	ร้อยละ 30	156,376	27,552	17.62							✗	ทต.
7.1	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	ร้อยละ 90	18,323	17,178	93.75 %	92.45	89.56	92.42		กรม อนามัย	✓		สส.
7.2	ผู้สูงอายุกลุ่ม ดิตบ้าน ดิตเตียง ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40	8,060	4,067	50.46						✓		ทต.
8	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้รับการดูแลทั้งในสถานบริการและในชุมชน									กรม อนามัย			สส.
8.1	ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ร้อยละ 50	57,162	38,772	67.83	30.8	37.8	52		กรม	✓		สส.
8.1.1	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง ADL	ร้อยละ 95	426,203	342,899	80.45							✗	สส.
8.1.2	ร้อยละของผู้สูงอายุกลุ่มดัดจริตได้รับการคัดกรองมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ร้อยละ 50	57,162	38,772	67.83						✓		สส.
8.1.3	ร้อยละของตำบลมีการดำเนินงานกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพหรือโรงเรียนผู้สูงอายุ)	ร้อยละ 100	289	289	100.00						✓		สส.
8.2	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	ร้อยละ 98	289	284	98.27	96.25	92.78	83.9		กรม อนามัย	✓		สส.
8.3	ผู้สูงอายุได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50	398,746	124,714	31.28							✗	ทต.

ชื่อสัตย์ สามัคคี มีวินัย

ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (สสจ.นม.)	ผลงาน ปี 2565 (9 เดือน)			ผลงานย้อนหลัง				หน่วยงานรับผิดชอบ	ผ่าน	ไม่ผ่าน	กลุ่มงานรับผิดชอบ
			เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ	2564	2563	2562	2561				
		2565									✓	✗	
9	ร้อยละผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ									กรมการแพทย์			สส.
9.1	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ 30	170	163	95.88	N/A	N/A	N/A			✓		สส.
9.2	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ 30	1,010	999	98.91	N/A	N/A	N/A			✓		สส.
10	จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ	ร้อยละ 50 ของกลุ่มเป้าหมาย	397,846	261,616	65.76	4E+06				กรมอนามัย	✓		สส.
	ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคพิษประสงศ์	ร้อยละ 80	2,223	1,823	82.00						✓		คร.
	กิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการปฏิบัติตามมาตรการ	ร้อยละ 90	5,016	4,665	93.00						✓		คร.
11	ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มี	ร้อยละ 80	32	32	100.00	73.12	71.41	66.28		สสป.	✓		สสม.
12	ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับจังหวัด	ร้อยละ 100	4 ประเด็นหลัก (1.ปรับปรุงโครงสร้าง ICS, 2.ประเมินตนเองโดยใช้เครื่องมือ EOC assessment tool, 3.ประเมินความเสี่ยงและจัดทำแผนเผชิญเหตุซ้อมแผนเผชิญเหตุระดับจังหวัดและ 4. จัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี)	ครบ 4 ประเด็นหลัก	100.00	ระดับ 5 (57 จังหวัด)	ระดับ 5 (43 จังหวัด)			กสธจ.	✓		คร.
13	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง									กรมควบคุม			NCD
13.1	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ 60	8,196	3,997	48.77	62.27	59.99	N/A		กรมควบคุม		✗	NCD
13.2	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ 70	58,231	46,782	80.34	76.13	68.92	N/A		กรมควบคุม	✓		NCD
	กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ 80											NCD
	การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย	ร้อยละ 80											NCD
13.3	ร้อยละอำเภอดำเนินการ Health Station ระดับ Excellence	ร้อยละ 50	96	81	84.38						✓		NCD
13.4	ร้อยละชุมชนวิถีใหม่ห่างไกล NCDs	อำเภอละ 1 ชุมชน	32	32	100.00						✓		NCD
14	ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	ร้อยละ 100	1	1	100.00	N/A	N/A	N/A		กรมควบคุม	✓		อวส.
15	ร้อยละของจังหวัดที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ภายใน 21 - 28 วัน	ร้อยละ 100	333 clusters	333	100.00	N/A				กรมควบคุม	✓		คร.
	ร้อยละของประชากรที่อาศัยอยู่ในราชอาณาจักรไทยได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19	≥ ร้อยละ 70	2,633,207	1,909,277	73.26						✓		คร.
16	ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	ระดับดีมาก ร้อยละ 100	4 ตัวชี้วัดย่อย (1.ดูแลแยกกัก test&GO, 2.ห้องปฏิบัติการมาตรฐาน, 3.ปชช.สวมหน้ากากอนามัย> 80%และ 4.ผู้ป่วยโควิด ได้รับการดูแลทาง	ครบ 4 ตัวชี้วัดย่อย	100.00	N/A				กรมควบคุมโรค	✓		คร.

ชื่อสัตย์ สามัคคี มีวินัย

ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (สสจ.นม.) 2565	ผลงาน ปี 2565 (9 เดือน)			ผลงานย้อนหลัง				หน่วยงาน รับผิดชอบ	ผ่าน ✓	ไม่ผ่าน ✗	กลุ่มงาน รับผิดชอบ
			เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ ร้อยละ	2564	2563	2562	2561				
17	จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่เกิดจากการส่งเสริมผู้ประกอบการให้สามารถได้รับการอนุญาต	อย่างน้อย 1 ผลิตภัณฑ์	1	49	4900.00					อย.	✓		คปส.
18	จังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ					76				กรม			คปส.
18.1	ตลาดนัด น้ำซ้อ (Temporary Market)	อย่างน้อยร้อยละ 5 / อำเภอละ 1 แห่ง	5	5	100.00					กรม อนามัย/	✓		คปส.
18.2	ตลาดสดน้ำซ้อ วิถีใหม่ (Health Market) และ อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) (พื้นที่ขยาย จังหวัดละ 1 แห่ง)	อย่างน้อยร้อยละ 60/ อำเภอละ 1 แห่ง	1	2	200.00					กรม อนามัย/	✓		คปส.
18.3	ร้านอาหาร (Clean Food Good Taste Plus) เป้าหมาย กสร.	อย่างน้อยร้อยละ 80	5	15	300.00					กรม	✓		คปส.
18.4	โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย	ร้อยละ 100	35	35	100.00						✓		คปส.
19	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาโมยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์									กรม			อวล.
19.1	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาโมยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป	-ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ98	35	35	100.00					กรม อนามัย	✓		อวล.
19.2	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาโมยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus	-ระดับดีมาก Plus ร้อยละ60	35	21	60.00					กรม อนามัย	✓		อวล.
20	ร้อยละของจังหวัดจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อผลของอัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสูบบุหรี่และมลพิษ	ร้อยละ 60	1	1	100.00	N/A	N/A	N/A		กรม อนามัย	✓		อวล.
21	การดำเนินงานพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562												สสม.
21.1	จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	ร้อยละ 50	232	131	56.47	2,266	1,855	1,180		สสป.	✓		สสม.
21.2	จำนวนประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	ร้อยละ 50	2,475,760	1,447,805	58.48	23,991	18.71	N/A		สสป./ สสส.	✓		สสม.
21.3	ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิต	ร้อยละ 80	121,056	111,101	91.78	N/A	N/A	N/A		สสส.	✓		สสม.
22	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาใน Stroke Unit									กรมการ แพทย์			NCD
22.1	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :60-69)	น้อยกว่าร้อยละ 7	7,315	643	12.27	8.19	8.01	7.97		กรมการ แพทย์		✗	NCD
22.2	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (60-69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	ร้อยละ 80	3,860	3,179	82.36	73.9	70.62	63.36		กรมการ แพทย์	✓		NCD
23	ระดับความสำเร็จของการลดภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	ผ่านระดับ 4											NCD
23.1	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานโรคเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรอง HbA1C ของหน่วยบริการที่รับลงทะเบียนสิทธิ	≥ ร้อยละ 60	136,257	97,658	71.67						✓		NCD
23.2	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาล (A1C) ได้ดี	≥ ร้อยละ 40	136,257	45,986	33.75							✗	NCD
23.3	ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันได้ดี	≥ ร้อยละ 60	278,298	143,783	51.67							✗	NCD
23.4	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน	≥ ร้อยละ 60	136,257	78,934	57.93							✗	NCD
23.5	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน	≥ ร้อยละ 60	136,257	73,149	53.68							✗	NCD
23.6	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตาแล้ว มีภาวะผิดปกติได้รับการส่งต่อ	≥ ร้อยละ 80	4,952	3,748	75.68							✗	NCD
23.7	ร้อยละของการคัดกรอง AF ในกลุ่มผู้ป่วย DM/HT กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป	≥ ร้อยละ 70	343,834	258,192	75.09						✓		NCD
24	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่									กรม			คร.
24.1	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ 88	408	253	62.00		85.4	85.7	85	กรม		✗	คร.
24.2	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ 88	3,473	2,073	59.68		78.4	76.8	72.2			✗	คร.

ชื่อสัตย์ สามัคคี มีวินัย

ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (สสจ.นม.) 2565	ผลงาน ปี 2565 (9 เดือน)			ผลงานย้อนหลัง				หน่วยงาน รับผิดชอบ	ผ่าน	ไม่ผ่าน	กลุ่มงาน รับผิดชอบ
			เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ ร้อยละ	2564	2563	2562	2561				
25	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของทั้งประเทศ	น้อยกว่า ร้อยละ 1.55	169,182	352	0.20	0.78				กรมการแพทย์/แพทย	✓	✗	คร.
	ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ A,S,M1,M2 มีการพัฒนาศักยภาพรองรับผู้ป่วยโควิดและโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ					0.78				กรมการแพทย์/แพทย			พบ.
26	ร้อยละของอำเภอขับเคลื่อนการพัฒนาสู่จังหวัดไร้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ 50				38 จาก 30				อย.			คสส.
	RDU HOSP		33	21							✓		
	RDU PCU		33	26							✓		
	RUA ร้านชำ	ร้อยละ 80	5	0								✗	
27	อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือด (วัด รพศ./รพท.) (เป้าหมาย = รพ.มหาวิทยาลัย/ปากช่อง/เทพรัตน์)	ไม่เพิ่มขึ้นจากปีปฏิทินที่ผ่านมา (ปีปฏิทินที่ผ่านมาใช้ข้อมูล 1 ม.ค.-31 ธ.ค. 63 เท่ากับ ร้อยละ 38.73)	4	ผ่านเกณฑ์ 4 รพ			38.73	36.62	36.89	กบรส.	✓		คสส.
28	อัตราการตายทารกแรกเกิดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน (เป้าหมายกสธ.น้อยกว่า 3.6 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีวิต)	น้อยกว่า 3.5 ต่อ 1,000	13,238	29	2.19		4.42 (6	4.21	4.52	กรมการแพทย์	✓		สส.
29	ร้อยละของการดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ	ร้อยละ 50	4,002	2,655	66.34	49.7 (6	25.6			กรมการแพทย์	✓		พบ.
30	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ 20.5				รพศ./ รพท.	รพศ./ รพท.	รพศ./ รพท.		กรมการแพทย์			พพท.
	ภาพรวม	ร้อยละ 20.5	5,869,615	843,898	14.38							✗	
	รพศ.	ร้อยละ 5.5	455,428	20,249	4.45							✗	
	รพท.	ร้อยละ 12	644,054	38,347	5.95							✗	
	รพ.ม2	ร้อยละ 12.5	655,257	33,116	5.05							✗	
	รพช.	ร้อยละ 20	2,253,700	191,442	8.49							✗	
	รพ.สต.(อ.เมือง)	ร้อยละ 28			#DIV/0!							✗	
	รพ.สต.	ร้อยละ 30	1,861,176	560,744	30.13						✓		
31	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	ร้อยละ 74	59,663	58,914	98.74	82.02	72.84	68.22		กรม	✓		ยสค.
32	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ									กรม			ยสค.
32.1	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8.0 ต่อประชากรแสนคน	211	119	4.52	4.21 (30 เมย	7.37	6.64		กรมสุขภาพจิต	✓		ยสค.
32.2	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมามีทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา	ร้อยละ 90	1,751	1,738	99.26	98.75	97.23	94			✓		ยสค.
33	อัตราการเสียชีวิตเชื่อมโยงในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด	น้อยกว่า ร้อยละ 26	1,996	650	32.57	32.95	31.17	32.92		กรมการ		✗	พบ.
34	Refracture Rate (วัดระดับ A 5 M1)	น้อยกว่า ร้อยละ 20	478	0	0.00	0.37	1.29	1.4		กรมการ	✓		พบ.
35	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษาตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด									กรมการแพทย์			NCD
35.1	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	น้อยกว่า ร้อยละ 8	1,220	87	7.13		10.5	8.85	9.84	กรมการ	✓		NCD
35.2	ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่									กรมการ	✓		NCD
35.2.1	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลา	ร้อยละ 60	711	682	95.92	50.34	46.66	49.02		กรมการแพทย์	✓		NCD
35.2.2	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	ร้อยละ 60	351	275	78.34	45.63	46.2	49.51		กรมการแพทย์	✓		NCD
36	ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่									กรมการ			NCD
36.1	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	ร้อยละ 75	317	251	79.18		69.99	71.07	71.05	กรมการแพทย์	✓		NCD
36.2	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	ร้อยละ 75	492	403	81.91		73.01	70.45	74.49	กรมการแพทย์	✓		NCD
36.3	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	ร้อยละ 75	297	226	76.09	33.67	44.25	131.42	297.00		✓		NCD
	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มีการส่งต่อข้อมูลผ่านโปรแกรม TCB Plus	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60	18,965	13,849	73.02	0.53	0.72	136.94	18965.00	13849.00	✓		NCD
	ร้อยละของจำนวนหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่	ร้อยละ 100	32	32	100.00						✓		NCD
36.4	ร้อยละของสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30 - 70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม	ร้อยละ 90	496,026	470,350	94.82						✓		NCD
36.5	ร้อยละของสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30 - 60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ร้อยละ 20	373,332	23,651	6.34							✗	NCD
36.6	ร้อยละของประชากร อายุ 50 - 70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ /ไส้ตรง (Fit test)	ร้อยละ 10	518,906	34,809	6.71							✗	NCD

ชื่อสัตย์ สามัคคี มีวินัย

ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (สสจ.นม.) 2565	ผลงาน ปี 2565 (9 เดือน)			ผลงานย้อนหลัง				ผ่านงาน รับผิดชอบ	ผ่าน	ไม่ผ่าน	กลุ่มงาน รับผิดชอบ
			เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ ร้อยละ	2564	2563	2562	2561				
37	ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มี eGFR ลดลงน้อยกว่า 5 ml/min/1.73m2/yr	ร้อยละ 66	19,422	12,970	66.78	65.88	65.33	57.1		กรรมการ	✓		NCD
38.1	ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน	ร้อยละ 85	2,231	1,816	81.40							✗	NCD
38.2	ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการตรวจตาต้อกระจก	ร้อยละ 80	335,033	270,500	80.74						✓		NCD
39	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S)	เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในรพ.ปี 2562	ปี 2562 = 0.2 (14/6910)	ปี 2565 = 0.09 (5/5822)	ลดลง 64.28	0.18 : 100	0.27 : 100	0.26 : 100		กรรมการแพทย์		✗	พ.บ.
40	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	ร้อยละ 58	822	555	67.52	57.56 (29 กค)	43.53	41.23		ศอ.ปส.สธ /กรรมการ	✓		ยสค.
41	ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการปรับสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6	ร้อยละ 70	1,020	972	95.29	75.67	68.68	55.28		กรรมการแพทย์	✓		พ.บ.
42	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	ร้อยละ 20 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดต่อปีในกลุ่มโรคที่ให้บริการ	381	210	55.12	66.8 (ผลงาน 6	93.25	89.87		กรรมการแพทย์	✓		พ.บ.
43	ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)	น้อยกว่า ร้อยละ 5	519	2	0.39	0 (ผลงาน 6	N/A	N/A		กรรมการแพทย์	✓		พ.บ.
44	ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์		34	34	100.00	N/A	N/A	N/A		สถาบันกัญชา/	✓		พ.พ.
44.1	ร้อยละของ รพ.สังกัด สป.สธ.ที่มีการจัดการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์	ร้อยละ 100	33	33	100.00						✓		พ.พ.
	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการที่มีการจัดการบริการคลินิก	ร้อยละ 70	1	1	100.00						✓		พ.พ.
	จำนวนของสถานพยาบาลเอกชนที่มีการจัดการบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์	เขตสุขภาพละ 3 แห่ง	เขตสุขภาพละ	2							✓		พ.พ.
44.2	ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑息ทางการแพทย์ (คช.กสธ. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑息ทางการแพทย์)	ร้อยละ 5	218	4,669	4.67							✗	พ.พ.
	ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑息ทางการแพทย์	เพิ่มขึ้นร้อยละ 5	ปี 2564 = 237	ปี 2565 = 821	246.41						✓		พ.พ.
45	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน ECS ระดับ 5		33	28	84.84						✓		EMS
45.1	ประเมิน ECS คุณภาพ เป้าหมาย	ร้อยละ 65	33	28	84.84						✓		EMS
45.2	ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีระบบ EMS ภายใน 8 นาที	ร้อยละ 45	9,783	5,397	55.17						✓		EMS
46	มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในเมื่องสมุนไพร และ จังหวัดในเขตสุขภาพเพิ่มขึ้น	ร้อยละ 2	ปี 2564 = 39,259,540.89	ปี 2565 = 44,070,344.15	12.25	223 ล้านบาท	323 ล้านบาท	497 ล้านบาท	348 ล้านบาท	กรรมการแพทย์	✓		พ.พ.
	กสธ.ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 4	ไม่เกินร้อยละ 4	4.32	4.32		4.62	5.24		บค.		✗	บค.
47	ร้อยละของหน่วยบริการที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ 100 คะแนน	ร้อยละ 75	64 แห่ง	40 แห่ง	62.50							✗	บค.
	ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา	ร้อยละ 80	234 คน	194 คน	82.90	N/A	N/A	N/A		บค.	✓		บค.

ชื่อสัตย์ สามัคคี มีวินัย

ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (สสจ.นม.) 2565	ผลงาน ปี 2565 (9 เดือน)			ผลงานย้อนหลัง				หน่วยงาน รับผิดชอบ	ผ่าน ✓	ไม่ผ่าน ✗	กลุ่มงาน รับผิดชอบ
			เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ ร้อยละ	2564	2563	2562	2561				
48	ร้อยละของหน่วยบริการสนับสนุนให้บุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา	ร้อยละ 80	64 แห่ง	62 แห่ง	96.80						✓		
	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ						มี			กยพ.			บค.
	ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขของการทำงาน (Happinometer)	ร้อยละ 70	11400 คน	10692 คน	93.79					กยพ.	✓		บค.
	ร้อยละองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ		64 แห่ง	59 แห่ง	92.18					กยพ.	✓		บค.
	ระดับกรม และสป. (ส่วนกลาง)	ร้อยละ 20											บค.
	ระดับจังหวัด	ร้อยละ 20											บค.
49	ร้อยละของหน่วยบริการเป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	ร้อยละ 20	64 แห่ง	59 แห่ง	92.18						✓		บค.
50	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ 92	66	64	96.97		94.38 (1,746/	96.86 (1,792/		ศปท.	✓		กฎหมาย
	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การ	ร้อยละ 92	66	64	96.97					ศปท.	✓		กฎหมาย
51	ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน (5)	ร้อยละ 90	32	32	100.00	87.74				กลุ่ม ตรวจสอบ	✓		บ.
	ตรวจสอบภายใน (แผนเงินบำรุง)	การกำกับติดตามการใช้ ใช้จ่ายเงินตามแผนเงิน	33	33	100.00						✓		พย.
52	หน่วยงานมีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านเกณฑ์ระดับ 5	สสจ. 1 แห่ง สสอ. 32 แห่ง	สสจ. 1 แห่ง สสอ. 32 แห่ง	สสจ. 1 แห่ง สสอ. 32 แห่ง	100.00						✓		พย.
53	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3									กบรส.	✓		พบ.
53.1	ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	ร้อยละ 100	4	4	100.00	99.16	100	99.39		กบรส.	✓		พบ.
53.2	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิตมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	ร้อยละ 100	1	1	100.00	95.83	97.96			กบรส.	✓		พบ.
53.3	ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA	ร้อยละ 90	29	26	90.00	88.92	92.33	88.96		กบรส.	✓		พบ.
54	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดีดดาว (เป้าหมาย กสธ. ร้อยละ 75)	ร้อยละ 90 เพิ่ม Re-ac อำเภอละ	348	348	100.00		70.10 (6,914)	70.10 (6,914)	50.44 (4,975)	สสป.	✓		สสม.
55	ร้อยละของ รพ.ที่ติดตั้ง HIS Gateway และมีผลการเชื่อมโยงข้อมูลสำเร็จ	ร้อยละ 60	33	33	100.00					กบรส.	✓		พย.
56	ร้อยละของหน่วยบริการที่ไม่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 4-7	ร้อยละ 100	33	33	100.00	ไตรมาส	ไตรมาส	ไตรมาส			✓		
57	ร้อยละของหน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ระดับดีและดีมาก	ร้อยละ 90 ขึ้นไป	33	33	100.00	1/64=0 ไตรมาส	1/63=0 ไตรมาส	1/62=0 ไตรมาส			✓		ปก.
58	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด	อย่างน้อยหน่วยงานละ 1 เรื่อง (รพ.1 เรื่อง , สสอ./รพ.สต. 1 เรื่อง)	วิจัย =76ผลงาน PMQA = 15ผลงาน นวัตกรรม=84ผลงาน			เพิ่มขึ้น จากปีที่ ผ่านมา	เพิ่มขึ้น จากปีที่ ผ่านมา	เพิ่มขึ้น จากปีที่ ผ่านมา	เพิ่มขึ้น จากปีที่ ผ่านมา	กรม วิทยาศาสตร์ ตรำ	✓		พย.

ผลการดำเนินงาน สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

๑.วิเคราะห์ตามกลุ่มอายุ

วิเคราะห์ตามกลุ่มอายุ

๑. กลุ่มมารดาและทารก

การตายมารดาไทย

วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา

จังหวัดนครราชสีมา ยังพบอัตราส่วนการตายมารดา ปี ๒๕๖๕ จำนวน ๖ ราย คิดเป็นอัตรา ๓๖.๘๒ ต่อการเกิดมีชีพ ดังนี้

๑. small bowel perforate with Severe sepsis
๒. Amniotic embolism
๓. HELLP syndrome R/O TTP
๔. Brain tumor
๕. GDM A๒ with Severe sepsis
๖. Severe acidosis

เกิดจากสาเหตุโดยตรงและโดยอ้อม การตายของมารดาในโรงพยาบาลชุมชนที่มีสูติแพทย์ประจำการแต่เนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มีโรคแทรกซ้อนโดยไม่เคยมีประวัติมีโรคประจำตัวมาก่อน และหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ ไม่เคยรู้ตัวมาก่อนว่ามีโรคประจำตัวที่มีความเสี่ยงสูงหากมีการตั้งครรภ์เป็นสาเหตุหนึ่งของการตายของมารดาในจังหวัดนครราชสีมา ในระดับ รพ.สต.พบปัญหาในหลายประเด็น เช่น การบริหารจัดการในการให้บริการหญิงตั้งครรภ์กลุ่ม No risk ยังขาดประสิทธิภาพและการจัดการที่ดีภายในหน่วยงาน รพ.สต.และระดับอำเภอ ทักษะการตรวจครรภ์และการประเมินความเสี่ยงของเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ยังไม่แม่นยำพอ ทำให้การประเมินความเสี่ยงรายบุคคลล่าช้า และส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไม่ทันท่วงที รวมทั้งการเยี่ยมบ้านหลังคลอด ไม่ครบตามเกณฑ์ ทำให้ขาดการป้องกันและประเมินสภาพร่างกาย อาการผิดปกติ และการให้ความรู้การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องขาดความต่อเนื่อง

ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน

๑. เครือข่ายพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดนครราชสีมา (MCH BOARD) คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) ระดับจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลแม่ข่าย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และตำบล
๒. สนับสนุนงบประมาณโดย สปสช.ตามสิทธิประโยชน์
๓. นโยบาย MMR ZERO โครงการมหัศจรรย์๑๐๐๐ วัน ฝากครรภ์ฟรีทุกที่ทุกสิทธิ์ โครงการสวไทยแถมแดง
๔. สื่อประชาสัมพันธ์ Book Pink
๕. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับ

แนวทางการปรับปรุง / พัฒนา

๑. ดำเนินการPreconception care clinic และPremarital care ในรพ.ฟ๑ ขึ้นไป โดยใช้รูปแบบรพ.เทพรัตน์ Model
๒. สร้างHLภาวะโภชนาการ/การคุมกำเนิดที่เหมาะสมในหญิงวัยเจริญพันธุ์คู่และหญิงตั้งครรภ์
๓. ทบทวน/จัดทำCPGการดูแลหญิงตั้งครรภ์สำหรับรพสต./รพช.ที่มีสูติแพทย์ /รพช.ที่ไม่มีสูติแพทย์
๔. พัฒนาระบบTele consult ระหว่างรพสต./รพช.และรพ.แม่ข่าย
๕. โครงการป้องกันPreterm โดยใช้ยา Progesterone
๖. สนับสนุนการเข้าถึงการยุติการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคประจำตัวและความเสี่ยงสูง ให้เข้าถึงบริการได้ง่ายและปลอดภัย
๗. ค้นหาหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีโรคประจำตัวในชุมชนเพื่อวางแผนการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ
๘. ขับเคลื่อนโครงการมหัศจรรย์๑๐๐๐วัน PLUSโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกระดับ

การติดตามประเมินผล / ผลการดำเนินงาน

๑. แนวทางการติดตามประเมินผล

๑. การติดตามผลการดำเนินงานตามโครงการมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน พลัส
๒. ติดตามผลการดำเนินงานในระบบติดตามจากรายงานต่างๆ ได้แก่ HDC และ รายงานเฉพาะกิจ
๓. จัดประชุมคณะกรรมการ พัฒนาการดูแลอนามัยแม่และเด็ก (MCH Borad)
๔. การนิเทศงาน ลงนิเทศงานเป็นโซนนิ่งตามตัวชี้วัดงานอนามัยแม่และเด็ก ปีละ ๑ ครั้ง
๕. การประเมิน ranking ปีละ ๒ ครั้ง
๖. การนิเทศติดตาม เฉพาะกิจกรณีพื้นที่มีปัญหา

๒. ผลการดำเนินงานการฝากครรภ์ และการดูแลหลังคลอดรายอำเภอ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
๑. อัตราตายมารดาต่อการเกิดมีชีพ	≤๑๗:๑๐๐,๐๐๐	๑๙.๕๕	๒๐.๙๗	๓๖.๘๒
๒. จำนวนมารดาเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอด	๐ ราย	๐	๑	๐
๓. อัตราการคลอดก่อนกำหนด	≤ ร้อยละ๙	๖.๖๕	๔.๖๕	๙.๕๖
๔. อัตราตายปริกำเนิด	≤ ร้อยละ๕	๔.๓๗	๔.๔	๒.๑๔
๕. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์๑๒ สัปดาห์	ร้อยละ ๗๕	๗๒.๖๒	๗๗.๘	๗๖.๖๔
๖. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ	ร้อยละ ๕๐	๖๔.๗๒	๗๐.๑๔	๖๗.๗๗
๗. ร้อยละหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้ง	ร้อยละ ๗๕	๕๘.๑๓	๖๖.๖๓	๖๕.๘
๘. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า๒,๕๐๐กรัม	≤ ร้อยละ๗	๖.๕๔	๖.๑๗	๗.๘๓
๙. ร้อยละทารกแรกเกิดจนถึงอายุ๖เดือนกินนมแม่อย่างเดียว	ร้อยละ๕๐	๗๓.๙๓	๗๕.๘๖	๗๙.๖๗
๑๐.อัตราทารกแรกเกิดอายุ≤๒๘วันที่รอดออกมามีน้ำหนัก≥๕๐๐กรัม	< ๓.๖:๑๐๐๐	๐.๒๒	๐.๑๙	๒.๘๒
๑๑.เพิ่มเติม NICU ให้ได้ตามเกณฑ์	≤๑:๕๐๐	๔๕.๕๕	๔๕.๕๕	๔๕.๕๕
๑๒.ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์	≤ ร้อยละ๑๓	๑๓.๖	๙.๙๘	๑๓.๓๗
๑๓.หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก โฟลิก	≥ ร้อยละ๙๕	๘๔.๐๗	๘๘.๗๕	๙๐.๐๒

ปัจจัยความสำเร็จ

๑. การพัฒนาทักษะ ความรู้บุคลากรในระดับอำเภอ ตำบลอย่างต่อเนื่อง และเสริมพลังให้ขวัญ กำลังใจผู้ปฏิบัติงาน
๒. กลไกขับเคลื่อน และบูรณาการงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานพัฒนาสตรีและเด็กระดับอำเภอ ตำบลและหมู่บ้าน
๓. การบูรณาการงานระหว่าง MCH Board และ คกก.Service Plan ในการขับเคลื่อนงานในระดับจังหวัดอย่างต่อเนื่อง
๔. กำกับ ติดตามระบบการบันทึกข้อมูล ระบบการส่งต่อข้อมูล ต่อเนื่อง
๕. เครือข่ายทีม CFT(Child and Family Team) ร่วมค้นหา ติดตามเยี่ยม และแก้ไขปัญหาในพื้นที่ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ หลังคลอดและทารกแรกเกิดได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพเกิดความเชื่อมโยง บูรณาการกันทุกภาคส่วน

โอกาสพัฒนา / สิ่งที่จะทำต่อไปในพื้นที่ที่มีผลงานต่ำ

๑. ขับเคลื่อนโครงการมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus ครอบคลุมทุกอำเภอผ่านการประสานความร่วมมือจากเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
๒. พัฒนาให้ทุกโรงพยาบาลจัดตั้ง Pre-conceptual clinic ซึ่งเป็นคลินิกป้องกันความเสี่ยงการตั้งครรภ์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีโรคทางอายุรกรรม และหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคทางอายุรกรรมร่วมด้วย ได้รับการดูแล รักษา ส่งต่ออย่างเหมาะสม
๓. ส่งเสริมระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยให้ Node ๖ โชน เป็นแม่ข่ายรับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงโดยใช้ Progesterone ชนิดเหน็บช่องคลอด และขอความร่วมมือสูติแพทย์หาแนวทางร่วมกัน เพื่อลดการเกิด preterm labor ครอบคลุมพื้นที่ทั้งจังหวัด
๔. ส่งเสริมใช้เทคโนโลยี เช่น Line , Application (ก้าวอย่างเพื่อสร้างลูก, save mom)
- ๕.. ทบทวนระบบส่งต่อที่รวดเร็ว (Fast tract) ระบบ Consult เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน อย่างต่อเนื่อง
๖. พัฒนาระบบให้มีบุคลากรเฉพาะทาง เช่น พยาบาลเฉพาะทาง อสม.เชี่ยวชาญด้านแม่และเด็ก
๗. กำกับติดตามการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Hosxp ใน ๔๓ แฟ้ม ส่งออกข้อมูล ให้ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา
๘. พัฒนาศักยภาพในการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้กับบุคลากรใหม่
๙. พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูล และการคืนข้อมูลให้กับพื้นที่เพื่อติดตามให้ได้ครอบคลุม

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

๑. การดำเนินงานPreconception care clinic ,Premarital care clinic โดยมีโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมาดำเนินการนำร่องในพื้นที่เขตรับผิดชอบในอำเภอเมืองนครราชสีมา (CUP รพ.เทพรัตน์ฯ)
๒. ตำบลมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน ในพื้นที่ รพสต.มะกอก ตำบลดงใหญ่ อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา

ภาวะโลหิตจางในสตรีและเด็ก

วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา

จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ ๒๕๖๓-๒๕๖๔ พบว่าจำนวนหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง (Hct ๓๓%) ในอัตราสูงกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ ๑๓) คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๖๔ และ ๑๑.๔๘ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก คิดเป็นร้อยละ ๘๔.๐๗ และ ๘๘.๒๕ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓-๒๕๖๔ พบว่า จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคธาลัสซีเมียก่อนคลอดคิดเป็นร้อยละ ๘๑.๑, ๘๘.๖ ตามลำดับ จำนวนบุตรในครรภ์เป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงคิดเป็นร้อยละ ๗.๒, ๑๑.๙

จังหวัดนครราชสีมา พบว่าสถานการณ์การคัดกรองเด็ก ๖ เดือน - ๕ ปี ได้รับยารักษาธาตุเหล็ก ในปี ๒๕๖๔ ร้อยละ ๔๘.๖๐ พบภาวะโลหิตจางในเด็ก ๖ เดือน-๑๒ เดือน ร้อยละ ๒๖.๑๓ ซึ่งได้รับการรักษาร้อยละ ๑๐๐ พบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยและรับยาการรักษาต่อไป

ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน

๑. เครือข่ายพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดนครราชสีมา (MCH BOARD) คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) ระดับจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลแม่ข่าย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ และตำบล

๒. สนับสนุนงบประมาณโดย สปสช.ตามสิทธิประโยชน์

๓. ขับเคลื่อนนโยบายโครงการมหัศจรรย์๑๐๐๐ วัน ฝากครรภ์ฟรีทุกที่ทุกสิทธิ์ โครงการสาวไทย แก้มแดง

๔. สื่อประชาสัมพันธ์ Book วิตามินแสนวิเศษ วิจัยรณรงค์แม่สาวไทยแก้มแดง

๕. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับ

๖. มีนโยบายการพัฒนาศักยภาพการให้บริการคลินิกเด็กดีในหน่วยบริการคัดกรองภาวะโลหิตจาง ในเด็กอายุ ๖-๑๒ เดือน พร้อมทั้งให้ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง

แนวทางการปรับปรุง / พัฒนา

๑. ดำเนินการ Preconception care clinic และ Premarital care ใน รพ.๑ ขึ้นไป โดยใช้รูปแบบ รพ.เทพรัตน์ Model

๒. สร้าง HCL สร้างความตระหนักถึงความสำคัญในการฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ และภาวะโภชนาการ การจ่ายยาเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิกในหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์

๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากรการให้คำปรึกษาหญิงวัยเจริญพันธุ์ และหญิงตั้งครรภ์ในการคัดกรองหาความเสี่ยงโรคธาลัสซีเมีย

๔. ขับเคลื่อนโครงการมหัศจรรย์๑๐๐๐วัน PLUS โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกระดับ

๕. จังหวัดนครราชสีมา มีการดำเนินการคัดกรองภาวะโลหิตจางในเด็ก ๖-๑๒ เดือน ทุกคน แต่ยังมี การบันทึกข้อมูลรหัสยา ๒๔ หลักลงในบัญชียาหลัก และโปรแกรม ๔๓ แฟ้มยังไม่ครอบคลุม

การติดตามประเมินผล / ผลการดำเนินงาน

๑ แนวทางการติดตามประเมินผล

๑. การติดตามผลการดำเนินงานตามโครงการมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน พลัส
๒. ติดตามผลการดำเนินงานในระบบติดตามจากรายงานต่างๆ ได้แก่ HDCและรายงานเฉพาะกิจ
๓. จัดประชุมคณะกรรมการ พัฒนาการดูแลอนามัยแม่และเด็ก (MCH Borad)
๔. การนิเทศงาน ลงนิเทศงานเป็นโซนนิ่งตามตัวชี้วัดงานอนามัยแม่และเด็ก ปีละ ๑ ครั้ง
๕. การประเมิน ranking ปีละ ๒ ครั้ง
๖. การนิเทศติดตาม เฉพาะกิจกรณีพื้นที่มีปัญหา

๒. ผลการดำเนินงาน

จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ พบว่าจำนวนหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง (Hct ๓๓%) ในอัตราสูงกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ ๑๓) คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๓๗ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก คิดเป็นร้อยละ ๙๐.๐๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ พบว่า จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคธาลัสซีเมียก่อนคลอด คิดเป็นร้อยละ ๘๘.๖ จำนวนบุตรในครรภ์เป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๔

จังหวัดนครราชสีมา พบว่าสถานการณ์การคัดกรองเด็ก ๖ เดือน - ๕ ปี ได้รับยารักษาธาตุเหล็ก ในปี ๒๕๖๕ ร้อยละ ๔๗.๒๓ พบภาวะโลหิตจางในเด็ก ๖ เดือน-๑๒ เดือน ร้อยละ ๒๗.๐๒ ซึ่งได้รับการรักษาร้อยละ ๑๐๐ พบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยและรับยาการรักษาต่อไป

ตารางแสดงผลการดำเนินงานเทียบเป้าหมาย ๓ ปี ย้อนหลัง (ปี ๒๕๖๓ – ปี ๒๕๖๕)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
๑.ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์	≤ร้อยละ๑๓	๑๓.๖	๙.๙๘	๑๓.๓๗
๒.หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก โฟลิก	≥ร้อยละ๙๕	๘๔.๐๗	๘๘.๗๕	๙๐.๐๒
๓.จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคธาลัสซีเมียก่อนคลอด		๘๑.๑	๘๘.๖๖	๘๘.๖
๔.จำนวนบุตรในครรภ์เป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง		๗.๒	๑๑.๙	๑๕.๔
๓.ร้อยละของเด็กอายุ๖เดือน-๕ปีได้รับยารักษาธาตุเหล็ก	ร้อยละ ๘๕	NR	๔๘.๖๐	๔๗.๒๓
๔. ร้อยละความครอบคลุมเด็กอายุ ๖-๑๒ เดือน ที่ได้รับการคัดกรองภาวะโลหิตจาง	ร้อยละ ๕๐	NR	NR	NR
๕. ร้อยละของเด็กอายุ ๖-๑๒ เดือน ที่มีภาวะโลหิตจางได้รับการรักษา	ร้อยละ ๘๐	NR	NR	NR
๖. ร้อยละของเด็กอายุ ๖-๑๒ เดือน ที่มีภาวะโลหิตจาง	ไม่เกิน ร้อยละ ๑๙	NR	๒๖.๑๓	๒๗.๐๒

ปัจจัยความสำเร็จ

๑. การพัฒนาทักษะ ความรู้บุคลากรในระดับอำเภอ ตำบลอย่างต่อเนื่อง และเสริมพลังให้ขวัญ กำลังใจผู้ปฏิบัติงาน
๒. กลไกขับเคลื่อน และบูรณาการงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานพัฒนาสตรีและเด็กระดับอำเภอ ตำบลและหมู่บ้าน
๓. การบูรณาการงานระหว่าง MCH Board และ คกก.Service Plan ในการขับเคลื่อนงานในระดับจังหวัดอย่างต่อเนื่อง
๔. กำกับ ติดตามระบบการบันทึกข้อมูล ระบบการส่งต่อข้อมูล ต่อเนื่อง
๕. เครือข่ายทีม CFT(Child and Family Team) ร่วมค้นหา ติดตามเยี่ยม และแก้ไขปัญหาในพื้นที่ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ หลังคลอดและทารกแรกเกิดได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพเกิดความเชื่อมโยง บูรณาการกันทุกภาคส่วน

โอกาสพัฒนา / สิ่งที่จะทำต่อไปในพื้นที่ที่มีผลงานต่ำ

๑. ขับเคลื่อนโครงการมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus ครอบคลุมทุกอำเภอผ่านการประสานความร่วมมือจากเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
๒. พัฒนาให้ทุกโรงพยาบาลจัดตั้ง Pre-conceptual clinic ซึ่งเป็นคลินิกป้องกันความเสี่ยงการตั้งครรภ์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีโรคทางอายุรกรรม และหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคทางอายุรกรรมร่วมด้วย ได้รับการดูแล รักษา ส่งต่ออย่างเหมาะสม
๓. ส่งเสริมระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยให้ Node เป็นแม่ข่ายรับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงโดยการใช้ Progesterone ชนิดเหน็บช่องคลอด และขอความร่วมมือสูติแพทย์หาแนวทางร่วมกัน เพื่อลดการเกิด preterm labor ครอบคลุมพื้นที่ทั้งจังหวัด
๔. ส่งเสริมใช้เทคโนโลยี เช่น Line , Application (ก้าวอย่างเพื่อสร้างลูก, save mom)
๕. ทบทวนระบบส่งต่อที่รวดเร็ว (Fast tract) ระบบ Consult เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน อย่างต่อเนื่อง
๖. พัฒนาระบบให้มีบุคลากรเฉพาะทาง เช่น พยาบาลเฉพาะทาง อสม.เชี่ยวชาญด้านแม่และเด็ก
๗. กำกับติดตามการบันทึกข้อมูลโปรแกรม Hosxp ใน ๔๓ แฟ้ม ส่งออกข้อมูล ให้ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา
๘. พัฒนาศักยภาพในการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้กับบุคลากรใหม่
๙. พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูล และการคืนข้อมูลให้กับพื้นที่เพื่อติดตามให้ได้ครอบคลุม

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

๑. การดำเนินงานPreconception care clinic ,Premarital care clinic โดยมีโรงพยาบาล เทพรัตน์นครราชสีมา ดำเนินการนำร่องในพื้นที่เขตรับผิดชอบในอำเภอเมืองนครราชสีมา (CUP รพ.เทพรัตน์ฯ)
๒. ตำบลมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน ในพื้นที่ รพสต.มะกอก ตำบลดงใหญ่ อำเภอพิมาย จังหวัด นครราชสีมา

๒. เด็กปฐมวัย (อายุ ๐ - ๕ ปี)

วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา

จังหวัดนครราชสีมา พบว่าสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย ๒๕๖๓-๒๕๖๔ มีการคัดกรองพัฒนาการครอบคลุมร้อยละ ๘๕.๖๖, ๘๑.๕๘ พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ๒๐.๖๐, ๒๒.๕๗ การติดตามกระตุ้นพัฒนาการร้อยละ ๘๘.๘๔, ๘๗.๙๓ การคัดกรองพัฒนาการครอบคลุมน้อยกว่าร้อยละ ๙๐ แนวโน้มพบว่าด้านคุณภาพทักษะการตรวจคัดกรองพัฒนาการดีขึ้นจากผลตรวจสงสัยล่าช้ามีร้อยละสูงขึ้น และร้อยละการติดตามกระตุ้นพัฒนาการสูงขึ้นแต่ยังไม่ถึงเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ ๙๐ สถานการณ์โภชนาการเด็กปฐมวัย ๒๕๖๓-๒๕๖๔ มีการคัดกรองครอบคลุม ร้อยละ ๘๗.๘๒, ๘๗.๕๗ เด็กอยู่ในเกณฑ์สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๕๖,๘๐, ๕๗.๒๒ ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน

โอกาสในการพัฒนาเรื่องเด็กปฐมวัย ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการยังไม่ครอบคลุมเนื่องจากไม่พบเด็กกลุ่มเป้าหมายในช่วงวันที่กำหนดหรือพบเด็กแต่ไม่ได้รับการตรวจเนื่องจากเด็กยังไม่พร้อมรับการตรวจและอื่นๆ

ในบางอำเภอมียุทธศาสตร์รับผิดชอบงานพัฒนาการใหม่ จึงขาดทักษะการตรวจคัดกรอง ส่วนในเรื่องการติดตามกระตุ้นพัฒนาการเด็กยังไม่ถึงร้อยละ๙๐ พบว่าเด็กล่าช้าที่ติดตามไม่ได้เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด-๑๙ ผู้เลี้ยงดูเด็กไม่ยอมรับผลการตรวจ และภาวะเศรษฐกิจในการเดินทางเพื่อพาเด็กมารับบริการในบางอำเภอ และมีการเปลี่ยนแปลง CPM ระดับอำเภอ จึงทำให้ขาดการคืนข้อมูลและติดตามการดำเนินงานต่อเนื่องในบางอำเภอ และอีกปัจจัยหนึ่งคือการบันทึกและการส่งออกข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์

แนวทางการปรับปรุง / พัฒนา

๑. มีการประชุมชี้แจงแนวทางการทำงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย
๒. พัฒนาศักยภาพในการตรวจคัดกรองพัฒนาการให้กับบุคลากรใหม่ โดย CUP Board
๓. พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูล และการคืนข้อมูลให้กับพื้นที่เพื่อติดตามให้ได้ครอบคลุม
๔. ติดตามเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานเด็กปฐมวัย DSPM DAIM และ TEDA๔

การติดตามประเมินผล / ผลการดำเนินงานปี ๒๕๖๕

๑. แนวทางการติดตามประเมินผล

๑. Child Project manager อำเภอขับเคลื่อนงานพัฒนาเด็กปฐมวัย ควบคุมกำกับกับการบันทึกข้อมูล
๒. Child Project manager ระดับจังหวัด กำกับติดตามจากรายงาน ๔๓ แฟ้ม Special PP
๓. ติดตามประเมินมาตรฐาน WCC คุณภาพเยี่ยมเสริมพลัง ตามมาตรฐาน WCC พัฒนาการเด็กสมัย

๒. ผลการดำเนินงาน

จังหวัดนครราชสีมา พบว่าสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย มีการคัดกรองพัฒนาการครอบคลุม ร้อยละ ๘๑.๕๔ พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ๒๐.๙๓ การติดตามกระตุ้นพัฒนาการร้อยละ ๘๗.๘๘ การคัดกรองพัฒนาการครอบคลุมน้อยกว่าร้อยละ ๙๐ แนวโน้มพบว่าด้านคุณภาพทักษะการตรวจคัดกรอง พัฒนาการดีขึ้นจากผลตรวจสงสัยล่าช้ามีร้อยละสูงขึ้น และร้อยละการติดตามกระตุ้นพัฒนาการสูงขึ้นแต่ยังไม่ถึงเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ ๙๐ สถานการณ์โภชนาการเด็กปฐมวัย ๒๕๖๓-๒๕๖๕ มีการคัดกรอง ครอบคลุม ร้อยละ ๘๗.๘๒, ๘๗.๕๗, ๘๗.๒๕ เด็กอยู่ในเกณฑ์สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๕๖,๘๐, ๕๗.๒๒ และ ๕๘.๓๑ ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

ปัจจัยความสำเร็จ

๑. มีการขับเคลื่อนงานเด็กปฐมวัยโดยคณะอนุกรรมการเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด
๒. บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัยผ่านการอบรมเรื่องการพัฒนาการด้วยคู่มือ DSPM/DAIM ทั้งจังหวัด
๓. ทีมงานเด็กปฐมวัยระดับจังหวัดออกติดตามทักษะการตรวจพัฒนาการด้วยคู่มือ DSPM เป็นพี่เลี้ยงให้กับโรงพยาบาล ศูนย์เด็กเล็ก และ รพ.สต. ทุกอำเภอ

โอกาสพัฒนา / สิ่งที่จะทำต่อไปในพื้นที่ที่มีผลงานต่ำ

จังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดใหญ่ มีพื้นที่กว้าง ประชากรจำนวนมาก และเป็นเมืองที่มีการขยายตัวจึงมีประชากรย้ายเข้า ย้ายออก จำนวนมากจึงมีผลต่อการทำงานของหน่วยบริการที่ยากต่อการติดตามในเชิงรุกมีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานใหม่ในบางอำเภอ

การติดตาม กระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1 จังหวัดนครราชสีมา ยังมีผลงานที่ต่ำ จึงเป็นโอกาสพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ ทักษะการประเมินเรื่องการกระตุ้น พัฒนาการเด็กที่ล่าช้าด้วยคู่มือ TEDA๔1 รวมทั้งการสื่อสารกับผู้ปกครอง

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

การดำเนินงาน ๔D ชุมพวง อบต.โนนรัง อบต.ตลาดไพร

เด็กอายุ ๓ ปี ได้รับการตรวจฟัน

วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา

๑.๑ สถานการณ์/แนวโน้ม/ผลการดำเนินงานเทียบเป้าหมาย ๓ ปีย้อนหลัง

ตารางแสดง ร้อยละเด็กอายุ ๐-๓ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก พบปราศจากฟันผุ
ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔

เด็ก ๐-๓ ปี	ปี๒๕๖๒	ปี๒๕๖๓	ปี๒๕๖๔
ตรวจสุขภาพช่องปาก	ร้อยละ ๓๖.๔๙	ร้อยละ ๓๒.๐๖	ร้อยละ ๓๔.๐๗
ปราศจากฟันผุ	ร้อยละ ๕๙.๘๘	ร้อยละ ๓๒.๐๖	ร้อยละ ๓๔.๐๗

๑.๒ ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน

ขับเคลื่อนการทำงานผ่านตัวชี้วัดงานประจำตามกลุ่มวัย หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดช่องปาก คลินิก WCC เด็กที่มารับวัคซีน ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ทาฟลูออไรด์ ผู้ปกครองได้รับการฝึกทักษะการแปรงฟัน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยดำเนินกิจกรรม ๓ ป แปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ปลอดภัยดื่มน้ำ ปลอดภัย และบูรณาการกับโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในกิจกรรมมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน

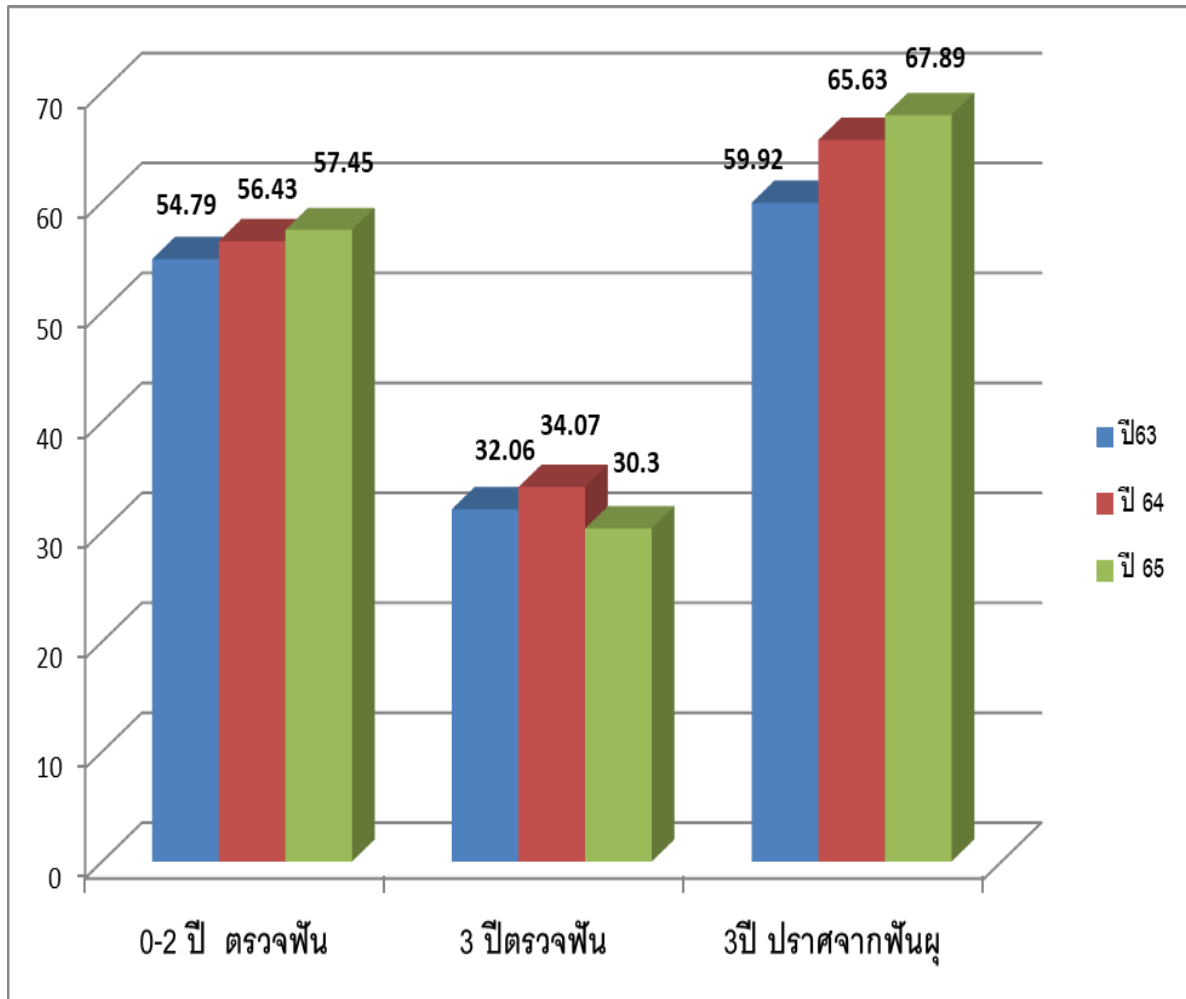
การติดตามประเมินผล / ผลการดำเนินงานปี ๒๕๖๕

๑. แนวทางการติดตามประเมินผล

- กำกับติดตามการดำเนินงานในการประชุมหัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลทุก ๓ เดือน
- รายงานและรวบรวมผลการดำเนินงานรายงานสถานบริการ จากฐานข้อมูล HDC
- มีการนิเทศงานสาธารณสุข ปีละ ๑ ครั้ง
- มีการประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขตามตัวชี้วัด ปีละ ๒ ครั้ง

๒. ผลการดำเนินงาน

แผนภูมิแสดง ร้อยละเด็กอายุ ๐-๓ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก พบปราศจากฟันผุ
ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔



ที่มา กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

๓. กลุ่มวัยเรียน และวัยรุ่น (อายุ ๗-๑๙ ปี)

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ ในจังหวัดนครราชสีมาอยู่ในช่วงคลี่คลาย กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงศึกษาธิการมีมาตรการเปิดเรียน on site ปลอดภัย อยู่ได้กับโควิด-๑๙ ในสถานศึกษาตั้งแต่ภาคเรียนที่ ๑ ปี ๒๕๖๕ ตามหลักการ ๓T๑V “ตัดความเสี่ยงเพิ่มภูมิคุ้มกัน” และมาตรการ ๖-๖-๗ เน้นโรงเรียนประจำดำเนินการตาม Sandbox Safety zone in school และเคร่งครัดตามมาตรการ ๑) เร่งรัดวัคซีนให้นักเรียนได้รับวัคซีนตามความสมัครใจให้ครอบคลุม ๒) สถานศึกษาประเมิน Thai Stop COVID Plus ผ่านการประเมินร้อยละ ๙๕ ๓) ซักซ้อมและปฏิบัติตามแผนเผชิญเหตุ กรณีพบผู้ติดเชื้อหรือเป็นผู้สัมผัสเสี่ยงสูง สามารถปิดห้องเรียนตามความเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดไม่แนะนำให้ปิดโรงเรียน ซึ่งนักเรียนควรได้รับการเรียนรู้อย่างเต็มศักยภาพที่โรงเรียน ๔) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาปฏิบัติตามมาตรการในการป้องกันและลดการแพร่กระจายเชื้อกอบปรักบนโยบายรัฐบาลให้ความสำคัญในการมุ่งสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ส่งเสริมให้เด็กไทยได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-๑๙

ผลการดำเนินงานการให้บริการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ จังหวัดนครราชสีมา ในกลุ่มเด็ก/นักเรียนอายุ ๕-๑๑ ปี และนักเรียน/นักศึกษาอายุ ๑๒-๑๗ ปี ดังนี้

กลุ่มเป้าหมาย	เป้าหมาย (คน)	เข็ม ๑	เข็ม ๒	เข็มกระตุ้น
กลุ่มเด็ก/นักเรียนอายุ ๕-๑๑ ปี	๑๖๑,๑๗๑	๑๕๖,๙๗๘ (๙๗.๔๐%)	๑๒๑,๑๗๐ (๗๕.๑๘%)	๑๕,๗๕๘ (๙.๗๘%)
นักเรียน/นักศึกษาอายุ ๑๒-๑๗ ปี	๑๗๖,๖๖๙	๑๗๖,๖๖๙ (๑๐๐%)	๑๖๙,๒๑๕ (๙๕.๗๘%)	๔๑,๔๓๔ (๒๓.๔๕%)

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

มารี Model

การดำเนินการ

๑) การชี้แจงทำความเข้าใจ แก่ผู้บริหารสถานศึกษาและผู้ที่เกี่ยวข้อง ในประเด็น ประโยชน์ของการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น รูปแบบการจัดบริการเคลื่อนที่ และขอความร่วมมือในการณรงค์ (รองผู้ว่าราชการจังหวัดฯ)

๒) ผู้บริหารสถานศึกษา และผู้ที่เกี่ยวข้อง กำหนดเป็นนโยบายและชี้แจงทำความเข้าใจแก่ครูและบุคลากร ทั้งโรงเรียน เพื่อวางแผนดำเนินงาน

๓) แจ้งหัวหน้าระดับ เพื่อชี้แจงแผนการดำเนินงานแก่ครูประจำชั้นในแต่ละระดับชั้น

๔) ครูประจำชั้นในแต่ละระดับชั้น แจ้งผู้ปกครองเป็นหนังสือเวียน เพื่อสอบถามความสมัครใจในการให้นักเรียนเข้ารับบริการฉีดวัคซีนในโรงเรียน

ชีอัสตย สามีคิ มีวินัย

๕) ประสานงานหน่วยบริการที่จะเข้าให้บริการฉีดวัคซีน โดยแจ้งข้อมูล จำนวนกลุ่มเป้าหมายของแต่ละกลุ่ม เพื่อเตรียมความพร้อมด้านระบบบริการฉีดวัคซีน และระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างเหมาะสม และเพียงพอ พร้อมทั้งนัดหมายวันที่ให้บริการ

๖) ส่งเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น ใบยินยอมฉีดวัคซีน,แบบคัดกรองฯ แก่ผู้ปกครองที่สมัครใจให้นักเรียนเข้ารับวัคซีน พร้อมทั้งนำเอกสารมาพร้อมในวันที่มีการให้บริการฉีดวัคซีน และสื่อสารผ่านไลน์กลุ่มของผู้ปกครองในแต่ละชั้น

๗) โรงเรียนวางแผนการฉีดวัคซีน เป็นรายระดับชั้น เพื่อความสะดวกในการเข้ารับบริการในนักเรียน แต่ละกลุ่มอายุ และให้สามารถวางแผนการจัดการเรียนการสอนได้ตามปกติ

๘) ติดตามผลการฉีดในกลุ่มนักเรียน ครู บุคลากร รวมถึงผู้ปกครองที่เขารับการฉีดวัคซีน

ผลสำเร็จ

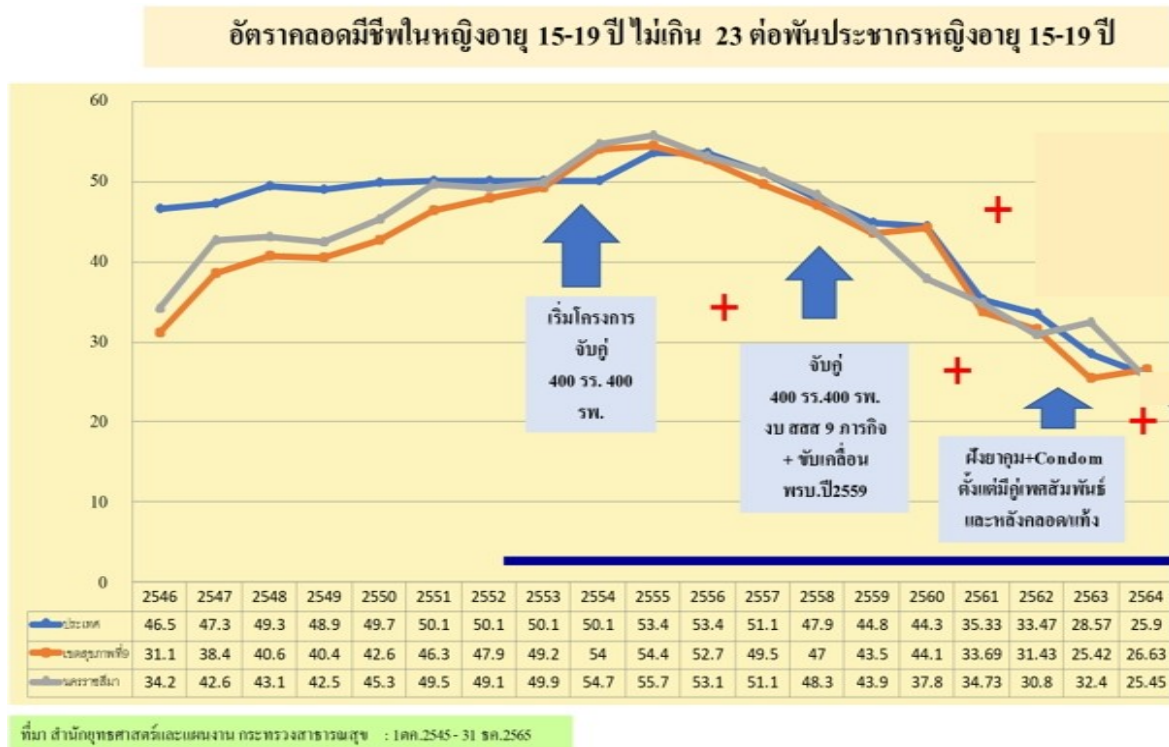
- นักเรียน ครู บุคลากรทางการศึกษา รวมถึงผู้ปกครองที่สนใจ เข้ารับวัคซีน จำนวน ๒,๕๔๓ คน (เป้าหมายจากการสำรวจ ๒,๕๒๓ คน) ภายในระยะเวลา ๑ วัน
- ไม่พบอาการที่พึงประสงค์หลังฉีดวัคซีน

ปัจจัยความสำเร็จ

- การรับรู้ ความเข้าใจในการฉีดวัคซีนของผู้บริหาร นักเรียน ครู บุคลากรทางการศึกษา รวมถึงผู้ปกครอง
- นโยบายของผู้บริหาร
- การชี้แจงทำความเข้าใจและช่องทางการติดต่อสื่อสารระหว่างสถานศึกษากับผู้ปกครอง
- การประสานงานภายในสถานศึกษา และระหว่างสถานศึกษาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- การปรับปรุงแบบบริการฉีดวัคซีนเคลื่อนที่ เพื่อลดข้อจำกัดในการฉีดวัคซีนในนักเรียน ได้แก่ ประเด็น การหยุดเรียนของโรงเรียน,ความไม่สะดวกการนำบุตรหลานไปรับวัคซีน ของผู้ปกครอง (ต้องลางาน) และความไม่มั่นใจการฉีดวัคซีน เป็นต้น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา

๑.๑ สถานการณ์/แนวโน้ม/ผลการดำเนินงานเทียบเป้าหมายย้อนหลัง
(ปี ๒๕๕๖ – ปี ๒๕๖๔)

การดำเนินงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ตามพระราชบัญญัติป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ใน กลุ่มวัยรุ่น พ.ศ.๒๕๕๕ จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีการดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่องก่อนมีพระราชบัญญัติ ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๕ - ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ พบว่า อัตราคลอดมีชีพอายุ ๑๐-๑๔ ปี และอายุ ๑๕-๑๙ ปี มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในระยะช่วงเวลามีการปรับการทำงานของหน่วยงานหลัก ภาคีเครือข่ายและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเริ่มจากการจับคู่การทำงานระหว่างสถานศึกษา กับ สถานบริการสุขภาพ

ในปี ๒๕๕๕-๒๕๕๙ ในปี พ.ศ.๒๕๕๙ ประกาศใช้พระราชบัญญัติป้องกันและแก้ไขปัญหาการ ตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่น มีการขับเคลื่อนผ่านกฎกระทรวง ๕ กระทรวงหลัก (กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวง มหาดไทย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน และกระทรวงสาธารณสุข) ระดับจังหวัดขับเคลื่อน พรบ.ภายใต้คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ระดับ จังหวัด

ในช่วง ปีงบประมาณ ๒๕๕๘-๒๕๖๔ เพิ่มการเข้าถึงบริการฝังยาคุมกำเนิดในกลุ่มวัยรุ่น ที่มีคูเพศ สัมพันธ์ในกลุ่มหลังคลอดฝังยาคุมกำเนิดก่อนออกจากโรงพยาบาล+ถุงยางอนามัย

ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน

๑. พัฒนาระบบการศึกษาที่ส่งเสริมการเรียนรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตที่มีคุณภาพ และมีระบบการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม
๒. ส่งเสริมบทบาทครอบครัว ชุมชน และสถานประกอบการในการสื่อสารด้านสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่น การเลี้ยงดูบุตรหลาน และการสร้างสัมพันธภาพ
๓. พัฒนาระบบบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพและเป็นมิตร
๔. พัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือ การคุ้มครองสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ และการจัดสวัสดิการสังคมในกลุ่มวัยรุ่น
๕. บูรณาการฐานข้อมูล งานวิจัย การจัดการความรู้ และนวัตกรรมด้าน การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

แนวทางการปรับปรุง / พัฒนางาน

๑. พัฒนาศักยภาพครูการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาและทักษะชีวิต ผ่าน e-Learning ร่วมกับการทำ workshop
๒. ผลักดันสถานศึกษาทุกแห่งมีตัวชี้วัดให้นักเรียนผ่าน Teenage Digital platform : “TEEN CLUB”
๓. สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว “อนามัยเจริญพันธุ์วัยรุ่น” ผ่าน Korat Family Platform”
๔. วางระบบช่วยเหลือพัฒนาระบบบริการให้คำปรึกษาและตอบปัญหาด้านสุขภาพจิต โดย นักจิตวิทยา โรงเรียนประจำสำนักงานเขตพื้นที่หรือรูปแบบ Application ซึ่งมีแชทบอท (Chatbot) หรือระบบตอบคำถามอัตโนมัติเบื้องต้น แอปพลิเคชัน “HERO” ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข หรือ Line Official Account “TEEN CLUB” ของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
๕. เพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ “คุมกำเนิด” ผ่านเชื่อมโยง โดย Call center สสจ.นมและเพิ่มจุดบริการฝังยาคุมกำเนิด ระดับ รพ.สต. เขตอำเภอเมืองนครราชสีมา และประชาสัมพันธ์เข้าถึงบริการถ่วงยาอนามัยและยาเม็ดคุมกำเนิดบริการฟรี โดย สปสช. ผ่าน Application เป้าตั้งค์
๖. เพิ่มความเข้มแข็งระบบข้อมูลรายบุคคล Case Management ช่วยเหลือการเลี้ยงดูบุตร และศึกษาต่อเนื่อง

การติดตามประเมินผล / ผลการดำเนินงาน

๑. แนวทางการติดตามประเมินผล

- ๔.๑.๑ ระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพวัยรุ่นและเยาวชน
- ๔.๑.๒ ระบบข้อมูล Health Data Center
- ๔.๑.๓ ระบบรายงานบริการหน่วยงาน ภาศิเครือข่ายและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๒. ผลการดำเนินงาน

ดังแสดงในตาราง

ตารางแสดง ข้อมูลที่เกี่ยวข้องป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕

ข้อมูล	ปี๒๕๖๓	ปี๒๕๖๔	ปี๒๕๖๕
๑.อายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (สำรวจ:๑,๕๐๐คน)	๑๔.๒ ปี	๑๔.๘ ปี	๑๕.๒ ปี
๒.ร้อยละของวัยรุ่นที่มีคู่อุปสรรค(สำรวจ:๑,๕๐๐คน)	๓๒.๕๐	๓๘.๖๐	๓๖.๖๐
๓.ร้อยละของวัยรุ่นการคุมกำเนิด/ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์(สำรวจ:๑,๕๐๐คน)	๗๘	๘๐.๖๐	๘๓.๕๐
๔.ร้อยละคุมกำเนิดกึ่งถาวรหลังคลอด/แท้ง(HDC)	๖๖.๔๗	๖๓.๔๗	๗๑.๖๕
๕.ร้อยละผลกระทบจากการทำแท้ง/แท้งเอง(HDC)	๐	๐	๐
๖.จำนวนแม่วัยรุ่นที่ได้รับการตั้งครุฑอย่างปลอดภัย (หน่วยบริการยุติการตั้งครรภ์ สปสช.)	๘	๑๑	๕
๗.ร้อยละทารก<๒๘ เสียชีวิต(HDC) เมื่อเทียบกับแม่วัยรุ่นที่มาคลอดทั้งหมด	๐/๐	๐/๐	๐/๐
๘.ร้อยละนรกแรกเกิด<๒๕๐๐ กรัม(HDC)เมื่อเทียบกับแม่วัยรุ่นที่มาคลอดทั้งหมด	๑๒๗/๑,๘๔๘ ๖.๘๗%	๑๑๘/๑,๕๖๐ ๗.๕๖%	๙๓/๑,๓๐๔ ๗.๑๓%
๘.๑ ร้อยละนรกแรกเกิด<๒๕๐๐ กรัมของเด็กที่คลอดจากแม่วัยรุ่นเมื่อเทียบกับคลอดทั้งหมด	๑๒๗/๑๑,๔๐๓ ๑.๑๑%	๑๑๘/๙,๕๔๐ ๑.๒๔%	๙๓/๘,๗๖๘ ๑.๐๖%
๘.๒ ร้อยละนรกแรกเกิด<๒๕๐๐ กรัมของเด็กที่คลอดจากแม่ทุกกลุ่มอายุคลอดทั้งหมด	๗๔๖/๑๑,๔๐๓ ๖.๕๔%	๕๘๘/๙,๕๖๐ ๖.๑๖%	๕๒๐/๘,๗๖๘ ๕.๙๓%
๙.ร้อยละของคลอดก่อนกำหนดเมื่อเทียบกับแม่วัยรุ่นที่มาคลอดทั้งหมด(HDC)	๕๐/๑,๘๔๘ ๒.๗๐%	๓๗/๑,๕๖๐ ๒.๓๗%	๒๕/๑,๓๐๔ ๑.๙๑%
๑๐.ร้อยละของการแท้งเมื่อเทียบกับแม่วัยรุ่นที่มาคลอดทั้งหมด	๕/๑,๘๔๘ ๐.๒๗%	๖/๑,๕๖๐ ๐.๓๘%	๓/๑,๓๐๔ ๐.๒๓%
๑๐.จำนวนที่แม่วัยรุ่นที่ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตร ได้รับการช่วยเหลือ(ครอบครัวทดแทน/อุปถัมภ์) (รายงานจาก สนง.พัฒนาสังคมฯ)	๖๔	๕๑	๖๘
๑๑.จำนวนเด็กแรกเกิดที่ได้รับเงินอุดหนุนเดือนละ ๖๐๐ บาท(รายงานจาก สนง.พัฒนาสังคมฯ)	๑,๘๔๘	๑,๕๖๐	๑,๓๐๔
๑๒.จำนวนแม่วัยรุ่นที่เรียนต่อ(สายสามัญ) (รายงานจาก สนง.ศึกษาธิการจังหวัดนครราชสีมา)	๖๖๕/๑,๘๔๘ ๓๕.๙๘%	๗๑๘/๑,๕๖๐ ๔๖.๐๒%	๘๐๙/๑,๓๐๔ ๖๒.๐๓%
๑๓. อปท. สนับสนุนแผนปฏิบัติการออกข้อบัญญัติงบประมาณ Costed action plan (๓๓๔ แห่ง)	๗๘.๕๐	๘๒.๕๐	๘๕.๘๐

ปัจจัยความสำเร็จ

๑. มีแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ตามพระราชบัญญัติฯ พ.ศ.๒๕๕๙ หน่วยงานหลัก ภาควิชาเครือข่ายและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
๒. มีระบบเชื่อมโยงการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน/งานเชิงรุก/คลินิกวัยรุ่น/ระบบช่วยเหลือ
๓. มีระบบรับเรื่องร้องเรียนและติดตามการช่วยเหลือ Call center สสจ.นม๑๓๐๐ สนง.พัฒนาสังคมฯ ๑๕๖๗ ศูนย์ดำรงธรรม website CPS.co.th เพื่อรับเรื่องร้องเรียนและขอความช่วยเหลือ สนง.อัยการจังหวัด
๔. ชุดบริการสุขภาพ ฟรี ในชุดสิทธิประโยชน์ PP Free Schedule สปสช.

โอกาสพัฒนา / สิ่งที่จะทำต่อไปในพื้นที่ที่มีผลงานต่ำ

๑. เพิ่มหน่วยบริการฝังยาคุมกำเนิดในพื้นที่ เมือง ปักธงชัย พิมาย สีคิ้ว ด่านขุนทด หนองบุญมาก
๒. นิเทศบูรณาการหน่วยงานหลักและอปท.ในพื้นที่ ปักธงชัย พิมาย หนองบุญมาก

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

Call center สสจ. นม ระบบช่วยเหลือและส่งต่อบริการฝังยาคุมกำเนิดและด้านการศึกษาและสังคมต่างๆ

๔. กลุ่มวัยทำงาน (อายุ ๒๒-๕๙ ปี)

การป้องกันและแก้ไขปัญหাসุขภาพจิต

วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา

ด้วยปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและกำลังจะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลกโดยองค์การอนามัยโลกได้กำหนดขอบเขตของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญและเร่งด่วนไว้ ๘ โรคได้แก่ โรคจิต โรคซึมเศร้า โรคสมองเสื่อม โรคลมชักความผิดปกติทางจิตเวช จากแอลกอฮอล์และสารเสพติดความผิดปกติทางพัฒนาการปัญหาพฤติกรรมในเด็ก และการทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตาย โดยการฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตาย จากข้อมูลปี ๒๕๖๕ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า มีทำร้ายตัวเองสำเร็จ จำนวน ๑๖๒ คน เฉลี่ย ๖.๑๕ คนต่อแสนประชากร โดยในช่วงอายุ ๓๑ - ๔๔ ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายมากที่สุด จำนวน ๕๓ คน คิดเป็น ๓๒.๗๒ % ในช่วงอายุ ๔๕ - ๖๐ มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน ๔๑ ราย คิดเป็น ๒๕.๓๑ % และในช่วงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน ๓๖ ราย คิดเป็น ๒๒.๒๒ % สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปัญหาด้านความสัมพันธ์และการสื่อสาร และปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการทำร้ายตนเองตามลำดับ

ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน

๑. ความสัมพันธ์ที่ดีภายในชุมชนและระหว่างชุมชน โดยเฉพาะในสถานะที่เกิดความเจ็บป่วยหรือเกิดภัยทางสุขภาพ ชุมชนส่วนใหญ่ยังให้ความร่วมมือ ร่วมใจเป็นอย่างดี
๒. ผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ (รพช. สสอ. และ รพ.สต.) มีความสนใจ ใส่ใจ เสียสละ แม้จะมีอัตราค่าจ้างน้อยและมีนโยบายสาธารณสุขด้านต่างๆ เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด (ซึ่งในหลายนโยบายของกรมวิชาการ จากกระทรวงสาธารณสุขมีความต้องการผลงานเร่งด่วนเช่นเดียวกับงานสุขภาพจิต)
๓. การจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชน ถือเป็นความชัดเจนเชิงโครงสร้างและกำลังใจในการทำงานในระดับพื้นที่ แม้ว่าจะเป็นเพียงการเริ่มต้นที่ขาดแคลนอัตราค่าจ้าง บุคลากร และขวัญกำลังใจ แต่ในภาพรวมถือว่าเป็นของขวัญที่สำคัญของผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่

แนวทางการปรับปรุง / พัฒนา

๑. มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง การคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชที่รวดเร็ว ให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันผ่านทางออนไลน์ในระบบ Mental Health Check-In รวมทั้ง การเข้าถึงสายด่วนสุขภาพจิต ๑๓๒๓ และช่องทางการสื่อสารออนไลน์ของโรงพยาบาลชุมชนภายในจังหวัดนครราชสีมา และมีการติดตามต่อเนื่องในรายที่มีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาสุขภาพจิต
๒. มีการกำกับ ติดตาม พร้อมลงเยี่ยมพื้นที่ในรูปแบบโซน จำนวน ๖ โซน (เป็นการบูรณาการร่วมกับงานยาเสพติด บุหรี่ แอลกอฮอล์ และ To Be Number One)
๓. มีการรณรงค์สร้างความตระหนักรู้ในเรื่องสุขภาพจิตในกลุ่มดี, กลุ่มเสี่ยง, กลุ่มป่วย ให้รู้เท่าทันอาการของโรค และแหล่งสนับสนุนที่จะขอรับความช่วยเหลือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ตามศักยภาพ)
๔. สร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทุกภาคส่วนในการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหา

ชื่อสัตย์ สามัคคี มีวินัย

สุขภาพจิต ประชาชนทุกกลุ่มวัยและร่วมกันดูแลสุขภาพจิตประชาชน บูรณาการและเน้นการมีส่วนร่วมในระดับชุมชน ในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยให้ใช้ชีวิตได้อย่างปกติ โดยวางแผนการบูรณาการร่วมกับ พชอ. (ตามมติของคณะกรรมการระดับอำเภอ) พร้อมบริหารจัดการระบบข้อมูลให้มีคุณภาพ และนำมาใช้ในการทำงานอย่างต่อเนื่อง

๕. ในพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายเกินกว่าเกณฑ์ที่คาดการณ์ไว้ หน่วยงานในระดับอำเภอมีการคืนข้อมูลสู่ชุมชน และจัดทำแผนการปฏิบัติการส่งเสริมป้องกันเชิงรุก เพื่อเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย โดยอาศัยเครือข่ายในชุมชน และความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๖. ส่งเสริมให้มีการพัฒนานวัตกรรม/ องค์ความรู้/ งานวิชาการที่เหมาะสม

๗. หน่วยบริการทุกระดับมีการตรวจสอบข้อมูล และบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล HDC <http://๕๐๖๘.dmh.go.th> (Suicide Thailand) (ทั้ง ๓ ส่วน ประกอบด้วย แบบเฝ้าระวังการพยายามทำร้ายตนเอง กรณีเสียชีวิต, แบบเฝ้าระวังการพยายามทำร้ายตนเอง กรณีไม่เสียชีวิต และการเฝ้าระวังติดตามเยี่ยมบ้านผู้พยายามฆ่าตัวตาย) และ www.thaidepression.com ได้ถูกต้องและทันเวลา

การติดตามประเมินผล / ผลการดำเนินงาน

๑. แนวทางการติดตามประเมินผล

สรุปรวบรวมข้อมูลจากระบบสารสนเทศของหน่วยงานระดับกรมภายในกระทรวงสาธารณสุข และสรุปรวบรวมข้อมูลตรงจากหน่วยงานในสังกัด

๒. ผลการดำเนินงาน

ข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวช จังหวัดนครราชสีมา มีผู้ป่วยจิตเวช เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ทั้งสิ้น ๖๔,๘๘๔ คน พบว่า ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้ สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ๑๗,๐๗๒ คน, โรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด ๑๓,๒๖๒ คน, ความผิดปกติทางอารมณ์ ๑๒,๐๔๙ คน, โรคประสาท ความผิดปกติที่สัมพันธ์กับความเครียด และโรคโซมาโตฟอร์ม ๗,๐๓๖ คน, กลุ่มอาการทางพฤติกรรมที่พบร่วมกับความผิดปกติทางสรีรวิทยาและปัจจัยทางกายภาพ ๖,๕๒๘ คน, ความผิดปกติทางจิตและอาการทางจิตที่เกิดจากโรคทางกาย ๓,๐๔๒ คน, ความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม ที่มักเริ่มต้นในวัยเด็กและวัยรุ่น ๑,๘๖๒ คน, พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการ ๑,๓๙๙ คน, ความผิดปกติของพัฒนาการทางจิต ๑,๒๙๑ คน, ภาวะปัญญาอ่อน ๙๕๕ คน, ความผิดปกติทางบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้ใหญ่ ๓๗๑ คน และความผิดปกติทางจิตที่อื่นๆ ๑๗ คน

ตัวชี้วัด	รายการ	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕
- อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (≤๘ ต่อประชากรแสนคน)	ตัวหาร	๒,๖๔๕,๓๙๗	๒,๖๓๓,๒๐๗	๒,๖๓๓,๒๐๗
	ตัวตั้ง	๑๙๐	๑๔๓	๑๖๒
	อัตรา	๗.๑๘	๕.๔๓	๖.๑๕
- ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำภายในระยะเวลา ๑ ปี ร้อยละ ๙๐	%	๙๘.๐๓	๙๖.๗๖	๙๙.๓๓

ชื่อสัตย์ สามัคคี มีวินัย

ตัวชี้วัด	รายการ	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕
- ร้อยละ ๘๐ ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	%	๘๒.๕๔	๙๓.๘๐	๙๗.๑๒

ที่มา - ข้อมูลอัตราการฆ่าตัวตายและผู้พยายามฆ่าตัวตาย ที่มา : <http://๕๐๖s.dmh.go.th> (Suicide Thailand)
 - ข้อมูลไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำภายในระยะเวลา ๑ ปี ที่มา : <http://healthkpi.moph.go.th/>
 - ข้อมูลซึมเศร้า ที่มา : www.thaidepression.com

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิตมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐ (สะสมตั้งแต่๒๕๖๒-๒๕๖๕)

ปี	ประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	เป้าหมายเข้าถึงบริการซึมเศร้า สะสมตั้งแต่ ปี ๒๕๕๒ ถึง ๓๑ ม.ค. ๒๕๖๖ (คน)	ผลงาน เข้าถึงบริการ	ร้อยละ เข้าถึงบริการซึมเศร้า
๒๕๖๒	๒,๑๖๒,๗๙๒	๕๘,๓๙๕	๓๙,๕๑๔	๖๗.๖๗ %
๒๕๖๓	๒,๑๗๗,๔๒๓	๕๘,๗๙๐	๔๘,๐๘๒	๘๑.๗๙ %
๒๕๖๔	๒,๑๘๙,๑๑๔	๕๙,๑๐๖	๕๔,๕๒๔	๙๒.๒๕ %
๒๕๖๕	๒,๒๐๙,๗๕๖	๕๙,๖๖๓	๕๖,๒๘๙	๙๗.๑๒ %

ที่มา : www.thaidepression.com

ปัจจัยความสำเร็จ

- ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญและติดตามภารกิจงานที่เกี่ยวข้อง
- ประชาชนและภาคีเครือข่ายในชุมชนให้ความร่วมมือ และให้ความสนใจ
- บุคลากรสาธารณสุขมีความอดทน มีกำลังใจที่พร้อมทำงานบริการ และมีความเชื่อว่าประชาชนจะได้รับประโยชน์อย่างสูงสุดตามนโยบายที่กำหนดขึ้น
- มีช่องทางสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์ ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๙ และโรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอในจังหวัดนครราชสีมา ที่เข้าถึงได้สะดวก รวดเร็ว และทันเวลา
- มีการดำเนินงานและติดตามผ่าน Service Plan สาขาสังคมสงเคราะห์และสารเสพติด อย่างต่อเนื่อง

โอกาสพัฒนา / สิ่งที่จะทำต่อไปในพื้นที่ที่มีผลงานต่ำ

- พัฒนาบุคลากรให้มีความพร้อม เพื่อรองรับความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นในพื้นที่
- มีการสืบค้นปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานเพื่อให้พื้นที่สามารถดำเนินงานได้ถูกต้อง
- โรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการประเมินจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด บางแห่งยังไม่สามารถจัดตั้ง กลุ่มงานได้ เนื่องจากกรอบอัตรากำลังไม่เพียงพอ ซึ่งไม่สามารถเกลี้ยอัตรากำลังได้
- กรมวิชาการที่เกี่ยวข้องภายในกระทรวงสาธารณสุข มีการสื่อสารบูรณาการงานที่สำคัญค่อนข้างน้อย ส่งผลพื้นที่ปฏิบัติหน้าที่ซ้ำซ้อนหรือต้องใช้เวลาในการสื่อสารทำความเข้าใจหลายครั้ง เกิดความล่าช้าในการปฏิบัติงาน
- ระบบบริการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชจากหน่วยบริการระดับอำเภอ เมื่อเกินขีดความสามารถไม่มีความชัดเจน ไม่เอื้อต่อการบริการรักษา มีความซับซ้อน

๕. กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป)

ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)

วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา

ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ในปี ๒๕๖๕ โดยจะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ ๒๐ ของสัดส่วนวัยแรงงาน จากรายงานสถานการณ์ประชากรของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า สัดส่วนของประชากรวัยเด็กและ วัยแรงงานมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่สัดส่วนประชากรสูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ เช่นกัน ส่งผลให้อัตราส่วนการเป็นภาระ ซึ่งหมายถึงการที่ประชากรวัยแรงงาน อายุ ๑๕-๕๙ ปี ต้องรับภาระในการดูแลประชากร ในวัยอื่นๆ โดยอัตราส่วนการเป็นภาระรวม อยู่ที่ ๕๐.๐ นั้นหมายถึงประชากรวัยทำงาน ๑๐๐ คนจะต้องรับภาระเลี้ยงดูเด็กและคนชรา ประมาณ ๕๐ คน และจากข้อมูลสถิติของสำนักงานสภาพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจแห่งชาติ พบว่า สัดส่วนประชากรอายุ ๖๕ ปี ขึ้นไป จะเพิ่มขึ้น โดย พ.ศ.๒๕๖๕ เป็นร้อยละ ๑๔ ในขณะที่สัดส่วนการเจริญพันธุ์โดยรวมอยู่ที่ประมาณ ๑.๔๖ - ๑.๕ ต่อสตรี ๑ คน เกิดความท้าทายในการกำหนดนโยบายขับเคลื่อนระบบสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ เพื่อลดปัญหาภาวะพึ่งพิงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ปัจจุบันสถิติจำนวนประชากรทั้งหมด ๖๖,๐๙๐,๔๗๕ คน จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทย มีจำนวน ๑๒,๕๑๙,๙๒๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๘.๙๔ (ที่มาข้อมูลจากทะเบียนราษฎรและผู้มีสัญชาติไทย ณ ๓๑ ธค. ๖๕) และ จำนวนประชากรทั้งหมดระดับเขตสุขภาพที่ ๙ มีจำนวน ๖,๖๙๗,๘๐๘ คน เทียบกับจำนวนผู้สูงอายุมีจำนวน ๑,๒๖๕,๓๘๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๘.๘๙

จังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนประชากรทั้งหมด จำนวน ๒,๖๓๔,๑๕๔ คน เทียบกับจำนวนผู้สูงอายุ จำนวน ๔๔๖,๗๗๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๙๖ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจะเห็นได้จากในปี ๒๕๖๕ จำนวน ๔๒๔,๕๘๖ คน ร้อยละ ๑๖.๑๓ ปี ๒๕๖๔ จำนวน ๔๐๙,๒๓๕ คน ร้อยละ ๑๕.๕๗ ปี ๒๕๖๓ จำนวน ๓๙๒,๖๖๐ คน ร้อยละ ๑๕.๒๒ (ที่มา : ฐานทะเบียนราษฎร ๓๐ มค.๖๕) นอกจากนี้ยังมีการประเมินศักยภาพผู้สูงอายุตามความสามารถ ในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) พบว่า ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ กลุ่มติดสังคม ร้อยละ ๙๘.๐๔ , ๙๗.๗๓ และ ๙๗.๗๐ ตามลำดับ กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ ๑.๔๘ , ๑.๗๒ และ ๑.๗๘ ตามลำดับ กลุ่มติดเตียง ร้อยละ ๐.๔๘ , ๐.๕๖ และ ๐.๕๒ ตามลำดับ (ที่มา HDC จังหวัดนครราชสีมา ณ ๒๘ มค. ๖๕) มีการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุทุกตำบล จำนวน ๒๘๙ ตำบล และมีชมรมผู้สูงอายุทั้งจังหวัด จำนวน ๒,๖๕๙ ชมรม พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ปี ๒๕๖๓ ร้อยละ ๒๒.๗๘ ปี ๒๕๖๔ ร้อยละ ๑๕.๓๐ และ ปี ๒๕๖๕ ร้อยละ ๗๒.๗๖ ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมทั้งหมด (ที่มา Bluebook ณ ๓๑ มค.๖๖) มีการจัดทำแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (wellness plan) ปี ๒๕๖๕ จำนวน ๔,๒๒๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๙๑.๑๐

ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน

๑. ขับเคลื่อนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ผ่านทางชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ
๒. ขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุผ่านทางคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และตำบล

ชื่อสัตย์ สามัคคี มีวินัย

๓. บูรณาการการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกับเครือข่าย องค์กรอื่น (อปท,เทศบาล,พมจ. เป็นต้น)

๔. มีนโยบายผลักดันให้มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกแห่งตามมาตรฐานการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ แบ่งเป็น ระดับ(F๑-F๓) ระดับ(M๑,M๒)ระดับ(A,S)

แนวทางปรับปรุง/พัฒนา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มีแนวทางในการเข้าถึงการคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุให้เพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ได้รับการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล(Individual Wellness Plan) มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน กรณีโรงเรียนผู้สูงอายุที่ขับเคลื่อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่ใช้งบประมาณ และมีการจัดระบบบริการสุขภาพ/คลินิกผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพ ตั้งแต่ คัดกรอง ส่งเสริม รักษา ส่งต่อฟื้นฟูสภาพ และดูแลในระยะสุดท้ายในชุมชนอย่างเหมาะสม โดยพัฒนาการเชื่อมต่อบริการส่งต่อจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลชุมชนและจากโรงพยาบาลชุมชนสู่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ตามความเหมาะสม และประสานความร่วมมือศูนย์วิชาการต่างๆ และศูนย์เชี่ยวชาญและนวัตกรรมด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเพื่อนำนวัตกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมารวมใช้ในชุมชนต่างๆ ตามบริบทที่เหมาะสมในจังหวัดนครราชสีมา รวมทั้งพัฒนาและปรับปรุงบูรณาการระบบข้อมูลและApplication ต่างๆ ให้สามารถทำงานเชื่อมต่อลดการซ้ำซ้อน ในการบันทึกข้อมูล

เป้าหมายและผลสัมฤทธิ์สำคัญ : OKRs (Objectives and key results)

Value Chain	ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี
OKRs	ร้อยละ ๕๐ ของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)
มาตรการ ๑) Service Delivery (ระบบบริการ)	ขับเคลื่อนให้ผู้สูงอายุ มีความรอบรู้ด้าน สุขภาพ เรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ผ่านกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ และโรงเรียนผู้สูงอายุและจัดทำแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคล
๒) Workforce (กำลังคนด้านสุขภาพ)	คัดกรอง ADL เพื่อแยกกลุ่มผู้สูงอายุในการดูแล และจัดการความเสี่ยงรวมถึงความผิดปกติ ให้บริการส่งเสริม ป้องกัน และรักษาอย่างมีคุณภาพ
๓) Data & IT (ระบบข้อมูลข่าวสาร)	HDC service / Application Bluebook /Application Wellness Plan และสร้าง Platform ที่สามารถเชื่อมต่อกันได้ทุกโปรแกรม
๔) Supply (การสนับสนุนต่างๆ)	สนับสนุนวิชาการ พัฒนาศักยภาพบุคลากร และสนับสนุนความก้าวหน้าในสายงาน
๕) Finance (ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ)	ผลักดันชุดสิทธิประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุและแหล่งทุนสนับสนุนการดำเนินงาน
๖) Governance (ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล)	พัฒนาระบบบริการที่เป็นธรรม มีคุณภาพ สร้างกลไกเครือข่ายการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม
๗) Participation (การมีส่วนร่วมของชุมชน)	ขับเคลื่อนงานผ่าน พชต.,พขอ. และภาคีเครือข่าย

การติดตามประเมินผล / ผลการดำเนินงาน

๑. แนวทางการติดตามประเมินผล

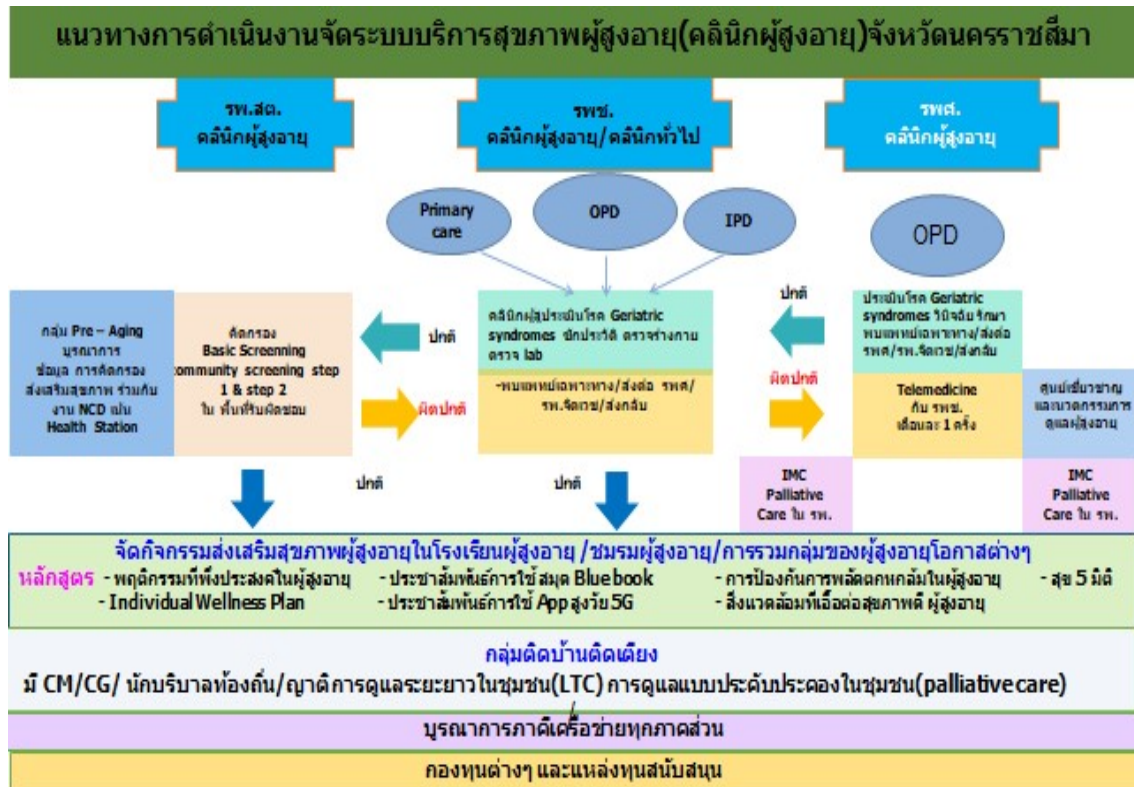
- ระดับจังหวัดมีการ Monitor ข้อมูลทุก ๑ เดือน
- ประมวลผลรายงานจาก HDC, Application Bluebook, wellness plan
- นิเทศติดตามประเมินผล ๑ ครั้ง/ปี

๒. ผลการดำเนินงาน

ตารางแสดงข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกแห่ง จังหวัดนครราชสีมา

ระดับ	โรงพยาบาล	ร้อยละ
โรงพยาบาล ที่มีการ จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ระดับคุณภาพ	๑. รพ.มหาราชนครราชสีมา ๑๓. รพ.ขามสะแกแสง ๒. รพ.เทพรัตนนครราชสีมา ๑๔. รพ.เทพารักษ์ ๓. รพ.ปากช่องนานา ๑๕. รพ.ปักธงชัย ๔. รพ.พิมาย ๑๖. รพ.วังน้ำเขียว ๕. รพ.บัวใหญ่ ๑๗. รพ.โนนสูง ๖. รพ.ด่านขุนทด ๑๘. รพ.สีคิ้ว ๗. รพ.โชคชัย ๑๙. รพ.เสิงสาง ๘. รพ.แก้งสนามนาง ๒๐. รพ.ห้วยแถลง ๙. รพ.ประทาย ๒๑. โนนไทย ๑๐. รพ.บ้านเหลื่อม ๒๒. ขามทะเลสอ ๑๑. รพ.ครบุรี ๒๓. รพ.คง ๑๒. รพ.บัวลาย	๖๙.๗๐
โรงพยาบาลที่มีการ จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ระดับพื้นฐาน	๑. รพ.โนนแดง ๖. รพ.ชุมพวง ๒. รพ.เมืองยาง ๗. รพ.สูงเนิน ๓. รพ.ลำทะเมนชัย ๘. รพ.สีดา ๔. รพ.หนองบุญมาก ๙. เฉลิมพระเกียรติ ๕. รพ.จักราช ๑๐. รพ.พระทองคำ	๓๐.๓๐
รวม	๓๓ แห่ง	๑๐๐

แนวทางการดำเนินงานจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ(คลินิกผู้สูงอายุ)จังหวัดนครราชสีมา



แนวทางการดำเนินงานจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ(คลินิกผู้สูงอายุ)จังหวัดนครราชสีมา
ปี ๒๕๖๕

๑. จัดตั้งทีมขับเคลื่อนการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุระดับจังหวัด
๒. บูรณาการพัฒนาศักยภาพ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกแห่งร่วมกับเขตสุขภาพที่ ๙ และกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
๓. ประสานความร่วมมือเครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชสิมา ในการจัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม การวางแผน Telemedicine เพื่อลดภาระและความแออัดในการนำผู้สูงอายุมารักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชสิมา
๔. กำหนดแบบฟอร์มพื้นฐานในการประเมินและเก็บข้อมูลในคลินิกให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน
๕. เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ในไตรมาส ๒-๓
๖. พัฒนาการบริการ รถหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ รักษาถึงที่ ถึงบ้าน

ปัจจัยความสำเร็จ

- นโยบายด้านผู้สูงอายุที่ชัดเจนจากรัฐบาล และ กระทรวงสาธารณสุข
- การบูรณาการแผนงานในส่วนกลางทั้งระหว่างกระทรวงที่เกี่ยวข้อง และระหว่างกรมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในกระทรวงสาธารณสุข
- การสื่อสารนโยบายและแนวทางปฏิบัติจากส่วนกลาง ไปสู่พื้นที่ และความสามารถของพื้นที่ในการปรับใช้นโยบายจากส่วนกลางให้เข้ากับบริบทและปัญหาสำคัญของพื้นที่

ข้อศกั ย สำนั กคื มีวินัย

- การสนับสนุนงบประมาณในรูปแบบที่มีความยืดหยุ่นสามารถนำไปใช้ขับเคลื่อนโครงการกิจกรรมที่สำคัญตามบริบทของพื้นที่ได้
- กลไกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างส่วนกลางกับพื้นที่ และ ระหว่างพื้นที่ต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ
- ความสามารถในการปรับรูปแบบการทำงานกับสถานการณ์การระบาดของ COVID-๑๙ ที่อาจมีความยืดหยุ่นต่อเนื่อง

โอกาสพัฒนา / สิ่งที่จะทำต่อไปในพื้นที่ที่มีผลงานต่ำ

๑. วางแผนปรับปรุงการดำเนินงานและมีระบบกำกับติดตามร่วมกันในระดับพื้นที่เพื่อให้เป็นไปตาม แผนและเป้าหมาย
๒. ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้เชื่อมโยงกับระบบการดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชน (Day Care , IMC) / บ้าน (LTC/Palliative care)
๓. สื่อสารพัฒนารูปแบบเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมพึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ผ่าน Blue Book Application, wellness plan
๕. เฝ้าระวังผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรค COVID-๑๙ ต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อสื่อสารข้อมูลให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองผ่านทางเครือข่ายแกนนำชมรมผู้สูงอายุทั้ง ๓๒อำเภอได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

๑. การดำเนินงานป้องกันการพลัดตกหกล้ม
 - ทีมรับรองระดับดีเยี่ยม (Advance) ได้แก่
 - ทีมป้องกันการพลัดตกหกล้ม รพ.สต. หนองขาม อ.พิมาย จ.นครราชสีมา
 - ทีมป้องกันการพลัดตกหกล้ม อ.ประทาย จ.นครราชสีมา ๑ ทีม
 - ทีมป้องกันการพลัดตกหกล้ม อ.ขามสะแกแสง ๑ ทีม
๒. การดำเนินการดำเนินงานโครงการโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองสำหรับผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องระยะแรกของศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองจوهอ เป็นพี่เลี้ยงในการขยายเครือข่ายไปยังหน่วยบริการอื่นๆในจังหวัด ได้แก่
 - คปสอ.ด่านขุนทด ได้รับรางวัล รองชนะเลิศ อันดับ ๒ ระดับประเทศ ประเภทวิชาการเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องระยะแรก
๓. การร่วมพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกับราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ กระทรวงสาธารณสุข ในการสร้างโมเดลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ wellness center ในปี ๒๕๖๕ มีการพัฒนาหลักสูตร Care Giver ๑๐๕ ชั่วโมง เพื่อเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

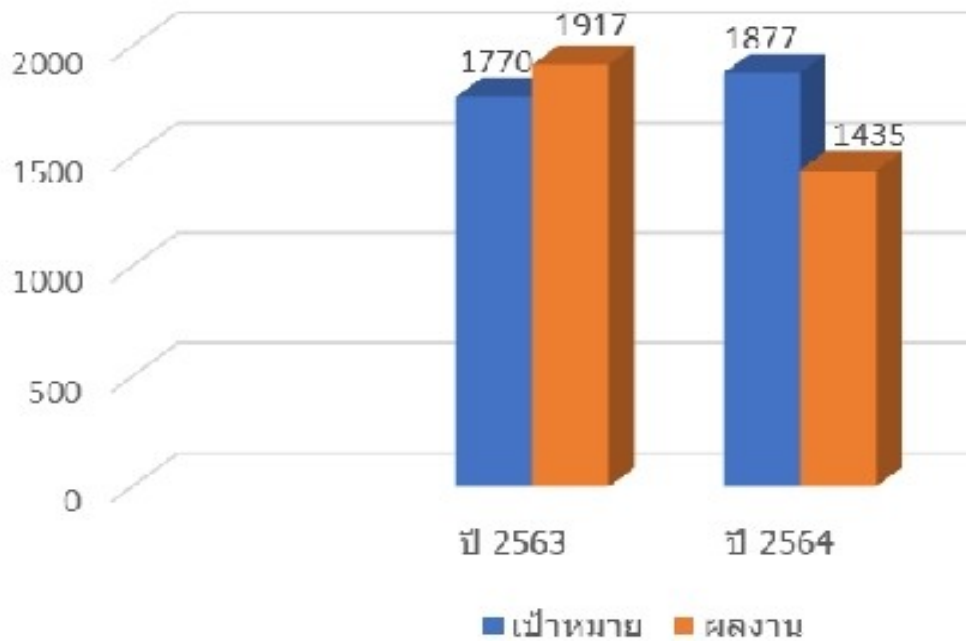
นวัตกรรม/วิชาการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น

- นวัตกรรมหมอลำพื้นบ้าน รพ.สต.สำโรง ต.หนองค่าย อ.ประทาย
- นวัตกรรมชาลอนเคลื่อนที่(Mobile Salon) ไกล่ใจ ไกล่บ้าน รพ.สต. สีเหล็ก อ.กระทุ่มราย อ.ประทาย
- ผลงานวิชาการชนะเลิศอันดับที่ ๒ ระดับเขต เรื่องรูปแบบของการใช้แนวคิด ๕ Poles หนุนเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในบ้านเพชร ตามหลัก ๑R-๒M-๓S

การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา

๑.๑ สถานการณ์การดำเนินงานเทียบเป้าหมาย ปี ๒๕๖๓ และปี ๒๕๖๔



๑.๒ ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน

โรงพยาบาลทุกแห่งมีศักยภาพในการให้บริการฟันเทียม และโรงพยาบาลจัดบริการรากฟันเทียม ๘ แห่ง มีเครื่องมือและทันตบุคลากรพร้อมในการให้บริการ

๑.๓ แนวทางการปรับปรุง / พัฒนา

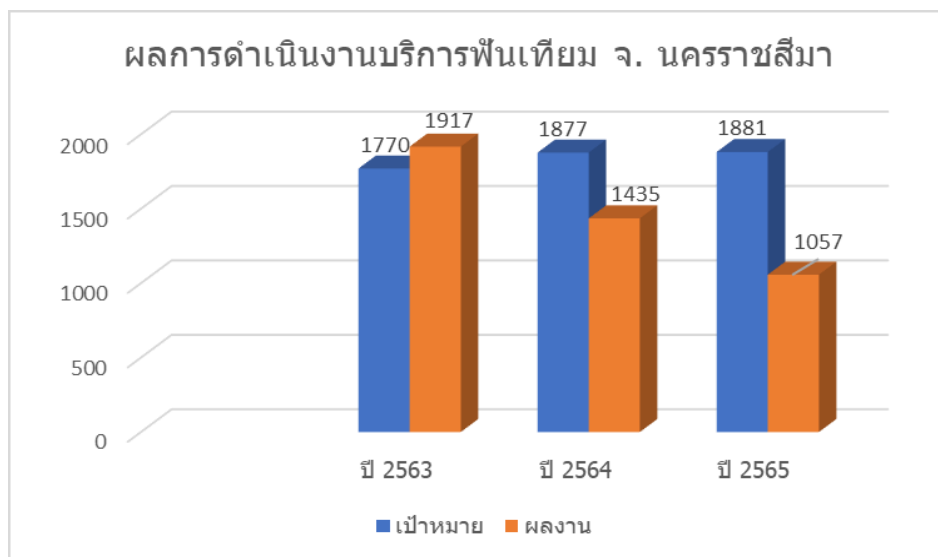
มีการปรับปรุงหน่วยบริการให้มีความพร้อมทั้งด้านเครื่องมือและระบบระบายอากาศ

การติดตามประเมินผล / ผลการดำเนินงาน

๑ แนวทางการติดตามประเมินผล

- มีการประชุมหัวหน้าฝ่ายทันตสาธารณสุขโรงพยาบาลทุก ๓ เดือน เพื่อชี้แจงการดำเนินงานและติดตามผลงานทันตสาธารณสุขรายสถานบริการ
- มีการนิเทศงานสาธารณสุข ปีละ ๑ ครั้ง
- มีการประเมินงานสาธารณสุข ปีละ ๒ ครั้ง

๒ ผลการดำเนินงาน



ปัจจัยความสำเร็จ

ภายในจังหวัด มีความร่วมมือในการแบ่งปันวัสดุอุปกรณ์ / องค์ความรู้ จากโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ ในการให้บริการฟันเทียม/รากฟันเทียม เช่น โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาและโรงพยาบาลเทพรัตน์ นครราชสีมา

โอกาสพัฒนา / สิ่งที่จะทำต่อไปในพื้นที่ที่มีผลงานต่ำ

มีการจัดบริการรากฟันเทียมรวมที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เพื่อระดมทันตบุคลากร / เครื่องมือเพื่อลดเวลาและค่าใช้จ่าย รวมถึงเป็นการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากร ในการให้บริการรากฟันเทียม

๒.การป้องกัน และ ควบคุมโรคไม่ติดต่อ

การป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน

NCD Cluster

วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา

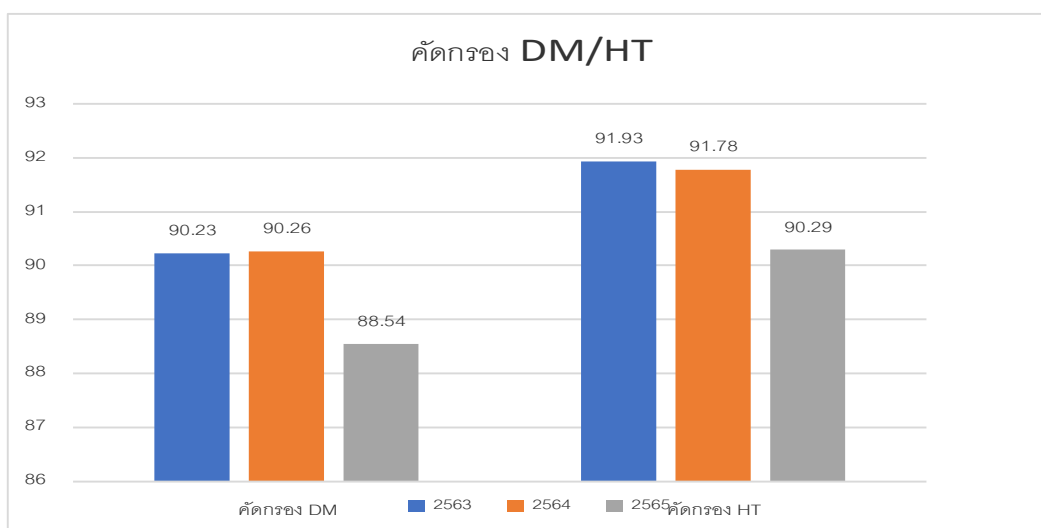
สถานการณ์การป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความดันโลหิตสูงและเบาหวาน มีแนวโน้มการป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี โรคความดันโลหิตสูงมีผู้ป่วยรายใหม่ต่อแสนประชากรปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ เท่ากับ ๑๓๒๓.๗๕ , ๑๔๖๗.๑๑ และ ๑๔๑๔.๘๔ ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ เท่ากับ ๕๒๘.๔๔ ๕๘๖.๗๘ และ ๖๐๙.๕๗ เป็นผู้ป่วยสะสมทั้งจังหวัดนครราชสีมา ความดันโลหิตสูงปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ล่าสุด) ๓๑๐,๐๔๓ ราย เบาหวาน ๑๕๓,๖๙๑ ราย

จากสถานการณ์แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อที่ชัดเจน จังหวัดนครราชสีมา จึงมีนโยบายยกระดับคุณภาพการดำเนินงานให้ครอบคลุม ด้านการคัดกรอง เฝ้าระวังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ แก่ประชาชนทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย มีนโยบายสนับสนุนให้ชุมชนจัดการสุขภาพด้วยตนเองมาต่อเนื่อง ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ เพื่อความยั่งยืนด้านสุขภาพที่ดี มีการพยายามผลักดันให้ประชาชนเกิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เน้น ๖ ทักษะ คือ เข้าถึง เข้าใจ การโต้ตอบ/ซักถาม การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการบอกต่อทางด้านสุขภาพ

การคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง

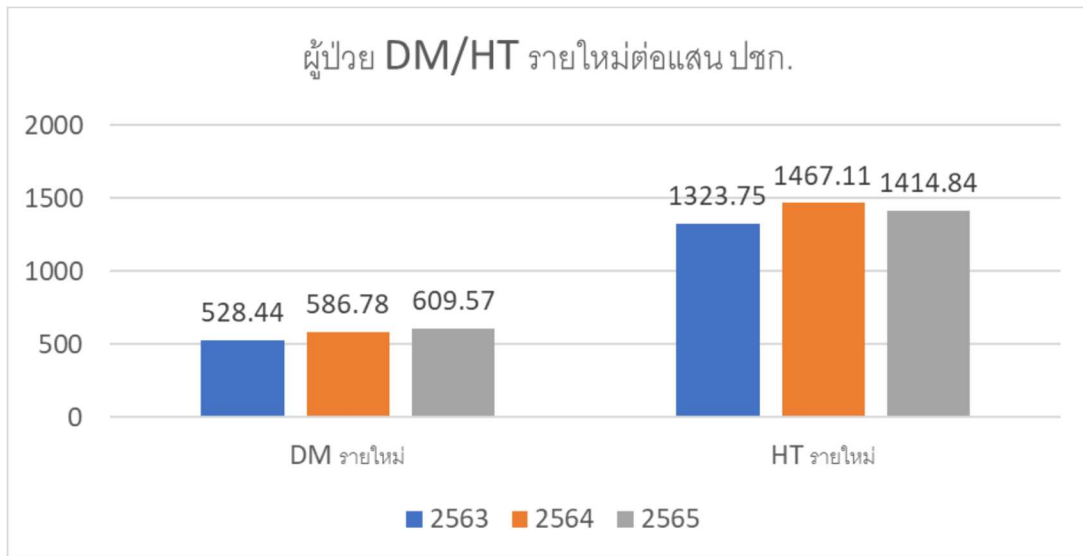
จังหวัดนครราชสีมา มีการโอนย้ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลออกสังกัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวนทั้งสิ้น ๑๘๒ แห่ง จึงมีนโยบายการดำเนินงานร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด เรื่อง การ คัดกรองสุขภาพประชาชน กำหนดนโยบายการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ในประชาชนกลุ่มอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป แต่ในกลุ่มวัยอายุ ๑๕-๓๔ ปีขึ้นไป บูรณาการกับงานส่งเสริมสุขภาพในการจัดตั้ง Health Station และการส่งเสริมการเข้าใช้ของประชาชนซึ่งอยู่ในช่วงพัฒนา

แผนภูมิแสดง ผลงานการคัดกรองประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปต่อความเสี่ยงโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงย้อนหลัง ๓ ปี (๒๕๖๒-๒๕๖๕)



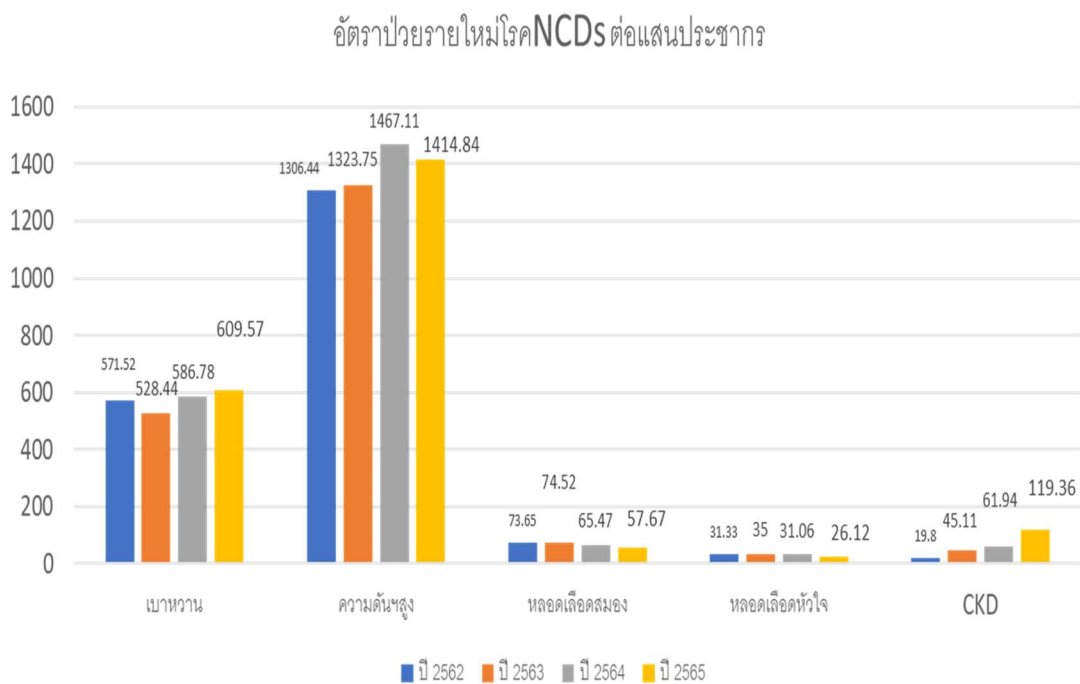
แหล่งข้อมูล รายงาน HDC ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕

แผนภูมิแสดง อัตราการเกิดผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่ต่อแสนประชากร



แหล่งข้อมูล รายงาน HDC ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕

กราฟแท่งแสดงสถานการณ์การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อแสนประชากร ของจังหวัดนครราชสีมา ปี ๒๕๖๒- ๒๕๖๕



แหล่งข้อมูล รายงาน HDC ณ วันที่ ๓๐ มกราคม ๒๕๖๖

ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบข้อมูลกลุ่มป่วยเพิ่มขึ้น กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อและผู้พิการจึงจัดทำหลักสูตรปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตั้งแต่ปี ๒๕๖๓ เรื่อง ยา ๘ ขนานสังหาร NCDs แต่ยังคงพบว่ากลุ่มเสี่ยงยังมีการตระหนักรู้น้อย พฤติกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังไม่ได้ผลชัดเจน ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๕ จึงมีการนำ

ข้อสัถย สามัคคี มีวินัย

รื่องรื่องนำอาหารมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นหลัก เน้นการลดภาวะดื้ออินซูลิน ลดการรับประทานอาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรต และน้ำตาล พร้อมกับนโยบายโรงเรียนเบาหวานในผู้ป่วยรายใหม่ จึงเป็นที่มาของโรงเรียนเบาหวาน นำร่องที่อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา จัดทำหลักสูตร เบาหวานในกระบวนทัศน์ใหม่ (Diabetes Remission) รวมถึงมีการดำเนินการค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ภายใต้งานหลัก ทางลัด ทางรอด จาก NCDs โดยใช้หลักสูตรเดียวกันทั้งจังหวัดเพื่อให้ทราบเรื่องของภาวะดื้ออินซูลิน การรับประทานอาหารพร่องแป้ง และน้ำตาล การเจาะน้ำตาลปลายนิ้วหลังอาหาร ซึ่งมีการนำกลุ่มเสี่ยงทุกชนิด เข้าร่วมปรับเปลี่ยนได้ อาทิ เช่น ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อเบาหวาน ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีค่า BMI เกิน ซึ่งเมื่อควบคุมอาหารได้ ก็สามารถลดระดับความเสี่ยงทุกชนิดลงได้ ปัจจัยหลัก

๑. **นโยบายที่ชัดเจน** ประเด็นมุ่งเน้นของผู้บริการต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง “ลดป่วย ลดตาย แก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อ (NCD) “ และ นโยบายเชิงบูรณาการงาน “๑ อำเภอ ๑ ตำบลสุขภาพต้นแบบ” รวมถึงส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ในองค์กร สุขภาพดี เป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ

๒. การบูรณาการร่วมกันกับงานที่เกี่ยวข้อง ในรูปแบบ NCD Cluster ในองค์กร และ Service plan ที่เกี่ยวข้อง

๓. การแสวงหาภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องอย่างเข้มแข็ง เช่น อบจ. อบต. ข้าราชการเกษียณ อสม. คหบดี ฯลฯ เนื่องจากการดำเนินงานด้านสาธารณสุขจะยั่งยืนหรือสำเร็จได้ ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต้องร่วมกันเป็นเจ้าภาพหลักในประเด็นต่าง ๆ กันไป ซึ่งสอดคล้องกับประเด็นพขอ.เช่นกัน

๔. **มุ่งเน้น** ประเด็นเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขับเคลื่อนภายใต้ “โรงเรียนเบาหวานวิทยา และทางลัด ทางรอด จากโรค NCDs” เพื่อลดกลุ่มเสี่ยง ลดกลุ่มป่วย หรือป่วยแล้วลดภาวะแทรกซ้อน หรือทำให้โรคสงบได้ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ มีอำเภอที่ได้รับการอบรมและสมัครใจนำร่องจำนวนทั้งสิ้น ๑๑ อำเภอ ได้แก่

๑. อำเภอโนนแดง
๒. อำเภอห้วยแถลง
๓. อำเภอเมืองยาง
๔. อำเภอลำทะเมนชัย
๕. อำเภอปักธงชัย
๖. อำเภอหนองบุญมาก
๗. อำเภอชุมพวง
๘. อำเภอขามสะแกแสง
๙. อำเภอเฉลิมพระเกียรติ
๑๐. อำเภอปากช่อง
๑๑. อำเภอประทาย

แนวทางการปรับปรุง / พัฒนา

๑. พัฒนาเรื่องการขยายเครือข่าย Health Station สู่วัด โรงเรียน วัด สถานประกอบการอย่างเป็นรูปธรรม

๒. พัฒนาส่งเสริมให้เกิด Premium Health Station ในอำเภอที่มีความพร้อม

๓. ส่งเสริมการเข้าใช้ Health Station ของประชาชนทุกกลุ่มวัย เชื่อมโยงสู่ ๓ หมอ

๔. ส่งเสริมการพัฒนา ระบบ RxHealth Station สู่หมอคนที่ ๒ และ ๓ ภายใต้เงื่อนไข Value Base สอดคล้องกับ สปสช.เพื่อตอบสนองการทำงานที่มีคุณค่า และสู่กระบวนการนำข้อมูลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและส่งเสริมรักษาต่อ รวมถึงผู้ป่วยสามารถรู้ข้อมูลสุขภาพของตนเอง(Personal Health Record) เบื้องต้นได้

๕. การขยายเครือข่ายการดำเนินงานโรงเรียนเบาหวาน "ทางเลือก ทางรอด จากโรค NCDs" (Diabetes Remission) ครอบคลุม ๓๒ อำเภอ แบบมีคุณภาพ โดยการพัฒนาหลักสูตรกลางและ ทีมวิทยากร กลางที่มีมาตรฐานในการอบรมเดียวกันทั้งจังหวัดนครราชสีมา มีการเก็บข้อมูลก่อนหลังการเข้ารับการอบรม มีมาตรฐานการประเมินตามคณะกรรมการ NCD Cluster วางรูปแบบไว้

การติดตามประเมินผล / ผลการดำเนินงาน

๑. แนวทางการติดตามประเมินผล

- มีรูปแบบการดำเนินงาน NCD Cluster มีการประชุมขับเคลื่อนการดำเนินงานรายไตรมาส และติดตามการดำเนินงานในพื้นที่ในรูปแบบการบูรณาการกับงานที่เกี่ยวข้อง เช่นงานส่งเสริมสุขภาพ งานพัฒนารูปแบบบริการ งานเทคโนโลยีและสารสนเทศ งานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ ทั้งหมด ๘ ครั้งในปีงบประมาณ
- มีการติดตามการดำเนินงานโรงเรียนเบาหวาน โดยให้ส่งเป็นรูปแบบรายงานผลลัพธ์การดำเนินงานในพื้นที่ โดยติดตามเชิงคุณภาพในการลงพื้นที่ร่วมด้วย
- มีรูปแบบการประเมินผลโรงเรียนเบาหวานที่ชัดเจนภายใต้แนวทางของคณะกรรมการ NCD Cluster จังหวัดนครราชสีมา

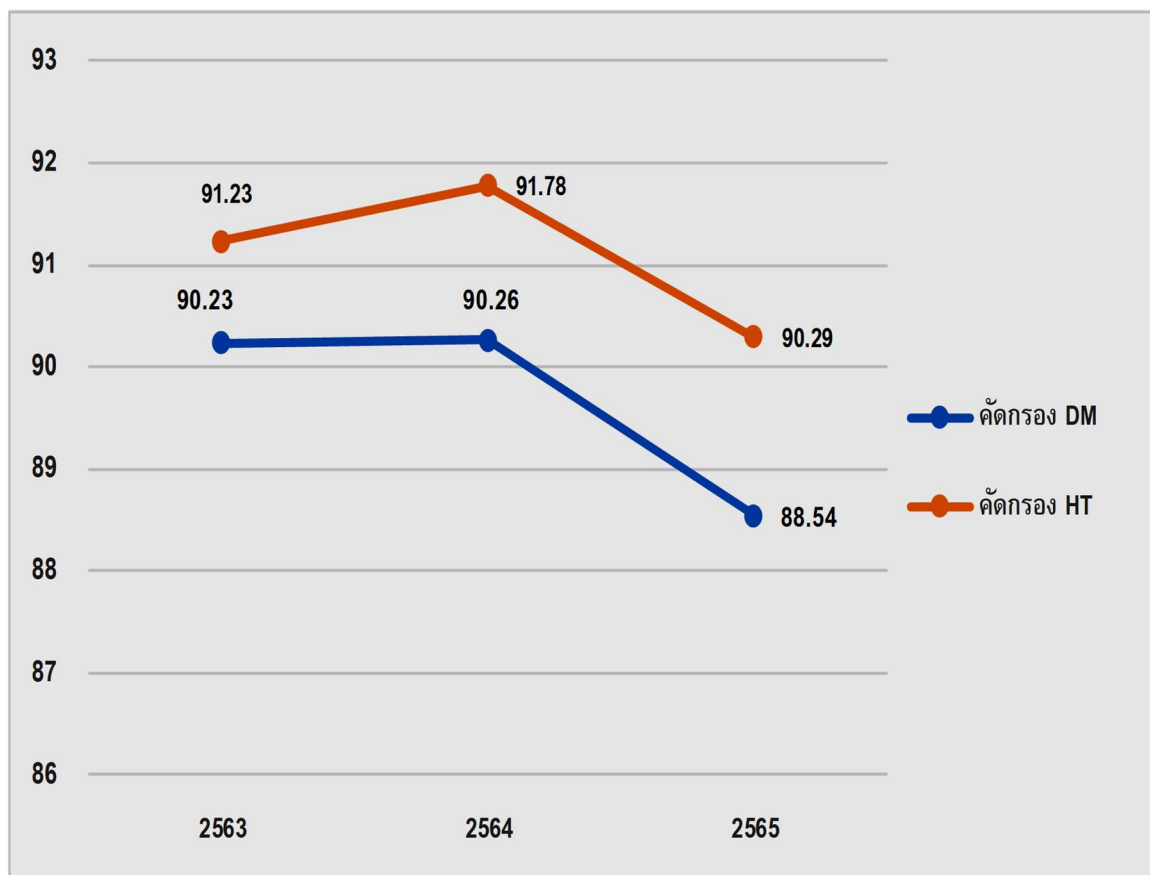
๒. ผลการดำเนินงาน

จังหวัดนครราชสีมามีการดำเนินการดังกล่าวต้องมีความเชื่อมโยงตั้งแต่ต้นนโยบายต้องชัดเจน โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพ PMQA ใน ๖ องค์ประกอบ ได้แก่ การกำหนดทิศทางและนโยบาย การเชื่อมโยงของข้อมูลและระบบสารสนเทศเพื่อการตัดสินใจและวางแผนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ การปรับระบบและกระบวนการบริการ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ระบบการสนับสนุนการตัดสินใจ และการจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน มีกระบวนการทบทวนผลการดำเนินงานที่ผ่านมาวิเคราะห์โอกาสพัฒนา จัดทำแผนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง วางแผนเชื่อมโยงในการดูแลส่งต่อรักษาผู้ป่วยร่วมกัน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และทีมเฉพาะโรค เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนได้ดี และเข้าใจโรคได้ชัดเจน ประโยชน์เพื่อการวางแผนการป้องกัน ดูแลรักษา ต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ จังหวัดนครราชสีมา เน้นการดำเนินการในส่วนต้นน้ำ แต่รักษามาตรฐานในการดำเนินการส่วนกลางน้ำและปลายน้ำ เพื่อต้องการลดกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ไม่ให้เกิดเป็นโรคเรื้อรัง หรือโรคอัตราตายสูงที่สามารถป้องกันได้นั่นเอง ในการดำเนินการดังกล่าว มีการร่วมมือกับภาคีเครือข่าย และทราบว่า ภาคีเครือข่ายมีความสำคัญอย่างยิ่ง การจัดการด้านสุขภาพประชาชน หรือภาคประชาชน สำคัญที่สุด เพราะต้องตระหนักถึงการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง การสร้างกระบวนการให้มีการปรับเปลี่ยนความคิดว่าตนเองคือเจ้าของสุขภาพ และสุขภาพที่ดีต้องเริ่มจากตนเองสำคัญที่สุด ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ พัฒนา“หลักสูตร ยา ๘ ขนานสังหาร NCDs” ต่อมา มีการต่อยอด

การดำเนินงานในปีงบประมาณ ๒๕๖๔-๒๕๖๕ ต่อยอดเป็นโรงเรียนเบาหวานวิทยา การลดกลุ่มป่วยหรือทำให้กลุ่มป่วยโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงสงบได้เป็นสิ่งสำคัญ และช่วยลดงบประมาณภาครัฐในการดูแลผู้ป่วยลงได้ แหล่งข้อมูลจาก สสส.พบว่า ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานต่อคนต่อปีประมาณ ๒๘,๒๐๐ บาท ซึ่งจังหวัดนครราชสีมามีผู้ป่วยเบาหวานสะสมที่ ๑๕๓,๖๙๑ ราย คิดเป็นค่าใช้จ่ายต่อปีทั้งหมดเฉลี่ยโดยประมาณ ๔,๓๓๔,๐๘๖,๒๐๐ บาท (สี่พันสามร้อยสามสิบสี่ล้านแปดหมื่นหกพันสองร้อยบาทถ้วน) หากเราลดจำนวนผู้ป่วยหรือทำให้เบาหวานสงบได้ จะสามารถช่วยลดงบประมาณลงได้เช่นกัน ฉะนั้นจังหวัดนครราชสีมาจึงส่งเสริมเรื่องการดำเนินงานโรงเรียนเบาหวานเพื่อ ส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี สังคมและประเทศชาติมั่นคง ต่อไป

เนื่องจากจังหวัดนครราชสีมาการโอนย้ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวนทั้งสิ้น ๑๘๒ แห่งไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด การดำเนินงานตามนโยบายด้านสาธารณสุขอาจไม่ต่อเนื่อง จึงมีการวางแผนการดำเนินงานโดยขอความร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด ในเรื่องการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป และเรื่องการติดตามกลุ่มสงสัยป่วย

กราฟเส้นแสดงผลการดำเนินงานคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕



ผลงานการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป

เพื่อเป็นการเข้าถึงการบริการคัดกรองสุขภาพที่เพิ่มขึ้น จึงนำมาสู่การพัฒนาเรื่อง Health Station ประเด็นดังนี้

Innovation Healthcare

๑) การเข้าถึงการใช้บริการสถานียักษ์สุขภาพ (Health Station)

ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ เท่ากับ ๖๓,๑๔๓ ราย

รายละเอียดการเข้าใช้สถานียักษ์สุขภาพ

ลำดับ	อำเภอ	จำนวน Health Station	ครั้งเข้ารับ บริการ	เสี่ยง ความดัน	เสี่ยง เบาหวาน	BM I เกิน	หมอ๒ ตรวจสอบ
๑	โนนสูง	๒๓๐	๔๗๙๖๙	๓๙๘๓	๘๔๐	๑๙๖๗๔	๒๔๙๓
๒	ประทาย	๑๖๖	๓๗๑๐๙	๒๕๕๖	๘๓๓	๑๖๓๘๕	๒๐๔๔๙
๓	บัวใหญ่	๑๗๔	๓๑๔๕๓	๔๓๒๖	๑๐๐๔	๑๔๘๘๐	๙๖๖๘
๔	พิมาย	๒๓๗	๒๗๖๑๑	๓๕๙๘	๘๕๖	๑๓๖๑๑	๙๕๐๑
๕	เสิงสาง	๙๙	๒๖๘๓๓	๑๒๕๘	๓๑๙	๑๐๗๑๙	๔๘๕๔
๖	สีคิ้ว	๑๙๘	๒๕๕๗๔	๑๙๐๘	๓๖๕	๙๗๓๕	๘๒๗๒
๗	ห้วยแถลง	๑๓๔	๑๙๑๓๐	๑๘๙๐	๙๘๔	๘๗๗๕	๑๐๗๗๖
๘	ด่านขุนทด	๒๔๘	๑๗๘๓๖	๒๒๖๒	๒๔๗	๘๖๖๔	๕๒๗๔
๙	ปักธงชัย	๒๓๗	๑๗๕๔๐	๓๐๓๙	๑๐๖๔	๘๗๗๘	๗๙๔๘
๑๐	ครบุรี	๑๗๒	๑๕๒๙๘	๒๐๔๗	๕๒๓	๗๘๘๑	๖๙๒๑
๑๑	ชุมพวง	๑๔๙	๑๔๔๙๕	๒๔๒๗	๒๖๖	๗๔๔๐	๕๕๙๗
๑๒	เมืองฯ	๓๑๑	๑๒๖๗๓	๑๗๒๐	๕๙๘	๖๐๐๕	๕๒๙๖
๑๓	ปากช่อง	๒๖๖	๑๒๓๕๐	๒๘๒๘	๑๗๗๓	๗๐๙๑	๕๔๘๔
๑๔	สูงเนิน	๑๕๓	๑๒๐๖๖	๑๕๕๓	๒๖๑	๖๓๒๑	๑๒๙
๑๕	จักราช	๑๒๖	๑๑๙๐๑	๒๓๖๔	๕๓๔	๖๑๒๒	๕๑๕๗
๑๖	เมืองยาง	๕๑	๑๑๗๐๙	๑๖๕๙	๓๕๕	๕๕๕๐	๓๙๗
๑๗	ขามทะเลสอ	๕๓	๑๑๖๐๕	๙๔๕	๓๖๔	๕๘๔๓	๗๐๙๔
๑๘	ขามสะแกแสง	๘๐	๑๐๒๔๓	๑๗๗๖	๖๑๑	๔๙๘๑	๓๕๕๖
๑๙	โชคชัย	๑๕๐	๙๙๑๑๑	๒๐๘๕	๑๑๖๗	๔๙๕๑	๓๖๗
๒๐	โนนไทย	๑๔๗	๘๘๕๕	๒๖๙	๑๘	๒๙๑๒	๓๘๕๗
๒๑	วังน้ำเขียว	๙๔	๘๘๑๘	๑๔๕๒	๓๗๐	๔๔๙๑	๒๗๕๔
๒๒	ลำทะเมนชัย	๖๕	๘๕๑๕	๕๐๓	๙๕	๒๙๘๖	๒๕๕๕
๒๓	โนนแดง	๗๐	๘๓๘๙	๑๒๕๐	๑๗๐	๓๙๑๘	๕๒๘๔
๒๔	เฉลิมพระเกียรติฯ	๗๒	๘๐๖๙	๙๙๑	๒๖๑	๓๘๔๐	๒๔๒
๒๕	บ้านเหลื่อม	๔๕	๗๘๘๔	๙๘๘	๓๗๕	๓๗๔๘	๒๙๗๒
๒๖	สีดา	๕๙	๕๘๙๕	๗๒๐	๑๙๒	๒๘๘๔	๑๘๘๘
๒๗	บัวลาย	๕๘	๔๖๔๐	๗๗๙	๒๗๖	๒๒๑๕	๗๘๖
๒๘	หนองบุญมาก	๑๑๗	๔๑๓๖	๕๑๘	๒๒๖	๑๙๒๘	๑๕๐๘
๒๙	เทพารักษ์	๖๕	๒๗๔๙	๓๓	๑	๑๑๗๖	๑๘๖๕
๓๐	พระทองคำ	๘๑	๒๖๙๙	๓๑๑	๓๘	๑๑๐๐	๑๘๔๗
๓๑	คิง	๑๗๔	๑๕๕๕	๒๓๓	๓๒	๘๑๔	๒๘๙
๓๒	แก้งสนามนาง	๖๑	๔๘๗	๖๔	๓๕	๑๖๘	๒๐๖
รวม		๔๓๔๒	๔๔๖๐๙๕	๕๒๓๓๕	๑๕๐๕๓	๒๐๕๕๗๖	๑๔๕๒๘๖
ร้อยละ		-	-	๑๑.๗๓	๓.๓๗	๔๖.๐๘	๓๒.๕๗

แหล่งข้อมูล R๙ Data Lake ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕

๒) การยกระดับ Health Station

๒.๑ ทุกจังหวัดมี Health Station ระดับ Excellence ขึ้นไป

ระดับ Health Station(แห่ง)	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕
Good	๓,๗๔๗
Excellence	๓๔๘
รวม	๔,๐๙๕

แหล่งข้อมูล R๔ Data Lake ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕

๓) ได้รับการตรวจยืนยันและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ผลงานการติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยเบาหวาน และ ความดันโลหิตสูง

รายการ	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ประชาชนกลุ่มเสี่ยงป่วยเบาหวานได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน (ตรวจน้ำตาลซ้ำใน ๑๘๐ วัน)	NA	๖๒.๗๑
ประชาชนกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง	NA	๗๗.๗๖

แหล่งข้อมูล รายงาน HDC ณ วันที่ ๓๐ มกราคม ๒๕๖๖

เมื่อดำเนินการคัดกรองพบกลุ่มเสี่ยงกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีการดำเนินการควบคุมติดตามกลุ่มเสี่ยงดังกล่าว โดยผ่านกระบวนการติดตามผ่านระบบชุม และการลงติดตามที่พื้นที่รวมถึงการขับเคลื่อนเข้าสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

จังหวัดนครราชสีมามีการดำเนินการเข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการจัดทำโครงการ อบรมเชิงปฏิบัติปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโรงเรียนเบาหวาน ภายใต้ " ทางเลือก ทางรอด จาก โรคNCDs"

แนวทางการพัฒนา

บูรณาการกับงานส่งเสริมสุขภาพเพื่อกระตุ้นการเข้าใช้ Health Station ในกลุ่มอายุ ๑๕-๓๔ ปี เมื่อเข้าใช้บริการแล้วทราบสถานะสุขภาพ เมื่อพบกลุ่มเสี่ยงหรือสงสัยป่วย วางแผนเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในรูปแบบเดียวกันกับหลักสูตร โรงเรียนเบาหวาน ภายใต้ " ทางเลือก ทางรอด จาก โรคNCDs" และมีการติดตามควบคุมกำกับผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและติดตามการเข้าใช้ซ้ำโดยกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ผลงานผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)

๑) ร้อยละผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ผลงานย้อนหลัง ๓ ปี

ปีงบประมาณ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๒๕๖๓	๑๐๕,๕๗๙	๘๘,๐๔๐	๘๓.๓๙
๒๕๖๔	๑๐๘,๖๔๔	๙๑,๖๗๘	๘๔.๓๘
๒๕๖๕	๑๑๑,๑๕๘	๘๗,๓๙๔	๗๘.๖๒

ข้อมูลจาก HDC ณ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕

๒) CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๕ml/min/๑.๗๓ m^๒/yr (ร้อยละ ๖๖)
ผลการดำเนินงาน ๓ ปีย้อนหลัง

ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<๕ml/min/๑.๗๓m ^๒ /yr	เป้าหมาย	๑๘,๒๑๑	๒๐,๑๖๗	๒๓,๔๒๗
	ผลงาน	๑๒,๒๐๕	๑๓,๓๗๖	๑๕,๘๒๕
	ร้อยละ	๖๗.๐๒	๖๖.๓๓	๖๗.๕๕

๓) เบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

ตารางแสดง ผลระดับการควบคุมน้ำตาล (HbA๑C) ได้ดี ผลงานย้อนหลัง ๓ ปี

ปีงบประมาณ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๒๕๖๓	๑๓๗,๔๗๙	๔๔,๙๘๘	๓๒.๗๒
๒๕๖๔	๑๔๖,๖๕๐	๔๘,๖๘๒	๓๓.๒๐
๒๕๖๕	๑๕๔,๖๓๕	๕๒,๓๒๗	๓๓.๘๔

๔) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดี

ตารางแสดง ผลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดี ผลงานย้อนหลัง ๓ ปี

ปีงบประมาณ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๒๕๖๓	๒๘๐,๗๕๕	๑๕๔,๒๒๖	๕๔.๙๓
๒๕๖๔	๓๐๐,๕๒๔	๑๕๖,๑๗๒	๕๑.๙๗
๒๕๖๕	๓๑๕,๒๓๓	๑๕๙,๖๙๕	๕๐.๖๖

๕) Personal Health Record (ร้อยละ ๕๐) (งานข้อมูลและสารสนเทศ)

ในส่วนงาน NCDs มีการพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลรายบุคคล ในรูปแบบ R๙ Health Station ซึ่งเชื่อมโยงสู่ ๓ หมอ โดยกระบวนการพัฒนาด้านข้อมูล เป็นการพัฒนางานระหว่างงานข้อมูลสารสนเทศ กับเขตสุขภาพที่ ๙

๖) Premium Health Station ต้นแบบ (ต้นแบบ ๑ แห่ง/อำเภอ)

ปัจจุบันจังหวัดนครราชสีมาไม่ได้จัดตั้ง Premium Health Station เนื่องจากพื้นที่เริ่มดำเนินการจัดตั้งตามความพร้อมและพึงเพิ่มระดับเป็นระดับ Excellence จึงเน้นการส่งเสริมการเข้าใช้ให้เป็นรูปธรรมเสียก่อนและพัฒนาต่อยอดการนำข้อมูลไปใช้เพื่อประโยชน์ในการดูแลประชาชนต่อไป อีกทั้งปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ที่ผ่านมามีจังหวัดนครราชสีมาได้ออกแบบ กรอบการจัดตั้ง Health Station ไว้อย่างชัดเจนขึ้นกับความพร้อมตามบริบทของพื้นที่ที่จะดำเนินการต่อ จึงอยากให้เป็นที่กาพัฒนาในลำดับต่อไป

ตัวอย่าง รูปแบบ Health Station ที่จังหวัดนครราชสีมาได้ออกแบบให้พื้นที่



และอุปกรณ์ที่ควรจัดตั้ง



๗) มี Best Practice ความรอบรู้ด้านสุขภาพในรูปแบบอื่นๆ

๑. เรื่อง โรงเรียนเบาหวานวิทยา

กรอบการจัดตั้ง โรงเรียนเบาหวาน

ด้านบุคลากร

Coaching/พี่เลี้ยง

๑. แพทย์ที่ สมัครใจ
๒. หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล
๓. หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว
๔. พยาบาลประจำ คลินิก NCD ณ โรงพยาบาล
๕. นักโภชนาการ
๖. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือพยาบาลที่ดูแลคลินิก NCD ประจำพ.สต. พื้นที่จัดตั้ง รร.เบาหวาน

ภาคีเครือข่าย

- ๑.ครู/เครือข่ายจิตอาสา (ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร เบาหวานในกระบวนการทัศน์ใหม่และสามารถถ่ายทอดการเรียนรู้การสอนต่อได้)
- ๒.ผู้นำชุมชน
- ๓.พระภิกษุสงฆ์
- ๔.คหบดี
- ๕.อสม. ฯลฯ

ผู้ป่วย (อย่างน้อย ๕ คน) ที่สมัครใจ

- ๑.กลุ่ม Pre-DM
- ๒.ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหรือซับซ้อน เช่นต้องฟอกไต

กระบวนการดำเนินงานในโรงเรียนเบาหวาน

- ๑.จัดตั้งคณะดำเนินงานขับเคลื่อนโรงเรียนเบาหวาน
- ๒.จัดตั้ง Group Line รร.เบาหวาน เพื่อการติดต่อสื่อสารระหว่างทีม รร.เบาหวาน
- ๓.ดำเนินการขั้นตอนที่จังหวัดการดำเนินงานที่จังหวัดร่างให้ (ปรับได้ตามบริบทของพื้นที่)

แนวทางการดำเนินงาน

๑. สำนักรายชื่อทีมพี่เลี้ยง รร.เบาหวานให้เป็นปัจจุบัน
๒. พัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยง เพื่อปรับแนวคิดกระบวนการทัศน์ใหม่ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน
๓. จัดตั้งทีมวิทยากรกลางที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเดียวกัน เพื่อการอบรมฯต่อยอดในพื้นที่
๔. จัดทำคู่มือและหลักสูตรส่งให้พื้นที่เพื่อเป็นเครื่องมือในการดำเนินงาน
๕. จัดตั้งกรู๊ปไลน์ระดับจังหวัดเพื่อการส่งต่อข้อมูลและเป็นที่ปรึกษาทีมพี่เลี้ยงและวิทยากร
๖. สนับสนุนให้มีอำเภอบuddy เพื่อ ช่วยเหลือ และแลกเปลี่ยนแนวทางการดำเนินงาน ร่วมกัน
๗. บูรณาการเยี่ยมเสริมพลัง นิเทศกำกับติดตามและประเมินผล
๘. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ครู เครือข่ายจิตอาสา ระดับจังหวัด ภายใต้แนวทางโรงเรียนเบาหวาน วิทยา/ ทางเลือก ทางรอด จาก NCDs

ชื่อสัตย์ สามัคคี มีวินัย

๙. สนับสนุนพื้นที่ใช้งบประมาณดำเนินงานขับเคลื่อนการดำเนินงานโรงเรียนเบาหวานจากกองทุนโรคเรื้อรังและกองทุนตำบล

๑๐.ออกแบบการประเมินการดำเนินงานโรงเรียนเบาหวานโดยคณะกรรมการ NCD Cluster

ผลการดำเนินงาน ดำเนินการครบทุก ๓๒ อำเภอ

โรงเรียนเบาหวาน "ทางเลือก ทางรอด จากโรค NCDs" (Diabetes Remission) จังหวัดนครราชสีมา

ลำดับ	อำเภอ	๑ ตำบล สุขภาพต้นแบบ	พื้นที่ดำเนินงานโรงเรียนเบาหวานฯ
๑	เมืองนครราชสีมา	หนองไข่น้ำ	ทำทุกตำบล
๒	ขามทะเลสอ	หนองสรวง	วิทยาเขต อำเภอขามทะเลสอ
๓	เฉลิมพระเกียรติ	หนองงูเหลือม	๓วิทยาเขต ได้แก่ ๑.รพ.สต.พระพุทธร ๒.รพ.สต.บ้านกรูด ๓.ศูนย์แพทย์ชุมชน ๑๑ (PCU รพ.เฉลิมพระเกียรติ)
๔	จักราช	ศรีละกอ	วิทยาเขต รพ.สต.ละกอ สังกัดบ้านลุงถ่อน
๕	ห้วยแถลง	หลุ่งประดู่	วิทยาเขตอำเภอห้วยแถลง ครบทุกแห่ง
๖	โชคชัย	ท่าลาดขาว	๒ วิทยาเขต ได้แก่ ๑.วิทยาเขตท่าลาดขาว ๒.วิทยาเขตชีตุ่น
๗	ครบุรี	บ้านใหม่	๑๘ วิทยาเขต ได้แก่ ๑.รพ.ครบุรี ๒.ดอนแสนสุข ๓.ชัยระวี ๔.โนนกลาง ๕.อังกูณ ๖.นาราก ๗.บ้านใหม่ ๘.ชัยกันเหลือง ๙.จระเข้หิน ๑๐.ดลิ่งชัน ๑๑.หนองโบสถ์ ๑๒.โคกกระชาย ๑๓.มาบกราด ๑๔.ลำเพี้ยก ๑๕.เฉลียง ๑๖.มาบตะโกเอน ๑๗.สระว่านพระยา ๑๘.หนองบัว
๘	วังน้ำเขียว	ไทยสามัคคี	วิทยาเขต รพ.สต.ศาลเจ้าพ่อ (ต.วังน้ำเขียว)
๙	เสิงสาง	โนนสมบูรณ์	๒ วิทยาเขต ได้แก่ ๑.วิทยาเขต รพ.เสิงสาง ๒.วิทยาเขต PCU สระประทีป
๑๐	ปักธงชัย	ตะคุ	วิทยาเขตบ้านหันใต้ หมู่ ๑๘ (ต.ตะคุ)
๑๑	หนองบุญมาก	ลุงเขว้า	วิทยาเขตลุงเขว้าวิทยา
๑๒	พิมาย	รังกาใหญ่	ทุกตำบล
๑๓	เมืองยาง	กระเบื้องนอก	วิทยาเขต รพ.สต.ครบุรี (ต.ละหานปลาควัว)
๑๔	โนนสูง	โนนสูง	วิทยาเขตอำเภอโนนสูง
๑๕	ชุมพวง	โนนยอ	วิทยาเขต รพ.สต.ประดู่ (ต.โนนยอ)
๑๖	ลำทะเมนชัย	ไพล	วิทยาเขตห้องแพทย์แผนไทย รพ.สต.ไพล
๑๗	โนนแดง	โนนตาเถร	๒ วิทยาเขต ได้แก่ ๑.วิทยาเขตดอนยาวใหญ่ ๒.วิทยาเขตโนนตาเถร
๑๘	บัวใหญ่	ขุนทอง	วิทยาเขตดอนคนทาวิทยา (ต.ขุนทอง)
๑๙	แก้งสนามนาง	บึงพะไล	วิทยาเขตบึงพะไล
๒๐	ประทาย	กระทุ่มราย	๖วิทยาเขต ได้แก่ ๑.บ้านประทาย ๒.รพ.ประทาย (ทบ.ประทาย) ๓.หันหัวทราย ๔.หนองข่างตาย ๕.รพ.สต.โนนไผ่ล้อม(ต.กระทุ่มราย) ๖.โคกกลาง
๒๑	บัวลาย	หนองหว่า	วิทยาเขตหนองหว่า
๒๒	สีดา	โนนประดู่	วิทยาเขต รพ.สต.โนนประดู่
๒๓	โนนไทย	สายออ	วิทยาเขตอำเภอโนนไทย (เขตตำบลสายออ)
๒๔	ขามสะแกแสง	หนองหัวฟาน	ครบทุกตำบล
๒๕	คง	๔ ตำบล	๔ วิทยาเขต (ขาดข้อมูลขามสมบูรณ์) ได้แก่ ๑. ตาจัน ๒.โนนเต็ง ๓.ปอปิด ๔.บ้านปรางค์
๒๖	บ้านเหลื่อม	บ้านเหลื่อม	วิทยาเขตอำเภอบ้านเหลื่อม
๒๗	พระทองคำ	ทัพช้าง	วิทยาเขตศาลาประชาคมบ้านทัพช้างพัฒนา ม.๒๑
๒๘	ด่านขุนทด	-	วิทยาเขตตำบลด่านขุนทด
๒๙	ปากช่อง	วังกะทะ	วังกะทะ
๓๐	สีคิ้ว	คลองไผ่	วิทยาเขตคลองไผ่
๓๑	สูงเนิน	กุดจิก	วิทยาเขตอำเภอสูงเนิน (ต.สูงเนิน)และวิทยาเขตกุดจิก
๓๒	เทพารักษ์	วังยายทอง	วิทยาเขต วังยายทอง

ปัจจัยความสำเร็จ

๑. เป็นนโยบายทุกระดับ ผู้บริหารให้ความสำคัญ ติดตามอย่างต่อเนื่อง
๒. เกิดการบูรณาการ การทำงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ กลุ่มงานพัฒนารูปแบบบริการ ที่เป็นรูปธรรมต่อเนื่อง เป็นต้น
๓. มีการเชื่อมโยงการทำงานกับภาคีเครือข่ายที่หลากหลาย ผลักดันการแก้ปัญหาในรูปแบบ พขอ./พชต.
๔. มีการควบคุมกำกับกับการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องกับพื้นที่และปฏิบัติตามโครงการที่วางไว้
๕. ผลลัพธ์การดำเนินงานโรงเรียนเบาหวานวิทยาชัดเจน มีผู้หายจากเบาหวานหรือเบาหวานสงบ
๖. มีพี่เลี้ยงโซนดูแลและแก้ไขปัญหาช่วยพื้นที่ เป็นการสื่อสารแบบ Two way participation

ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ

๑. การโอนย้ายสังกัด รวมถึงการเปลี่ยนแนวทางการจ่ายเงินชดเชยของสปสช. ที่เปลี่ยนรูปแบบในการพิสูจน์และยืนยันตัวตน ทำให้แนวทางปฏิบัติไม่ชัดเจน ผลงานการคัดกรอง การติดตามยังไม่ได้ตามเป้าหมาย
๒. การดำเนินงาน NCD ควรดำเนินงานในรูปแบบ พขอ. เพื่อให้เกิดความตระหนักในชุมชน เสริมสร้างความเป็นเจ้าของในการจัดการสภาวะสุขภาพด้วยตนเอง
๓. บุคลากรทางสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปฏิบัติงานหลายบทบาทหน้าที่ การกำหนดตัวชี้วัดที่ไม่ได้ตอบสนองการทำงานของพื้นที่โดยตรง เป็นการเพิ่มความกดดันให้ผู้ปฏิบัติงานมากกว่าการดูแลประชาชน เช่น การกำหนดการใช้ Application แต่ไม่มีสนับสนุนงบประมาณและเครื่องมือดำเนินงาน ผู้ป่วยหลุดเล็ดลอดสมองและหลุดเล็ดลอดหัวใจ เป็นต้น
๔. เทคโนโลยีที่ใช้ไม่สเถียร โดยเฉพาะที่ต้องพึ่งระบบอินเทอร์เน็ต เมื่อเข้าสู่ชุมชนห่างไกล จึงเป็นอุปสรรคต่อการบันทึกข้อมูลที่ต้องลงปัจจุบัน หากต้องนำมาบันทึกย้อนหลังก็เป็นการเพิ่มภาระงาน
๕. การใช้ Application ที่เกี่ยวข้องกับงานคัดกรองหรือบันทึกสภาวะของสุขภาพ เน้นทำงาน NCD แต่ในการดำเนินงานเข้าใช้ เน้นประชาชนทั่วไปเพียงแค่คัดกรองสภาวะความเสี่ยงต่อโรคทาง NCD เกิดการนำมาให้ผู้ดำเนินการ NCD ในพื้นที่ปฏิบัติ ทั้งที่ผู้ทำหน้าที่คัดกรองประชาชนไม่ใช่ผู้รับผิดชอบงาน NCD โดยตรง การดำเนินงานจึงติดขัด สร้างความสับสนและเป็นอุปสรรคต่อการติดตามงานในพื้นที่ ผู้วางนโยบายควรศึกษาให้ชัดเจนก่อนผลักดันเป็นตัวชี้วัดลงสู่พื้นที่ ควรง่ายต่อการปฏิบัติและสอดคล้องกับการดำเนินงานของพื้นที่
๖. Application มีหลากหลาย แต่ไม่สามารถเชื่อมโยงกันได้ หรือไม่สามารถเชื่อมโยงฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้มได้ แต่ทุกนโยบายผลักดันลงให้พื้นที่ทำงาน เป็นการเพิ่มภาระงานต่อผู้ปฏิบัติ ข้ำซ้อน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรคำนึงถึงผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ควรบูรณาการงานให้เป็นเนื้อเดียว รวมถึงการวางตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องหลากหลาย ควรเชื่อมโยงการดำเนินงานและวางตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องและจำเป็นร่วมกัน
๖. ผลลัพธ์ที่ทำให้ประชาชนสุขภาพดีขึ้น ไม่ใช่อยู่ที่แค่จำนวนของการใช้ Application จึงไม่ควรนำมาเป็นตัวชี้วัด ควรวัดที่ผลลัพธ์เชิงมูลค่ามากกว่า เช่นกลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วยได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้วดีขึ้น กลุ่มป่วยหายป่วยจากภาวะโรคเรื้อรังได้ หรือภาวะแทรกซ้อนลดลง เป็นต้น

โอกาสพัฒนา / สิ่งที่จะทำต่อไปในพื้นที่ที่มีผลงานต่ำ

๑. ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง บูรณาการในรูปแบบ NCD cluster
๒. ประสานความร่วมมือองค์การบริหารส่วนจังหวัดในงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินงานร่วมกัน
๓. กำหนดหลักสูตรและวิทยาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในรูปแบบ “เบาหวานในกระบวนทัศน์ใหม่ ภายใต้อาสาสมัคร ทางเลือก ทางรอด จากโรค NCDs” ให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด
๔. สร้าง Health Model /ขยายเครือข่ายโรงเรียนเบาหวานวิทยาเพิ่มขึ้น และให้เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน
๕. การพัฒนาเชิงระบบในเรื่องการลด ละ เลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ เพื่อให้เกิดความสำเร็จต้องดำเนินการเชิงระบบ ตั้งแต่ตติยภูมิ ส่งกลับสู่รพ. เนื่องจาก โรคเหล่านี้เป็นโรคที่มักเกิดฉุกเฉิน ผู้ป่วยจะต้องส่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย เมื่อส่งผู้ป่วยกลับ บางครั้งไม่ได้ผ่านระบบโรงพยาบาลชุมชนทำให้ไม่ได้ติดตามเรื่องการสูบบุหรี่ หรือแม้แต่แนวทางการตรวจ LDL เป็นต้น

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

เบาหวานหายได้ จาก “โรงเรียนเบาหวานวิทยา” ตามหลัก Diabetes UK, the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes.

ลำดับ	อำเภอ	นักเรียนที่ ร่วม โครงการ	Diabetis remission	ระดับน้ำตาลสะสม ดีขึ้น/ลดยา/หยุดยา	เท่าเดิม	แย่ลง
๑	โนนแดง	๒๑	๒	๑๘	-	๑
๒	ขามสะแกแสง	๑๑๖	-	๗๑	๖	๓๕
๓	ปักธงชัย	๕	-	๔	-	-
๔	หนองบุญมาก	๑๔	-	๑๓	-	๑
๕	สูงเนิน	๔๗	๙	๒๔	๑๐	๔
๖	พิมาย	๒,๐๔๖	๓๕	๔๔๙	๑๓๐	๒
	รวม	๒,๒๔๙	๔๖ (๒.๐๕)	๕๗๙ (๒๕.๗๔)	๑๔๖ (๖.๔๙)	๔๓ (๑.๙๑)

ประเด็นผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน

๑. โรคหลอดเลือดสมอง

๑. วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา

ในการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมีเพิ่มขึ้นทุกปี ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญต่อการป่วยด้วยโรคหลอดเลือด จำนวนผู้ป่วยสะสมด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี ๒๕๖๓ – ๒๕๖๔ มีจำนวนดังนี้ ๒๓,๕๙๒ , ๒๗,๐๖๖ เป็นการป่วยอุบัติใหม่ด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้ ๑,๙๗๔ , ๑,๗๒๔ คิดเป็นอัตราต่อแสนประชากรดังนี้ ๗๔.๕๒, ๖๕.๔๗ ซึ่งยังถือเป็นข้อมูลที่สูงมาก โดยพบว่า ปัจจุบันสภาพแวดล้อมทางสังคมส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเป็นอย่างมาก เช่นการรับประทานอาหาร Fast food การออกกำลังกายลดลง ความเครียดสูงขึ้น สัมพันธ์กับการเป็นสังคมเมืองมากขึ้น พบผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง รวมถึงหลอดเลือดสมองหรือหัวใจ เกือบร้อยละ ๕๐ ไม่มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือมีภาวะเสี่ยงมาก่อน สำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันมีมาตรฐานการรักษาที่เป็นมาตรฐานและมีคุณภาพมากขึ้น แต่การเข้าถึงบริการของประชาชนยังล่าช้า จากการเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ในปี ๒๕๖๓ – ๒๕๖๔ พบว่า ร้อยละการเสียชีวิตในโรงพยาบาลเป็นไปตามลำดับดังนี้ ๘.๗๖, ๘.๓๙ สาเหตุการเสียชีวิตหลัก คือ หลอดเลือดสมองแตก ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มองเห็นปัญหาดังกล่าว จึงมุ่งเน้นในเรื่องของการควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดี โดยผลักดันในเรื่องของโรคเรื้อรังให้เป็นนโยบายหลักของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และการจัดตั้ง Health Station ที่นอกเหนือจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนได้ทราบถึงภาวะสุขภาพได้ง่าย เป็นเบื้องต้น เพื่อให้เกิดความตระหนักในการสร้างสุขภาพที่ดีในอนาคตได้ โดยผลักดันให้ชุมชนมีส่วนร่วมได้มากที่สุด รวมถึงการสร้างกระแสความเสี่ยงในการกระตุ้นให้เกิดการเข้าถึงบริการที่รวดเร็วด้วยระบบ Alarm Alert Alive

ตารางแสดงผลการดำเนินงานปี ๒๕๖๓ และปี ๒๕๖๔

ตัวชี้วัด	ผลงาน	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔
๑. ร้อยละการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <๗ ที่ Admit ในโรงพยาบาล	เป้าหมาย	๑๑,๒๒๐	๑๑,๓๖๐
	ผลงาน	๙๘๓	๙๕๓
	ร้อยละ	๘.๗๖	๘.๓๙
๒. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (<๕)	เป้าหมาย	๖,๙๘๓	๗,๑๘๘
	ผลงาน	๓๐๘	๒๙๔
	ร้อยละ	๔.๔๑	๔.๐๙
๓. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (<๒๕)	เป้าหมาย	๒,๑๘๔	๒,๔๕๑
	ผลงาน	๖๔๐	๖๑๙
	ร้อยละ	๒๙.๓๐	๒๕.๒๕
๔. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชม. ได้รับการรักษาใน Stroke Unit ≥ ๖๐	เป้าหมาย	๔,๒๗๘	๕,๙๗๑
	ผลงาน	๓,๗๕๑	๔,๗๔๕
	ร้อยละ	๘๗.๖๘	๗๙.๔๗
๕. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะ	เป้าหมาย	๔๒๓	๔๐๔
	ผลงาน	๒๗๕	๑๙๐

ตัวชี้วัด	ผลงาน	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔
เจ็บป่วย ที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชม. ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที (door to needle time)	ร้อยละ	๖๕.๐๑	๔๗.๐๓

ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน

- หน่วยบริการแม่ข่ายอย่าง รพ.พิมาย ยังไม่พร้อมรับพื้นที่ในโซน เพื่อการทำ CT Scan และให้ยา ทำให้ต้องเข้าโรงพยาบาลราชนครราชสีมา
- โรงพยาบาลบัวใหญ่ และโรงพยาบาลพิมาย รับผู้ป่วยไว้นอนรักษาในโรงพยาบาล โดยมีการจัดสัดส่วนเตียงรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หรือภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ในตึกผู้ป่วยอายุรกรรม ซึ่งเกิดจากหลายปัจจัย อาทิ ความพร้อมของสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์บุคคลากรไม่เพียงพอ ซึ่งการจะดำเนินการเปิด Stroke Unit คงต้องได้รับการสนับสนุนในปัจจัยที่ขาด
- จากผลงานจะพบว่าการเสียชีวิตด้วยหลอดเลือดสมองแต่มีการเสียชีวิตที่สูง ปัจจัยที่สำคัญคือการบูรณาการในเรื่องของการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงให้ดีในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ หรือ การคัดกรองค้นหาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ ให้ได้รับการรักษาโดยเร็ว จะต้องบูรณาการทุกหน่วยงานและทุกงานที่เกี่ยวข้อง โรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นเพียงปลายทางของการดูแลสุขภาพเท่านั้น
- ขาดการสนับสนุนเครื่องมือในการคัดกรอง การขับเคลื่อนการดำเนินงานการคัดกรอง AF ด้วยเครื่อง Pulse Oximeter ในบางพื้นที่ รวมถึงความเชื่อมโยงในการทำงานร่วมกันในภาพ CUP การที่บุคลากรที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญกว่า ออกมาร่วมให้ความรู้กับลูกข่ายจะทำให้เกิดความมั่นใจในการทำงานมากขึ้น
- การกระตุ้นให้ประชาชนเกิดความตระหนัก เข้าถึงบริการได้รวดเร็วยังไม่ดีพอ เนื่องจากการดำเนินกิจกรรมต้องอาศัยความร่วมมือของท้องถิ่น และงบประมาณของกองทุนตำบลต้องเป็นการประสานความร่วมมือระดับจังหวัดจึงจะทำให้เกิดการดำเนินงานที่ชัดเจนและต่อเนื่อง จึงเกิดโครงการ Alarm Alert Alive สู่ประชาชนเพื่อให้ประชาชนมีความตระหนักรู้เรื่องโรค ลดพฤติกรรมเสี่ยง เพิ่มการเข้าถึงบริการและลดอัตราเสียชีวิตหรือพิการได้

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่า จำนวนผู้ป่วยสะสมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี มีการวิเคราะห์อัตราการเกิดกลุ่มป่วยเหล่านี้จากการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ พบผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเกินครึ่งหนึ่งไม่มีโรคร่วมจากโรคเรื้อรัง แต่ปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องคือ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงเน้นนโยบายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังที่กล่าวข้างต้น พัฒนaya ๘ ขนานสังหาร NCDs ร่วมกับโรงเรียนเบหาวานวิทยา พัฒนาต่อยอดจนเป็น กศน.ออนไลน์ เน้นการลดอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาล เพื่อลดการเกิดโรคเรื้อรังและลดปัจจัยที่อาจทำให้เกิดโรคหลอดเลือดได้ จึงนำมาซึ่งการบูรณาการคัดกรอง Atrial Fibrillation โดย Service plan สาขาโรคหลอดเลือดหัวใจ ร่วมกับ Service plan สาขาโรคหลอดเลือดสมอง ให้ความรู้แก่ผู้รับผิดชอบงานคลินิกโรคเรื้อรังเบหาวาน และความดันโลหิตสูงต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ดำเนินการเรื่อยมาจนปัจจุบัน

ด้านการวาง Node CT scan แบ่งเป็นโรงพยาบาลในสังกัด ทั้งหมด ๖ แห่ง ดังนี้

- โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
- โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา

ข้อสัถย สามัคคี มีวินัย

- โรงพยาบาลพิมาย
- โรงพยาบาลบัวใหญ่
- โรงพยาบาลปากช่องนานา
- โรงพยาบาลปทุมธานี

โรงพยาบาลนอกสังกัด ทั้งหมด ๔ แห่ง ดังนี้

- โรงพยาบาลค่ายสุรนารี
- โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
- โรงพยาบาลเซนต์เมรี่
- โรงพยาบาลกรุงเทพราชสีมา

โดยมีการประสานการส่งต่อ อย่างเป็นระบบผ่านกระบวนการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาลต้นสังกัดทั้งในและนอกสังกัด หากมีปัญหาคัดส่งต่อโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จะมีการโทรประสานการส่งต่อโดยตรงเพื่อการเตรียมการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป



แผนงาน สนับสนุนให้พื้นที่ที่มีการดำเนินงาน Health Station

เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานในรูปแบบเดียวกันทั้งจังหวัด จึงกำหนดรูปแบบ Health Station ที่ประกอบด้วย

๑. แผ่นป้ายบอกหลักการวัดรอบเอว ค่า BMI การวัดความดันโลหิตที่ถูกต้อง
๒. แผ่นป้ายบอกค่าการวัดความดันโลหิตและค่าการเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว
๓. เครื่องชั่งน้ำหนัก สายวัดรอบเอว ที่วัดส่วนสูง เครื่องวัดความดันโลหิต และหรือ เครื่องเจาะ DTX และหรือเครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้วชนิดมี Pulse wave (ระดับ Basic, Good และ Excellent)



โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มีนโยบายให้พื้นที่สนับสนุนอุปกรณ์ ดังนี้

๑. Tablet ในการใช้ Application เพื่อคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การติดตาม โดย ๓ หมอ
๒. อุปกรณ์ในการจัดตั้ง Health Station เป็นนโยบายแจ้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง เพื่อสนับสนุน เครื่อง เจาะ DTX เครื่อง Pulse Oximeter และเครื่อง Body Composition เพื่อยกระดับคุณภาพ Health Station ของจังหวัดนครราชสีมา

แนวทางการปรับปรุง / พัฒนา

ต้นน้ำ

- เพิ่มการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพประชาชน ผ่าน Health Station เพื่อให้ประชาชนทราบถึงสถานะสุขภาพของตนเอง เชื่อมโยงสู่ ๓ หมอ โดยหมอคนที่ ๒ (สาธารณสุข) เข้าดูข้อมูลกลุ่มเสี่ยงขึ้นไป นำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและติดตามผล ส่วนกลุ่มสงสัยป่วยต้องมีการปรึกษา หมอคนที่ ๓ (เพื่อตรวจวินิจฉัย/รักษาเพิ่มเติม

- สร้างระบบ Alarm Alert Alive ต่อเนื่อง ผลักดันให้อยู่ในรูปแบบ พชต. พขอ.

กลางน้ำ

- เพิ่มการจัดตั้ง Stroke Unit ในรพ.พิมายและบัวใหญ่ รวมถึงเพิ่มจำนวนเตียงในรพ.ปากช่องนานา

ปลายน้ำ

- พัฒนาระบบการส่งกลับ ปัจจุบันยังไม่สามารถดำเนินการได้ชัดเจน รวมถึงมีการเพิ่มตัวชี้วัดเรื่อง ผู้ป่วย Stroke เลิกบุหรี่ได้ และการตรวจ LDL และต้องมีค่า <๗๐ mg/dl ซึ่งไม่ได้มีการวางที่ระบบการดูแลที่แท้จริง เช่น การเลิกบุหรี่ควรเริ่มตั้งแต่ต้นน้ำว่าระบบที่เข้มแข็ง หรือการควบคุม LDL ให้ได้ตามค่าที่กำหนดมีปัจจัยหลายอย่าง บางครั้งต้องมีการรับประสานยาร่วมหลายชนิดหรือแม้กระทั่ง ชนิดของยาที่ไม่สามารถมีในรพช.และต้องให้การรักษาโดยแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ

๒. การติดตามประเมินผล / ผลการดำเนินงาน

๑. แนวทางการติดตามประเมินผล

มีการนิเทศติดตามการดำเนินงานและประเมินผลปีละ ๒ ครั้ง รวมทั้ง ติดตาม ควบคุมกำกับผ่านระบบTeleconference ไตรมาสละ ๑ ครั้ง ภายใต้กรอบการติดตามและประเมินผลของจังหวัด ตามประเด็นที่สอดคล้องกับนโยบายและมาตรการของจังหวัด

๑.๑ ควบคุมกำกับให้ปฏิบัติตามนโยบายนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน NCD ดังนี้

๑) กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยโรคเรื้อรัง ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อัตราป่วยลดลง ระดับการควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิตสูงได้ตามมาตรฐาน

๒) Health Station พัฒนาต่อยอดให้เป็นระดับ Excellent ทุกอำเภอ และมีการเข้าใช้เพิ่มขึ้น (เพื่อให้ประชาชนทราบสถานะสุขภาพ)

๓) ติดตามการดำเนินงาน ตำบลต้นแบบสุขภาพ ภายใต้ กระบวนการ “ทางเลือก ทางรอด จากโรค NCDs” ของทุกอำเภอ

๑.๒ ติดตามและประเมินผล ความก้าวหน้าตัวชี้วัดด้านข้อมูลสารสนเทศ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยคณะกรรมการ Service Plan สาขาหลอดเลือดสมอง บูรณาการร่วมกับ Node CT Scan ทั้ง ๖ Node

๒. ผลการดำเนินงาน

ตารางผลการดำเนินงานเปรียบเทียบปี ๒๕๖๕

ตัวชี้วัด	ผลงาน	ปี ๒๕๖๕
๑. ร้อยละการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <๗ ที่ Admit ในโรงพยาบาล	เป้าหมาย	๙,๙๘๑
	ผลงาน	๘๙๘
	ร้อยละ	๙.๐๐
๒. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (<๕)	เป้าหมาย	๖,๒๔๗
	ผลงาน	๒๖๔
	ร้อยละ	๔.๒๓
๓. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (<๒๕)	เป้าหมาย	๒,๑๑๗
	ผลงาน	๕๘๖
	ร้อยละ	๒๗.๖๘
๔. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชม. ได้รับการรักษาใน Stroke Unit ≥ ๖๐	เป้าหมาย	๖,๑๐๔
	ผลงาน	๕,๓๕๘
	ร้อยละ	๘๗.๗๘
๕. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน ที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชม. ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที (door to needle time)	เป้าหมาย	๓๐๔
	ผลงาน	๑๖๗
	ร้อยละ	๕๔.๙๓

ปัจจัยความสำเร็จ

๑. ผู้บริหารให้การสนับสนุนและผลักดันให้เกิดกระบวนการทำงานที่ครอบคลุม โดยเฉพาะการคัดกรอง AF ด้วยเครื่อง Pulse oximeter และการดำเนินงาน Alarm Alert Alive ต่อเนื่องของพื้นที่ โดยเฉพาะพื้นที่อำเภอบ้านเหลื่อม สนับสนุนเครื่อง Pulse oximeter ให้กับทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๒. การผลักดันของสำนักงานสาธารณสุขและโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา สร้างระบบการทำงานเป็นทีมในสาขาหลอดเลือด ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในระดับพื้นที่ เพื่อสร้างระบบภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง โดยได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากทีมแพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในระดับโรงพยาบาลชุมชนรวมถึง อสม.ในพื้นที่

๓. การขอเพิ่มหน่วย CT Scan โดยอายุรแพทย์โรงพยาบาลปทุมธานีเพื่อเพิ่มศักยภาพการเข้าถึงของประชาชนในพื้นที่ใกล้เคียง

๔. การพัฒนาด้าน Home Ward ของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา นำร่องเขตอำเภอเมือง และมีแผนขยายลงสู่ชุมชนทุกแห่ง เพื่อลดความพิการแก่ผู้ป่วยเน้นการช่วยเหลือตนเองหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแก่ผู้ป่วยได้

๕. ความเข้มแข็งของโรงพยาบาลแม่ข่าย เทพรัตนนครราชสีมาในการช่วยดูแลระบบ IMC ในโรงพยาบาลขามทะเลสอ และระบบการทำงาน IMC ระดับจังหวัดที่สามารถถ่ายทอดการทำงานสู่โรงพยาบาลชุมชน

๖. โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ได้จัดตั้งหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดสมอง (Acute Stroke Unit) ขึ้นทั้งหมด ๒๔ เตียง โดยแบ่งออกเป็น ชาย ๑๒ เตียง และ หญิง ๑๒ เตียง ถือเป็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในระดับพื้นที่ เพื่อสร้างระบบภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง ในการรองรับผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน

๓. โอกาสพัฒนา / สิ่งที่จะทำต่อไปในพื้นที่ที่มีผลงานต่ำ

- จากการดำเนินงานปีที่ผ่านมาพบว่า อำเภอขนาดใหญ่ จะมีปัญหาเรื่องการให้ความรู้ประชาชนในเรื่องการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะ Stroke Fast Track ดังนั้นในปี ๒๕๖๒ จึงพัฒนาอำเภอใหญ่ ให้เป็นพื้นที่นำร่องเรื่อง Alarm Alert Alive เพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้พื้นที่ขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นได้ดียิ่งขึ้น ทั้งในเรื่องของการสนับสนุนงบประมาณ การดำเนินงานในเครือข่ายเพื่อประชาชน

- เครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วยทั้ง Pulse oximeter และ เครื่องวัดความดันโลหิตไม่เพียงพอซึ่งเป็นส่วนช่วยในการคัดกรองความดันโลหิตและ AF Stroke ได้ และการสนับสนุนเครื่องวัดความดันโลหิตเพื่อช่วยให้เกิด Home BP เป็นตัวช่วยดูแลเรื่องการควบคุมความดันฯ ซึ่งการดูแลรักษาที่รวดเร็วและควบคุมได้ดี เป็นสาเหตุหนึ่งในการลดผู้ป่วย Hemorrhagic stroke การลงทุนด้านเครื่องมือในการคัดกรองนี้จึงเป็นการลงทุนระยะยาวที่คุ้มค่า จากนั้นก็กระตุ้นให้เกิดระบบที่ชัดเจน ควบคุมกำกับ วัตถุประสงค์ดำเนินงานต่อเนื่อง

- โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ได้เสนอแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับโซน ๕ ซึ่งเดิมการดำเนินงาน Service Plan สาขาโรคหลอดเลือดสมอง โซน ๕ มีแนวทางระบบการส่งต่อเมื่อมี Case Stroke Fast Tract ดังนี้

๑. โรงพยาบาลปทุมธานี (เป็น Node CT scan) ส่งต่อ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ข้อสัถย สามัคคี มีวินัย

- | | |
|-------------------------|-----------------------------------|
| ๒. โรงพยาบาลโชคชัย | ส่งต่อ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา |
| ๓. โรงพยาบาลครบุรี | ส่งต่อ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา |
| ๔. โรงพยาบาลหนองบุญมาก | ส่งต่อ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา |
| ๕. โรงพยาบาลเสิงสาง | ส่งต่อ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา |
| ๖. โรงพยาบาลวังน้ำเขียว | ส่งต่อ โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา |

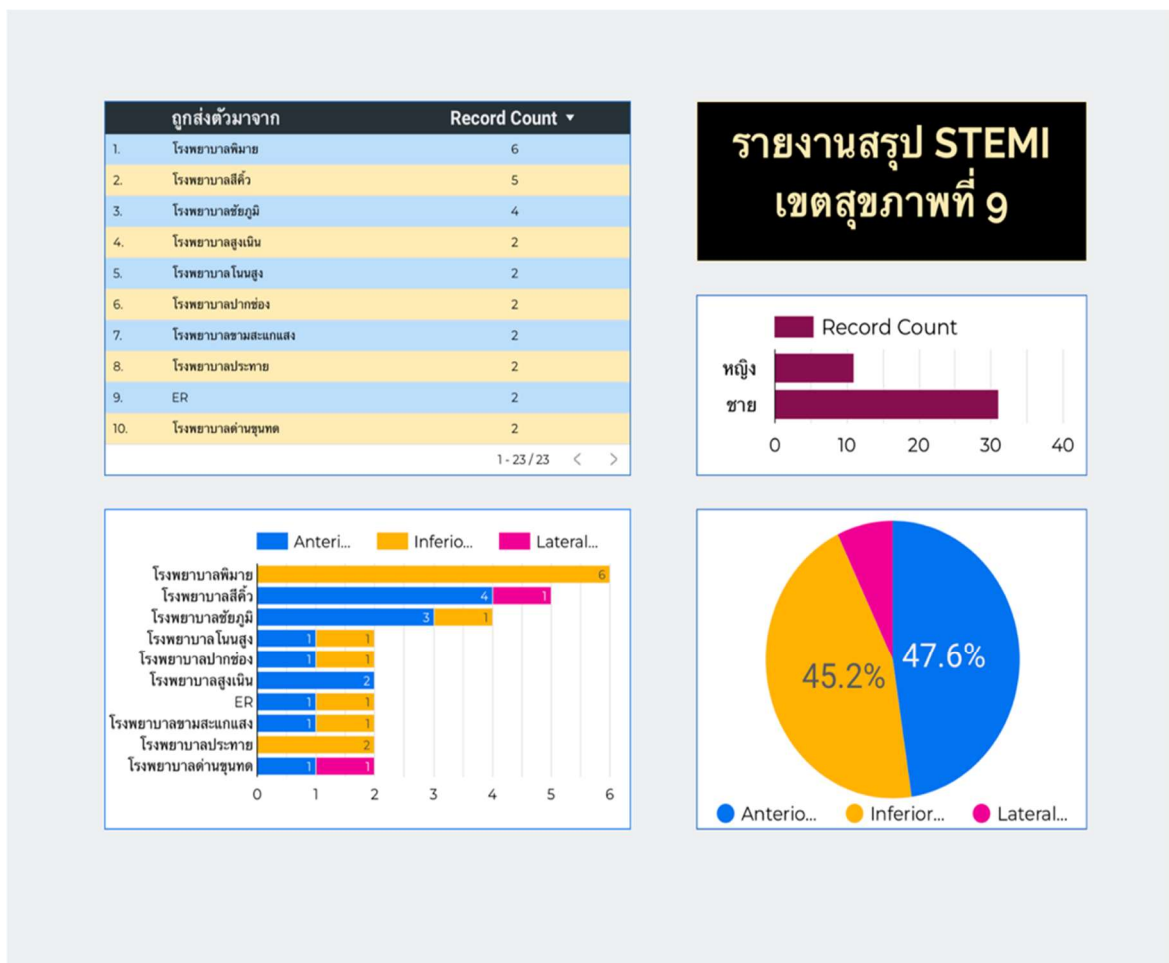
โดยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เป็นหน่วยงานในสังกัดสำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี มีแพทย์เฉพาะทางสำหรับโรคทางระบบประสาท ประกอบด้วย อายุรแพทย์ระบบประสาท จำนวน ๒ ท่าน, ศัลยแพทย์ระบบประสาท จำนวน ๑ ท่าน และรังสีแพทย์ จำนวน ๕ ท่าน รับผู้ป่วยทุกระดับความรุนแรง มี Neuro Center ๒๒ เตียง ทั้งนี้ การส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโซน ๕ มายังโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จะช่วยเพิ่มการเข้าถึงระบบ Smart Fast tract ลดความแออัดในโรงพยาบาลแม่ข่าย และเกิดประโยชน์กับคนไข้ในการเข้าถึงระบบบริการได้ทันเวลาที่ โดยมีแนวทางเบื้องต้นดังนี้

๑. สามารถรับ Case Stroke Fast Tract ได้ทั้งหมด รวมไปถึง Case Stroke ที่มี Complication

๒. สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ได้

๓. ยังไม่สามารถทำ Mechanical Thrombectomy ได้

๔. Case Stroke ที่เข้ามาในระบบของรพ.มทส. ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย จะส่งข้อมูลในระบบ Thai COC ทุก Case



๒. โรคหลอดเลือดหัวใจ

วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา

จังหวัดนครราชสีมา จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจสะสมทั้งหมด (1๐๐-1๐๙, 1๒๐-1๒๘ และ 1๓๐-1๕๒) เพิ่มขึ้นทุกปี ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔ ดังนี้ ๑๔,๒๐๖ ราย, ๑๖,๓๖๔ ราย โดยเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอุบัติใหม่ (ต่อแสนประชากร) ตั้งแต่ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔ ได้แก่ ๓๕ (๙๒๗ ราย), ๓๐.๘๘ (๘๑๘ ราย) ตามลำดับ เป็นร้อยละผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart disease) ตั้งแต่ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔ ดังนี้ ๗.๓๑, ๘.๙๓ (แหล่งข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕) จากข้อมูลดังกล่าว พบว่าอัตราผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มที่สูงขึ้น ซึ่งนอกจากการร่วมมือในรูปแบบ NCD Cluster แล้ว การให้ความรู้ประชาชนทั้งในประชาชนทั่วไปและในกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือด การเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว เป็นส่วนหนึ่งที่ต้องทำต่อเนื่อง รวมถึงการรักษาที่มีแนวทางที่ชัดเจน มีระบบการให้การปรึกษาโดยตรงจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ในรูปแบบ Alarm Alert Alive ที่จัดเป็นตัวชี้วัดในระดับจังหวัดต่อเนื่องมาตลอดตั้งแต่ปี ๒๕๖๐ เป็นต้นมา เพื่อให้บุคลากรได้ทำงานอย่างต่อเนื่อง ประชาชนได้รับผลประโยชน์มากที่สุด

ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

(ข้อมูลจากศูนย์หัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔
๑	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (ร้อยละ ๙)	เป้าหมาย	๘๕๗	๗๕๘
		ผลงาน	๘๙	๗๘
		ร้อยละ	๑๐.๓๗	๑๐.๒๙
๒	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ได้รับการขยายหลอดเลือดและหรือยาละลายลิ่มเลือด (PPCI)	เป้าหมาย	๘๕๗	๗๕๘
		ผลงาน	๘๒๖	๗๓๘
		ร้อยละ	๙๖.๓๘	๙๗.๓๖
๓	อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน (Primary PCI) ภายใน ๙๐ นาที หลังจากถึงโรงพยาบาล (ร้อยละ ๗๐)	เป้าหมาย	๔๐๒	๓๙๔
		ผลงาน	๓๐๓	๒๙๓
		ร้อยละ	๗๕.๓๗	๗๔.๓๖

ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน

- การเข้าถึงการรักษาในระยะเวลามาตรฐานยังไม่สามารถทำได้ถึงเป้าหมาย จากการประชุมพัฒนาระบบ ทราบว่า ระบบการรายงานและตอบกลับ ระหว่างแม่ข่ายและลูกข่าย ยังเข้าใจไม่ตรงกัน
- ระบบการส่งต่อผู้ป่วยมารับการทำการ PPCI ล่าช้า แม้ผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ได้เร็ว
- การเก็บข้อมูลเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ ยังมีปัญหาด้านข้อมูลเชิงคุณภาพ ขาดความเชื่อมโยงเชิงระบบระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน อาจเนื่องจาก ขาดทรัพยากรบุคคล และหรือ

ชื่อสัตย์ สามัคคี มีวินัย

ภาระงานที่มาก ปัจจุบันมีการใช้ข้อมูลการส่งต่อในลักษณะ Google form ซึ่งหากมีการส่งต่อที่มากขึ้น ระบบอาจไม่รองรับ

- ระบบการเรียกใช้บริการ ๑๖๖๙ ของประชาชนยังไม่มากพอ แม้เจ้าหน้าที่จะดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ควรให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม เช่น เสี่ยงตามสายชุมชน แผ่นป้ายให้ความรู้ในชุมชน ทั้งนี้ นโยบายการให้ความรู้เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพ สามารถดำเนินการในงบประมาณกองทุนตำบลได้ บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรเป็นบทบาทพี่เลี้ยงหรือหน่วยสนับสนุนด้านวิชาการ ในเรื่องการดูแลรักษาให้เป็นไปตามระบบมาตรฐานระบบการสาธารณสุข

ปัจจุบัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งหมด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี มีการวิเคราะห์อัตราการเกิดกลุ่มป่วยเหล่านี้ พบผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจเกินครึ่งหนึ่งไม่มีโรคร่วมจากโรคเรื้อรัง แต่ปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องคือ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงเน้นนโยบายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตั้งแต่ต้นน้ำ ภายใต้งานโรงเรียนเบาหวานกระบวนทัศน์ใหม่ และ ทางเลือก ทางรอด จาก NCDs เน้นการลดอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาล อาหารกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองหัวใจ เป็นต้น

แนวทางการปรับปรุง / พัฒนา

ต้นน้ำ

- เพิ่มการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพประชาชน ผ่าน Health Station เพื่อให้ประชาชนทราบถึงสภาวะสุขภาพของตนเอง เชื่อมโยงสู่ ๓ หมอ โดยหมอคนที่ ๒ (สาธารณสุข) เข้าดูข้อมูลกลุ่มเสี่ยงขึ้นไปนำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและติดตามผล ส่วนกลุ่มสงสัยป่วยต้องมีการปรึกษา หมอคนที่ ๓ (เพื่อตรวจวินิจฉัย/รักษาเพิ่มเติม

- สร้างระบบ Alarm Alert Alive ต่อเนื่อง ผลักดันให้อยู่ในรูปแบบ พชต. พขอ.

กลางน้ำ

- ระบบการรักษาที่เป็นมาตรฐาน เพิ่มทักษะความรู้แพทย์ พยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ CPG/Guideline

- เพิ่มศักยภาพการดูแลรักษากลุ่ม NSTEMI และ Arrhythmia clinic ทำระบบการเข้าสู่ต่อจากพช. เข้าพบแพทย์เฉพาะทางในวันอังคารของทุกสัปดาห์

- เพิ่มกลุ่มยา Enoxaparin สู่ รพช.ทุกแห่ง (Drug Ware house) พร้อมช่องทางการปรึกษา

ปลายน้ำ

- พัฒนาระบบการส่งกลับ ปัจจุบันยังไม่สามารถดำเนินการได้ชัดเจน รวมถึงมีการเพิ่มตัวชี้วัดเรื่อง ผู้ป่วย STEMI เลิกบุหรี่ได้ และการตรวจ LDL และต้องมีค่า <๗๐ mg/dl ซึ่งไม่ได้มีการวางที่ระบบการดูแลที่แท้จริง เช่น การเลิกบุหรี่ควรเริ่มตั้งแต่ต้นน้ำว่าระบบที่เข้มแข็ง หรือการควบคุม LDL ให้ได้ตามค่าที่กำหนดมีปัจจัยหลายอย่าง บางครั้งต้องมีการรับประสานความร่วมมือหลายชนิดหรือแม้กระทั่ง ชนิดของยาที่ไม่สามารถมีในรพช.และต้องให้การรักษาโดยแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ

การติดตามประเมินผล / ผลการดำเนินงาน

๑. แนวทางการติดตามประเมินผล

มีการนิเทศติดตามการดำเนินงานและประเมินผลปีละ ๒ ครั้ง รวมทั้ง ติดตาม ควบคุมกำกับผ่านระบบTeleconference ไตรมาสละ ๑ ครั้ง ภายใต้กรอบการติดตามและประเมินผลของจังหวัด ตามประเด็นที่สอดคล้องกับนโยบายและมาตรการของจังหวัด

๑.๑ ควบคุมกำกับให้ปฏิบัติตามนโยบายนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ที่เกี่ยวข้องกับการ NCD ดังนี้

๑) กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยโรคเรื้อรัง ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อัตราป่วยลดระดับควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิตสูงได้ตามมาตรฐาน

๒) Health Station พัฒนาต่อยอดให้เป็นระดับ Excellent ทุกอำเภอ และมีการเข้าใช้เพิ่มขึ้น (เพื่อให้ประชาชนทราบสถานะสุขภาพ)

๓) ติดตามการดำเนินงาน ตำบลต้นแบบสุขภาพ ภายใต้ กระบวนการ “ทางเลือก ทางรอด จากโรค NCDs” ของทุกอำเภอ

๑.๒ ติดตามและประเมินผล ความก้าวหน้าตัวชี้วัดด้านข้อมูลสารสนเทศ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยคณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด บูรณาการร่วมกับศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

๒. ผลการดำเนินงาน

จังหวัดนครราชสีมา พบจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจสะสมทั้งหมด (1๐๐-1๐๙, 1๒๐-1๒๘ และ 1๓๐-1๕๒) ๒๕๖๕ ๒๐,๖๕๘ ราย โดยเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอุบัติใหม่ (ต่อแสนประชากร) ตั้งแต่ปี ๒๕๖๕ ๒๖.๑๒ (๖๘๘ ราย) ตามลำดับ เป็นร้อยละผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart disease) ๒๕๖๕ ๑๑.๙๓ (แหล่งข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕)

ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

(ข้อมูลจากศูนย์หัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ปี ๒๕๖๕
๑	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (ร้อยละ ๙)	เป้าหมาย	๙๐๐
		ผลงาน	๑๐๘
		ร้อยละ	๑๒
๒	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ได้รับการขยายหลอดเลือดและหริยาละลายลิ้มเลือด (PPCI)	เป้าหมาย	๙๐๐
		ผลงาน	๘๔๕
		ร้อยละ	๙๓.๘๘
๓	อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน (Primary PCI) ภายใน ๙๐ นาที หลังจากถึงโรงพยาบาล (ร้อยละ ๗๐)	เป้าหมาย	๔๗๓
		ผลงาน	๓๑๘
		ร้อยละ	๖๗.๒๓

ปัจจัยความสำเร็จ

- ๑ มีนโยบายเชิงกระบวนการที่ชัดเจน
- ๒ มีความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานหรือผู้ที่รับผิดชอบงานมีการประสานความร่วมมือร่วมใจกัน อย่างต่อเนื่อง
- ๓ มีช่องทางปรึกษาการรักษาระหว่าง รพ.มหาราชนครราชสีมาและพื้นที่ชัดเจน และสามารถโทรปรึกษากรณีเกิดภาวะฉุกเฉินได้
- ๔ มีการปรับแนวทางการรักษาให้สอดคล้องกับการดำเนินงานของพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของแพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชนหรือเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานโดยตรง

โอกาสพัฒนา / สิ่งที่จะทำต่อไปในพื้นที่ที่มีผลงานต่ำ

ส่งเสริมการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของประชาชน ผลักดันระบบ Alarm Alert Alive บรรจุเป็นนโยบายของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เนื่องจากเป็นโรคที่มีอัตราตายสูง เน้นผลักดันให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมเพื่อการให้ความรู้ประชาชนที่ยั่งยืน

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย ผ่านระบบ Google Forms

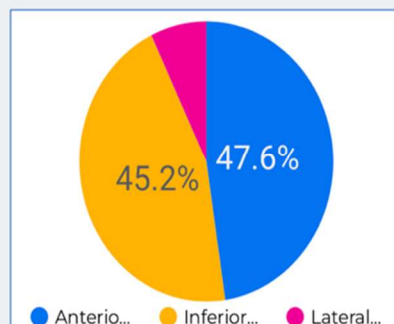
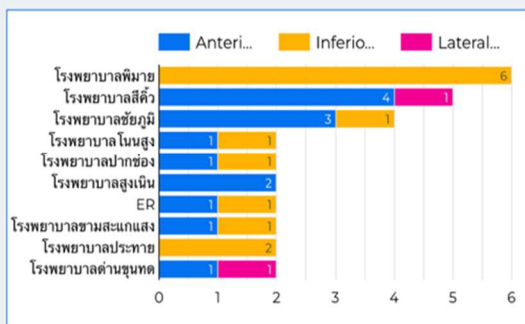
คณะกรรมการเครือข่ายการดำเนินงาน Service Plan สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด นำโดยนายแพทย์พินิจ แก้วสุวรรณ (นายแพทย์เชี่ยวชาญ) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ประธานเครือข่าย Service Plan สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดนครราชสีมา ได้พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย ผ่านระบบ Google Forms เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการสื่อสารและสามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปพัฒนาเครือข่ายได้อย่างรวดเร็ว โดยการส่งต่อผู้ป่วยผ่านระบบ Google Forms นี้ จะมีการตอบกลับผลการรักษาจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ไปยัง E-mail ที่โรงพยาบาลนั้นลงข้อมูลไว้ ซึ่งถือเป็นประโยชน์ในการจัดเก็บข้อมูลและเป็นการส่งต่อผู้ป่วยกลับ (Refer Back) อย่างครอบคลุมและข้อมูลไม่ขาดหาย

ระบบการส่งต่อผู้ป่วย ผ่านระบบ Google Forms นี้ เริ่มใช้เมื่อวันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕ สามารถเห็นภาพรวมของการรักษา การส่งต่อ และระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI ทำให้โรงพยาบาลแม่ข่ายสามารถปรับการรักษาได้เร็วขึ้น ปัจจุบันได้มีการพัฒนา Google Forms STEMI Refer ใน Version ที่ ๒ ซึ่งสามารถแยก และในโปรแกรมสามารถดูข้อมูลตัวชี้วัดได้มากขึ้น โดยทางเครือข่าย Service Plan สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด จะมีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างต่อเนื่องทุกเดือน จัดประชุมเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน และให้ทางโรงพยาบาลชุมชนได้ร่วมมือไปถึงแนวทางระบบการส่งต่อดังกล่าว

ถูกส่งตัวมาจาก	Record Count ▾
1. โรงพยาบาลพนม	6
2. โรงพยาบาลสีคิ้ว	5
3. โรงพยาบาลชัยภูมิ	4
4. โรงพยาบาลสูงเนิน	2
5. โรงพยาบาลโนนสูง	2
6. โรงพยาบาลปากช่อง	2
7. โรงพยาบาลซามสะแกแสง	2
8. โรงพยาบาลประทาย	2
9. ER	2
10. โรงพยาบาลด่านขุนทด	2

1 - 23 / 23
<
>

Gender	Record Count
ชาย (Male)	32
หญิง (Female)	12



๓. การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา

ตารางแสดง สถานการณ์อัตราการตายด้วยโรคมะเร็ง ๕ อันดับ ปี ๒๕๖๓ - ปี ๒๕๖๕

ลำดับ	โรคมะเร็ง	ปี ๒๕๖๓			ปี ๒๕๖๔			ปี ๒๕๖๕		
		คน	ปกก.กลางปี	อัตราการตายต่อแสน ปกก.	คน	ปกก.กลางปี	อัตราการตายต่อแสน ปกก.	คน	ปกก.กลางปี	อัตราการตายต่อแสน ปกก.
๑	มะเร็งท่อน้ำดี-ตับ	๗๕๒	๒,๖๔๘,๙๒๗	๒๘.๓๙	๖๕๒	๑,๘๘๖,๘๓๗	๓๔.๕๖	๕๐๑	๑,๘๙๔,๔๘๒	๒๖.๔๕
๒	มะเร็งปอด	๕๕๓	๒,๖๔๘,๙๒๗	๒๐.๘๘	๕๕๔	๑,๘๘๖,๘๓๗	๒๙.๓๖	๔๓๓	๑,๘๙๔,๔๘๒	๒๒.๘๖
๓	ลำไส้ใหญ่-ทวารหนัก	๓๗๗	๒,๖๔๘,๙๒๗	๑๔.๒๓	๓๗๒	๑,๘๘๖,๘๓๗	๑๙.๗๒	๒๔๒	๑,๘๙๔,๔๘๒	๑๒.๗๗
๔	มะเร็งเต้านม	๒๓๖	๒,๖๔๘,๙๒๗	๘.๙๑	๒๒๖	๑,๘๘๖,๘๓๗	๑๑.๙๘	๑๖๒	๑,๘๙๔,๔๘๒	๘.๕๕
๕	มะเร็งปากมดลูก	๑๒๒	๒,๖๔๘,๙๒๗	๔.๖๑	๑๑๘	๑,๘๘๖,๘๓๗	๖.๒๕	๗๓	๑,๘๙๔,๔๘๒	๓.๘๕
รวม		๒๐๔๐	๒,๖๔๘,๙๒๗	๗๗.๐๑	๑๙๒๒	๑,๘๘๖,๘๓๗	๑๐๑.๘๖	๑๔๑๑	๑,๘๙๔,๔๘๒	๗๔.๘๘

ที่มา : ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา วันที่ประมวลผล : ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕

ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน

๑. การจัดระบบหน่วยตรวจ HPV DNA Test จังหวัดนครราชสีมา

ปัจจุบันหน่วยบริการหน่วยตรวจ HPV DNA Test จังหวัดนครราชสีมา มีทั้งหมด ๔ หน่วยบริการ โดยมีการจัดระบบการให้บริการ ดังนี้

๑. โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ดูแลรับตรวจทั้งหมด จำนวน ๑๔ อำเภอ ดังนี้ อำเภอเมืองนครราชสีมา คง จักราช โนนไทย โนนสูง ขามสะแกแสง พิมาย ห้วยแถลง ชุมพวง โนนแดง เมืองยาง ลำทะเมนชัย พระทองคำ และเฉลิมพระเกียรติ
- ๒.โรงพยาบาลปากช่องนานา ดูแลรับตรวจทั้งหมด จำนวน ๘ อำเภอ ดังนี้ อำเภอปากช่อง บ้านเหลื่อม ประทาย แก้งสนามนาง บัวลาย สีดา บัวใหญ่ และโชคชัย
- ๓.โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ดูแลรับตรวจทั้งหมด จำนวน ๕ อำเภอ ดังนี้ อำเภอครบุรี เสงสัย ปักธงชัย หนองบุญมาก และวังน้ำเขียว
- ๔.โรงพยาบาลสีคิ้ว ดูแลรับตรวจทั้งหมด จำนวน ๕ อำเภอ ดังนี้ อำเภอสีคิ้ว สูงเนิน ขามทะเลสอ ด่านขุนทด และเทพารักษ์

๒ การจัดระบบหน่วยบริการส่องกล้อง Colposcopy จังหวัดนครราชสีมา

ปัจจุบันหน่วยบริการส่องกล้อง Colposcopy จังหวัดนครราชสีมา มีทั้งหมด ๖ หน่วยบริการ โดยมีการจัดระบบการให้บริการ ดังนี้

๑.โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา รับให้บริการฯ ทั้งหมด จำนวน ๑๙ อำเภอ ดังนี้ อำเภอเมืองนครราชสีมา คง จักราช โนนไทย โนนสูง ขามสะแกแสง พระทองคำ เฉลิมพระเกียรติ โชคชัย ทรัพย์สง่างาม ปักธงชัย หนองบุญมาก วังน้ำเขียว สีคิ้ว สูงเนิน ขามทะเลสอ ด่านขุนทด เทพารักษ์

๒.โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา รับให้บริการฯ เฉพาะในเขตบริการในพื้นที่รับบริการของโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา

๓.โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี รับให้บริการฯ เฉพาะในเขตบริการในพื้นที่รับบริการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

๔.โรงพยาบาลปากช่องนานา รับให้บริการฯ ทั้งหมด จำนวน ๑ อำเภอ ได้แก่ อำเภอปากช่อง

๕.โรงพยาบาลพิมาย รับให้บริการฯ ทั้งหมด จำนวน ๖ อำเภอ ดังนี้ อำเภอพิมาย ห้วยแถลง ชุมพวง โนนแดง เมืองยาง และลำทะเมนชัย

๖.โรงพยาบาลบัวใหญ่ รับให้บริการฯ ทั้งหมด จำนวน ๖ อำเภอ ดังนี้ อำเภอบัวใหญ่ บ้านเหลื่อม ประทาย แก้งสนามนาง บัวลาย และสีดา

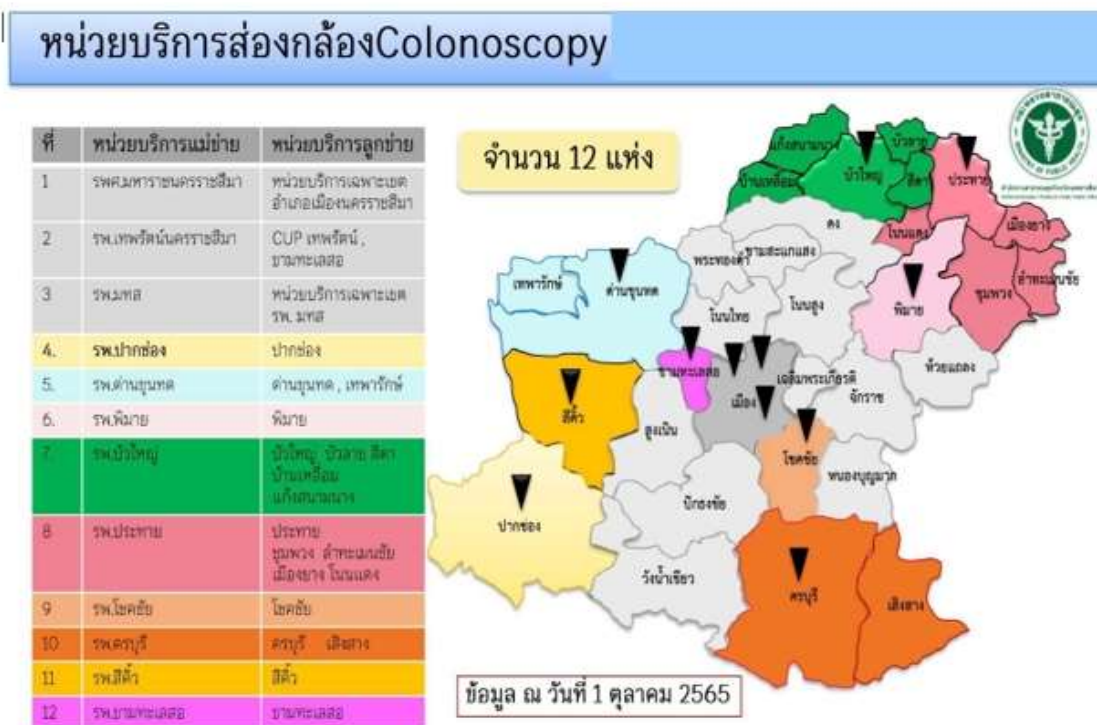
หน่วยบริการส่องกล้อง Colposcopy



๓ การจัดระบบหน่วยบริการส่องกล้อง Colonoscopy จังหวัดนครราชสีมา

ปัจจุบันหน่วยบริการส่องกล้อง Colonoscopy จังหวัดนครราชสีมา มีทั้งหมด ๑๒ หน่วยบริการ โดยมีการจัดระบบการให้บริการ ดังนี้

- ๑.โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา รับให้บริการฯ จำนวน ๑ อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองนครราชสีมา
๒. โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา รับให้บริการฯ เฉพาะในเขตบริการในพื้นที่รับบริการของโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา
๓. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี รับให้บริการฯ เฉพาะในเขตบริการในพื้นที่รับบริการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
๔. โรงพยาบาลปากช่องนานา รับให้บริการฯ ทั้งหมด จำนวน ๑ อำเภอ ได้แก่ อำเภอปากช่อง
๕. โรงพยาบาลด่านขุนทด รับให้บริการฯ ทั้งหมด จำนวน ๒ อำเภอ ได้แก่ อำเภอด่านขุนทด และเทพารักษ์
๖. โรงพยาบาลพิมาย รับให้บริการฯ ทั้งหมด จำนวน ๑ อำเภอ ได้แก่ อำเภอพิมาย
๗. โรงพยาบาลบัวใหญ่ รับให้บริการฯ ทั้งหมด จำนวน ๕ อำเภอ ได้แก่ อำเภอบัวใหญ่ บ้านเหลื่อม แก้งสนามนาง บัวลาย และสีดา
๘. โรงพยาบาลประทาย รับให้บริการฯ ทั้งหมด จำนวน ๕ อำเภอ ได้แก่ อำเภอประทาย ชุมพวง โนนแดง เมืองยาง ลำทะเมนชัย
๙. โรงพยาบาลโชคชัย รับให้บริการฯ ทั้งหมด จำนวน ๑ อำเภอ ได้แก่ อำเภอโชคชัย
๑๐. โรงพยาบาลครบุรี รับให้บริการฯ ทั้งหมด จำนวน ๒ อำเภอ ได้แก่ อำเภอครบุรี เสิงสาง
๑๑. โรงพยาบาลสีคิ้ว รับให้บริการฯ ทั้งหมด จำนวน ๑ อำเภอ ได้แก่ อำเภอสีคิ้ว
๑๒. โรงพยาบาลขามทะเลสอ รับให้บริการฯ ทั้งหมด จำนวน ๑ อำเภอ ได้แก่ อ.ขามทะเลสอ



การวิเคราะห์ปัญหา และแนวทางแก้ไข

จากสถานการณ์ตายด้วยโรคมะเร็ง ๕ อันดับจังหวัดนครราชสีมา ปี ๒๕๖๓ - ปี ๒๕๖๕ สามารถวิเคราะห์ชนิดของโรคมะเร็งที่มีสาเหตุการตาย ๕ อันดับ ปี ๒๕๖๕ และกำหนดแนวทางการแก้ไข ดังนี้

อันดับ ที่	อัตราตายด้วย โรคมะเร็ง	ปัญหาและสาเหตุการตาย	กิจกรรมการแก้ไขปัญหา และการป้องกัน
๑	มะเร็งท่อน้ำดี-ตับ พบอัตราตายร้อยละ ๒๖.๔๕ อัตราตายต่อแสน ปชก.	๑. การคัดกรองและพบผู้ที่มีผลผิดปกติ มะเร็งท่อน้ำดี-ตับ ส่วนมากพบในระยะ ๒. แพทย์เฉพาะทางผ่าตัดท่อน้ำดี-ตับ มี ๒ คน ๓. จังหวัดนครราชสีมาเป็นพื้นที่ใหญ่ คนไข้ส่งต่อและเสียชีวิตที่ รพ.มหาราช นครราชสีมา ทำให้ข้อมูลการตายสูง อันดับด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี-ตับ ๔. วิถีชีวิต และพฤติกรรม รับประทานอาหาร	๑. สร้างความตระหนักรู้แก่ประชาชน กระตุ้นเตือนให้ประชาชนมีความรู้เรื่องปัจจัย เสี่ยง เพื่อตัดสินใจในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ ๒. สนับสนุนการใช้สื่อรณรงค์การให้ความรู้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะ ในกลุ่มเด็กและเยาวชนให้เป็นนโยบายระดับ จังหวัด ๓. จัดระบบบริการคัดกรองค้นหามะเร็งท่อน้ำดี ในประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปด้วย เครื่องอัลตราซาวด์
๒	มะเร็งปอด พบอัตราตายร้อยละ ๒๒.๘๖ อัตราตายต่อแสน ปชก.	๑.การคัดกรองค้นหาโรคมะเร็งปอด ใช้ วิธีการเอกซเรย์ปอดมีค่าใช้จ่ายสูง จึง คัดกรองเฉพาะรายที่มีอาการอาการ และมีความเสี่ยง ๒.ผู้ที่มีผลผิดปกติ มะเร็งปอดมักจะพบ มากที่สุด ในระยะสุดท้าย คนไข้จึงมา รับบริการ ซึ่งส่วนใหญ่มาจากผู้ที่มีประวัติ สูบบุหรี่	๑.สร้างความตระหนักในกลุ่มภาคี เครือข่าย บูรณาการการดำเนินงาน ร่วมกับ อสม.ติดตามคนสมัครใจเลิกสูบบุหรี่ /แอลกอฮอล์ (๑ ต่อ ๑) เพื่อป้องกันและ ลดการเกิดมะเร็งระยะต้น
๓	มะเร็งลำไส้ใหญ่- ทวารหนัก พบอัตราตายร้อยละ ๑๒.๗๗ อัตราตายต่อแสน ปชก.	๑.การคัดกรอง ยังไม่ครอบคลุมถึงกลุ่ม เสี่ยงสูงที่แท้จริง ๒.กลุ่มเสี่ยงสูงที่รู้ตัวว่าเสี่ยงปฏิเสธการ คัดกรองเพราะกลัวว่าเป็นมะเร็ง และ กลัวการรักษา ๓.พฤติกรรมกินอาหาร ในปัจจุบัน ประเภทปิ้งย่าง และไม่กินผัก ผลไม้	๑.จัดระบบบริการคัดกรองค้นหามะเร็ง ลำไส้ใหญ่ด้วย FIT Test ให้ครอบคลุม ๒.รณรงค์ความรู้ ให้กลุ่มเสี่ยงเข้ามารับการ คัดกรองให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และสร้าง ความตระหนักในเรื่องปัจจัยเสี่ยง ถึงผลร้าย ที่จะตามมา ๓.พัฒนาศักยภาพเครือข่ายจัดระบบโซน และขยายเพิ่มหน่วยบริการส่องกล้อง Colonoscopy
๔	มะเร็งเต้านม พบอัตราตายร้อยละ ๘.๕๕ อัตราตายต่อแสน ปชก.	๑.ประชาชนสตรีกลุ่มอายุ ๓๐-๗๐ ปี ตรวจเต้านมด้วยตัวเอง แต่ยังไม่พบว่ามี ขาดทักษะ ในการตรวจมะเร็งเต้านม ด้วยตนเองอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ๒. ผู้ที่พบความผิดปกติส่วนมากจะพบ ในระยะท้าย ๓. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามีจำนวน มาก จึงทำให้การเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลศูนย์ ใช้ระยะเวลานาน	๑.สร้างความตระหนักรู้แก่ประชาชน กระตุ้นเตือนให้ประชาชนมีความรู้เรื่อง โรคมะเร็งเต้านม ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เพื่อให้ สามารถตรวจเต้านมด้วยตนเอง ได้อย่าง ถูกต้องและเสมอ ๒. บูรณาการจัดนิทรรศการคัดกรองมะเร็ง เต้านม ร่วมกับหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอ.สว.

๑๖๑

ชื่อสัตย์ สามัคคี มีวินัย

อันดับที่	อัตราตายด้วยโรคมะเร็ง	ปัญหาและสาเหตุการตาย	กิจกรรมการแก้ไขปัญหาและการป้องกัน
			๓. คัดกรองความเสี่ยงมะเร็งเต้านมเพื่อรองรับการคัดกรองวินิจฉัยด้วยเครื่อง Mammogram ร่วมกับมูลนิธิกาญจนบารมี
๕	มะเร็งปากมดลูกพบอัตราตายร้อยละ ๓.๘๕ อัตราตายต่อแสนปชก.	๑. ผู้ที่มีผลผิดปกติ มะเร็งปากมดลูก ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy ที่ซ้ำเป็นเวลานาน จึงทำให้เสี่ยงสูงและส่งผลเป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ๒. หน่วยบริการส่องกล้อง Colposcopy ที่ไม่เพียงพอต่อผู้รับบริการในพื้นที่ ๓. สตรีกลุ่มเป้าหมายเข้ารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกน้อย ด้วยมีความเขินอายต่อเจ้าหน้าที่ บางรายพบว่ามีอาการที่เสี่ยง และเป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มต้น จึงเข้ามารับบริการรักษา	๑. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายจัดระบบโซนหน่วยบริการ ส่องกล้อง Colposcopy ๑) รพ.มหาราชนครราชสีมา ๒) รพ.ปากช่องนานา ๓) รพ.มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ๔) รพ.พิมาย ๕) รพ.บัวใหญ่ ๒. ขยายเพิ่มหน่วยบริการส่องกล้อง Colonoscopy ๒.๑ แผนจัดซื้อเพิ่ม ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ - รพ.สีคิ้ว ๒.๒ แผนจัดซื้อเพิ่ม ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ - รพ.ด่านขุนทด และ รพ.โชคชัย

แนวทางการปรับปรุง / พัฒนา

ลำดับที่	ประเด็นการดำเนินงาน	แนวทางการปรับปรุง / พัฒนา
๑	มะเร็งเต้านม	๑. ประชาสัมพันธ์และรณรงค์ ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ และสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างถูกวิธี ๒. การดำเนินงานคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งเต้านม ด้วยเครื่องเอ็กเรย์เต้านมเคลื่อนที่ ร่วมกับมูลนิธิกาญจนบารมี ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ๓. พัฒนาระบบช่องทางการส่งต่อผู้ที่มีผลผิดปกติ ให้เข้าถึงการวินิจฉัยรักษาที่รวดเร็ว
๒	มะเร็งปากมดลูก	๑. เพิ่มศักยภาพหน่วยบริการหน่วยตรวจ HPV DNA Test เพียงพอ ๒. ขยายเพิ่มหน่วยบริการส่องกล้อง Colonoscopy โดยมีแผนจัดซื้อกล้อง Colonoscopy รพ.สีคิ้ว (งบจัดซื้อของ รพ.)
๓	มะเร็งลำไส้ใหญ่/ตรง	๑. การพัฒนากำลังพล แอร์บุคลากร จากคณะทีมศัลยแพทย์และบุคลากร รพ.มหาราชนครราชสีมา ร่วมออกให้บริการ ตั้งหน่วยส่องกล้อง Colonoscopy เคลื่อนที่ ในพื้นที่ จังหวัดนครราชสีมา
๔	โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	๑. สร้างความตระหนักรู้แก่ประชาชน กระตุ้นเตือนให้ประชาชนมีความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยง เพื่อตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ๒. สนับสนุนสื่อรณรงค์การให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ๓. จัดระบบบริการคัดกรองค้นหาความเสี่ยงท่อน้ำดี ในประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปด้วยเครื่องอัลตราซาวด์
๕	ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์	๑. จัดระบบคิวผ่าตัดด่วนเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ลำดับที่	ประเด็นการดำเนินงาน	แนวทางการปรับปรุง / พัฒนา
๖	ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	๑. พัฒนาพื้นที่ให้ยาเคมีบำบัดแบบไป-กลับ ๒. พัฒนาโรงพยาบาล ระดับ Mo ให้สามารถให้ยาเคมีบำบัดได้ ๓. ใช้ Tele consult ร่วมกับ Cancer Anywhere
๗	ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	๑. ใช้โปรแกรม The one ร่วมกับ Tele medicine
๘	ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาภายใน ๒ สัปดาห์	๑. วางระบบการจัดซื้อจัดจ้างเพื่อตั้งงบให้ทันในแต่ละปี

การติดตามประเมินผล / ผลการดำเนินงาน

๑. การติดตามประเมินผล

แนวทางการติดตามประเมินผล นิเทศติดตามผ่านระบบ VDO Conference เช่นระบบการสื่อสารทางไลน์กลุ่มมะเร็งจังหวัดนครราชสีมา ,ประชุมติดตามการดำเนินงานผ่านระบบ VDO Zoom, Facebook Live เป็นต้น

๒. ผลการดำเนินงาน

ตารางแสดงผลการดำเนินงานคัดกรองมะเร็ง ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ – ๒๕๖๕

มะเร็ง	ปี ๒๕๖๓		ปี ๒๕๖๔		ปี ๒๕๖๕	
	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน
๑.CA Breast	๙๐%	๘๔.๓๕	๙๐%	๘๙.๑๔	๙๐%	๘๙.๑๔
๒.CA Cervix	๒๐%	๑๕.๗๔	๒๐%	๘.๙๗	๒๐%	๗.๑๑
๓.CA Colon (Fit test)	๑๐%	๕.๗๙	๑๐%	๗.๕๖	๑๐%	๖.๘๑
๔.CCA	๒,๐๐๐ ราย	๑๐๓.๙%	๒,๐๐๐ ราย	๓๙.๖๕%	๒,๕๐๐ ราย	๙๗.๐๐

ที่มา : ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา วันที่ประมวลผล : ๓๑ ธค.๖๕

หมายเหตุ

๑.ผลงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓-๒๕๖๕ เป็นผลงานไม่สะสมในรายปี โดยคัดกรองไม่ซ้ำราย

๒.การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่/ไส้ตรงด้วยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ Fit Test ปีงบประมาณ ๒๕๖๓-๒๕๖๕

สสข.ได้จัดสรรงบประมาณการจัดซื้อชุดตรวจ Fit Test ไปยังโรงพยาบาลชุมชนในแต่ละอำเภอ ซึ่งการจัดซื้อชุดตรวจ Fit Test ของแต่ละ CUP ไม่อยู่ในห้วงเวลาเดียวกัน อีกทั้งสถานการณ์การระบาดของไวรัสโควิด๑๙ ส่งผลให้การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่/ไส้ตรงด้วยวิธีการตรวจหาเลือดแฝงใน

ข้อสัตย สามีคคี มีวินัย

อุจจาระ ด้วยชุดตรวจ Fit Test ไม่ตรงตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ พร้อมทั้งส่งต่อการดำเนินการส่องกล้องลำไส้ Colonoscopy ในรายที่ผล Fit Test Positive ไม่ครอบคลุม

ตารางแสดง ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งทุกโรค ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด ปีงบประมาณ

๒๕๖๓ - ๒๕๖๕

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี๒๕๖๓	ปี๒๕๖๔	ปี๒๕๖๕
๑.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์	๗๐%	๖๔.๙๗ (๓๕๘/๕๕๑)	๗๑.๕๔ (๓๖๗/๕๑๓)	๗๘.๖๒ (๒๑๗/๒๗๖)
๒.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	๗๐%	๗๖.๓๙ (๖๗๐/๘๗๗)	๗๙.๖๗ (๖๘๖/๘๖๑)	๘๒.๓๑ (๓๔๙/๔๒๔)
๓.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	๖๐%	๖๐.๕๑ (๒๗๕/๔๕๔)	๖๖.๑๓ (๔๙๘/๗๕๓)	๗๗.๔๐ (๒๓๓/๓๐๑)
๔.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาภายใน ๒ สัปดาห์	๘๐%	๙๘.๕๔ (๑๑๕๒/๑๑๖๙)	๙๕.๘๗ (๑๑๘๖/๑๒๓๗)	๙๘.๒๗ (๗๔๑/๗๕๔)

ที่มา : ศูนย์มะเร็ง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕

ตารางแสดง ผลการดำเนินงานมะเร็งทุกโรค ที่ได้รับส่งกล้อง โดยใช้ข้อมูลจากโปรแกรม HDC

มะเร็ง	รวมสังกัด สสจ.			ผลงานสังกัด อบจ.			ผลงานภาพจังหวัด		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑.มะเร็งเต้านม	๓๒๖,๕๓๓	๑๖๒,๒๐๒	๔๙.๖๗	๒๐๘,๗๕๘	๗๐,๐๒๕	๓๓.๕๔	๕๓๕,๒๙๑	๒๓๒,๒๒๗	๔๓.๓๘
๒.มะเร็งปากมดลูก	๖๒,๒๙๗	๑๗,๑๙๔	๒๗.๖๐	๓๒,๔๓๗	๑๑,๓๓๔	๓๔.๙๔	๙๔,๗๓๔	๒๘,๕๒๘	๓๐.๑๑
๓.ผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy	๑๑๖๑	๔๖๖	๔๐.๑๔	Na	Na	Na	๑๑๖๑	๔๖๖	๔๐.๑๔
๔.มะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง	๓๓๗,๔๖๖	๗๙๖	๐.๒๔	๒๒๕,๖๘๒	๑๖๗	๐.๐๗	๕๖๓,๑๔๘	๙๖๓	๐.๑๗
๕.ผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	๓,๑๖๓	๕๐๑	๑๕.๘๔	Na	Na	Na	๓,๑๖๓	๕๐๑	๑๕.๘๔

ที่มา : ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา วันที่ประมวลผล : ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕

ผลการดำเนินงานการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี /ท่อน้ำดี

๑.คัดกรองพยาธิใบไม้ตับ : ยังไม่ดำเนินการ

๒.คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยอัลตราซาวด์ เป้าหมาย ๑๒ ตำบล จำนวน ๒,๐๐๐ ราย

ผลการดำเนินงาน : อัลตราซาวด์ จำนวน ๗๐๒ ราย (ร้อยละ ๓๕.๑๐)

ส่งสลายมะเร็ง จำนวน ๒ ราย (ร้อยละ ๐.๒๘)

ส่ง CT จำนวน จำนวน ๒ ราย (ร้อยละ ๑๐๐)

กิจกรรมที่ดำเนินการ สร้างกระแสนรณรงค์ คัดกรองเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมและแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในพื้นที่เป้าหมาย

๑.อบรมเชิงปฏิบัติการรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคและรณรงค์คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยUltrasound พื้นที่อำเภอบัวใหญ่

๒.อบรมการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและท่อน้ำดีติดตามกระตุนและคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยUltrasound พื้นที่อำเภอประทาย

๓.อบรมเชิงปฏิบัติการรณรงค์แก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ต่อเนื่อง พื้นที่อำเภอเก่าพื้นที่อำเภอบ้านเหลื่อม

ปัจจัยความสำเร็จ

- ๑) มีแผนงานโครงการรองรับการดำเนินงาน และสนับสนุนทรัพยากรสู่การดำเนินงาน ในพื้นที่
- ๒) ผู้บริหารให้การสนับสนุน และขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม
- ๓) เน้นการทำงานเป็นทีม ในการคัดกรองกระตุน /ติดตาม เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงมะเร็งทุกชนิด และส่งต่อรักษาของหน่วยบริการทุกระดับและบุคลากรทุกวิชาชีพ
- ๔) ขับเคลื่อนและสนับสนุนการดำเนินงานและแก้ไขปัญหา มะเร็งทุกชนิดโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พชอ./พชต.ทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กร
- ๕) มีระบบการสื่อสารความเสี่ยง รณรงค์ ประชาสัมพันธ์ การเข้าถึงและรับบริการคัดกรองมะเร็งทุกชนิดของกลุ่มประชาชนเป้าหมาย ในพื้นที่ให้ครอบคลุม
- ๖) มีผู้ประสานงานการดำเนินงานมะเร็ง ระดับอำเภอ CA manager (หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล รพช.), CA Coordinator (ผู้รับงานมะเร็งสอ.) ขับเคลื่อนการทำงานร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา และโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

โอกาสพัฒนา / สิ่งที่จะทำต่อไปในพื้นที่ที่มีผลงานต่ำ

- ๑) กระตุนติดตาม /เยี่ยมเสริมพลังการบริหารจัดการระบบข้อมูลเชิงคุณภาพเชื่อมโยง หน่วยบริการทุกระดับในพื้นที่
- ๒) พัฒนาระบบการคัดกรองและส่งต่อที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้ทันเวลาครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทุกสิทธิการรักษา
- ๓) สร้างรูปแบบการดำเนินงาน เชื่อมโยงหน่วยบริการทุกระดับ และบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย /หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง
- ๔) มีแผนงานโครงการ สนับสนุนทรัพยากร /งบประมาณ/ เพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่เอื้อต่อการดำเนินงานในพื้นที่

๕) ดำเนินการคัดกรองมะเร็งทุกชนิด ให้เสร็จสิ้นภายในไตรมาส ๒ เพื่อติดตามและดำเนินการผลการคัดกรองผิดปกติ ในไตรมาส ๓ ได้อย่างครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง





การนัด Bone Scan ทาง The one

เดือนปี	จำนวนนัด	เดือนปี	จำนวนนัด	เดือนปี	จำนวนนัด
ก.ค.-64	1	ม.ค.-65		ม.ค.-66	9
พ.ค.-64	2	ก.พ.-65		ก.พ.-66	4
		ธ.ค.-65	7	ธ.ค.-66	1
		เม.ย.-65		เม.ย.-66	
		พ.ค.-65	1	พ.ค.-66	
		ธ.ค.-65	3	ธ.ค.-66	
		ก.ค.-65	3	ก.ค.-66	
		ส.ค.-65	4	ส.ค.-66	
		ก.ย.-65	3	ก.ย.-66	
		ต.ค.-65	5	ต.ค.-66	
		พ.ย.-65	7	พ.ย.-66	
		ธ.ย.-65	9	ธ.ย.-66	

มีนัด Bone scan ผ่าน The one 58 คน

รพ.ชัยภูมิ ให้บริการมากที่สุด ๓

ลดการมาพบแพทย์ได้ 100%



ลดจำนวน Visit ได้ 1 visit

จากเดิม

ต้องมานัด 1 ครั้ง

ทำสแกนเนอร์ 1 ครั้ง

ก้านัดผ่าน The one คนไข้จะมาทำ

สแกนเนอร์และอ่านผลได้เลย

การดำเนินงานสุขภาพจิต

๑. วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา

ด้วยปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและกำลังจะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลกโดยองค์การอนามัยโลกได้กำหนดขอบเขตของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญและเร่งด่วนไว้ ๘ โรคได้แก่ โรคจิต โรคซึมเศร้า โรคสมองเสื่อม โรคลมชักความผิดปกติทางจิตเวช จากแอลกอฮอล์และสารเสพติดความผิดปกติทางพัฒนาการปัญหาพฤติกรรมในเด็ก และการทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตาย โดยการทำการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย จากข้อมูลปี ๒๕๖๕ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า มีทำร้ายตัวเองสำเร็จ จำนวน ๑๖๒ คน เฉลี่ย ๖.๑๕ คนต่อแสนประชากร โดยในช่วงอายุ ๓๑ - ๔๔ ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายมากที่สุด จำนวน ๕๓ คน คิดเป็น ๓๒.๗๒ % ในช่วงอายุ ๔๕ - ๖๐ มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน ๔๑ ราย คิดเป็น ๒๕.๓๑ % และในช่วงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน ๓๖ ราย คิดเป็น ๒๒.๒๒ % สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปัญหาด้านความสัมพันธ์และการสื่อสาร และปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการทำร้ายตนเองตามลำดับ

ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔
- อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (<๘ ต่อประชากรแสนคน)	เป้าหมาย	๒,๖๔๕,๓๙๗	๒,๖๓๓,๒๐๗
	ผลงาน	๑๙๐	๑๔๓
	อัตรา	๗.๑๘	๕.๔๓
- ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำภายในระยะเวลา ๑ ปี ร้อยละ ๙๐	%	๙๘.๐๓	๙๖.๗๖
- ร้อยละ ๘๐ ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	%	๘๒.๕๔	๙๓.๘๐

ที่มา - ข้อมูลอัตราการฆ่าตัวตายและผู้พยายามฆ่าตัวตาย ที่มา : <http://๕๐๖s.dmh.go.th> (Suicide Thailand)

- ข้อมูลไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำภายในระยะเวลา ๑ ปี ที่มา : <http://healthkpi.moph.go.th/>

- ข้อมูลซึมเศร้า ที่มา : www.thaidepression.com

ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน

๑. ความสัมพันธ์ที่ดีภายในชุมชนและระหว่างชุมชน โดยเฉพาะในสภาวะที่เกิดความเจ็บป่วยหรือเกิดภัยทางสุขภาพ ชุมชนส่วนใหญ่ยังให้ความร่วมมือ ร่วมใจเป็นอย่างดี

๒. ผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ (รพช. สสอ. และ รพ.สต.) มีความสนใจ ใส่ใจ เสียสละ แม้จะมีอัตรากำลังน้อยและมีนโยบายสาธารณสุขด้านต่างๆ เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด (ซึ่งในหลายนโยบายของกรมวิชาการ จากกระทรวงสาธารณสุขมีความต้องการผลงานเร่งด่วนเช่นเดียวกับงานสุขภาพจิต)

๓. การจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชน ถือเป็นความชัดเจนเชิงโครงสร้างและกำลังใจในการทำงานในระดับพื้นที่ แม้ว่าจะเป็นเพียงการเริ่มต้นที่ขาดแคลนอัตรากำลัง บุคลากร และขวัญกำลังใจ แต่ในภาพรวมถือว่าเป็นของขวัญที่สำคัญของผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่

แนวทางการปรับปรุง / พัฒนา

๑. มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง การคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชที่รวดเร็ว ให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันผ่านทางออนไลน์ในระบบ Mental Health Check-In รวมทั้ง การเข้าถึงสายด่วนสุขภาพจิต ๑๓๒๓ และช่องทางการสื่อสารออนไลน์ของโรงพยาบาลชุมชนภายในจังหวัดนครราชสีมา และมีการติดตามต่อเนื่องในรายที่มีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาสุขภาพจิต

๒. มีการกำกับ ติดตาม พร้อมลงเยี่ยมพื้นที่ในรูปแบบโซน จำนวน ๖ โซน (เป็นการบูรณาการร่วมกับงานยาเสพติด บุหรี่ แอลกอฮอล์ และ To Be Number One)

๓. มีการรณรงค์สร้างความตระหนักรู้ในเรื่องสุขภาพจิตในกลุ่มดี, กลุ่มเสี่ยง, กลุ่มป่วย ให้รู้เท่าทันอาการของโรค และแหล่งสนับสนุนที่จะขอรับความช่วยเหลือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ตามศักยภาพ)

๔. สร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทุกภาคส่วนในการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ประชาชนทุกกลุ่มวัยและร่วมกันดูแลสุขภาพจิตประชาชน บูรณาการและเน้นการมีส่วนร่วมในระดับชุมชน ในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยให้ใช้ชีวิตได้อย่างปกติ โดยวางแผนการบูรณาการร่วมกับ พชอ. (ตามมติของคณะกรรมการระดับอำเภอ) พร้อมบริหารจัดการระบบข้อมูลให้มีคุณภาพ และนำมาใช้ในการทำงานอย่างต่อเนื่อง

๕. ในพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายเกินกว่าเกณฑ์ที่คาดการณ์ไว้ หน่วยงานในระดับอำเภอมีการคืนข้อมูลสู่ชุมชน และจัดทำแผนการปฏิบัติการส่งเสริมป้องกันเชิงรุก เพื่อเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย โดยอาศัยเครือข่ายในชุมชน และความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๖. ส่งเสริมให้มีการพัฒนานวัตกรรม/ องค์ความรู้/ งานวิชาการที่เหมาะสม

๗. หน่วยบริการทุกระดับมีการตรวจสอบข้อมูล และบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล HDC <http://๕๐๖๘.dmh.go.th> (Suicide Thailand) (ทั้ง ๓ ส่วน ประกอบด้วย แบบเฝ้าระวังการพยายามทำร้ายตนเอง กรณีเสียชีวิต, แบบเฝ้าระวังการพยายามทำร้ายตนเอง กรณีไม่เสียชีวิต และการเฝ้าระวังติดตามเยี่ยมบ้านผู้พยายามฆ่าตัวตาย) และ www.thaidepression.com ได้ถูกต้องและทันเวลา

การติดตามประเมินผล / ผลการดำเนินงาน

๑. แนวทางการติดตามประเมินผล

สรุปรวบรวมข้อมูลจากระบบสารสนเทศของหน่วยงานระดับกรมภายในกระทรวงสาธารณสุข และสรุปรวบรวมข้อมูลตรงจากหน่วยงานในสังกัด

๒. ผลการดำเนินงาน

ในปี ๒๕๖๕ ข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวช จังหวัดนครราชสีมา มีผู้ป่วยจิตเวชเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ทั้งสิ้น ๖๔,๘๘๔ คน พบว่า ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้ สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ๑๗,๐๗๒ คน, โรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด ๑๓,๒๖๒ คน, ความผิดปกติทางอารมณ์ ๑๒,๐๔๙ คน, โรคประสาท ความผิดปกติที่สัมพันธ์กับความเครียด และโรคโซมาโตฟอร์ม ๗,๐๓๖ คน, กลุ่มอาการทางพฤติกรรมที่พบร่วมกับความผิดปกติทางสรีรวิทยาและปัจจัยทางกายภาพ ๖,๕๒๘ คน, ความผิดปกติทางจิตและอาการทางจิตที่เกิดจากโรคทางกาย ๓,๐๔๒ คน, ความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม ที่มักเริ่มต้นในวัยเด็กและวัยรุ่น ๑,๘๖๒ คน, พยายามฆ่าตัวตาย เข้าถึงบริการ ๑,๓๙๙ คน, ความผิดปกติของพัฒนาการทางจิต ๑,๒๙๑ คน, ภาวะปัญญาอ่อน ๙๕๕ คน,

ความผิดปกติทางบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้ใหญ่ ๓๗๑ คน และความผิดปกติทางจิตที่อื่นๆ ๑๗ คน ตามลำดับ

ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ปี ๒๕๖๕
- อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (<๘ ต่อประชากรแสนคน)	เป้าหมาย	๒,๖๓๓,๒๐๗
	ผลงาน	๑๖๒
	อัตรา	๖.๑๕
- ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำภายในระยะเวลา ๑ ปี ร้อยละ ๙๐	%	๙๙.๓๓
- ร้อยละ ๘๐ ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	%	๙๗.๑๒

ที่มา - ข้อมูลอัตราการฆ่าตัวตายและผู้พยายามฆ่าตัวตาย ที่มา : <http://sobs.dmh.go.th> (Suicide Thailand)
 - ข้อมูลไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำภายในระยะเวลา ๑ ปี ที่มา : <http://healthkpi.moph.go.th/>
 - ข้อมูลซึมเศร้า ที่มา : www.thaidepression.com

ปัจจัยความสำเร็จ

๑. ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญและติดตามภารกิจงานที่เกี่ยวข้อง
๒. ประชาชนและภาคีเครือข่ายในชุมชนให้ความร่วมมือ และให้ความสนใจ
๓. บุคลากรสาธารณสุขมีความอดทน มีกำลังใจที่พร้อมทำงานบริการ และมีความเชื่อว่าประชาชนจะได้รับประโยชน์อย่างสูงสุดตามนโยบายที่กำหนดขึ้น
๔. มีช่องทางสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์ ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๙ และโรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอในจังหวัดนครราชสีมา ที่เข้าถึงได้สะดวก รวดเร็ว และทันเวลา
๕. มีการดำเนินงานและติดตามผ่าน Service Plan สาขาสุขภาพจิตและสารเสพติด อย่างต่อเนื่อง

โอกาสพัฒนา / สิ่งที่จะทำต่อไปในพื้นที่ที่มีผลงานต่ำ

๑. พัฒนาบุคลากรให้มีความพร้อม เพื่อรองรับความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นในพื้นที่
๒. มีการสืบค้นปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานเพื่อให้พื้นที่สามารถดำเนินงานได้ถูกต้อง
๓. โรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการประเมินจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด บางแห่งยังไม่สามารถจัดตั้ง กลุ่มงานได้ เนื่องจากกรอบอัตรากำลังไม่เพียงพอ ซึ่งไม่สามารถเกลี้ยอัตรากำลังได้
๔. กรมวิชาการที่เกี่ยวข้องภายในกระทรวงสาธารณสุข มีการสื่อสารบูรณาการงานที่สำคัญค่อนข้างน้อย ส่งผลพื้นที่ปฏิบัติหน้าที่ซ้ำซ้อนหรือต้องใช้เวลาในการสื่อสารทำความเข้าใจหลายครั้ง เกิดความล่าช้าในการปฏิบัติงาน
๕. ระบบบริการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชจากหน่วยบริการระดับอำเภอ เมื่อเกินขีดความสามารถไม่มีความชัดเจน ไม่เอื้อต่อการบริการรักษา มีความซับซ้อน

การป้องกัน ควบคุม และลดอัตราตายด้วยอุบัติเหตุทางถนน

วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา

คนไทยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในปี ๒๕๖๔ ๑๖,๙๕๗ คน คิดเป็นอัตรา ๒๕.๙ ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลก(ปี๒๕๖๒ ๑๖.๗ ต่อแสนประชากร)

จังหวัดนครราชสีมา มีอัตราผู้เสียชีวิตจากข้อมูล ๓ ฐาน ในปี ๒๕๖๑-๒๕๖๔ ๓๑.๙๖ ,๒๖.๕๑ ,๒๖.๘๙ และ๒๓.๒๕ ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าสูงกว่าอัตราการเสียชีวิตระดับประเทศ และระดับโรค จังหวัดนครราชสีมาได้จัดระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ประกอบด้วย ๔ ระบบหลัก ได้แก่ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาล (Hospital-Based Emergency Department) ระบบส่งต่อ (Referral System) และระบบการจัดการสาธารณสุขด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster) ซึ่งทั้ง ๔ ระบบหลักต้องเชื่อมต่อกันเป็นห่วงโซ่เพื่อทำให้เกิดโอกาสการรอดชีวิตในผู้ป่วยฉุกเฉิน และที่สำคัญมีศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัดนครราชสีมาได้จัดทำแผนบูรณาการความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัด

ตารางแสดงจำนวนเสียชีวิต(๓ ฐาน) จังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔

อำเภอ	พ.ศ.๒๕๖๑		พ.ศ.๒๕๖๒		พ.ศ.๒๕๖๓		พ.ศ.๒๕๖๔	
	จำนวน เสียชีวิต (๓ฐาน)	อัตราต่อ แสน พช.	จำนวน เสียชีวิต (๓ฐาน)	อัตรา ต่อแสน พช.	จำนวน เสียชีวิต (๓ฐาน)	อัตราต่อ แสน พช.	จำนวน เสียชีวิต (๓ฐาน)	อัตรา ต่อแสน พช.
เมืองนครราชสีมา	๑๔๕	๓๑.๗๔	๑๒๙	๒๗.๙๗	๑๕๑	๓๒.๗๔	๑๐๖	๒๒.๙๘
ปากช่อง	๙๐	๔๖.๕๓	๙๒	๔๗.๐๙	๘๐	๔๐.๙๕	๖๒	๓๑.๗๔
ปักธงชัย	๕๒	๔๔.๗๐	๒๘	๒๓.๙๑	๕๗	๔๘.๖๗	๔๐	๓๔.๑๕
ด่านขุนทด	๔๙	๓๘.๓๘	๓๔	๒๖.๓๒	๕๔	๔๑.๘๐	๓๖	๒๗.๘๗
สูงเนิน	๖๔	๗๖.๘๔	๔๗	๕๕.๔๓	๔๐	๔๗.๑๘	๔๓	๕๐.๗๒
โชคชัย	๓๔	๓๗.๐๙	๔๐	๔๘.๑๓	๓๐	๓๖.๑๐	๒๕	๓๐.๐๘
สีคิ้ว	๔๘	๓๘.๔๘	๓๐	๒๔.๑๕	๒๙	๒๓.๓๕	๒๗	๒๑.๗๔
โนนสูง	๓๑	๒๔.๖๑	๑๔	๑๑.๑๒	๒๗	๒๑.๔๕	๒๗	๒๑.๔๕
คง	๑๔	๑๗.๓๙	๑๒	๑๔.๙๙	๒๐	๒๔.๙๘	๑๗	๒๑.๒๓
โนนไทย	๔	๕.๖๒	๘	๑๑.๑๗	๑๗	๒๓.๗๔	๑๗	๒๓.๗๔
วังน้ำเขียว	๓๖	๘๐.๘๐	๒๔	๕๓.๐๘	๑๖	๓๕.๓๙	๑๐	๒๒.๑๒
โนนแดง	๒๗	๑๐๖.๒๗	๔๕	๑๗๖.๑๒	๑๖	๖๒.๖๒	๑๐	๓๙.๑๔
ครบุรี	๓๓	๓๔.๕๘	๑๘	๑๘.๕๘	๑๕	๑๕.๔๘	๒๔	๒๔.๗๗
ขามทะเลสอ	๑๓	๔๓.๘๐	๑๐	๓๓.๑๒	๑๔	๔๖.๓๗	๘	๒๖.๕๐
พิมาย	๒๕	๑๙.๓๗	๒๕	๑๙.๓๖	๑๓	๑๐.๐๗	๒๔	๑๘.๕๘
เสิงสาง	๑๙	๒๗.๒๑	๒๘	๓๙.๗๖	๑๓	๑๘.๔๖	๑๖	๒๒.๗๒
จักราช	๑๔	๑๙.๗๐	๑๑	๑๕.๓๑	๑๓	๑๘.๐๙	๗	๙.๗๔
เฉลิมพระเกียรติ	๑๔	๓๙.๔๑	๙	๒๔.๙๐	๑๒	๓๓.๒๐	๑๐	๒๗.๖๗
ชุมพวง	๑๘	๒๑.๘๑	๑๒	๑๔.๓๗	๑๑	๑๓.๑๘	๙	๑๐.๗๘
ประทาย	๑๗	๒๒.๐๗	๖	๗.๖๗	๑๑	๑๔.๐๖	๑๙	๒๔.๒๘
ห้วยแถลง	๑๓	๑๗.๒๔	๖	๗.๘๒	๑๑	๑๔.๓๔	๙	๑๑.๗๓

ข้อสัถย สำนคคี มินัย

อำเภอ	พ.ศ.๒๕๖๑		พ.ศ.๒๕๖๒		พ.ศ.๒๕๖๓		พ.ศ.๒๕๖๔	
	จำนวน เสียชีวิต (ฐาน)	อัตราต่อ แสน ปชก.	จำนวน เสียชีวิต (ฐาน)	อัตรา ต่อแสน ปชก.	จำนวน เสียชีวิต (ฐาน)	อัตราต่อ แสน ปชก.	จำนวน เสียชีวิต (ฐาน)	อัตรา ต่อแสน ปชก.
บัวใหญ่	๖	๗.๓๑	๘	๙.๗๙	๑๐	๑๒.๒๔	๑๐	๑๒.๒๔
พระทองคำ	๑๕	๓๖.๒๖	๑๖	๓๙.๐๒	๑๐	๒๔.๓๙	๖	๑๔.๖๓
หนองบุญมาก	๑๐	๑๖.๖๐	๑๓	๒๑.๓๓	๙	๑๔.๗๗	๑๕	๒๔.๖๑
บัวลาย	๖	๒๔.๖๖	๖	๒๔.๖๒	๗	๒๘.๗๒	๗	๒๘.๗๒
ขามสะแกแสง	๙	๒๐.๙๗	๕	๑๑.๔๗	๕	๑๑.๔๗	๔	๙.๑๘
สีดา	๖	๒๕.๐๑	๘	๓๓.๐๖	๕	๒๐.๖๖	๒	๘.๒๖
ลำทะเมนชัย	๑๑	๓๓.๙๒	๒	๖.๐๗	๔	๑๒.๑๔	๙	๒๗.๓๒
แก้งสนามนาง	๕	๑๓.๕๓	๔	๑๐.๗๖	๔	๑๐.๗๖	๑๒	๓๒.๒๗
เมืองยาง	๒	๗.๑๙	๒	๗.๑๒	๓	๑๐.๖๙	๒	๗.๑๒
บ้านเหลื่อม	๖	๒๘.๖๑	๓	๑๔.๒๗	๑	๔.๗๖	๐	-
เทพารักษ์	๓	๑๒.๐๕	๔	๑๕.๘๑	๑	๓.๙๕	๐	-
รวม	๘๓๙	๓๑.๙๖	๖๙๙	๒๖.๕๑	๗๐๙	๒๖.๘๙	๖๑๓	๒๓.๒๕

ที่มา : คณะทำงานข้อมูล ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัดนครราชสีมา

ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน

๑. การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย

๑) การปฏิบัติการฉุกเฉินก่อนสถานพยาบาล (Pre- Hospital) “เน้นการพัฒนาระบบความปลอดภัยทางถนนของกระทรวงสาธารณสุข” มีปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน ดังนี้

- เนื่องจากการดำเนินความปลอดภัยทางถนนเป็นงานที่ต้องบูรณาการทุกหน่วยงานในส่วนองสาธารณสุขดำเนินงานในส่วนของการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการผลักดันมาตรการ และประเมินผลการดำเนินงานได้

๒) การปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ สถานพยาบาล (In-Hospital Emergency) “เน้นการพัฒนา ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance) ระดับจังหวัด” มีปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน ดังนี้

- ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance) อยู่ในระหว่างการพัฒนา ระบบการเชื่อมข้อมูลเข้าสู่ส่วนกลาง เพื่อให้จังหวัดนำมาวิเคราะห์เพื่อนำไปใช้ในการผลักดันมาตรการ และประเมินผลการดำเนินงานได้

๓) การปฏิบัติการฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล (Inter-hospital Transportation) เป็นกระบวนการปฏิบัติงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยปลอดภัย ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ “เน้นการประเมินการ ดำเนินการตามคู่มือมาตรฐานรถพยาบาล” มีปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน ดังนี้

- การประเมินการดำเนินการตามคู่มือมาตรฐานรถพยาบาล ต้องให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ประชุมระดมสมองเพื่อประเมินร่วมกัน เพื่อให้ได้ผลกระทประประเมินที่สะท้อนความเป็นจริงและนำไปวาง แผนการดำเนินงานพัฒนาเข้าสู่มาตรฐานได้

๒. การจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข มีปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน ดังนี้

๑) ผู้บริหารมีนโยบายผลักดันและให้การสนับสนุนเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติของ

บุคลากรทุกระดับ

๒) การมีความพร้อมระบบการสั่งการและการทำงานที่เป็นเอกภาพและเชื่อมโยงหน่วยหลัก

๓) การสนับสนุนและการเตรียมเวชภัณฑ์ วัสดุ/อุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆที่ใช้ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องในแต่ละภัย

๔) กระบวนการขับเคลื่อนการดำเนินงานการจัดการภาวะฉุกเฉินผ่านศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ในรูปของคณะกรรมการและคณะทำงาน

แนวทางการปรับปรุง / พัฒนา

๑. การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย

๑) การปฏิบัติการฉุกเฉินก่อนสถานพยาบาล (Pre- Hospital) “เน้น การพัฒนาระบบความปลอดภัยทางถนนของกระทรวงสาธารณสุข” มีแนวทางการปรับปรุง/พัฒนา ดังนี้

- กองป้องกันการบาดเจ็บกำลังพัฒนาระบบ Pher Plus เพื่อเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ HIS ของทุกโรงพยาบาล จะทำให้สามารถ Monitor ข้อมูลการบาดเจ็บได้สมบูรณ์มากขึ้น ในการพัฒนาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมามีหน้าที่กำกับให้ทุกโรงพยาบาลลงข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์และส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบสม่ำเสมอ

๒) การปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ สถานพยาบาล (In-Hospital Emergency) “เน้นการพัฒนา ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance) ระดับจังหวัด” มีแนวทางการปรับปรุง/พัฒนา ปี๒๕๖๖ ดังนี้

- กองป้องกันการบาดเจ็บและสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กำลังพัฒนาระบบ Pher Plus เพื่อเชื่อมต่อข้อมูลจากระบบ IS Online ของ ทุกโรงพยาบาล จะทำให้สามารถ Monitor ข้อมูลของโรงพยาบาลทุกระดับได้ ในการพัฒนาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมามีหน้าที่กำกับให้ทุกโรงพยาบาลลงข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์และส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบสม่ำเสมอ

๓) การปฏิบัติการฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล (Inter-hospital Transportation)

เป็นกระบวนการปฏิบัติงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยปลอดภัย “เน้นการประเมินการดำเนินการตามคู่มือมาตรฐานรถพยาบาล”มีแนวทางการปรับปรุง/พัฒนา ปีดังนี้

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาได้ให้ทุกโรงพยาบาลประเมินประเมินการดำเนินการตามคู่มือมาตรฐานรถพยาบาลครบทุกแห่งแล้ว สิ่งที่จะพัฒนาต่อไป คือ ให้ทุกโรงพยาบาลนำผลการประเมินของตนเองพัฒนาและแก้ไขในส่วนที่มีคะแนนอยู่ในระดับ Developing

๒. การจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข มีแนวทางการปรับปรุง/พัฒนา

๑) เตรียมความพร้อมระบบการสั่งการและการทำงานที่เป็นเอกภาพและเชื่อมโยงหน่วยงานหลัก ภาควิชาและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๒) เตรียมความพร้อมในการปฏิบัติของบุคลากรทุกระดับโดยให้บุคลากรตามโครงสร้าง ICS เข้าอบรมหลักสูตร ICS & EOC 100 ผ่านระบบ DDC E-learning กรมควบคุมโรค

๓) ทบทวนการคาดการณ์ความรุนแรงของสถานการณ์ภัยต่างๆ (สร้างฉากทัศน์) และวางแผนงบประมาณการเตรียมเวชภัณฑ์ วัสดุ/อุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆที่ใช้ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องในแต่ละภัย

ข้อสัถย สำนัคคี มิวินัย

๔) ฝีกซัอมแผนเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข และทบทวนถอดบทเรียนการดำเนินงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

๕) ปรับปรุงห้องระบบบัญชาการเหตุการณ์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงกำหนด

การติดตามประเมินผล / ผลการดำเนินงาน

๑. แนวทางการติดตามประเมินผล

ดำเนินการตามมาตรการสำคัญที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ตาม Quick Win เป้าหมาย ระยะ ๓, ๖, ๙ และ ๑๒ เดือน

๑. การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

๑) การพัฒนาระบบความปลอดภัยทางถนนของกระทรวงสาธารณสุข ติดตามผ่านการนำวาระเข้าสู่การประชุมศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัดนครราชสีมา

๒) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance) ระดับจังหวัด ติดตามผ่านระบบ IS Checking และประสานงานโดยตรงกับผู้รับผิดชอบ

๓) การประเมินการดำเนินการตามคู่มือมาตรฐานรพพยาบาล ให้ทุกโรงพยาบาลจัดทำแผนพัฒนาตามผลการประเมินที่โรงพยาบาลประเมินออกมาได้ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมารวบรวมและติดตามการดำเนินงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามแผน

๒. การจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข

๑) ติดตามรายงานผลการประเมินความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่ ๓๒ อำเภอ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมารวบรวมข้อมูลผ่าน Google sheet

๒) ติดตามผลการผ่านอบรมหลักสูตร ICS & EOC๑๐๐ ของผู้บริหารระดับจังหวัดและผู้ปฏิบัติงานตามโครงสร้างICS

๓) ติดตามแผนประกอบกิจการของโรงพยาบาลที่สอดคล้องกับโรคและภัยในพื้นที่

๔) ติดตามรายงานการซ้อมแผนฉุกเฉินโรคและภัยที่สำคัญตามการวิเคราะห์ความเสี่ยงโรคและภัยในพื้นที่อย่างน้อยอำเภอละ ๑ โรค/ภัย

๒. ผลการดำเนินงาน

ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ประกอบด้วย ๔ ระบบหลัก ได้แก่ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาล (Hospital-Based Emergency Department) ระบบส่งต่อ (Referral System) และระบบการจัดการสาธารณสุขด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster) ซึ่งทั้ง ๔ ระบบหลักต้องเชื่อมต่อกันเป็นห่วงโซ่เพื่อทำให้เกิดโอกาสการรอดชีวิตในผู้ป่วยฉุกเฉิน ในการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน มีจุดเน้นของกองสาธารณสุขฉุกเฉิน ๒ ประเด็น ได้แก่

๑. การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย

๑) การปฏิบัติการฉุกเฉินก่อนสถานพยาบาล (Pre - Hospital)

เป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนก่อนถึงโรงพยาบาลเพื่อจัดให้มีการบริการรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่รวดเร็ว ทันเวลาและมีประสิทธิภาพตั้งแต่จุดเกิดเหตุ กระทรวงสาธารณสุข เน้น การพัฒนาระบบความปลอดภัยทางถนนของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกำหนดใหม่มีแนวทาง ดังนี้

ข้อสัถย สามัคคี มีวินัย

- มีคำสั่งศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัด ซึ่งจังหวัดนครราชสีมา ได้ออกคำสั่งจังหวัดนครราชสีมา ที่ ๒๒๕๔/๒๕๖๓ เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัดนครราชสีมา โดยศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัดนครราชสีมาได้จัดทำแผนบูรณาการความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัดนครราชสีมาซึ่งปัจจุบัน อยู่ระหว่างการทบทวนเพื่อให้สอดคล้องกับแผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยระดับชาติ และทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาได้จัดทำแผนงานตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับจังหวัด (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข) ซึ่งสอดคล้องกับแผนบูรณาการความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัดนครราชสีมา และจะมีการปรับปรุงหลังจากแผนบูรณาการความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัดนครราชสีมาได้รับการรับรองแล้ว ส่วนกระบวนการดำเนินงานขับเคลื่อนตามแผนตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับจังหวัด (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข) จังหวัดนครราชสีมาใช้ระบบบริการการฉุกเฉินผ่านศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดนครราชสีมา ผ่านหมายเลข ๑๖๖๙ ซึ่งจะเป็นผู้ประสานการปฏิบัติของแต่ละหน่วยงานที่จะมาทำงานร่วมกัน หากเป็นอุบัติเหตุทางถนนที่สำคัญเข้าเกณฑ์ DCIRs จะส่งต่อข้อมูลเบื้องต้นให้ทีมสอบสวนสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุจังหวัดนครราชสีมาลงสอบสวนสาเหตุ เพื่อเสนอมาตรการการป้องกันการเกิดซ้ำ ในส่วนของการดำเนินงานที่สอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นอนุกรรมการด้านข้อมูลและประเมินผล โดยนำข้อมูลไปผลักดันให้เกิดมาตรการต่างๆ ในการดำเนินงาน จังหวัดนครราชสีมาโดยศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัดนครราชสีมา ได้มอบหมายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เป็นผู้รวบรวมข้อมูลของคณะทำงานข้อมูล ๓ ฐาน (โรงพยาบาล ตำรวจ และบริษัทกลางฯ) ของจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีผลการดำเนินงานตามตาราง

ตารางแสดงจำนวนเสียชีวิต(๓ ฐาน) จังหวัดนครราชสีมา ปี ๒๕๖๕

อำเภอ	พ.ศ.๒๕๖๕	
	จำนวนเสียชีวิต(๓ฐาน)	อัตราต่อแสน ปชก.
เมืองนครราชสีมา	๑๔๐	๓๐.๓๕
ปากช่อง	๖๘	๓๔.๘๑
ปักธงชัย	๓๕	๒๙.๘๘
ด่านขุนทด	๒๐	๑๕.๔๘
สูงเนิน	๓๑	๓๖.๕๖
โชคชัย	๓๔	๔๐.๙๑
สีคิ้ว	๓๑	๒๔.๙๖
โนนสูง	๒๑	๑๖.๖๙
คง	๑๓	๑๖.๒๔
โนนไทย	๑๑	๑๕.๓๖
วังน้ำเขียว	๑๑	๒๔.๓๓
โนนแดง	๕	๑๙.๕๗
ครบุรี	๒๓	๒๓.๗๔
ขามทะเลสอ	๑๐	๓๓.๑๒
พิมาย	๒๑	๑๖.๒๖
เสิงสาง	๑๙	๒๖.๙๘
จักราช	๑๘	๒๕.๐๕

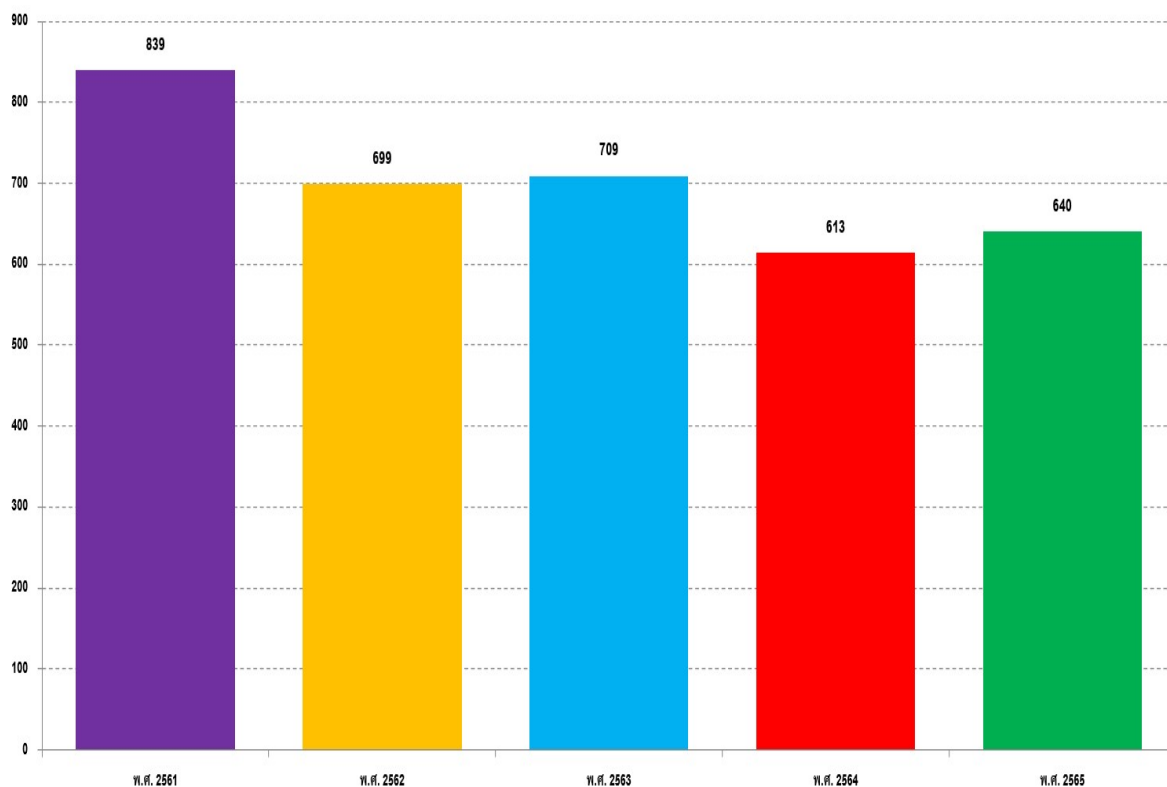
๑๗๕

ชื่อสัตย์ สามัคคี มีวินัย

อำเภอ	พ.ศ.๒๕๖๕	
	จำนวนเสียชีวิต(๓ฐาน)	อัตราต่อแสน ปชก.
เฉลิมพระเกียรติ	๑๐	๒๗.๖๗
ชุมพวง	๗	๘.๓๙
ประทาย	๒๐	๒๕.๕๖
ห้วยแถลง	๑๑	๑๔.๓๔
บัวใหญ่	๑๙	๒๓.๒๕
พระทองคำ	๕	๑๒.๑๙
หนองบุญมาก	๒๑	๓๔.๔๕
บัวลาย	๖	๒๔.๖๒
ขามสะแกแสง	๑	๒.๒๙
สีดา	๘	๓๓.๐๖
ลำทะเมนชัย	๓	๙.๑๑
แก้งสนามนาง	๑๐	๒๖.๘๙
เมืองยาง	๓	๑๐.๖๙
บ้านเหลื่อม	๓	๑๔.๒๗
เทพารักษ์	๒	๗.๙๐
รวม	๖๔๐	๒๔.๒๗

ที่มา : คณะทำงานข้อมูล ศูนย์อำนวยความสะดวกความปลอดภัยทางถนนจังหวัดนครราชสีมา

แผนภูมิแท่งแสดงจำนวนการเสียชีวิตจากเหตุทางถนน ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕



ที่มา : คณะทำงานข้อมูล ศูนย์อำนวยความสะดวกความปลอดภัยทางถนนจังหวัดนครราชสีมา

๒) การปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ สถานพยาบาล (In-Hospital Emergency)

เป็นกระบวนการดูแลรักษาผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เป็นการดูแลตั้งแต่แรกได้รับจนจำหน่ายผู้ป่วย กระทรวงสาธารณสุข เน้น การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance) ระดับจังหวัด

๒.๑) โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป จัดตั้ง/พัฒนาระบบ และส่งข้อมูลเข้ามายังระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS : Injury Surveillance) ได้

๒.๒) โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป มีการนำข้อมูลผู้เสียชีวิตที่มีค่าคะแนนของโอกาสรอดชีวิต Ps มากกว่า ๐.๕ มา review death case

๒.๓) สรุปผลการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS : Injury Surveillance) ปัจจุบันโรงพยาบาล ระดับ A S M๑ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่เป็นตัวแทนของข้อมูลที่น่าไปใช้ในการวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่มาตรการขับเคลื่อนต่างๆ จังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดนำร่องการดำเนินงาน ได้ดำเนินการระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บมาตั้งแต่เริ่มต้นระบบอยู่ใน ๓๓ โรงพยาบาลนำร่องของสำนักกระบาดวิทยา และเมื่อกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการขยายระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บสู่โรงพยาบาลระดับ M๑ จึงมีโรงพยาบาลดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บเพิ่มขึ้น รวมมีโรงพยาบาลที่ดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ ระดับ A ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระดับ M๑ ได้แก่ โรงพยาบาลปากช่องนานา โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา และโรงพยาบาลพิมาย กองป้องกันการบาดเจ็บและสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้มาจัดประชุมเพื่อขยายสู่โรงพยาบาล ระดับ M๒ คือ โรงพยาบาลด่านขุนทด โรงพยาบาลบัวใหญ่ โรงพยาบาลครบุรี และโรงพยาบาลสีคิ้ว โดยปัจจุบันโรงพยาบาลระดับ M๒ กำลังศึกษาและวางระบบ และในส่วนโรงพยาบาลที่เหลืออื่นๆ เชื่อมระบบ HIS ของโรงพยาบาลผ่าน IS Online ความสม่ำเสมอของการส่งข้อมูลผ่านระบบ IS Online ของโรงพยาบาล ระดับ A S M๑ มีดังนี้ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ส่งสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง โรงพยาบาลปากช่องนานา โรงพยาบาลเทพรัตน-นครราชสีมา และโรงพยาบาลพิมาย ส่งเดือนละ ๑ ครั้ง

๓) การปฏิบัติการฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล (Inter-hospital Transportation)

เป็นกระบวนการปฏิบัติงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยปลอดภัย กระทรวงสาธารณสุข เน้นการประเมินการดำเนินการตามคู่มือมาตรฐานรถพยาบาล โดย กองสาธารณสุขฉุกเฉิน ได้เริ่มให้ ทุกจังหวัดเริ่มประเมินตนเอง ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ โดยมีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครราชสีมาที่ประเมินทั้งสิ้น จำนวน ๓๓ แห่ง เป็นโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน ๑ แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน ๓ แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๒๙ แห่ง จำนวนรถพยาบาลทั้งสิ้น จำนวน ๑๘๔ คัน เป็นรถพยาบาล ระดับ ALS จำนวน ๑๓๐ คัน ระดับ BLS จำนวน ๒๐ คัน และอื่นๆ จำนวน ๓ คัน มีพนักงานขับรถพยาบาลทั้งสิ้น จำนวน ๒๒๔ คน ซึ่ง มีผลการประเมิน รายโรงพยาบาล ดังนี้

ตารางแสดง ผลการประเมินการดำเนินการตามคู่มือมาตรฐานรพพยาบาล โรงพยาบาลในสังกัด
กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

	โรงพยาบาล	ระดับ รพ.	จำนวนรพพยาบาล			จำนวน พชร.(คน)	ผลการประเมิน อยู่ในระดับ
			ALS	BLS	อื่นๆ		
๑	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	A	๑๒	๐	๑	๙	Good
๒	โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา	M๑	๕	๐	๐	๘	Good
๓	โรงพยาบาลครบุรี	M๒	๖	๐	๐	๗	Good
๔	โรงพยาบาลเสิงสาง	F๒	๗	๑	๐	๘	Standard
๕	โรงพยาบาลคง	F๒	๕	๐	๐	๖	Good
๖	โรงพยาบาลบ้านเหลื่อม	F๒	๕	๐	๐	๖	Good
๗	โรงพยาบาลจักราช	F๑	๖	๐	๐	๗	Good
๘	โรงพยาบาลโชคชัย	M๒	๖	๒	๐	๘	Standard
๙	โรงพยาบาลด่านขุนทด	M๒	๙	๐	๐	๙	Excellent
๑๐	โรงพยาบาลโนนไทย	F๒	๕	๐	๐	๕	Good
๑๑	โรงพยาบาลโนนสูง	F๒	๓	๐	๑	๗	Good
๑๒	โรงพยาบาลขามสะแกแสง	F๒	๒	๓	๐	๖	Excellent
๑๓	โรงพยาบาลบัวใหญ่	M๒	๔	๓	๐	๘	Excellent
๑๔	โรงพยาบาลประทาย	F๑	๖	๑	๐	๘	Excellent
๑๕	โรงพยาบาลปักธงชัย	F๑	๕	๑	๐	๙	Good
๑๖	โรงพยาบาลพิมาย	M๑	๖	๐	๐	๙	Excellent
๑๗	โรงพยาบาลห้วยแถลง	F๒	๔	๐	๐	๖	Good
๑๘	โรงพยาบาลชุมพวง	F๑	๘	๐	๐	๗	Good
๑๙	โรงพยาบาลสูงเนิน	F๑	๒	๓	๑	๘	Excellent
๒๐	โรงพยาบาลขามทะเลสอ	F๒	๓	๐	๐	๖	Excellent
๒๑	โรงพยาบาลสีคิ้ว	F๑	๖	๐	๐	๑๒	Good
๒๒	โรงพยาบาลปากช่องนานา	M๑	๑๑	๐	๐	๑๔	Good
๒๓	โรงพยาบาลหนองบุญมาก	F๒	๗	๐	๐	๙	Good
๒๔	โรงพยาบาลแก้งสนามนาง	F๒	๕	๐	๐	๕	Excellent
๒๕	โรงพยาบาลโนนแดง	F๒	๔	๐	๐	๕	Excellent
๒๖	โรงพยาบาลวังน้ำเขียว	F๒	๕	๒	๐	๖	Good
๒๗	โรงพยาบาลเทพารักษ์	F๓	๒	๐	๐	๓	Good
๒๘	รพ.เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ๑๐๐ ปี เมืองยาง	F๒	๔	๐	๐	๔	Good
๒๙	รพ.พระทองคำเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา	F๒	๔	๐	๐	๔	Good
๓๐	โรงพยาบาลลำทะเมนชัย	F๒	๔	๐	๐	๔	Good
๓๑	โรงพยาบาลบัวลาย	F๓	๒	๐	๐	๓	Good
๓๒	โรงพยาบาลสีดา	F๓	๓	๐	๐	๓	Good
๓๓	โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ	F๓	๔	๔	๐	๕	Good
รวม			๑๗๐	๒๐	๓	๒๒๔	

หมายเหตุ : เกณฑ์การประเมินและการแปลผลคะแนน แบ่งเป็น ๔ ระดับ ได้แก่ Developing Standard Good และ Excellent

สรุปผลการประเมิน การดำเนินการตามคู่มือมาตรฐานรพพยาบาล ของจังหวัดนครราชสีมา ภาพรวม ๓๓ โรงพยาบาล พบว่า อยู่ในระดับ Standard - Excellent

ข้อสัตย สามัคคี มีวินัย

การจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข

๑) การวิเคราะห์ความเสี่ยงของพื้นที่

จากผลการประเมินความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา โดยรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้ง อดีตและปัจจุบัน สถานการณ์โรคจากการเฝ้าระวังในพื้นที่ และจากการเฝ้าระวังติดตามข่าวสารต่างๆ รวมไปถึงเครือข่ายผลการประเมินสามารถสรุปเป็นแผนภาพแสดงระดับความรุนแรงของความเสี่ยง (Risk Matrix) ได้ดังนี้

ตารางแสดง ผลการจัดลำดับความเสี่ยง (Risk Matrix) กรณี โรค

โอกาสที่จะเกิด (Likelihood)	๕	อุจจาระร่วง อาหารเป็นพิษ	ไข้หวัดใหญ่	ไข้เลือดออก		Covid-19
	๔		มือ เท้า ปาก	เมลิออยด์	ไข้หัด	
	๓		Zika	เลปโตสไปโรสิส		
	๒			วันโรค		
	๑					
		๑	๒	๓	๔	๕

ผลกระทบที่ตามมา (Consequence หรือ Impact)

ตารางแสดง ผลการจัดลำดับความเสี่ยง (Risk Matrix) กรณี ภัยสุขภาพและสาธารณภัย

โอกาสที่จะเกิด (Likelihood)	๕					
	๔					
	๓		PM ๒.๕ สารเคมีกำจัดศัตรูพืช			อุทกภัย
	๒		อุบัติเหตุจากรถ	ภัยแล้ง		
	๑		น้ำป่าไหลหลาก/ดินโคลนถล่ม			
		๑	๒	๓	๔	๕

ผลกระทบที่ตามมา (Consequence หรือ Impact)

สรุปผลการประเมินความเสี่ยงที่สำคัญ ๓ โรค ๓ ภัย คือ

กรณี โรค	กรณี ภัยสุขภาพและสาธารณภัย
๑. Covid-19	๑. อุทกภัย
๒. โรคหัด	๒. ภัยแล้ง
๓. โรคไข้เลือดออก	๓. PM ๒.๕

ชื่อสัตย์ สามัคคี มีวินัย

๒) โครงสร้าง ICS เพื่อการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

เตรียมบุคลากรให้มีความพร้อมในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โดยแต่งตั้งคณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา คำสั่งเลขที่ ๓๖๓/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๕ และกำหนดโครงสร้าง ICS เพื่อการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโดยระบบ PHEOC รองรับทุกโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญ

๓) การซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ จังหวัดนครราชสีมา มีนโยบายพัฒนาระบบควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศให้ได้มาตรฐานสากล สามารถตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติได้รวดเร็วและตอบโต้ทันที ภายใต้ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน ดำเนินการร่วมกันกับเครือข่ายการปฏิบัติงานด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public Health Emergency Management: PHEM) ระดับจังหวัด โดยมีการทบทวนระบบเพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับมีความพร้อมและเข้าใจระบบการบัญชาการฉุกเฉินทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข มีระบบการสั่งการควบคุมประสานงานที่มีมาตรฐานเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างเป็นเอกภาพส่งผลให้ประชาชนได้รับการช่วยเหลือด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างรวดเร็ว และพัฒนาระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขในระดับจังหวัดเชื่อมโยงในระดับอำเภอ ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้ดำเนินการจัดทำโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการซ้อมแผนฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข อย่างน้อย ๑ ภัย อย่างสม่ำเสมอทุกปี นอกจากนี้ยังมีการบูรณาการซ้อมแผนฉุกเฉินทางสาธารณสุขร่วมกับส่วนกลางกระทรวงสาธารณสุข กรณีเกิดเหตุอุทกภัยซ้อนการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ และปี พ.ศ. ๒๕๖๕ มีซ้อมแผนฉุกเฉินทางสาธารณสุขร่วมกับศูนย์วิชาการ และจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๙

ปัจจัยความสำเร็จ

๑ การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

๑) การพัฒนาระบบความปลอดภัยทางถนนของกระทรวงสาธารณสุข มีปัจจัยความสำเร็จ คือ การบูรณาการการดำเนินงานของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัดนครราชสีมา กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๒) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance) ระดับจังหวัด มีปัจจัยความสำเร็จ คือ การดำเนินงานร่วมกับ IT และมีการติดตามการดำเนินงานที่สม่ำเสมอ

๓) การประเมินการดำเนินการตามคู่มือมาตรฐานรพยบาล มีปัจจัยความสำเร็จ คือ กลุ่มงานบริหารโรงพยาบาลรับเป็นเจ้าภาพในการพัฒนางาน

๒ การจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข

๑) นโยบายของผู้บริหารที่นำสู่การปฏิบัติที่ชัดเจน และมอบหมายประธานโซนลงพื้นที่ติดตามการดำเนินงานของอำเภออย่างจริงจังและต่อเนื่อง

๒) มีคณะกรรมการและคณะทำงานที่เข้มแข็งในการดำเนินงานจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

๓) ความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานทั้งระดับจังหวัด/ระดับอำเภอ/ระดับตำบลและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

๔) ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากหน่วยงาน ส่วนกลางและภาคีเครือข่าย

โอกาสพัฒนา / สิ่งที่จะทำต่อไปในพื้นที่ที่มีผลงานต่ำ

๑. การนำเทคโนโลยี IT หรือ การเขียนโปรแกรมของส่วนกลางมาใช้กำกับติดตามการดำเนินงาน
๒. พัฒนาห้องบัญชาการเหตุการณ์ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน(PHEOC/EOC)
๓. พัฒนาและเตรียมความพร้อมบุคลากรให้สามารถปฏิบัติงานตามโครงสร้างและบทบาทกลุ่มภารกิจ
๔. พัฒนาทีมปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินให้มีความเชี่ยวชาญครอบคลุมโรคและภัยสุขภาพ ทั้ง ๕ ด้าน
๕. พัฒนามาตรฐานการดำเนินงาน (SOPs) ตามบทบาทภารกิจEOC ให้เป็นปัจจุบัน

๓.การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

การดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ และ โรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.๒๕๖๒

วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา

จังหวัดนครราชสีมา เป็นจังหวัดที่มีพื้นที่มากที่สุดในประเทศไทยและมีประชากรมากเป็นอันดับ ๒ ของประเทศ รองจากกรุงเทพฯ แบ่งปกครองแบ่งออกเป็น ๓๒ อำเภอ ๒๘๙ ตำบล ๓,๗๔๓ หมู่บ้าน มีประชากร อยู่ในกำลังแรงงานเดือน สิงหาคม ปี ๒๕๖๕ มีประชากรทั้งสิ้น ๒,๖๓๔,๑๕๔ คน ในกลุ่มอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๒,๐๔๙,๐๙๐ คน เป็นประชากรอยู่ในกำลังแรงงานรวม ๑,๒๖๓,๙๒๒ คน เป็นผู้มีงานทำ ๑๒๐,๗๓๐ คน เป็นแรงงานนอกระบบ ๗๓๖,๕๖๑ คน และในด้านอุตสาหกรรม จำนวน ๒๐ ประเภท รวมทั้งสิ้น ๑,๖๙๕ แห่ง (รายงานสรุปสถานการณ์และดัชนีชี้วัดภาวะแรงงานจังหวัดนครราชสีมา ไตรมาส ๓ ปี ๒๕๖๕ (กรกฎาคม - กันยายน ๒๕๖๕) ,สำนักงานแรงงานจังหวัดนครราชสีมา)

ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน

๑. มีคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัดนครราชสีมา
๒. มีการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการและแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในหน่วยปฏิบัติการตาม พ.ร.บ. ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒
๓. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำหนดนโยบายและมอบหมายบุคลากรรับผิดชอบชัดเจน
๔. ส่งเสริมให้บุคลากรได้รับการพัฒนาโดยการอบรมพยาบาลอาชีวอนามัยหลักสูตรพื้นฐาน ๖๐ ชั่วโมง

แนวทางการปรับปรุง/พัฒนา

๑. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเรื่องการสอบสวนและรายงานโรคตาม พ.ร.บ. ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒
๒. จัดประชุมคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัดนครราชสีมา อย่างน้อย ๑ ครั้ง
๓. พัฒนาการรายงานการสอบสวนโรคผ่านระบบ Even base ของกระทรวงสาธารณสุข
๔. พัฒนาทีมสอบสวนโรคตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒ ในระดับอำเภอ
๕. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อพัฒนาการดำเนินงานโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม

การติดตามประเมินผล / ผลการดำเนินงาน

๑. แนวทางการติดตามประเมินผล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้สนองตอบนโยบายตามตัวชี้วัด โดยการมอบนโยบาย และกำหนดเป็นตัวชี้วัดการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ทั้งนี้

ข้อสัถย สำนคคี มิวินย

ในการติดตามและประเมินผล ได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเป็นผลงานภาพรวมของอำเภอ และ ประเมินผลจากการนำส่งเอกสารสรุปผลการดำเนิน ในการรวมของอำเภอ

กำหนดติดตามการดำเนินงาน จำนวน ๒ รอบ รอบที่ ๑ ภายในเดือนมีนาคม รอบที่ ๒ ภายใน เดือน สิงหาคม

๒. ผลการดำเนินงาน

จังหวัดนครราชสีมา พบผู้ป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมของจังหวัด นครราชสีมาปี๒๕๖๕ ๓ อันดับแรก ได้แก่ โรคจากพิษสารกำจัดศัตรูพืช จำนวน ๒๔๕ คน อัตราป่วย ๑๒.๗๗ ต่อแสนประชากร รองลงมา คือ อัตราป่วยโรคปอดฝุ่นหิน (Silicosis) จำนวน ๖๖ คน อัตราป่วย ๓.๔๔ ต่อแสนประชากร อัตราป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ ที่เกิดจากแอสเบสตอส จำนวน ๒ คน อัตรา ป่วย ๐.๑ ต่อแสนประชากร (ข้อมูลจาก : HDC จังหวัดนครราชสีมา ณ วันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๕)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาได้ดำเนินกิจกรรม เพื่อขับเคลื่อนและประชาสัมพันธ์ พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๑. จัดประชุมคณะกรรมการ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ และโรคจากสิ่งแวดล้อม จำนวน ๑ ครั้ง ในวันที่ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕

๒. ดำเนินการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม จังหวัดนครราชสีมา โดยออกพื้นที่ตรวจวัดมลพิษทางอากาศ จากการตรวจวัดระดับฝุ่นละออง ขนาดเล็ก (PM ๒.๕) ในพื้นที่เสี่ยง จำนวน ๑๑ แห่ง ครอบคลุมพื้นที่ ๕ อำเภอ ในระหว่างวันที่ ๖-๑๔ ธันวาคม ๒๕๖๕ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ลำดับ	วันที่	อำเภอ	เครื่องมือ	ภัยจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม/ แหล่งกำเนิด	พื้นที่/สถานที่วัด	ผลการวัด นับค่าที่สูงที่สุด (ไม่โครกรัมต่อ ลูกบาศก์เมตร ($\mu\text{g}/\text{m}^3$))
๑	๖ ธ.ค. ๖๕ เวลา ๑๓.๐๐- ๑๖.๐๐ น.	เมือง	Egg Ball	ฝุ่น PM๒.๕ (ถนนหน้า ร.เมืองนครราชสีมา ถึงหน้า รร.สุรนารี)	๑.ร.เมืองนครราชสีมา ๒.ร.อนุบาล นครราชสีมา ๓.วิทยาลัยอาชีวศึกษา นครราชสีมา ๔. รร.สุรนารี ๕.วัดพายัพ ๖.ชุมชนหลัง รพ.มหาราช	๑๒
๒	๖ ธ.ค. ๖๕ เวลา ๑๑.๐๐- ๑๒.๐๐ น.	เมือง	Egg Ball	ฝุ่น PM๒.๕Z (บ่อขยะ ต. หนองบัวศาลา)	หมู่ ๙ บ้านหนองปลิงใหม่	๗
๓	๗ ธ.ค. ๖๕ เวลา ๑๐.๐๐- ๑๒.๐๐ น.	บัวใหญ่	Egg Ball	ฝุ่น PM๒.๕ (โรงไฟฟ้าชีวมวล) บริษัท บัวใหญ่ไบโอเพาเวอร์จำกัด หมู่ที่ ๕ ต.ด่านช้าง	สำนักสงฆ์บ้านตลุกยาง หมู่ ๖ ตำบลหนองแจ้งใหญ่	๑๒

ลำดับ	วันที่	อำเภอ	เครื่องมือ	ภัยจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม/ แหล่งกำเนิด	พื้นที่/สถานที่วัด	ผลการวัด นับค่าที่สูงที่สุด (ไม่โครกรัมต่อ ลูกบาศก์เมตร ($\mu\text{g}/\text{m}^3$))
๔	๑๓ ธ.ค. ๖๕	สีคิ้ว	Mini Volume	โรคจากฝุ่นซิลิกา (โรคซิลิโคซิส) ชุมชนตัดหินทราย ต.หนองน้ำใส	บ้านคุณกวีณา ลำขุน ทด เลขที่ ๑๕๒ หมู่ ๙ (๑๓ ธ.ค. เข้าวางเครื่อง/ ๑๔ ธ.ค. บ่ายเก็บเครื่อง)	๕๓
๕	๑๓ ธ.ค. ๖๕ เวลา ๑๓.๐๐- ๑๖.๐๐ น.	ด่านขุนทด	Egg Ball	เหมืองแร่โปแตช (บริษัท ไทยคาลิ จำกัด ๓๓๓ หมู่ ๔ ต.หนองไทร)	วัดหนองแดง หมู่ ๑๐ ต.หนองไทร ห่างจาก บริษัทไทยคาลิ ประมาณ ๑.๓ กม.	๕๕
๖	๑๔ ธ.ค. ๖๕ เวลา ๑๐.๐๐- ๑๒.๐๐ น.	ปากช่อง	Egg Ball	ฝุ่น PM๒.๕ (บ่อขยะหมู่บ้านท่าออย หมู่ ๑๓ ต.จันทึก)	หมู่ ๑๓ ต.จันทึก	๖๗

๓. รายงานสรุปผลการประเมินมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้กำหนดเกณฑ์เป้าหมาย (ยอดสะสม) ในการดำเนินงาน และมีผลการดำเนินงาน ดังนี้

๓.๑ หน่วยบริการระดับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ทุกแห่ง ผ่านการรับรองมาตรฐานจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป ผลการประเมิน พบว่า ในจำนวน ๔ แห่ง ผ่านการรับรองจำนวน ๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๕๐.๐๐ นับเป็น ไม่ผ่านเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด

๓.๒ ร้อยละ ๖๐ ของหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลชุมชน ผ่านการรับรองมาตรฐานจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป ผลการประเมิน พบว่า ในจำนวน ๒๙ แห่ง ผ่านการรับรอง ๒๐ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๖๘.๙๗ นับเป็น ผ่านตามเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด

๓.๓ ร้อยละ ๔๐ ของ หน่วยบริการ ระดับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านการรับรองมาตรฐานจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป ผลการประเมิน พบว่าในจำนวน ๓๔๙ แห่ง ผ่านการรับรอง จำนวน ๒๕๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๗๒.๗๘ ผลการดำเนินงาน ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

๔. การบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม

ได้จัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ในพื้นที่ที่มีปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพจากการสัมผัสพิษสิ่งแวดล้อม คือ อำเภอด่านขุนทดและอำเภอสีคิ้ว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนทั่วไปจากสิ่งคุกคามที่มีอยู่ หรือปนเปื้อนอยู่ในสิ่งแวดล้อมรอบตัว จัดการออกหน่วยบริการ ตรวจวินิจฉัยรักษา และส่งต่อ รวมจำนวน ๒ ครั้ง โดยมีรายละเอียดดังนี้

๔.๑. การดำเนินงาน กรณีประชาชนได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากการปล่อยน้ำเสียของผู้ประกอบการล้างถังสารเคมี ณ บ้านซับชุมพล ตำบลหนองหญ้าขาว อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา ดังนี้

๑) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสีคิ้ว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไผ่

ตำบลหนองหญ้าขาว อำเภอสีคิ้ว ดำเนินการตรวจสุขภาพคัดกรองประชาชน ณ บ้านซับชุมพล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไผ่ ตำบลหนองหญ้าขาว อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา ประชาชนจำนวน ๒๘๐ ราย พบมีความเสี่ยงต้องพบแพทย์ จำนวน ๙๙ ราย

๒) ออกหน่วยบริการตรวจสุขภาพประชาชนมีความเสี่ยงต้องพบแพทย์ ในวันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ เวลา ๐๙.๐๐ น. ณ ศาลาวัดซับชุมพล ตำบลหนองหญ้าขาว อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ นครราชสีมา โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสีคิ้ว โรงพยาบาลสีคิ้ว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไผ่ ให้บริการตรวจวินิจฉัยรักษา โดยแพทย์อาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาและเจ้าหน้าที่ดำเนินการ จำนวน ๙๙ ราย พบอาการปกติ ๔๘ ราย (ร้อยละ ๔๘.๔๘) และได้รับการตรวจเลือดและปัสสาวะ จำนวน ๕๑ ราย

๓) วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสีคิ้ว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไผ่ เก็บตัวอย่างน้ำประปาในชุมชนเพื่อการน้ำอุปโภคบริโภค จำนวน ๓ จุด ส่งตรวจห้องปฏิบัติการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๙ นครราชสีมา ทราบผลวันที่ ๑๑ เมษายน ๒๕๖๕ ดังนี้

- จุดที่ ๑ น้ำประปา วัดซับชุมพล พบ Coliform และ E coli เกินมาตรฐาน
- จุดที่ ๒ น้ำประปา หน้าโรงเรียน พบ Coliform, E coli และ Salmonella spp.

เกินมาตรฐาน

- จุดที่ ๓ น้ำประปา บ้านใกล้เคียงถนนประกอบการที่เข้าข่ายถูกกฎหมาย พบ Coliform และ E coli เกินมาตรฐาน แนะนำให้ดื่มคลอรีนฆ่าเชื้อโรคระบบประสาทต้นทาง และตรวจวัดค่าคลอรีนอิสระคงเหลือในน้ำประปาให้ได้ค่า ๐.๕-๑ ppm.

๔.๒. ประชาชนได้รับผลกระทบด้านสุขภาพและมีข้อร้องเรียน กรณีโรงงานผลิตเหล็กแห่งหนึ่งในตำบลสีดา อำเภอสีดา โดยออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่บริการตรวจสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในวันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๕ ณ บ้านหนองไข่น้ำ หมู่ ๑๑ ตำบลสีดา อำเภอสีดา โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ ๙ กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาลสีดา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสีดา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหนองไข่น้ำ ให้บริการตรวจรักษา โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ด้านอาชีวเวชศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในกลุ่มประชาชนที่ผ่านการคัดกรองตามแบบคัดกรอง ความเสี่ยงทางด้านสุขภาพจำนวน ๕๓ ราย พบว่า มีความผิดปกติ ๑๒ คน โดยอาจมีอาการสัมพันธ์กับเหตุมลพิษ ๔ ราย และนำส่งตรวจเอกซเรย์โรงพยาบาลสีดา และส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และมอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เฝ้าระวังประชาชนที่มีอาการต่อเนื่อง จำนวน ๘ ราย

๔.๓. ประชาชนได้รับผลกระทบด้านสุขภาพและมีข้อร้องเรียน กรณีโรงงานแป้งมันแห่งหนึ่งในตำบลหินดาด อำเภอด่านขุนทด โดยมีกิจกรรมดังนี้

๑) ดำเนินการคัดกรองตามแบบคัดกรองสุขภาพประชาชนผู้ได้รับผลกระทบ จำนวน ๖,๒๐๗ คน ใน ๙ หมู่บ้าน ๑,๓๙๑ ครัวเรือน โดย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอด่านขุนทด ร่วมกับโรงพยาบาลด่านขุนทด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งสองแห่ง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า มีผู้มีอาการที่เข้าข่ายกลุ่มเสี่ยงที่ได้อาจรับผลกระทบทางด้านสุขภาพ และนัดหมายมาพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกาย จำนวน ๘๖ ราย พบว่า ส่วนใหญ่มีอาการได้รับกลิ่นสารเคมี อาการถ่ายเหลว

อาการทางระบบหายใจ อาการทางระบบประสาท ได้แก่ ปวดหัว เวียนหัว มึนงง และอาการทางผิวหนัง ได้แก่ ผื่นคัน ลมพิษ และผื่นแพ้ ตามลำดับ

๒) ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่บริการตรวจสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในวันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๕ ณ โรงเรียนหนองกรดน้อย ตำบลห้วยบง อำเภอด่านขุนทด โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ ๙ กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาลด่านขุนทด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอด่านขุนทด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยบงและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยจรเข้ม ให้บริการตรวจรักษา โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวเวชศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในกลุ่มประชาชนที่ผ่านการคัดกรองตามแบบคัดกรองความเสี่ยงทางด้านสุขภาพจำนวน ๘๖ ราย พบว่า มีอาการที่ต้องส่ง ตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมจำนวน ๒ คน และ ส่งต่อเพื่อรักษา ๑ ราย

๓) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งสองแห่งได้จัดทำแผนกิจกรรมออกติดตามเยี่ยมบ้าน ในช่วง เดือน เมษายน ๒๕๖๕ ออกเยี่ยมทุกสัปดาห์ และในเดือนถัดไป อย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง ทั้งนี้ได้ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพ การรักษาความสะอาด และหากมีอาการผิดปกติ หรือมีความกังวลใจ สามารถโทรศัพท์ปรึกษาได้ที่หมายเลข ๐๘-๑๒๖๖-๖๓๐๑ และ ๐๙-๔๒๗๒-๗๐๗๐

๕. การขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมจากเครือข่ายเขตเมืองนครราชสีมา ในกิจกรรมการรณรงค์การป้องกันภัยสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM๒.๕) โดยการมีส่วนร่วมเครือข่ายโรงเรียนและเครือข่ายชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่เสี่ยง ถนนราชสีมา-โชคชัย ส่วนโรงเรียน ๔ แห่ง ได้แก่ ๑)โรงเรียนเมืองนครราชสีมา ๒) โรงเรียนอนุบาลนครราชสีมา ๓) วิทยาลัยอาชีวศึกษานครราชสีมา ๔) โรงเรียนสุนารีวิทยา และเครือข่ายชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข วัดพายัพและชุมชนหลังโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยมีกิจกรรมดังนี้

๕.๑ ระดมสมองเพื่อกำหนดกิจกรรมการรณรงค์การป้องกันภัยสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM๒.๕) พื้นที่เขตเมือง ในวันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๕ ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ผู้เข้าประชุมประกอบด้วย ผู้แทนหน่วยงานจากกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา ศูนย์อนามัยที่ ๙ และ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ และโรงเรียน ทั้ง ๔ แห่ง รวมจำนวน ๓๐ คน ได้กำหนดกิจกรรมร่วมกัน

๕.๒ จัดกิจกรรม Kick Off : การป้องกันภัยสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM๒.๕) ในนักเรียนและประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เสี่ยง วันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๖๖ ณ เวทีหน้าเสาธง โรงเรียนเมืองนครราชสีมา อำเภอมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา โดยมีกิจกรรมจัดนิทรรศการ การบรรยายให้ความรู้การป้องกันตนเองจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM๒.๕) การสาธิตการตรวจวัดอากาศและมลพิษทางอากาศ ให้นักเรียนทุกชั้นเรียนโรงเรียนเมืองนครราชสีมา รวม ๑,๖๐๐ คน พร้อมทั้ง ดำเนินการเฝ้าระวังสุขภาพ โดยใช้แบบคัดกรองสุขภาพกลุ่มเสี่ยงภัยสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM๒.๕) ในกลุ่มนักเรียนผ่านความคิดเห็นของผู้ปกครอง และโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ได้ดำเนินการเฝ้าระวังภัยสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยในพื้นที่ชุมชนโดยรอบโรงเรียน และโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา ได้ดำเนินการเฝ้าระวังภัยสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยในพื้นที่ชุมชนจำนวน ๖ ได้แก่ ๑) ชุมชนวัดบุรพ์ ๒) ชุมชนหลักเมือง ๓) ชุมชนวัดอิสาน ๔) ชุมชนประตุน้ำ-สันติสุข ๕) ชุมชนจันทราพายัพ และ ๖) กลุ่มพลแสน มีผู้เข้าร่วมกิจกรรม ๑,๗๐๐ คน

๖. การพัฒนาบุคลากรและสนับสนุนการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย

๖.๑ จัดประชุมทางไกลผ่านระบบ ZOOM ชี้แจงตัวชี้วัดระดับอำเภอ แก่ผู้รับผิดชอบงานจากทุกอำเภอในวันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ ณ ห้องประชุม จปฐ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

๖.๒ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ. ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒ ในวันที่ ๖ มกราคม ๒๕๖๖ โดยการประชุมทางไกลผ่านระบบ ZOOM

ปัจจัยความสำเร็จ

๑. มี พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒
๒. มีคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัดนครราชสีมา
๓. มีหน่วยปฏิบัติการจังหวัดนครราชสีมา ตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒

โอกาสพัฒนา / สิ่งที่จะทำต่อไปในพื้นที่ที่มีผลงานต่ำ

๑. การติดตามนิเทศแบบ ZOOM
๒. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้
๓. ลงพื้นที่สอบสวนโรคสร้างกระบวนการเรียนรู้
๔. พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง การสอบสวนและรายงานโรคตาม พรบ. อย่างต่อเนื่อง
๕. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อพัฒนาการดำเนินงานอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม พรบ. ENVOCC

สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา

ประเภทสถานประกอบการที่ผ่านมาตรฐาน Clean Food Good Taste	ผลงาน (ร้อยละ)	
	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔
๑. ร้านอาหาร	๘๔.๐๗	๙๔.๑๐*
๒. แผงลอยจำหน่ายอาหาร	๘๒.๐๕	๗๘.๔๐
๓.ร้านอาหาร Clean Food Good Taste Plus	๒๐ แห่ง	๔๐ แห่ง

ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน

การสร้างเครือข่ายการดำเนินงานทั้งภาครัฐและเอกชน ภาครัฐได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานอาหารปลอดภัยระดับอำเภอทั้ง จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และในส่วนของท่าน้องถิ่นทั้งเทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล ที่สำคัญคือเครือข่ายผู้ประกอบการร้านอาหารระดับจังหวัดและอำเภอที่จะช่วยกระจายข่าวประชาสัมพันธ์ได้อย่างรวดเร็ว อีกทั้งสามารถประสานงานร้านอาหารในชมรมให้ความร่วมมือกับทางภาครัฐต่อไป

แนวทางการปรับปรุง / พัฒนา

พัฒนาร้านอาหารให้ผ่านมาตรฐาน Clean Food Good Taste Plus และประชาสัมพันธ์ร้านอาหารแผงลอยที่ผ่านมาตรฐานตามกำหนด

การติดตามประเมินผล / ผลการดำเนินงาน

๑ แนวทางการติดตามประเมินผล

๑.๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประสานและขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัดร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ กำหนดปฏิทินกิจกรรมดำเนินการรายปี และรายงานตามแบบฟอร์มที่กำหนด

๑.๒ ออกประเมินตามรอบการประเมิน ปีละ ๒ ครั้ง รอบ ๖ เดือนและ ๙ เดือน

๑.๓ กำหนดรูปแบบการรายงานตามตัวชี้วัดในระบบ One Drive ได้แก่ ทะเบียนสถานที่จำหน่ายอาหาร,รายงานสถานที่จำหน่ายอาหาร,แบบตรวจร้านอาหาร Clean Food Good Taste Plus, ทะเบียนแผงลอยจำหน่ายอาหารและ รายงานแผงลอยจำหน่ายอาหาร วันสุดท้ายของการส่งข้อมูล online คือ วันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ โดยเกณฑ์การให้คะแนน (ใช้ในการประเมินผลการดำเนินงาน) ค่าคะแนนเต็ม ๒๕

รายงานผ่านระบบ one driveครบถ้วน = ๒ คะแนน

รายงานผ่านระบบ one driveครบถ้วนและถูกต้อง = ๓ คะแนน

รายงานผ่านระบบ one driveครบถ้วน,ถูกต้องและทันเวลา = ๕ คะแนน

ชื่อสัตย์ สามัคคี มีวินัย

รายงานผ่านระบบ one driveครบถ้วน,ถูกต้อง,ทันเวลาและมีร้านอาหารผ่านมาตรฐาน ร้อยละ ๔๐และแผงลอยจำหน่ายอาหารผ่านมาตรฐาน ร้อยละ ๘๐ = ๑๕ คะแนน

การแบ่งระดับค่าคะแนนร้านอาหารที่ผ่านมาตรฐาน Clean Food Good Taste

ร้านอาหารผ่านมาตรฐานร้อยละ ๔๐ขึ้นไป	= ๑๕ คะแนน
ร้านอาหารผ่านมาตรฐานร้อยละ ๓๐-๓๙	= ๑๒ คะแนน
ร้านอาหารผ่านมาตรฐานร้อยละ ๒๐-๒๙	= ๙ คะแนน
ร้านอาหารผ่านมาตรฐานร้อยละ ๑๐-๑๙	= ๖ คะแนน
ร้านอาหารผ่านมาตรฐานน้อยกว่า ร้อยละ ๑๐	= ๓ คะแนน

การแบ่งระดับคะแนนแผงลอยจำหน่ายอาหารที่ผ่านมาตรฐาน Clean Food Good Taste

แผงลอยจำหน่ายอาหารผ่านมาตรฐาน ร้อยละ ๘๐ขึ้นไป	= ๑๕ คะแนน
แผงลอยจำหน่ายอาหารผ่านมาตรฐาน ร้อยละ ๗๐-๗๙	= ๑๒ คะแนน
แผงลอยจำหน่ายอาหารผ่านมาตรฐาน ร้อยละ ๖๐-๖๙	= ๙ คะแนน
แผงลอยจำหน่ายอาหารผ่านมาตรฐาน ร้อยละ ๕๐-๕๙	= ๖ คะแนน
แผงลอยจำหน่ายอาหารผ่านมาตรฐานน้อยกว่า ร้อยละ ๕๐	= ๓ คะแนน

๒ ผลการดำเนินงาน

ตารางแสดง ประเภทสถานประกอบการที่ผ่านมาตรฐาน Clean Food Good Taste

ประเภทสถานประกอบการที่ผ่านมาตรฐาน Clean Food Good Taste	ร้อยละ ปี ๒๕๖๕
๑. ร้านอาหาร	๔๙.๙๗
๒. แผงลอยจำหน่ายอาหาร	๘๓.๐๓
๓.ร้านอาหาร Clean Food Good Taste Plus	๑๖ แห่ง

ตารางแสดง อำเภอที่มีผลการตรวจประเมินแผงลอย Clean Food Good Taste ประจำปี ๒๕๖๕

ร้อยละ	อำเภอ
น้อยกว่า ๕๐ %	เฉลิมพระเกียรติ
๕๐ – ๕๙%	ขามสะแกแสง
๖๐ – ๖๙%	ครบุรี, ปักธงชัย
๗๐ – ๗๙%	ขามทะเลสอ, โนนไทย, ประทาย,เมืองนครราชสีมา
๘๐% ขึ้นไป	แก้งสนามนาง, คง, จักราช, ชุมพวง, โชคชัย, ด่านขุนทด, เทพารักษ์, โนนแดง, โนนสูง, บัวลาย, บัวใหญ่, บ้านเหลื่อม, ปากช่อง, พระทองคำ, พิมาย, เมืองยาง, ลำทะเมนชัย, วังน้ำเขียว, สีคิ้ว, สีดา, สูงเนิน,เสิงสาง, หนองบุญมาก, ห้วยแถลง

ตารางแสดง อำเภอที่มีผลการตรวจประเมินร้านอาหาร Clean Food Good Taste ประจำปี ๒๕๖๕

ร้อยละ	ชื่ออำเภอ
น้อยกว่า ๑๐ %	ขามทะเลสอ, ขามสะแกแสง, คง, โนนสูง,บ้านเหลื่อม,เมืองนครราชสีมา,เมืองยาง, ลำทะเมนชัย
๑๐ – ๑๙%	จักราช
๒๐ – ๒๙%	วังน้ำเขียว
๓๐ – ๓๙%	-
๔๐% ขึ้นไป	แก้งสนามนาง, ครบุรี,เฉลิมพระเกียรติ, ชุมพวง, โชคชัย,ด่านขุนทด,เทพารักษ์, โนนแดง, โนนไทย,บัวลาย, บัวใหญ่, ประทาย, ปักธงชัย, ปากช่อง, พระทองคำ, พิมาย, สีคิ้ว,สีดา , สูงเนิน, เสิ่งสา,หนองบุญมาก, ห้วยแถลง

ตารางแสดง การเปรียบเทียบตรวจสอบการปนเปื้อนในอาหารสด จังหวัดนครราชสีมา ตรวจวิเคราะห์หาการปนเปื้อนสารฟอร์มาลินในอาหารสด เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร เขต ๙ ปี ๒๕๖๓ – ๒๕๖๕

ปี	นครราชสีมา		ชัยภูมิ		บุรีรัมย์		สุรินทร์	
	ตรวจ	ผ่าน	ตรวจ	ผ่าน	ตรวจ	ผ่าน	ตรวจ	ผ่าน
๒๕๖๓	๑,๑๑๔	๑,๐๓๕	๘๘	๗๔	๑๓๐	๑๑๐	๑๒๖	๑๑๙
๒๕๖๔	๑,๐๓๑	๙๓๙	๗๖	๗๒	๑๙๙	๑๗๙	๑๐๓	๙๖
๒๕๖๕	๙๖๒	๘๗๗	๗๖	๕๕	๑๙๗	๑๕๗	๑๐๕	๙๔
รวมทั้งสิ้น	๓,๑๐๗	๒,๘๕๑	๒๔๐	๒๐๑	๕๒๖	๔๔๖	๓๓๔	๓๐๙

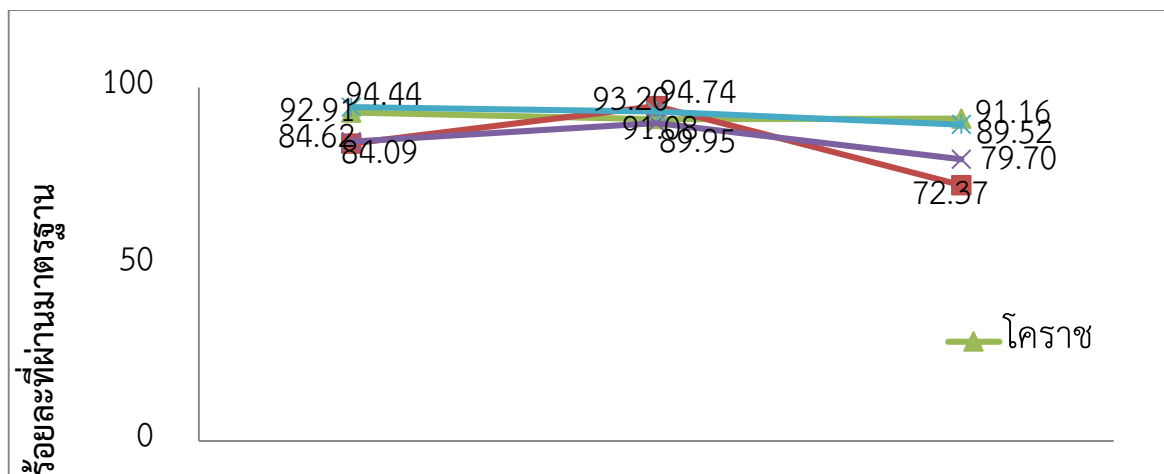
หมายเหตุ : ลำดับชนิดของตัวอย่างอาหารที่พบการปนเปื้อนของสารฟอร์มาลิน ข้อมูล ณ ๑๔ ธันวาคม ๒๕๖๕

๒๕๖๓ > ปลาหมึกกรอบ, สไล่นาง, ปลาหมึก,ปลาหูเห็ดฟาง และกุ้ง

๒๕๖๔ > ปลาหมึกกรอบ, สไล่นาง, แมงกะพรุน, ปลาหู ปลาหมึก เห็ดฟาง และกุ้ง

๒๕๖๕ > ปลาหมึกกรอบ, ปลาหมึก, สไล่นาง, กุ้ง, เล็บมือนาง และแมงกะพรุน

กราฟแสดง ผลการตรวจวิเคราะห์หาการปนเปื้อนสารฟอร์มาลิน ปี ๒๕๖๓ – ๒๕๖๕



๙ - ๑๓ ธ.ค. ๒๕๖๕ สุ่มตรวจการปนเปื้อนของสารฟอร์มาลีนในอาหารสด ร้านหมูกระทะและตลาดค้าส่งขนาดใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา

โดยงานอาหารปลอดภัย กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและ เกษัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา ร่วมกับสำนักงานเทศบาลนครนครราชสีมา เทศบาลตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล และเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ ๒๙ อำเภอ ได้ร่วมออกเก็บตัวอย่างอาหารสดที่จำหน่ายในร้านหมูกระทะ ตลาดนัด ตลาดสดและตลาดค้าส่ง ในพื้นที่เพื่อตรวจหาสารฟอร์มาลีนตกค้าง เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้บริโภค ในการบริโภคอาหารที่ปลอดภัย โดยสรุปผลดังนี้

สถานที่	จำนวนตรวจ (แห่ง)	จำนวนตัวอย่างที่เก็บ	พบฟอร์มาลีน (%)
๑. ตลาดค้าส่ง	๔	๓๑	๔ (๑๒.๕๐%)
๒. ตลาดสด	๗	๘๕	๔ (๔.๗๐%)
๓. ตลาดนัด	๑๓	๓๓	๓ (๙.๐๙%)
๔. ร้านหมูกระทะ	๑๕๔	๓๗๒	๗๙ (๒๑.๒๔%)
รวม	๑๗๘	๕๒๑	๙๐ (๑๗.๒๗%)

การดำเนินการ

- กรณีพบการปนเปื้อนแจ้งให้ผู้ประกอบการหยุดจำหน่ายและเก็บออกจากจุดจำหน่ายทันทีพร้อม แนะนำให้ เปลี่ยนแหล่งซื้อใหม่ที่ปลอดภัย
- งานอาหารปลอดภัยร่วมกับท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอจะออกตรวจหาสารฟอร์มาลีน ตกค้างในอาหารสด ณ ตลาดค้าส่งที่พบในรายชื่อแหล่งที่มาที่พบสารฟอร์มาลีนจากร้านหมูกระทะ
- ส่งหนังสือแจ้งจังหวัดต้นทางที่เป็นแหล่งที่มาที่พบสารฟอร์มาลีนตกค้างในอาหารสด ให้ตรวจสอบต่อไป
- ประชาสัมพันธ์ถึงวิธีการเลือกซื้ออาหารสดที่ปลอดภัยจากสารปนเปื้อนในอาหารให้แก่ประชาชนต่อไป
- มีแผนการตรวจหาสารปนเปื้อนในอาหารเป็นประจำเพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้บริโภค

การให้ความรู้ผู้สัมผัสอาหารในสถานประกอบการ

ผู้สัมผัสอาหารที่ผ่านการอบรมโดยงานอาหารปลอดภัย กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ปี ๒๕๖๑-๒๕๖๕

ปีงบประมาณ	จำนวนคน (คน)	จำนวนสถานประกอบการ (แห่ง)
๒๕๖๒	๗๔๒	๑๔๒
๒๕๖๓	๑๕๕	๗
๒๕๖๔	๑๗๕	๓
๒๕๖๕	๑,๒๘๔	๑๐

การอบรมให้ความรู้

เป็นวิทยาการอบรมให้ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารตามหลักสูตรผู้ประกอบการกิจการอาหาร และผู้สัมผัสอาหาร การใช้กฎหมายในอาหารที่ปลอดภัย สาธิตการใช้ชุดทดสอบเบื้องต้นแก่ผู้ประกอบการ และประชาชน ณ หน่วยงานต่างๆ ในเขตจังหวัดนครราชสีมา พร้อมกับออกใบประกาศนียบัตรให้แก่ผู้ที่ผ่านการอบรมและสถานประกอบการ

สรุปผลการอบรมให้ความรู้ จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ลำดับ	สถานที่จัดอบรม	จำนวน (ทั้งหมด)	จำนวน ที่ผ่าน	หน่วยงานออก บัตรผู้สัมผัสอาหาร
๑	โรงแรมสบายโฮเทล อ.เมือง	๑๐๐	๑๐๐	สสจ.นครราชสีมา
๒	สำนักงานเทศบาลตำบลพิมาย อ.พิมาย	๖๐	๓๕	สสจ.นครราชสีมา
๓	โรงแรมเขาใหญ่ศิรธารทิพย์รีสอร์ท อ.ปากช่อง	๑๓๐	๑๑๖	สสจ.นครราชสีมา
๔	สำนักงานเทศบาลเมืองสีคิ้ว อ.สีคิ้ว	๘๐	๖๕	สสจ.นครราชสีมา
๕	โรงแรมโกลด์ เมาร์ทเพน รีสอร์ท อ.วังน้ำเขียว	๓๐	๒๒	สสจ.นครราชสีมา
๖	ร้านมิตวินเทอร์ เขาใหญ่	๑๐๐	๑๐๐	สสจ.นครราชสีมา
๗	โรงงานคาร์กิล มีท อ.โชคชัย (จัดอบรมผ่านระบบ	๙	๙	สสจ.นครราชสีมา
๘	โรงงานคาร์กิล มีท อ.โชคชัย (จัดอบรมผ่านระบบ	๙	๙	สสจ.นครราชสีมา
๙	สำนักงานเทศบาลตำบลบ้านใหม่ อ.เมือง	๑๕๐	๑๕๐	เทศบาลตำบลบ้านใหม่
๑๐	สำนักงานเทศบาลตำบลตลาด อ.เมือง	๗๐	๗๐	เทศบาลตำบลตลาด
๑๑	โรงพยาบาลเทพรัตน์ อ.เมือง	๕๐	๕๐	โรงพยาบาลเทพรัตน์
๑๒	โรงงานซีเกท อ.สูงเนิน (บริษัท ฟู้ดส์แลนด์ จำกัด)	๖๔	๖๔	สสจ.นครราชสีมา
๑๓	โรงพยาบาลพิมาย อ.พิมาย	๕๐	๕๐	อบรมกฎหมายใน
๑๔	โรงงานซีเกท อ.สูงเนิน (บริษัท ฟู้ดส์แลนด์ จำกัด)	๗๒	๗๒	สสจ.นครราชสีมา
๑๕	โรงแรมแคนทารี อ.เมือง	๒๔๐	๒๔๐	เทศบาลนคร
๑๖	สำนักงานเทศบาลนครนครราชสีมา	๑๒๐	๑๒๐	เทศบาลนคร
๑๗	สำนักงานเทศบาลตำบลหัวทะเล	๔๐	๔๐	เทศบาลตำบลหัวทะเล
๑๘	โรงเรียนอัสสัมชัญนครราชสีมา	๖๐	๖๐	เทศบาลนคร

ภาพกิจกรรมอบรมให้ความรู้ด้านสุขาภิบาลและโภชนาการในอาหาร ปีงบประมาณ ๒๕๖๕



ปัจจัยความสำเร็จ

ผู้บริหารให้การสนับสนุน กำหนดเป็นนโยบายจังหวัด เจ้าหน้าที่ระดับพื้นที่และท้องถิ่นร่วมคิดร่วมดำเนินการจัดงบประมาณในการปรับปรุงร้านอาหารที่ต้องการประเมินมาตรฐานในระดับที่สูงขึ้น หน่วยงานสาธารณสุขและท้องถิ่นร่วมสนับสนุนวิชาการโดยการอบรมหลักสูตรผู้สัมผัสอาหารให้ครบทุกสถานประกอบการ ผู้ประกอบการภาครัฐและเอกชนให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน

โอกาสพัฒนา / สิ่งที่จะทำต่อไปในพื้นที่ที่มีผลงานต่ำ

จังหวัดนครราชสีมาดำเนินการวิเคราะห์อำเภอยังไม่ส่งข้อมูลต้องติดตามเพื่อให้บันทึกรายงานให้ครบ ส่วนอำเภอที่ผลงานต่ำจังหวัดจะลงพื้นที่เพื่อร่วมค้นหาปัญหาร่วมกับอำเภอ เพื่อช่วยกันแก้ไขปัญหาให้ตรงจุดอำเภอที่มีผลการประเมินร้านอาหารผ่านมาตรฐาน Clean Food Good Taste

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

อำเภอปากช่องได้รับการประเมินรับรองมาตรฐานร้านอาหารไทยปลอดภัย สุขภาพดี โดยการดำเนินการใช้
 แกนนำในการประชาสัมพันธ์และประสานงานเพื่อขอรับการตรวจประเมินดำเนินการโดยชมรมผู้ประกอบการ
 ร้านอาหารอำเภอปากช่อง ทั้งหมดจำนวน ๒๙ แห่ง ได้แก่ เดอะเกรท ฮอว์นบิล ไวน์เนอร์ เรสเตอรองท์
 VinCotto Restaurant โรงแรม เดอะ ปาซ เขาใหญ่ ร้านเดอะบัคเก็ตเขาใหญ่-ปากช่อง ครีวน่านน้ำ
 ร้านอาหาร ริเวอร์ เคิร์ฟ ร้านริบส์แมน ร้านมาเธอร์เฮย์โน ร้านจานเขียวหวาน ร้านมิดวินเทอร์ เขาใหญ่
 ร้านสเติร์กอิน เขาใหญ่ The Chocolate Factory Khaoyai ร้านหลักเฮง The Fable Feast Rest ร้านยั้ง
 ข้าวเขาใหญ่ ร้านครัวสวนคุณยาย ร้านอีทแอทเขาใหญ่ ร้านสเติร์กตัวพ่อ เขาใหญ่ ร้านกินลมชมวิว
 ร้านอาหารญี่ปุ่น ซูชิ ทาสี ร้านครัวเขาใหญ่ ร้านเนื่อหนา ร้านอาหารโรม่า เขาใหญ่ ร้านควีนออฟเบเกอรี่เขา
 ใหญ่ ร้าน หลัก ฮก เหลา เมืองทองร้านกาแฟ ร้านกลางป่า-Homemade ร้านแม่ไผ่ปลาเผาร้านคาเฟ่อิน
 แพคตอริ

GREEN AND CLEAN HOSPITAL

๑. วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา

สถานการณ์ผลการดำเนินงานโรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐาน (ปี๒๕๖๒ - ปี๒๕๖๔)

GREEN & CLEAN Hospital รวม ๓๕ รพ.	ปี ๒๕๖๒		ปี ๒๕๖๓		ปี ๒๕๖๔	
	จำนวน(แห่ง)	ร้อยละ	จำนวน(แห่ง)	ร้อยละ	จำนวน(แห่ง)	ร้อยละ
ระดับพื้นฐาน	๓๕	๑๐๐	๓๕	๑๐๐	๓๕	๑๐๐
ระดับดี	๓๔	๙๗.๑๔	๓๔	๙๗.๑๔	๓๔	๙๗.๑๔
ระดับดีมาก	๓๓	๙๔.๒๙	๓๓	๙๔.๒๙	๓๔	๙๗.๑๔
ระดับดีมากPLUS (เป้าหมาย ๖๐% เป้า ๒๑ รพ.)	๖	๑๗.๑๔	๑๓	๓๗.๑๔	๒๐	๕๗.๑๔

ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน

๑. ประชุมมอบนโยบายผลักดันการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตามเกณฑ์ GREEN AND CLEAN HOSPITAL
๒. สนับสนุนงบประมาณการแก้ไขระบบบำบัดน้ำเสียโรงพยาบาล
๓. ส่งเสริมให้โรงพยาบาลจัดหารถเฉพาะ (ตามกฎหมายกระทรวง) ในการเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่รับผิดชอบ
๔. การประเมินเยี่ยมเสริมพลัง GREEN AND CLEAN HOSPITAL ในโรงพยาบาล
๕. คัดเลือกนวัตกรรม Green โรงพยาบาลขยายลงสู่ชุมชน Green Community / Green Market /คลินิก NCD ในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

แนวทางการปรับปรุง / พัฒนา

กิจกรรมที่ ๑ ประชุมประชุมเชิงปฏิบัติการงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย จังหวัดนครราชสีมา มอบนโยบาย GREEN and CLEAN Hospital ทุกระดับ และแนะนำเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ปรับใหม่ (สำหรับนำร่องปีงบประมาณ ๒๕๖๕) สำหรับโรงพยาบาล และเกณฑ์ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การบันทึกข้อมูลขยะติดเชื้อ สุขาภิบาลอาหาร การจัดการน้ำเสีย การจัดการปฏิกูลพระราชบัญญัติการสาธารณสุขพ.ศ.๒๕๓๕ เป้าหมายโรงพยาบาล ๓๕ แห่ง สาธารณสุขอำเภอ ๓๒ แห่ง วิทยาการและผู้จัด ๑๑ คน ประชุม ๑ วัน รวม ๗๘ คน ระยะเวลาดำเนินการ มกราคม – มีนาคม ๒๕๖๕

กิจกรรมที่ ๒ ออกประเมิน GREEN and CLEAN Hospital (Re Accredited) ปี ๒๕๖๕ ระดับดีมาก Plus ๖ แห่ง ระดับดีมาก ๑๑ แห่ง ระดับพื้นฐาน ๑ แห่ง รวม ๑๘ แห่ง บูรณาการงานอาชีวอนามัย ๒ หมวด โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และActive Community พี่เลี้ยงเยี่ยมเสริมพลัง ระยะเวลาดำเนินการ มกราคม - มิถุนายน ๒๕๖๕

กิจกรรมที่ ๓ ออกประเมิน GREEN and CLEAN Hospital ระดับดีมาก Plus ร่วมกับศูนย์อนามัยที่ ๙ โรงพยาบาลจำนวน ๔ แห่ง ระยะเวลาดำเนินการ มกราคม - มีนาคม ๒๕๖๕

กิจกรรมที่ ๔ มอบโล่รางวัล GREEN and CLEAN Hospital ระดับดีมากPlus ระยะเวลาดำเนินการ กรกฎาคม - กันยายน ๒๕๖๕

มาตรการ/แผนงาน/โครงการที่สำคัญปี ๒๕๖๕

๑ การดำเนินกิจกรรมGREEN and CLEAN Hospital ในโรงพยาบาลและชุมชน ตามโครงการ GREEN and CLEAN Hospital

๒ ประเมินโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN and CLEAN Hospital โดยทีม GREEN and CLEAN Hospital โดยกลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร่วมกับ ทีมประเมินจากศูนย์อนามัยที่ ๙ นครราชสีมา และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ นครราชสีมา

๓ การส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN and CLEAN Hospital โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน

๔ การสร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN and CLEAN Hospital ลงสู่ชุมชน เพื่อให้เกิด GREEN Community

ผลการดำเนินงาน

ลำดับ	อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑	รพ.จิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ดีมาก	๑๐๐
๒	รพ.ศูนย์อนามัยที่๙นครราชสีมา	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ดีมาก	๑๐๐
๓	รพ.แก้งสนามนาง	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ดีมากพลัส	๑๐๐
๔	รพ.ขามทะเลสอ	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ดีมากพลัส	๑๐๐
๕	รพ.ขามสะแกแสง	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ดีมากพลัส	๑๐๐
๖	รพ.คง	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ดีมากพลัส	๑๐๐
๗	รพ.ครบุรี	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ดีมากพลัส	๑๐๐
๘	รพ.จักราช	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ดีมากพลัส	๑๐๐
๙	รพ.เฉลิมพระเกียรติ	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ดีมากพลัส	๑๐๐
๑๐	รพ.เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเจ้า ๑๐๐ ปี	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ดีมาก	๑๐๐
๑๑	รพ.ชุมพวง	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ดีมาก	๑๐๐
๑๒	รพ.โชคชัย	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ดีมาก	๑๐๐
๑๓	รพ.ด่านขุนทด	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ดีมากพลัส	๑๐๐
๑๔	รพ.เทพารักษ์	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ดีมาก	๑๐๐
๑๕	รพ.โนนแดง	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ดีมาก	๑๐๐
๑๖	รพ.โนนไทย	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ดีมากพลัส	๑๐๐
๑๗	รพ.โนนสูง	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ดีมากพลัส	๑๐๐
๑๘	รพ.บัวลาย	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ดีมาก	๑๐๐
๑๙	รพ.บัวใหญ่	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ดีมาก	๑๐๐

ข้อสัถย สามัคคี มีวินัย

ลำดับ	อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๒๐	รพ.บ้านเหลื่อม	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ดีมากพลัส	๑๐๐
๒๑	รพ.ประทาย	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ดีมากพลัส	๑๐๐
๒๒	รพ.ปักธงชัย	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ดีมากพลัส	๑๐๐
๒๓	รพ.พระทองคำเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ดีมากพลัส	๑๐๐
๒๔	รพ.ลำทะเมนชัย	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ดีมาก	๑๐๐
๒๕	รพ.วังน้ำเขียว	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ดีมาก	๑๐๐
๒๖	รพ.สีคิ้ว	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ดีมากพลัส	๑๐๐
๒๗	รพ.สีดา	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ดีมาก	๑๐๐
๒๘	รพ.สูงเนิน	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ดีมากพลัส	๑๐๐
๒๙	รพ.เสิงสาง	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ดีมากพลัส	๑๐๐
๓๐	รพ.หนองบุญมาก	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ดีมาก	๑๐๐
๓๑	รพ.ห้วยแถลง	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ดีมากพลัส	๑๐๐
๓๒	รพ.พิมาย	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ดีมาก	๑๐๐
๓๓	รพ.เทพรัตนนครราชสีมา	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	พื้นฐาน	๑๐๐
๓๔	รพ.ปากช่องนานา	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ดีมากพลัส	๑๐๐
๓๕	รพ.มหาราชนครราชสีมา	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ดีมากพลัส	๑๐๐

สรุปผลการประเมิน GREEN and CLEAN Hospital

ผ่านระดับพื้นฐาน	๓๕ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๑๐๐
ผ่านระดับดี	๓๔ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๙๗.๑๔
ผ่านระดับดีมาก	๓๔ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๙๗.๑๔
ผ่านระดับดีมาก Plus	๒๐ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๕๗.๑๔

ผ่านระดับดีมาก Plus	
๑. รพ.แก้งสนามนาง ๒. รพ.ครบุรี ๓. รพ.เฉลิมพระเกียรติ ๔. รพ.โนนไทย ๕. รพ.โนนสูง ๖. รพ.บ้านเหลื่อม ๗. รพ.ประทาย ๘. รพ.พระทองคำเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๙. รพ.สูงเนิน ๑๐. รพ.เสิงสาง ๑๑. รพ.ห้วยแถลง ๑๒. รพ.ปากช่องนานา	๑๓. รพ.มหาราชนครราชสีมา ๑๔. รพ.จักราช ๑๕. รพ.คง ๑๖. รพ.ปักธงชัย ๑๗. รพ.สีคิ้ว ๑๘. รพ.ขามทะเลสอ ๑๙. รพ.ขามสะแกแสง ๒๐. รพ.ด่านขุนทด

๕. ปัจจัยความสำเร็จ

- นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้บริหารโรงพยาบาลให้ความสำคัญนโยบายและแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน
- เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติมีความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital ระดับดีมาก Plus และพัฒนามาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ผ่านเกณฑ์ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสนับสนุนงบประมาณพัฒนาระบบบำบัดน้ำเสียโรงพยาบาล
- โรงพยาบาลทุกแห่ง จัดหารถเฉพาะ (ตามกฎหมายกระทรวง) ในการเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อให้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่รับผิดชอบทุกแห่งตามกฎหมาย
- โรงพยาบาล ดำเนินการกิจกรรม Green โรงพยาบาลขยายลงสู่ชุมชน Green Community / ดำเนินงาน Green Market เน้นคลินิก NCD ในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- โรงพยาบาลพัฒนางานประเด็นท้าทาย เลือกจำนวน ๑ ด้าน ได้แก่ ๑) การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล (ระดับดีขึ้น) ๒) การพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำ และเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care) ๓) การจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ ๔) การจัดการของเสียทางการแพทย์

๖. โอกาสพัฒนาในพื้นที่ที่มีผลงานต่ำ

- ทุกโรงพยาบาลควรมีการควบคุมกำกับติดตามระบบน้ำเสียต่อเนื่องทุกเดือน และมีการรายงานให้ผู้บริหารทราบ เพื่อมีการพัฒนาต่อเนื่อง
- จัดให้มีการตรวจประเมิน และเยี่ยมเสริมพลัง เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เชิงคุณภาพ
- ส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- Art care, Health literacy, healing environment, ศิลปะเยียวยา (ภาพถ่าย), ปลุกผักปลอดสารพิษ, Solar roof, องค์กรแห่งความสุข, เพิ่มพื้นที่สีเขียว โรงพยาบาลบ้านเหลื่อม
- ฉากกั้น ป้องกัน โควิด-๑๙ สำหรับใช้งานในสถานบริการและชุมชน โรงพยาบาลโนนไทย
- อุปกรณ์ช่วยถ่ายภาพรังสีจากฝาของกล่องโฟม โรงพยาบาลโนนไทย
- UV ตู้ COVID โรงพยาบาลสีคิ้ว
- รถเข็นมูลฝอยติดเชื้อ โรงพยาบาลสูงเนิน
- ร่วมด้วยช่วยกันป้องกันโควิด-๑๙ รพ.ด่านขุนทด
- ปัมคลอรีนที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลสูงเนิน
- การจัดการมูลฝอยติดเชื้อครอบคลุม รพ.สต. คลินิกเอกชน โรงพยาบาลเสิงสาง
- นวัตกรรมของมือสอง (ของที่ใช้แล้ว) นำกลับมาใช้ส่งเอกสารอีกครั้ง สามารถส่งทางไปรษณีย์และเอกสารส่วนราชการภายในได้ โรงพยาบาลสูงเนิน
- ลดการใช้พลังงานในระบบดับฝุ่นโดยการหมุนเวียนน้ำมาใช้ใหม่ โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ
- กิจกรรมประหยัดพลังงานลดโลกร้อนโดยให้ เจ้าหน้าที่ป้อนจักรยานมาทำงานโรงพยาบาลพิมาย

ชื่อสัตย์ สามัคคี มีวินัย

- แผ่นตะกั่วกันรังสีรีไซเคิลสำหรับอวัยวะสืบพันธุ์ของเด็ก โรงพยาบาลนนทรี
- พลังงานจากขยะ โรงพยาบาลบัวใหญ่
- การอนุรักษ์พลังงาน โรงพยาบาลครบุรี
- มูลฝอยติดเชื้อแยกได้รายจ่ายองค์การลดลง โรงพยาบาลเสิงสาง
- ตะแกรงใส่ขยะรีไซเคิลแบบลูกทุ่ง โรงพยาบาลสีคิ้ว
- ขยะอันตรายแลกไข่ โรงพยาบาลสีคิ้ว
- รถเข็นขยะไฮเทค โรงพยาบาลห้วยแถลง
- กล่องส่งล้างมือจากจอคอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลจักราช
- ถังเติมคลอรีนจากถังสี โรงพยาบาลปักธงชัย
- กล่องทิ้งเข็มฉีดยา โรงพยาบาลขามสะแกแสง
- รพ.เฉลิมพระเกียรติ นำร่อง GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านเกณฑ์ระดับ ดีเยี่ยม (Excellent) และขยายผลสู่ รพ.สต. GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital ผ่านเกณฑ์ระดับ ระดับ ดี ๑ แห่ง ได้แก่ รพ.สต.มะดัน อ.เฉลิมพระเกียรติ (สังกัด อบจ.)

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

- ๑.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ
- ๒.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ
- ๓.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพทุติยภูมิ และตติยภูมิ
- ๔.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพการแพทย์ทางเลือก
- ๕.การพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อที่สำคัญ

๑. การพัฒนาระบบบริการ สุขภาพปฐมภูมิ

การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ ในหมวด ๑๖ การปฏิรูปประเทศ ได้บรรจุประเด็นการพัฒนาบริการปฐมภูมิไว้ในมาตรา ๒๕๘ ช. “(๕) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม” พร้อมทั้งได้มีการตรา พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๒ และมีผลใช้บังคับเมื่อวันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๒ ประกอบกับที่ประชุมคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๒ เมื่อ วันที่ ๔ ตุลาคม ๒๕๖๒ ได้มีมติเห็นชอบ ประกาศกำหนดลักษณะของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการที่จะขึ้นทะเบียนการขึ้นทะเบียนการแบ่งเขตพื้นที่ อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๐๖วรรคหนึ่ง (๙) และมาตรา ๑๗ วรรคสาม แห่งพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

จังหวัดนครราชสีมา มีแผนการจัดตั้งและขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ในระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๗๒) จำนวน ๒๓๒ ทีม ตามวัตถุประสงค์และเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติและประกาศฉบับดังกล่าว จากการดำเนินงานจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๖ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานและขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน ๑๔๘ ทีม (สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๘๓ ทีม อบจ.จำนวน ๕๕ ทีม รัฐนอกสังกัด ฯ จำนวน ๗ ทีม เอกชน จำนวน ๓ ทีม) คิดเป็นร้อยละ ๖๓.๗๙ (๑๔๘/๒๓๒*๑๐๐) สามารถผ่านเกณฑ์มาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมีสถานการณ์การดำเนินงานตามแผนปี ๒๕๖๒-๒๕๗๒ ดังนี้

ปีงบประมาณ แผน ๑๐ ปี (๒๓๒ ทีม)	PCU ทีม	NPCU ทีม	รวม ทีม	ผ่านเกณฑ์สะสม (ทีม)	ร้อยละ (สะสม)
๒๕๖๒-๒๕๖๔	๗๐	๕๕	๑๒๕	๑๒๕	๕๓.๘๘

ความครอบคลุมประชากร แผนปี ๒๕๖๒-๒๕๗๒ ประชากรทั้งหมด ๒,๔๘๐,๗๐๕ คน ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๖ จำนวน ๑,๕๖๔,๖๑๖ คน คิดเป็น ร้อยละ ๖๓.๐๗

ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน

- พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ ซึ่งได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๒ ให้จัดหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ในสัดส่วนที่เหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการและพื้นที่ และได้มีการกำหนดนโยบายและทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ

- การกำหนดให้แพทย์อื่นทำหน้าที่ดูแลผู้รับบริการแทนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว “แพทย์อื่น” หมายความว่า แพทย์สาขาอื่นที่มีใช้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แต่ได้ผ่านการอบรม ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ตามหลักสูตรโดยความร่วมมือระหว่างสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและ ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ในปี ๒๕๖๖ จังหวัดนครราชสีมา มีแผนเปิด

ข้อสัถย สามัคคี มีวินัย

ดำเนินการหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้ทำการสำรวจรายชื่อแพทย์ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรพื้นฐานเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฐมภูมิ Basic course ระยะเวลา ๔ วัน ที่อบรมครบ ๒ ปี เพื่ออบรมฟื้นฟูและปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ต่อไป และมีนโยบายในการจัดทำหลักสูตรพื้นฐานเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฐมภูมิ โครงการหลักสูตร Advance course of family medicine for primary care doctor : Korat model ระยะเวลา ๑๑ วัน สำหรับแพทย์เพิ่มพูนทักษะปี ๑ และ ปี ๒

แนวทางการปรับปรุง / พัฒนา

- อบรมระยะสั้นโครงการหลักสูตร Advance course of family medicine for primary care doctor : Korat model ระยะเวลา ๑๑ วัน สำหรับแพทย์เพิ่มพูนทักษะปี ๑ ปี ๒๕๖๕ ผ่านการอบรม จำนวน ๓๕ คน

- อบรมฟื้นฟูแพทย์ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรพื้นฐานเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฐมภูมิ Basic course ที่อบรมครบ ๒ ปี จำนวน ๒๒ คน เพื่อปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิต่อไป

- ส่งแพทย์เข้าร่วมอบรมเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ หลักสูตรระยะสั้น (Short Course) รุ่นที่ ๒๐

- อบรมและพัฒนาทีมสหวิชาชีพหลักสูตรเสริมพลังผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักวิชาการ เจ้าพนักงานสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด ตัวแทนจาก CUP ศรีสะเกษ จำนวน ๑๐ คน

- อบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิ เกษีกร ๑ คน พยาบาลวิชาชีพ ๑ คน

- พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการจัดระบบบริการด้านปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัวตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ แบบออนไลน์ จำนวน ๒ ทีม ได้แก่ ทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีสะเกษ และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหนองพลวงมะนาว

การติดตามประเมินผล / ผลการดำเนินงาน

๑ การติดตามประเมินผล

- นิเทศงานผสมผสานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
- ประเมิน PCU /NPCU ที่เปิดดำเนินการตามเกณฑ์ Staff System Structure
- ทบทวนแผนเปิด PCU/NPU และการขึ้นทะเบียนจัดตั้ง PCU/NPCU และมีการประเมินตนเอง และระดับจังหวัดประเมิน

๒ ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดรายอำเภอ

ปีงบประมาณ แผน ๑๐ ปี (๒๓๒ ทีม)	PCU ทีม	NPCU ทีม	รวม ทีม	ผ่านเกณฑ์สะสม (ทีม)	ร้อยละ (สะสม)
๒๕๖๕	๔	๑๙	๑๔๘	๑๔๘	๖๓.๗๙

การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

ลำดับ	โซน	อำเภอ	เป้าหมาย(ทีม)	ผลงาน(ทีม)	ร้อยละ
๑	๑	อำเภอเมืองนครราชสีมา	๓๙	๓๔	๘๗.๑๘
๒	๑	อำเภอห้วยแถลง	๘	๓	๓๗.๕๐
๓	๑	อำเภอจักราช	๘	๖	๗๕.๐๐
๔	๑	อำเภอขามทะเลสอ	๓	๑	๓๓.๓๓
๕	๑	อำเภอเฉลิมพระเกียรติ	๓	๓	๑๐๐.๐๐
รวมโซน ๑			๖๑	๔๗	๗๗.๐๕
๖	๒	อำเภอโชคชัย	๗	๔	๕๗.๑๔
๗	๒	อำเภอเสิงสาง	๖	๔	๖๖.๖๗
๘	๒	อำเภอครบุรี	๙	๓	๓๓.๓๓
๙	๒	อำเภอปักธงชัย	๘	๔	๕๐.๐๐
๑๐	๒	อำเภอรังน้ำเขียว	๕	๒	๔๐.๐๐
๑๑	๒	อำเภอหนองบุญมาก	๕	๕	๑๐๐.๐๐
รวมโซน ๒			๔๐	๒๒	๕๕.๐๐
๑๒	๓	อำเภอพิมาย	๙	๔	๔๔.๔๔
๑๓	๓	อำเภอชุมพวง	๗	๔	๕๗.๑๔
๑๔	๓	อำเภอโนนสูง	๑๒	๖	๕๐.๐๐
๑๕	๓	อำเภอโนนแดง	๓	๓	๑๐๐.๐๐
๑๖	๓	อำเภอลำทะเมนชัย	๓	๒	๖๖.๖๗
๑๗	๓	อำเภอเมืองยาง	๓	๑	๓๓.๓๓
รวมโซน ๓			๓๗	๒๐	๕๔.๐๕
๑๘	๔	อำเภอบัวใหญ่	๖	๔	๖๖.๖๗
๑๙	๔	อำเภอประทาย	๗	๖	๘๕.๗๑
๒๐	๔	อำเภอสีดา	๒	๑	๕๐.๐๐
๒๑	๔	อำเภอบัวลาย	๒	๑	๕๐.๐๐
๒๒	๔	อำเภอแก้งสนามนาง	๔	๒	๕๐.๐๐
รวมโซน ๔			๒๑	๑๔	๖๖.๖๗
๒๓	๕	อำเภอดง	๘	๓	๓๗.๕๐
๒๔	๕	อำเภอโนนไทย	๘	๔	๕๐.๐๐
๒๕	๕	อำเภอขามสะแกแสง	๔	๒	๕๐.๐๐
๒๖	๕	อำเภอพระทองคำ	๓	๓	๑๐๐.๐๐
๒๗	๕	อำเภอบ้านเหลื่อม	๒	๑	๕๐.๐๐
รวมโซน ๕			๒๕	๑๓	๕๒.๐๐
๒๘	๖	อำเภอด่านขุนทด	๑๑	๖	๕๔.๕๕
๒๙	๖	อำเภอปากช่อง	๑๗	๑๒	๗๐.๕๙
๓๐	๖	อำเภอสีคิ้ว	๙	๗	๗๗.๗๘
๓๑	๖	อำเภอสูงเนิน	๘	๖	๗๕.๐๐
๓๒	๖	อำเภอเทพารักษ์	๓	๑	๓๓.๓๓
รวมโซน ๖			๔๘	๓๒	๖๔.๕๘
รวม			๒๓๒	๑๔๘	๖๓.๗๙

จำนวนประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

ลำดับ	โซน	อำเภอ	เป้าหมาย(คน)	ผลงาน(คน)	ร้อยละ
๑	๑	อำเภอเมืองนครราชสีมา	๔๔๒,๓๔๖	๓๙๓,๕๓๗	๘๘.๙๗
๒	๑	อำเภอห้วยแถลง	๖๗,๘๗๕	๒๖,๔๖๖	๓๘.๙๙
๓	๑	อำเภอจักราช	๗๖,๔๑๙	๕๓,๐๘๔	๖๙.๔๖
๔	๑	อำเภอขามทะเลสอ	๓๐,๑๒๐	๗,๙๙๑	๒๖.๕๓
๕	๑	อำเภอเฉลิมพระเกียรติ	๓๒,๓๔๐	๓๒,๓๔๐	๑๐๐.๐๐
รวมโซน ๑			๖๔๙,๑๐๐	๕๑๓,๔๑๘	๗๙.๑๐
๖	๒	อำเภอโชคชัย	๕๕,๖๖๕	๓๓,๖๗๒	๖๐.๔๙
๗	๒	อำเภอเสิงสาง	๗๕,๑๒๘	๔๖,๘๗๐	๖๒.๓๙
๘	๒	อำเภอครบุรี	๘๙,๗๗๕	๓๒,๓๖๙	๓๖.๐๖
๙	๒	อำเภอปักธงชัย	๘๙,๗๗๔	๕๓,๔๖๒	๕๙.๕๕
๑๐	๒	อำเภอลำทะเมนชัย	๔๗,๖๐๘	๒๐,๒๓๙	๔๒.๕๑
๑๑	๒	อำเภอหนองบุญมาก	๖๖,๐๙๙	๖๖,๐๙๙	๑๐๐.๐๐
รวมโซน ๒			๔๒๔,๐๔๙	๒๕๒,๗๑๑	๕๙.๕๙
๑๒	๓	อำเภอพิมาย	๘๑,๐๓๐	๕๖,๘๒๑	๗๐.๑๒
๑๓	๓	อำเภอชุมพวง	๗๘,๖๗๘	๓๗,๖๙๑	๔๗.๙๑
๑๔	๓	อำเภอโนนสูง	๑๒๐,๙๑๒	๕๙,๕๙๓	๔๙.๒๙
๑๕	๓	อำเภอโนนแดง	๒๔,๘๕๙	๒๔,๘๕๙	๑๐๐.๐๐
๑๖	๓	อำเภอลำทะเมนชัย	๓๒,๖๙๕	๒๐,๔๐๕	๖๒.๔๑
๑๗	๓	อำเภอเมืองยาง	๒๙,๑๕๑	๘,๕๗๔	๒๙.๔๑
รวมโซน ๓			๓๖๗,๓๒๕	๒๐๗,๙๔๓	๖๒.๑๔
๑๘	๔	อำเภอบัวใหญ่	๗๓,๓๗๘	๕๐,๕๒๑	๖๘.๘๕
๑๙	๔	อำเภอประทาย	๗๗,๗๐๔	๔๘,๗๖๘	๖๒.๗๖
๒๐	๔	อำเภอสีดา	๒๔,๓๕๒	๑๐,๙๙๓	๔๕.๑๔
๒๑	๔	อำเภอบัวลาย	๒๕,๗๐๘	๑๑,๑๘๙	๔๓.๕๒
๒๒	๔	อำเภอแก้งสนามนาง	๓๗,๒๔๓	๑๙,๙๔๕	๕๓.๕๕
รวมโซน ๔			๒๓๘,๓๘๕	๑๔๑,๔๑๖	๕๙.๓๒
๒๓	๕	อำเภอกง	๘๑,๖๗๕	๒๙,๔๖๑	๓๖.๐๗
๒๔	๕	อำเภอโนนไทย	๗๖,๓๑๐	๓๖,๑๕๒	๔๗.๓๘
๒๕	๕	อำเภอขามสะแกแสง	๓๙,๗๑๕	๒๒,๓๙๓	๕๖.๓๘
๒๖	๕	อำเภอพระทองคำ	๔๕,๖๕๐	๔๕,๖๕๐	๑๐๐.๐๐
๒๗	๕	อำเภอบ้านเหลื่อม	๒๑,๑๓๓	๘,๘๖๒	๔๑.๙๓
รวมโซน ๕			๒๖๔,๔๘๓	๑๔๒,๕๑๘	๕๓.๘๙
๒๘	๖	อำเภอด่านขุนทด	๑๓๐,๓๓๐	๖๒,๒๕๙	๔๗.๗๗
๒๙	๖	อำเภอปากช่อง	๑๘๙,๙๑๓	๑๒๘,๘๕๗	๖๗.๘๕
๓๐	๖	อำเภอสีคิ้ว	๑๐๘,๘๘๐	๕๖,๙๔๗	๕๒.๓๐
๓๑	๖	อำเภอสูงเนิน	๘๓,๓๔๗	๕๒,๓๔๑	๖๒.๘๐
๓๒	๖	อำเภอเทพารักษ์	๒๔,๘๙๓	๖,๒๐๖	๒๔.๙๓
รวมโซน ๖			๕๓๗,๓๖๓	๓๐๖,๖๑๐	๕๗.๐๖
รวม			๒,๔๘๐,๗๐๕	๑,๕๖๔,๖๑๖	๖๓.๐๗

ปัจจัยความสำเร็จ

๑. พัฒนาหลักสูตรพื้นฐานเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ ๙ ตามหลักสูตรจากราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ได้แก่ โครงการหลักสูตร Advance course of family medicine for primary care doctor : Korat model กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ แพทย์เพิ่มพูนทักษะปี ๑ เพื่อจัดบริการตามเกณฑ์ และสามารถขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และสามารถดูแลประชาชนให้ครอบคลุม

๒. มีความเชื่อมโยงกับคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หรือ องค์ปกครองท้องถิ่น (อปท.) ในการจัดบริการให้การดูแล การให้ความช่วยเหลือร่วมกับการดำเนินงานที่มอบประจำตัว ๓ คน ที่จะดูแลกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเปราะบาง กลุ่มด้อยโอกาส กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง คนพิการ

โอกาสพัฒนา / สิ่งที่จะทำต่อไปในพื้นที่ที่มีผลงานต่ำ

ชี้แจงนโยบาย ทิศทางการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ชวนเชิญแพทย์ให้เข้ารับการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

๒.การพัฒนากระบวนการสุขภาพ ระดับอำเภอ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ (พขอ.)

วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา

กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.) เป็นมิติการทำงานใหม่ที่บูรณาการระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน โดยมีนายอำเภอเป็นประธานกรรมการ และสาธารณสุขอำเภอ เป็นกรรมการและเลขานุการ เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาให้ตรงกับความต้องการของประชาชน รวมถึงการกำหนดนโยบายสาธารณะในการพัฒนาสภาพแวดล้อม ที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ด้อยโอกาสและกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ในปี ๒๕๖๑ จังหวัดนครราชสีมา ได้สร้างแรงบันดาลใจในการทำงานร่วมกัน(Inspiration) ผ่านกลไก พขอ.เพื่อให้เข้าใจหลักการทำงานแบบบูรณาการ การมีส่วนร่วม มีภาพการณ้นำร่วมเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืน มีประเด็นร่วมระดับจังหวัด”มหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน เพื่อให้เกิดพลังในการขับเคลื่อน ซึ่งได้ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และมุ่งเน้นการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน เพื่อส่งมอบลูกหลานมีคุณภาพชีวิตที่ดี ให้กับชาวโคราชภายใต้แนวคิด “คนโคราชไม่ทิ้งกัน” มีวางแผนกำหนดแนวทางในการขับเคลื่อน โดยใช้กลไก พขอ. ในการแก้ไขตามประเด็นปัญหาของพื้นที่ ในการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม มีเจ้าภาพหลัก และมีความเชื่อมโยงภารกิจในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของแต่ละหน่วยงาน องค์กร เพื่อให้สามารถบูรณาการทรัพยากรและการทำงานร่วมกันได้

ปี ๒๕๖๔ อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๑ แห่งระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ.๒๕๓๔ ที่แก้ไขเพิ่มเติม และตามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือโครงการบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางรายครัวเรือน ระหว่าง ๑๒ กระทรวง ๑ หน่วยงาน ดังนั้น เพื่อให้เกิดการบูรณาการงานร่วมกันของหน่วยงานต่างๆ ในระดับจังหวัด คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ ได้มีมติเมื่อวันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ ให้แต่ละจังหวัดแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัดได้ เพื่อให้เกิดการบูรณาการร่วมกันในภาพจังหวัด และกำกับ ติดตามการดำเนินงาน พขอ. ให้บรรลุเป้าหมายเพื่อประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยระดมบูรณาการทรัพยากรร่วมกับสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนภายในอำเภอมีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน บูรณาการระหว่างหน่วยงานใน การค้นหา ฝ้าระวัง ป้องกันโรค และลดความเสี่ยงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ตลอดจนการเยียวยาเพื่อให้ประชาชนสามารถดำรงชีพได้ตามวิถีชีวิตแนวใหม่ (New Normal)

ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน

- คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พจ.) ได้มีส่วนร่วมและวางแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานตำบลพัฒนาคุณภาพชีวิตต้นแบบ โดยใช้กลไก กรรมการหมู่บ้าน(กม. พชม. พชต.พขอ. และ พจ. ที่เชื่อมต่อและบูรณาการร่วมกัน ครอบคลุมปัญหาตามบริบทพื้นที่ทุกมิติ เช่น สังคม เศรษฐกิจ การเมือง สถานะสุขภาพ เป็นต้น ภายใต้การนำของท่านผู้ว่าราชการจังหวัดนครราชสีมา นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เป็นแกนนำระดับจังหวัดและบูรณาการร่วมกับภาคเอกชน และภาคประชาชน

- นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ประกาศนโยบายของขวัญปีใหม่ ให้กับชาวจังหวัดนครราชสีมา โดยมีการดำเนินงานตำบลพัฒนาคุณภาพชีวิตต้นแบบ “๑ อำเภอ ๑ ตำบล(ทุกหมู่บ้าน)”โดย

มีประเด็นในการขับเคลื่อน ได้แก่ มหัตศวรรษ ๑๐๐๐ วัน ,การควบคุมโรคติดต่อในชุมชน (DHF) , โรคไม่ติดต่อ NCD โรงเรียนเบาหวาน Health Station, การดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร และยาเสพติดนำไปสู่ปัญหาด้านสุขภาพจิต บูรณาการกับกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)

- นายอำเภอ ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นหนุนเสริม ผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนกลไกการแก้ไขปัญหาของพื้นที่ ในการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ร่วมกับทุกหน่วยงาน ภาาีเครือข่ายในชุมชน สร้างความเข้าใจและความเชื่อมโยงภารกิจในการพัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อให้สามารถบูรณาการทรัพยากรและการทำงานร่วมกันได้ รวมถึงการควบคุมกำกับติดตามและเฝ้าระวังเสริมพลัง

- งบประมาณในการสนับสนุนและขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามปัญหาของพื้นที่จากสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ได้รับการสนับสนุนอำเภอละ ๑๐,๐๐๐ บาท และกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ หรือการระดมทุนจากภาคเอกชน และภาคประชาชนในพื้นที่

- การดำเนินงานตำบลพัฒนาคุณภาพชีวิตต้นแบบ ๑ อำเภอ ๑ ตำบล เป็นเครื่องมือในการทำงานเพื่อเชื่อมโยงเกิดการบูรณาการร่วมกัน การมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้เกิดมาตรการทางสังคม หรือข้อตกลงร่วมกัน หรือธรรมนูญตำบลในแต่ละประเด็น

แนวทางการปรับปรุง / พัฒนา

- เพื่อให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) ได้มีส่วนร่วมและการตัดสินใจในการคัดเลือกประเด็นปัญหาและเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาอย่างแท้จริง ควรมีการคืนข้อมูลสำคัญปัญหาต่างๆในพื้นที่ที่ครอบคลุมทุกมิติ เช่น สังคม เศรษฐกิจ การเมือง สถานะสุขภาพ เป็นต้น

- เชื่อมโยงในการขับเคลื่อนและบูรณาการร่วมกับกลไกด้านสุขภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาการแก้ไขปัญหาตามบริบทพื้นที่ ได้แก่ คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเขตพื้นที่ ๙ นครชัยบุรินทร์ (กขป.) ,คณะกรรมการสนับสนุนการจัดและขับเคลื่อนมิติสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา (คจ.สจ.),คณะกรรมการคณะกรรมการวางแผนและประเมินผลระดับจังหวัด (กวจป.) และ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ระดับตำบล ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) และธรรมนูญตำบล

- ประชุมคณะทำงานตำบลพัฒนาคุณภาพชีวิตต้นแบบ “๑ อำเภอ ๑ ตำบล “ระดับจังหวัด เพื่อวางแผนการขับเคลื่อนและการดำเนินงาน การออกแบบกิจกรรม การควบคุมกำกับ และการประเมินผล

- ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด(พชจ.) และทบทวนคณะกรรมการ เพื่อขับเคลื่อน วางแผนการดำเนินงานตำบลพัฒนาคุณภาพชีวิตต้นแบบ “๑ อำเภอ ๑ ตำบล “ จากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ในการติดตามงานในระดับพื้นที่ โดยบูรณาการร่วมกับศูนย์วิชาการที่เกี่ยวข้อง

การติดตามประเมินผล / ผลการดำเนินงาน

๑. แนวทางการติดตามประเมินผล

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มีนโยบายสนับสนุนการขับเคลื่อนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยประกาศนโยบาย ตำบลคุณภาพชีวิตแบบบูรณาการ ประเด็น ๔+๑
- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เป็นปัจจุบัน
- มีการประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตและกำหนดเป้าหมายการดูแลกลุ่มเปราะบางตามบริบทของพื้นที่
- ดำเนินการตามแผนการพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต
- มีการประเมินประเด็นปัญหาการพัฒนาตามองค์ประกอบผ่านโปรแกรม CL UCCARE และติดตามการดำเนินงานประเมินผล ตามประเด็นของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอผ่านโปรแกรม CL UCCARE
- มีการจัดทำแผนการดำเนินการพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย ๒ ประเด็น
- ประเมินผลการดำเนินการพัฒนา/แก้ไขปัญหาที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
- สรุปบทเรียนผลการดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเยี่ยมเสริมพลัง

๒ ผลการดำเนินงาน

ปี ๒๕๖๕ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัดนครราชสีมา (พขจ.) โดยผู้ว่าราชการจังหวัดนครราชสีมาเป็นประธานคณะกรรมการประกอบด้วยภาคีรัฐภาคเอกชนและภาคประชาชน เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ).

ตารางแสดง ผลการประเมินตนเองตามโปรแกรม UCCARE

ลำดับ	โซน	อำเภอ	U	C	C	A	R	E	สรุป
๑	๑	อำเภอเมืองนครราชสีมา	๔	๔	๔	๔	๔	๓	๓
๒	๑	อำเภอห้วยแถลง	๔	๓	๓	๓	๓	๓	๓
๓	๑	อำเภอจักราช	๔	๔	๔	๕	๔	๓	๓
๔	๑	อำเภอขามทะเลสอ	๔	๓	๔	๓	๔	๕	๓
๕	๑	อำเภอเฉลิมพระเกียรติ	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔
รวมโซน ๑									

๒๑๑
ชื่อสัตย์ สามัคคี มีวินัย

ลำดับ	โซน	อำเภอ	U	C	C	A	R	E	สรุป
๖	๒	อำเภอโชคชัย	๓	๔	๔	๔	๔	๔	๓
๗	๒	อำเภอเสิงสาง	๔	๔	๓	๓	๓	๓	๓
๘	๒	อำเภอครบุรี	๔	๔	๓	๓	๔	๔	๓
๙	๒	อำเภอปักธงชัย	๔	๔	๓	๔	๔	๓	๓
๑๐	๒	อำเภอวังน้ำเขียว	๔	๓	๓	๓	๔	๓	๓
๑๑	๒	อำเภอหนองบุญมาก	๔	๓	๓	๓	๔	๓	๓
รวมโซน ๒									
๑๒	๓	อำเภอพิมาย	๕	๔	๕	๔	๕	๕	๔
๑๓	๓	อำเภอชุมพวง	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓
๑๔	๓	อำเภอโนนสูง	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓
๑๕	๓	อำเภอโนนแดง	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔
๑๖	๓	อำเภอลำทะเมนชัย	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔
๑๗	๓	อำเภอเมืองยาง	๔	๓	๓	๓	๓	๓	๓
รวมโซน ๓									
๑๘	๔	อำเภอบัวใหญ่	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔
๑๙	๔	อำเภอประทาย	๔	๔	๔	๓	๓	๓	๓
๒๐	๔	อำเภอสีดา	๔	๓	๔	๓	๔	๓	๓
๒๑	๔	อำเภอบัวลาย	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔
๒๒	๔	อำเภอแก้งสนามนาง	๔	๔	๓	๔	๔	๔	๓
รวมโซน ๔									
๒๓	๕	อำเภอดง	๕	๔	๕	๕	๕	๕	๔
๒๔	๕	อำเภอโนนไทย	๕	๕	๕	๔	๔	๔	๔
๒๕	๕	อำเภอขามสะแกแสง	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔
๒๖	๕	อำเภอพระทองคำ	๔	๔	๔	๔	๕	๔	๔
๒๗	๕	อำเภอบ้านเหลื่อม	๓	๔	๓	๓	๓	๓	๓
รวมโซน ๕									
๒๘	๖	อำเภอด่านขุนทด	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔
๒๙	๖	อำเภอปากช่อง	๔	๔	๕	๔	๔	๔	๔
๓๐	๖	อำเภอสีคิ้ว	๔	๓	๔	๔	๔	๔	๓
๓๑	๖	อำเภอสูงเนิน	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓
๓๒	๖	อำเภอเทพารักษ์	๔	๓	๓	๓	๔	๔	๓
รวมโซน ๖									

ปัจจัยความสำเร็จ

๑ ผู้บริหารให้ความสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ระดับ ตำบลและระดับหมู่บ้าน ในการกำหนดประเด็นร่วมระดับจังหวัดที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาในระดับ จังหวัด ประเด็น ๔+๑ ซึ่งประกอบด้วย

- การพัฒนาทุนมนุษย์ ภายใต้มหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน Plus
- การควบคุมป้องกันโรคติดต่อในหมู่บ้าน (ไข้เลือดออก)
- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายใต้แนวทางโรงเรียนเบหวนวิทยา
- การดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการ ภายใต้ศูนย์สุขใจใกล้บ้าน
- การดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากสาเหตุติดสารเสพติดหรือสาเหตุอื่น

๒ การแบ่งโซนโครงสร้างการบริหารเป็น ๖ โซน ให้สอดคล้องกับโครงสร้างการบริหารขององค์การบริหารส่วนจังหวัดและการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการติดตามประเมินผลการดำเนินงานผ่านการประชุม กว.ระดับจังหวัด

๓ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดนครราชสีมา เป็นประธานการขับเคลื่อน การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด

๔ นำ Model การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอพิมาย นำมาขยายรูปแบบการดำเนินงาน ในระดับจังหวัดนครราชสีมา และปรับกระบวนการดำเนินงานให้สอดคล้องการดำเนินระดับอำเภอ

โอกาสพัฒนา / สิ่งที่จะทำต่อไปในพื้นที่ที่มีผลงานต่ำ

๑ การใช้ข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ สรุปปัญหาสถานสุขภาพในระดับจังหวัด และกำหนด เป็นนโยบาย ทิศทางระดับจังหวัด เพื่อถ่ายทอด ทิศทางการทำงาน พขอ. (ประเด็น ๔+๑)

๒ ผลักดันให้เกิดกลไกการบริหารของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด เพื่อสนับสนุน การทำงาน การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

๓ สนับสนุนให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการทำงานร่วมกัน ระหว่างหน่วยงานภาครัฐและภาค ประชาชน เช่น บูรณาการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอร่วมกับสมัชชาสุขภาพระดับเขต และระดับจังหวัดประเด็นการขับเคลื่อน ปฐมภูมิภาคชุมชนและการดูแลกลุ่มประบาง

๔ ระดับจังหวัด ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน พขอ ไม่ต่อเนื่อง

๑) เชิงปริมาณ : การติดตามผ่านโปรแกรม CL UCCARE ขาดการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

๒) เชิงคุณภาพ : การเยี่ยมเสริมพลังเพื่อติดตามประเด็นการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภออย่างต่อเนื่อง

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ตำบลพัฒนาคุณภาพชีวิตต้นแบบ “๑ อำเภอ ๑ ตำบล (ทุกหมู่บ้าน)” ที่เชื่อมต่อ กม. พชต.พขอ. พชจ. ภายใต้นโยบายของขวัญปีใหม่ ๒๕๖๖ ของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา

ข้อสัถย สามัคคี มีวินัย

ตำบลพัฒนาคุณภาพชีวิต หมายถึง ชุมชน หมู่บ้าน ในพื้นที่ระดับตำบล เป็นเครื่องมือหรือเป็นกลไก กระบวนการ วิธีการ มาตรการ ในการพัฒนาแก้ไขปัญหาของพื้นที่ ปฏิบัติการระดับตำบล ระดับหมู่บ้านในการนำประเด็นตามบริบท และหรือประเด็นที่เชื่อมโยงกับประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.) ด้วยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง ความเป็นเจ้าของและภาวะการมีส่วนร่วม โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนและเกิดความยั่งยืน

ภายใต้การนำของนายแพทย์สุพล ตติยันทพร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มีเจตนารมณ์ที่ร่วมสร้างกลไกบูรณาการ สานพลังภาคีเครือข่าย การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อสุขภาวะของคนโคราชจึงได้เข้าพบท่านผู้ว่าราชการจังหวัดนครราชสีมา ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด(พขจ.) เพื่อหารือแนวทางขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ นายสยาม ศิริมงคล ท่านผู้ว่าราชการจังหวัดนครราชสีมา จึงได้ลงพื้นที่เพื่อเยี่ยมเสริมพลังคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.)พิมาย รับฟังการนำเสนอ แนวคิด กระบวนการ และผลงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ระดับตำบล และหมู่บ้าน ตามประเด็นปัญหาตามบริบทพื้นที่

ภายหลังจากการเยี่ยมเสริมพลังที่อำเภอพิมาย ผู้ว่าราชการจังหวัดนครราชสีมา มีดำริให้มีการขยายผลการดำเนินงานให้ครอบคลุมในทุกอำเภอ โดยให้ดำเนินการทุกอำเภอๆละ ๑ ตำบล เป็นตำบลต้นแบบและและตำบลนั้นต้องดำเนินการทุกหมู่บ้าน ให้มีประเด็นยาเสพติดกับสุขภาพจิตจึงมีแนวคิดที่จะขยายผลให้ครอบคลุมในทุกอำเภอ โดยเริ่มดำเนินการอำเภอละ ๑ ตำบล และตำบลนั้นต้องดำเนินการทุกหมู่บ้านโดยเน้นประเด็นการพัฒนา ได้แก่

- การพัฒนาทุนมนุษย์ ภายใต้มหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน Plus
- การควบคุมป้องกันโรคติดต่อในหมู่บ้าน (ไข้เลือดออก)
- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายใต้แนวทางโรงเรียนเบหวนวิทยา
- การดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการ ภายใต้ศูนย์สุขใจใกล้บ้าน

และท่านผู้ว่าราชการจังหวัดนครราชสีมา ได้เพิ่มอีก ๑ ประเด็น คือ

- การดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากสาเหตุติดสารเสพติดหรือสาเหตุอื่น

ในปัจจุบัน โดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มอบนโยบายตำบลพัฒนาคุณภาพชีวิตต้นแบบให้เป็นของขวัญปีใหม่ ให้กับพี่น้องชาวโคราชอีกด้วย

ขั้นตอนการดำเนินงานตำบลพัฒนาคุณภาพชีวิตต้นแบบ มีดังนี้

๑.ระดับจังหวัด

มีการทบทวนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด(พขจ.) เพื่อทบทวนคณะกรรมการและแต่งตั้งคณะทำงาน โดยมีหัวหน้าส่วนราชการ ศูนย์วิชาการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายต่างๆที่เกี่ยวข้อง เป็นประธานและคณะทำงานตามประเด็นการขับเคลื่อนในพื้นที่

๒.ระดับอำเภอ

มีการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.) โดยนายอำเภอเป็นประธาน มีการทบทวนคณะกรรมการและแต่งตั้งคณะทำงานเพิ่มเติม เพื่อปรึกษาหารือในการคัดเลือกพื้นที่ตำบลต้นแบบ แนวทางการดำเนินงาน และประสานขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากเครือข่ายในการจัด

กิจกรรมในพื้นที่ และมีการเตรียมทีมวิทยากรกระบวนการจากระดับอำเภอ ระดับตำบล ศูนย์วิชาการ และกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

๓.ระดับตำบล

มีการประชุมชี้แจง และทำความเข้าใจกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล(พชต.) ประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำท้องถิ่นท้องที่ แกนนำชุมชน พระสงฆ์ ให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายรายประเด็น บทบาทหน้าที่ การคืนข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพให้กับพื้นที่ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับเครือข่าย พร้อมกับวางแผนการดำเนินงานการพัฒนาตำบลคุณภาพชีวิตต้นแบบ ๔+๑ และตามบริบทพื้นที่ มีการวางโครงสร้างในระดับหมู่บ้าน ประธาน พชม.และผู้รับผิดชอบหลักในประเด็นการขับเคลื่อน จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ แบ่งกลุ่มเพื่อระดมสมองวางแผนการดำเนินการตามรายประเด็น และกลุ่มผู้นำชุมชน/ประธานบริหาร มีใบงานกลุ่มให้แต่ละกลุ่มวางแผนว่าทำอะไร ทำเพื่อใคร ทำกับใคร ทำอย่างไร ร่วมกับทีมวิทยากรกระบวนการ โดยแต่ละประเด็นควรมีกิจกรรมเน้นย้ำที่ต้องดำเนินการ ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้าน ผู้แทนจากทุกหมู่บ้านทุกประเด็น

๔.ระดับหมู่บ้าน

มีการประชุมชี้แจง และทำความเข้าใจกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล(พชม.) ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำท้องถิ่นท้องที่ แกนนำชุมชน พระสงฆ์ ผู้รับผิดชอบตามโครงสร้างของแต่ละประเด็นและจัดกิจกรรมตามแผนงาน และบันทึกรายงานและภาพกิจกรรม

๓.การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบบูรณาการ

๑. วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา

ตารางแสดง สถานการณ์/แนวโน้ม/ผลการดำเนินงานเทียบเป้าหมาย ๓ ปีย้อนหลัง

จังหวัด	ปี ๒๕๖๓			ปี ๒๕๖๔			ปี ๒๕๖๕		
	จำนวนผู้ป่วย	จำนวนผู้เสียชีวิต	ร้อยละ (เป้า <๒๘)	จำนวนผู้ป่วย	จำนวนผู้เสียชีวิต	ร้อยละ (เป้า <๒๖)	จำนวนผู้ป่วย	จำนวนผู้เสียชีวิต	ร้อยละ (เป้า <๒๖)
นครราชสีมา	๓,๒๕๕	๑,๐๔๐	๓๑.๙๕	๒,๙๑๑	๙๑๐	๓๑.๒๖	๒,๙๑๙	๙๔๐	๓๒.๒๐
ชัยภูมิ	๒,๑๕๐	๖๒๓	๒๘.๙๘	๒,๒๗๙	๘๐๐	๓๕.๑๐	๒,๑๔๗	๗๖๓	๓๕.๕๔
บุรีรัมย์	๑,๘๘๙	๕๐๖	๒๖.๗๙	๑,๖๖๘	๓๘๑	๒๒.๘๔	๒,๐๗๕	๔๘๖	๒๓.๔๒
สุรินทร์	๒,๓๔๙	๗๑๐	๓๐.๒๓	๒,๔๓๓	๘๗๐	๓๕.๗๖	๒,๙๓๖	๙๘๙	๓๓.๖๙
รวมเขต ๙	๙,๖๔๓	๒,๘๗๙	๒๙.๘๕	๙,๒๙๑	๒,๙๖๑	๓๑.๘๗	๑๐,๐๗๗	๓,๑๗๘	๓๑.๕๔
รวมประเทศ	๗๕,๒๐๙	๒๔,๐๐๒	๓๑.๙๑	๗๒,๖๔๗	๒๔,๗๖๕	๓๔.๐๙	๗๙,๐๘๔	๒๗,๙๕๘	๓๕.๓๕

แหล่งข้อมูล ข้อมูล ณ ๓๑ ธค. ๖๖

จากข้อมูลในตาราง พบว่า อัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงในกลุ่มผู้ป่วย community-acquired sepsis ปีงบประมาณ ๒๕๖๓-๒๕๖๕ ในส่วนของจังหวัดนครราชสีมาและเขต ๙ มีแนวโน้มที่ใกล้เคียงกัน เนื่องจากคณะทำงานดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ทั้งระดับเขตฯ และระดับจังหวัด ได้ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วย มีกระบวนการทำงานในภาพเขตฯ ที่ชัดเจนมากขึ้น จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในแต่ละจังหวัด และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ โรงพยาบาลชุมชนมีศักยภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้มากขึ้น อย่างไรก็ตามจากสถานการณ์ระบาดของโควิด-๑๙ ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษายากและภาระงานที่เพิ่มของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงทำให้ผลลัพธ์ไม่ได้ตามเป้าหมาย

ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน

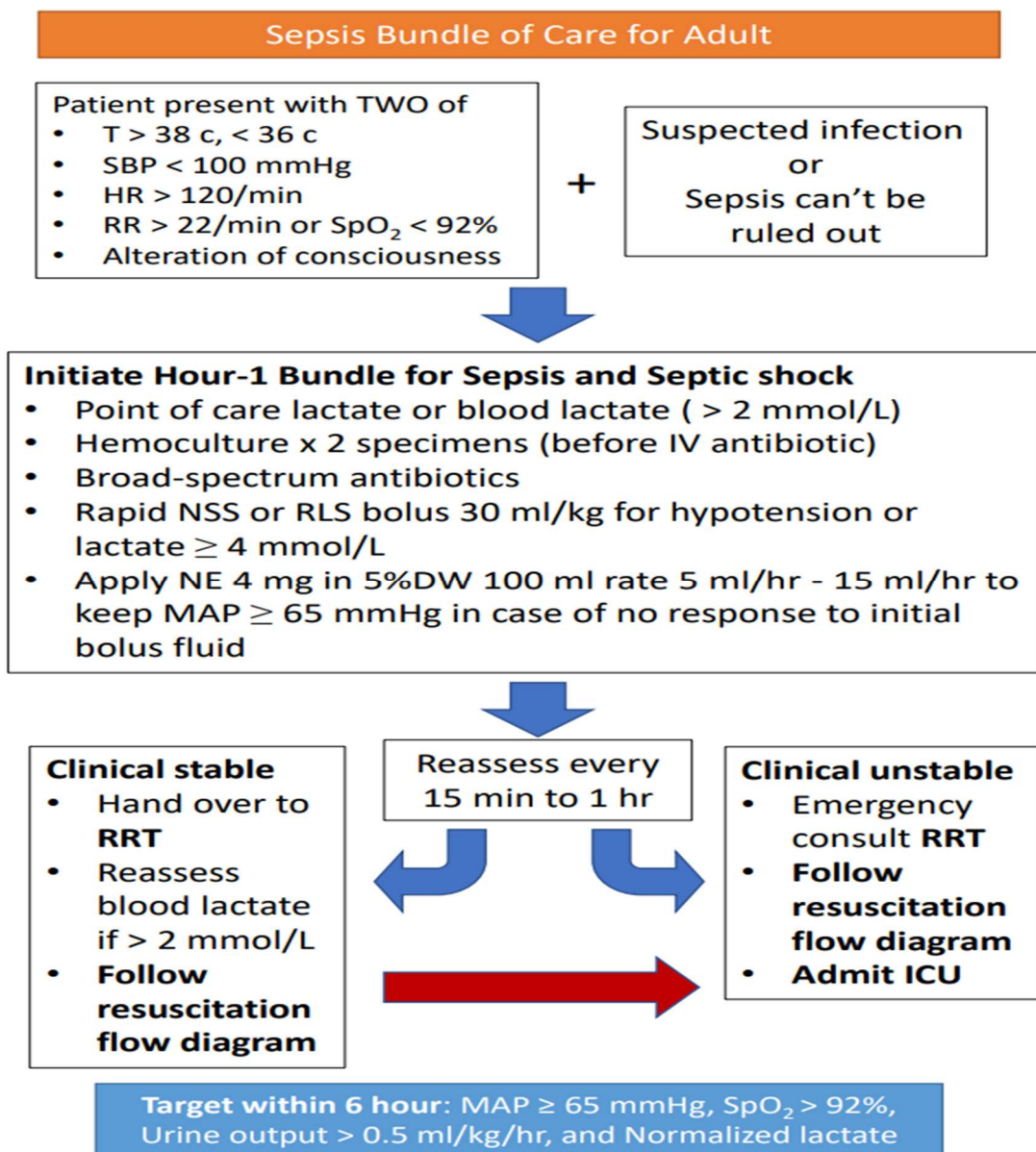
เนื่องจากช่วงที่ผ่านมาได้มีการวางแนวทางการประเมินและการรักษาเบื้องต้นเพื่อลดความรุนแรงของโรคและการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ไม่ให้ล่าช้าเกินไป และไม่เพิ่มความแออัดในโรงพยาบาลศูนย์ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตเป็นสำคัญ มาตรการที่ได้ดำเนินการ ได้แก่ การสร้างความตระหนักรู้ การใช้ qSOFA score และ SOS score ในการคัดกรอง ประเมินความรุนแรงและติดตามการรักษา อย่างไรก็ตาม แพทย์ใช้ทุนและพยาบาลยังไม่คุ้นเคยกับการใช้เครื่องมือคัดกรองดังกล่าว แต่มีความตระหนักถึงผู้ป่วยอาการทรุดลงจากสัญญาณชีพหรือการใช้ Early warning score ต่างๆ จึงมีการปรับบริบทการปฏิบัติงานให้ง่ายต่อการปฏิบัติตามรวมทั้งสอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติสากลตามแผนภาพที่ ๑ และ ๒ เพิ่มบทบาทของทีมผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยอาการทรุดลงเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมีประสิทธิภาพร่วมกับทีม

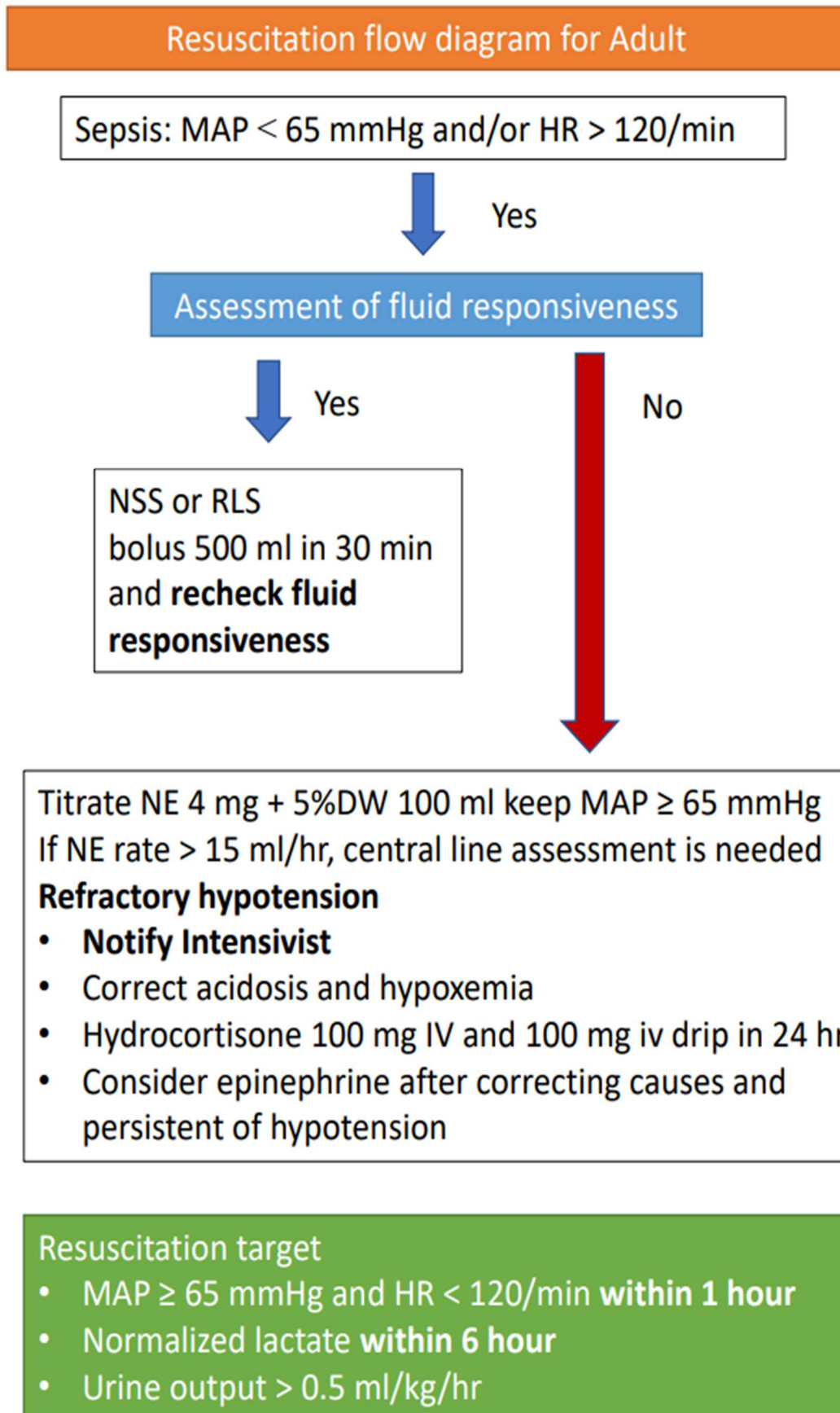
รักษาที่ปฏิบัติงานเดิม อย่างไรก็ตามมีแนวทางในการให้การดูแลรักษาเบื้องต้นเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันที

จังหวัดนครราชสีมา ได้มีการประชุมทีมเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยอายุรกรรมที่รวดเร็ว โดยในระดับโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป เน้นการพัฒนา RRT (Rapid Response Team) เพื่อ Early Resuscitate ที่รวดเร็วและมีคุณภาพ โดยมีเป้าหมายลดอัตราการตายของผู้ป่วย และเน้นที่การพัฒนาระบบข้อมูลที่มีคุณภาพ

สำหรับโรงพยาบาลชุมชน ได้กำหนดแผนพัฒนาการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนให้มี และใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนในการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง เพื่อ Early detection และให้การรักษาผู้ป่วยที่มีคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด (Bundle of Sepsis Care)

แผนผังการดูแลผู้ป่วยที่อาการทรุดลงสงสัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด





ตารางแสดง ข้อมูลแสดงผลการดำเนินงานจังหวัดนครราชสีมา

ตัวชี้วัด	รายการ ข้อมูล	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ตัวชี้วัด Out put				
อัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแส เลือดชนิดCommunity acquired	เป้าหมาย	<๒๘ %	<๒๖ %	<๒๖ %
	ผลงาน	๑,๐๔๐/๓,๒๕๕	๙๑๐/๒,๙๑๑	๙๔๐/๒,๙๑๙
	ร้อยละ	๓๑.๙๕	๓๑.๒๖	๓๒.๒๐
ตัวชี้วัดProcess				
๑.อัตราการใช้แบบบันทึกสัญญาณ เตือนภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ รุนแรง (SOS/MEWS/NEWS Score)	เป้าหมาย	-	-	-
	ผลงาน	-	-	-
	ร้อยละ	-	-	-
๒.อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย)	เป้าหมาย	≥ ร้อยละ ๙๐	≥ ร้อยละ ๙๐	≥ ร้อยละ ๙๐
	ผลงาน	๔,๗๕๘/๕,๒๕๓	๕,๘๐๑/๖,๒๖๑	๔,๗๙๙/๕,๓๖๑
	ร้อยละ	๙๐.๕๘	๙๒.๖๕	๘๙.๕๒
๓.อัตราการเจาะH/Cก่อนให้ Antibiotic (ภายใน ๑ชม.)	เป้าหมาย	≥ ร้อยละ ๙๐	≥ ร้อยละ ๙๐	≥ ร้อยละ ๙๐
	ผลงาน	๔,๙๙๒/๕,๒๕๓	๖,๐๖๓/๖,๒๖๑	๔,๙๖๖/๕,๓๖๑
	ร้อยละ	๙๕.๐๓	๙๖.๘๔	๙๑.๗๐
๔.อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg (๑.๕ ลิตร สำหรับผู้ใหญ่) ใน ๑ ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)	เป้าหมาย	≥ ร้อยละ ๙๐	≥ ร้อยละ ๙๐	≥ ร้อยละ ๙๐
	ผลงาน	๓,๘๙๒/๕,๒๕๓	๔,๕๒๙/๖,๒๖๑	๔,๐๐๔/๕,๓๖๑
	ร้อยละ	๗๔.๐๙	๗๒.๓๔	๗๔.๖๙
๕.อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบ ภาวะวิกฤต(ระดับการดูแล๒-๓) ภายใน ๓ ชม.หลังได้รับการวินิจฉัย	เป้าหมาย	≥ ร้อยละ ๓๐	≥ ร้อยละ ๓๐	≥ ร้อยละ ๓๐
	ผลงาน	๓,๕๓๒/๖,๑๐๘	๓,๑๘๙/๔,๐๙๒	๔,๐๕๓/๖,๕๔๕
	ร้อยละ	๕๗.๘๓	๗๗.๙๓	๖๑.๙๓
๖. อัตราการตรวจ Blood Lactate อย่างน้อย ๑ ครั้ง	เป้าหมาย	-	-	-
	ผลงาน	-	-	-
	ร้อยละ	-	-	-

หมายเหตุ ข้อมูลจาก HDC และจากโปรแกรมรายงาน Sepsis Bundle จังหวัดนครราชสีมา

แนวทางการปรับปรุง / พัฒนา

- ๑) ทบทวนแนวทางการวินิจฉัยและการคัดกรองผู้ป่วย Sepsis ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ได้รวดเร็วขึ้น
- ๒) ส่งเสริมให้มี และใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนฯ (SOS /MEWS /NEWS Score) ที่ถูกต้องทันเวลา
- ๓) ให้แต่ละโรงพยาบาลมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นและส่งต่อการรักษาอย่างเหมาะสม
- ๔) เพิ่มศักยภาพและจำนวนเตียงในการรองรับผู้ป่วยวิกฤต (ICU / Sepsis Corner/เตียงกลาง)
- ๕) ทบทวนแนวปฏิบัติด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และจัดอบรมการฝึกปฏิบัติตามสถานการณ์จำลอง
- ๖) พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลรายงาน
- ๗) ติดตามการดำเนินงานและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรผ่านทางระบบ online เพื่อให้กิจกรรมสามารถดำเนินการได้ตามแผนการและได้ตามเป้าหมาย สร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีและถูกต้อง รวมทั้งมีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยความสำเร็จ

- ๑ ความร่วมมือของเครือข่ายสุขภาพทั้งระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ที่ตระหนักถึงความสำคัญของการวินิจฉัยและการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่เริ่มแรกพบผู้ป่วย
- ๒ ความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล ทั้งด้านจำนวนและความรู้
- ๓ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ยาปฏิชีวนะ เครื่องช่วยหายใจ และหอ/เตียงผู้ป่วยวิกฤต
- ๔ ระบบการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ มีการประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

โอกาสพัฒนา / สิ่งที่จะทำต่อไปในพื้นที่ที่มีผลงานต่ำ

- ๑ การปรับระบบให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน โดยโรงพยาบาลชุมชนที่มีอายุรแพทย์สามารถปรึกษาระหว่างกันเพื่อตัดสินใจให้การรักษาได้ถูกต้องและรวดเร็ว
- ๒ เพิ่มศักยภาพโรงพยาบาล Nodeในการเปิดหอผู้ป่วยวิกฤต หรือ เตียงกลางเพื่อให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ
- ๓ สร้างแรงจูงใจให้แพทย์ พยาบาล ในโรงพยาบาลที่สามารถพัฒนาได้ตามเป้าหมาย
- ๔ เพิ่มจำนวนบุคลากรที่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอาการทรุดลงผ่านการอบรมหลักสูตรระยะสั้นของส่วนกลางหรือภายในเขตสุขภาพ นอกจากนี้ อาจเกิดจากการอบรมภายในของแต่ละโรงพยาบาล
- ๕ ติดตามผลงานดำเนินการโดยเน้นในพื้นที่ที่ผลการดำเนินการไม่ได้ตามเป้าหมายโดยเฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่และขนาดกลาง เพื่อค้นหาปัจจัยที่สามารถพัฒนาได้

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- ๑ วางแผนในการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับจังหวัด เพื่อคัดเลือกโรงพยาบาลที่สามารถเป็นต้นแบบที่ดีในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ทั้งโรงพยาบาลระดับM และ โรงพยาบาลระดับF

๒ ใช้สื่อการเรียนรู้และรูปแบบการเรียนรู้สถานการณ์จำลองในสถานปฏิบัติงานจริงเพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติตามแนวทางดูแลผู้ป่วยอาการทรุดลงได้ โดยให้ผู้เข้ามาปฏิบัติงานร่วมกันกับสหวิชาชีพสามารถถ่ายทอดองค์ความรู้และปฏิบัติตามได้

๓ รายงานการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ผล ข้อมูล process การดูแลผู้ป่วย sepsis ผ่าน Google sheet

การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วย ในโครงการ Refracture Prevention ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ

วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังอยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ภัยเงียบที่มากับสังคมผู้สูงอายุคือภาวะกระดูกพรุน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีกระดูกหักง่ายกว่าปกติโดยเฉพาะกระดูกสะโพก และกระดูกสันหลัง

ภาวะกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ ถือเป็นภาวะเร่งด่วนในการรักษา และอาจรุนแรงจนถึงแก่ชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและทันการ จากการศึกษาพบว่าอัตราการเสียชีวิตภายใน ๑ ปีนั้นสูงถึงร้อยละ ๒๐-๓๕ เลยทีเดียว ออร์โธปิดิกส์เป็นสาขาหนึ่ง ที่วินิจฉัยและดูแลรักษาด้วยการให้ยาหรือการผ่าตัดในความผิดปกติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระดูก ข้อ เส้นเอ็น และกล้ามเนื้อต่างๆ ของร่างกาย ทั้งนี้หากเกิดความผิดปกติจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ครอบครัวและเศรษฐกิจ ทั้งนี้ ยังเชื่อมโยงกับระบบการดูแลระยะกลาง หรือการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการผ่านพ้นวิกฤตและมีอาการคงที่แล้วแต่ยังมีความบกพร่องของร่างกายบางส่วนที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายโดยบุคลากรทางสุขภาพ เช่น นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด หรือพยาบาล ในช่วงเวลาสำคัญช่วงแรก หลังจากออกจากโรงพยาบาล ๑ สัปดาห์ – ๖ เดือน เพื่อลดความพิการหรือ ภาวะทุพพลภาพตลอดชีวิตหรือการถูกผลักให้เป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงลง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ และเป็นปกติ

ด้วย จังหวัดนครราชสีมา โดยกลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เริ่มดำเนินโครงการ “รู้ทัน...กันหักซ้ำ” Refracture Prevention เมื่อเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๒ เป็นต้นมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างทีม Fracture Liaison Service ในระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ให้สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักจากภาวะกระดูกพรุนเพื่อลดอัตราการเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดรักษาที่รวดเร็วขึ้น (Early surgery) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดียิ่งขึ้น ผู้ป่วยได้รับการรักษาโรคกระดูกพรุนอย่างเป็นระบบ (Treatment of osteoporosis) ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม (Fall assessment) ได้รับฝึกการออกกำลังกายที่เหมาะสม สำหรับภาวะโรค (Exercise program) ผู้ป่วยและญาติได้รับสุขศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะกระดูกหักจากโรคกระดูกพรุน (Education program)จึงมีการดำเนินการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาล ระดับ S M๑ M๒ ที่มีความพร้อมในด้านทรัพยากร เพื่อลดการรอคอยในการเข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และผู้ป่วยได้เข้ารับการผ่าตัดภายใน ๗๒ ชั่วโมง ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากนอนรอเข้ารับการผ่าตัด เพื่อลดความพิการ หรือภาวะทุพพลภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อสัถย สามัคคี มีวินัย

ตารางแสดง ข้อมูลทรัพยากรโรงพยาบาล ระดับ S M๑ และ M๒ ในจังหวัดนครราชสีมา

โรงพยาบาล	ศัลยแพทย์กระดูกและข้อ	อายุรแพทย์	วิสัญญีแพทย์	วิสัญญีพยาบาล	Scrub Nurse	ห้องผ่าตัด	ICU(เตียง)	ventilator
โรงพยาบาลระดับ S จำนวน ๑ แห่ง								
ปากช่องนานา	๕	๗	๓	๑๒	๑๗	๘	๑๑	๑๖
โรงพยาบาลระดับ M๑ จำนวน ๒ แห่ง								
เทพรัตน์นครราชสีมา	๖	๕	๑	๘	๑๔	๘	๘	๑๕
พิมาย	๓	๖	๑	๘	๑๐	๔	๘	๖
โรงพยาบาลระดับ M๒ จำนวน ๕ แห่ง								
โชคชัย	๒	๑	๑	๓	๔	๒	๐	๑
ครบุรี	๑	๒	๑	๔	๘	๔	๔	๒
บัวใหญ่	๓	๔	๑	๕	๘	๔	๘	๖
ด่านขุนทด	๒	๑	๐	๒	๓	๒	Semi ๒	๘
							Plan ๘ (ปี พ.ศ. ๒๕๖๗)	
สีคิ้ว	๑	๓	๐	๔	๔	๒	Semi ๔	๓

โรงพยาบาลระดับ M๑ , M๒ มีศักยภาพดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ตนเองและรับส่งต่อจากโรงพยาบาลลูกข่ายได้ระดับหนึ่งจากการมีทรัพยากรด้านบุคลากร สถานที่ วัสดุอุปกรณ์ และความพร้อมในด้านการประเมินตั้งแต่แรกรับ การเข้ารับการผ่าตัด รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดต่อเนื่องยังชุมชน และการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าหากเกินขีดความสามารถ

ตารางแสดง ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด Fracture around the hip

ตัวชี้วัดใน โรงพยาบาลระดับ A S M๑ (ร้อยละ)	รพม.นม.	รพ. ปากช่อง นานา	รพ. เทพรัตน์	รพ. พิมาย	รพ.ด่าน ขุนทด	รพ. บัวใหญ่	รพ. โชคชัย	รพ. ครบุรี	รพ. สีคิ้ว
๑.๑ จัดบริการ fast track fracture around the hip ผ่าตัดภายใน ๗๒ ชม.	๑๐.๑๐	๙๖	๑๓.๓๓	๒๙.๐๙	๒๕	๑๓.๓๓	N/A	N/A	N/A
๑.๒ จัดบริการให้มี multidisciplinary team care ในการดูแลผู้ป่วยในรพ.	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	N/A	N/A	N/A

ตัวชี้วัดใน โรงพยาบาลระดับ A S M๑ (ร้อยละ)	รพ.น.ม.	รพ. ปากช่อง นานา	รพ. เทพรัตน์	รพ. พิมาย	รพ.ด่าน ขุนทด	รพ. บัวใหญ่	รพ. โชคชัย	รพ. ครบุรี	รพ. สีคิ้ว
๑.๓ จัดให้มีรูปแบบ การบริการ intermediate care model for hip fractureหลังผ่าตัด เสร็จ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	N/A	N/A	N/A
๑.๔ มีการจัดการให้มี การป้องกันrecurrent falls ในผู้ป่วยที่มี hip fracture	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๑.๕ มีโปรแกรมการ ติดตามฟื้นฟู สมรรถภาพที่บ้าน และชุมชน	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

จากตาราง แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลในจังหวัดนครราชสีมา ระดับ A S M๑ สามารถจัดบริการ fast track fracture around the hip ผ่าตัดภายใน ๗๒ ชม. ได้ทุกแห่ง และมีโรงพยาบาลในระดับ M๒ ในจังหวัดนครราชสีมาจำนวน ๕ แห่ง สามารถจัดบริการ fast track fracture around the hip ได้จำนวน ๒ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลด่านขุนทด และโรงพยาบาลบัวใหญ่ มีการจัดตั้งทีม multidisciplinary team care ในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ ศัลยแพทย์ออร์ปิดิกส์ วัสดุแพทย์ อายุรแพทย์ แพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์ศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพ วัสดุพยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ มีการดูแลต่อเนื่องผ่านการจัดบริการ intermediate care model for hip fracture หลังผ่าตัดเสร็จ มีการจัดการป้องกัน Recurrent fall ในผู้ป่วยที่มีปัญหา hip fracture และการเฝ้าระวังในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน รวมทั้งโปรแกรมการติดตามฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านและชุมชนจากสหวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับ A S M๑ M๒

ตารางแสดง ระยะเวลารอคอยผ่าตัด ของตัวชี้วัดในโรงพยาบาลระดับ A S M๑ M๒

Pre-operation time	รพ. มหาราช น.ม.	รพ.ปากช่อง นานา	รพ. เทพรัตน์	รพ. พิมาย	รพ.ด่าน ขุนทด	รพ. บัวใหญ่	รพ. โชคชัย	รพ. ครบุรี	รพ. สีคิ้ว
๑. ผู้ป่วยที่ได้รับการ การผ่าตัดไม่เกิน ๗๒ชม. (คน)	๔๑	๒		๑๗	๖	๔๕	N/A	N/A	N/A
๒. ผู้ป่วยที่ได้รับการ ผ่าตัดเกิน๗๒ชม.(คน)	๓๖๕	๕๐		๖	๒	๖	N/A	N/A	N/A
๓. ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน ๗๒ชม.>๓๐%									
๓. ร้อยละผู้ป่วยที่ได้ รับการผ่าตัดภายใน ๗๒ชม.> ๖๐%	๑๐.๑๐	๙๖.๑๕	๑๓.๓๓	๒๖.๐๙	๒๕	๑๓.๓๓	N/A	N/A	N/A

จากตาราง ปัจจัยที่ส่งผล (กรณีผลงานต่ำกว่าเป้าหมาย)

๑. ห้องผ่าตัดไม่เพียงพอ เนื่องจากมีคนไข้ elective จำนวนมาก
๒. ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ มีโรคร่วมซับซ้อน ใช้เวลาในการรักษาแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรม จึงต้องใช้เวลาในการเตรียมความพร้อมร่างกายผู้ป่วยประเมินและจัดการความเสี่ยง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทั้งขณะและหลังผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดใน ๗๒ ชม.ได้
๓. ญาติมีการเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจผ่าตัด คือ ตัดสินใจครั้งแรกไม่ผ่าตัด แต่เปลี่ยนใจภายหลัง ทำให้การรอคอยนานขึ้น
๔. โรงพยาบาลระดับ M๒ โรงพยาบาลด้านขุนทดขาดวิสัญญีแพทย์ และโรงพยาบาลในระดับ M ๑ และ M๒ มีวิสัญญีแพทย์โรงพยาบาลละ ๑ คน ประกอบกับมีคนไข้ elective จำนวนมาก และผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักเป็นผู้สูงอายุ จึงมีความจำเป็นที่ต้องให้วิสัญญีแพทย์เป็นผู้ดมยา เพื่อลดความเสี่ยงในการเข้ารับการผ่าตัด
๕. ขณะรอเข้ารับการผ่าตัดผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น มีภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ติดเชื้อในกระแสเลือด มีภาวะ Delirium จึงมีความจำเป็นต้องเลื่อนการผ่าตัด

ตารางแสดง สถิติผู้ป่วยแยกตาม ICD Code ของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๕

รหัสโรค	ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕
๑. Femoral neck fracture S ๗๒.๐๐๐-๐๑๙	๑๕๘	๑๕๖	๑๔๗	๑๖๐	๑๘๙	๑๕๒	๑๕๔
๒. Intertrochanteric fracture S ๗๒.๑๐๐-๑๐๑,	๒๒๔	๒๐๗	๒๓๗	๒๗๒	๓๒๔	๓๑๔	๒๗๓
๓.Subtrochanteric .fracture S ๗๒.๒๐, ๒๑	๒๓	๒๐	๒๓	๓	๖	๑๒	๕
รวม	๔๐๕	๓๘๓	๔๐๗	๔๓๕	๕๑๙	๔๗๘	๔๓๒

จากตาราง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักส่วนใหญ่ จะพบการหักในตำแหน่ง Intertrochanteric fracture (ข้อ ๒) ซึ่งมักเกิดในผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวร่วมด้วย รองลงมาพบในตำแหน่ง Femoral neck fracture (ข้อ ๑) เป็นภาวะที่พบได้มากในผู้สูงอายุ การหักทั้งสองตำแหน่ง มีความสัมพันธ์กับภาวะกระดูกพรุน ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรักษากระดูกสะโพกหักแบบ Early surgery ภายใน ๗๒ ชั่วโมง มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการตายที่น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางแสดง ระยะเวลาการรอคอยผ่าตัด ของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ปี พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๕

Pre-operation time	ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕
๑. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ไม่เกิน ๗๒ ชม. (คน)	๕๖	๓๑	๒๗	๗๑	๕๑	๒๘	๔๑
๒. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เกิน ๗๒ ชม.(คน)	๓๔๙	๓๕๒	๓๘๐	๓๓๐	๔๕๘	๓๘๒	๓๖๕

	๓. ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน ๗๒ ชม.> ๓๐%						
๓. ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน ๗๒ ชม.> ๖๐% (ปี บ ๖๖)	๑๓.๘ (๕๖/ ๔๐๕)	๘.๑ (๓๑/ ๓๘๓)	๖.๖ (๒๗/ ๔๐๗)	๑๗.๗๐ (๗๑/ ๔๐๑)	๑๐.๐๑ (๕๑/ ๕๐๙)	๖.๘๓ (๒๘/ ๔๑๐)	๑๐.๑๐ (๔๑/ ๔๐๖)

จากตาราง ปัจจัยที่ส่งผล (กรณีผลงานต่ำกว่าเป้าหมาย)

๑. ห้องผ่าตัดไม่เพียงพอ เนื่องจากมีคนไข้ elective จำนวนมาก
๒. ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ มีโรคร่วมซับซ้อน ใช้เวลาในการปรึกษาหลายแผนก ต้องใช้เวลาในการเตรียมความพร้อมร่างกายผู้ป่วย ประเมินและจัดการความเสี่ยง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้ง ขณะและหลังผ่าตัดส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเข้ารับการรักษาดำเนินการผ่าตัดใน ๗๒ ชม.ได้
๓. ญาติมีการเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจผ่าตัด คือ ตัดสินใจครั้งแรกไม่ผ่าตัด แต่เปลี่ยนใจภายหลัง ทำให้การรอคอยนานขึ้น

ตารางแสดง อัตรากระดูกหักซ้ำ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (คน)	จำนวนกระดูกหักซ้ำ (คน)	ร้อยละผู้ป่วย Re-admit ด้วยกระดูกหักซ้ำ
๑. Fracture Neck of femur	๑๖๐	๐	๐
๒. Intertrochanteric fracture	๒๗๒	๓	๑.๑
๓. Subtrochanteric fracture	๓	๐	๐
รวม	๔๓๕	๓	๐.๖๙

ตารางแสดง อัตรากระดูกหักซ้ำ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (คน)	จำนวนกระดูกหักซ้ำ (คน)	ร้อยละผู้ป่วย Re-admit ด้วยกระดูกหักซ้ำ
๑. Fracture Neck of femur	๑๘๙	๐	๐
๒. Intertrochanteric fracture	๓๒๔	๒	๐.๖๑
๓. Subtrochanteric fracture	๖	๐	๐
รวม	๕๑๙	๒	๐.๓๘

ตารางแสดง อัตรากระดูกหักซ้ำ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (คน)	จำนวนกระดูกหักซ้ำ (คน)	ร้อยละผู้ป่วย Re-admit ด้วยกระดูกหักซ้ำ
๑. Fracture Neck of femur	๑๕๒	๐	๐
๒. Intertrochanteric fracture	๓๑๔	๐	๐
๓. Subtrochanteric fracture	๑๒	๐	๐
รวม	๔๗๘	๐	๐

ตารางแสดง อัตรากระดูกหักซ้ำ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (คน)	จำนวนกระดูกหักซ้ำ (คน)	ร้อยละผู้ป่วยRe-admit ด้วยกระดูกหักซ้ำ
๑. Fracture Neck of femur	๑๕๔	๐	๐
๒. Intertrochanteric fracture	๒๗๓	๐	๐
๓. Subtrochanteric fracture	๕	๐	๐
รวม	๔๓๒	๐	๐

ตารางแสดง อัตราตาย ของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

Death rate	ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕
อัตราตายของผู้ป่วยข้อ สะโพกหัก	๑.๙๗ (๘/๔๐๕)	๓.๑๓ (๑๒/๓๘)	๒.๙๔ (๑๒/๔๐)	๒.๗๕ (๑๒/๔๓)	๑.๓๕ (๗/๕๑๙)	๓.๑๔ (๑๕/๔๗๘)	๔.๑๗ (๑๘/๔๓๒)

ตารางแสดง ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Re- fracture Prevention ทุกระดับ (A , M๑-๒ ,F ๑-๓)

Re- fracture Prevention	ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕
ร้อยละของ โรงพยาบาลที่มีทีม Re- fracture Prevention	NA	ระดับ A ๑ ทีม	ระดับ A ๑ ทีม ระดับ M๑ ๓ ทีม ระดับ M๒ ๔ ทีม	ระดับ A ๑ ทีม ระดับ M๑ ๒ ทีม ระดับ M๒ ๕ ทีม ระดับ F๑ ๕ ทีม ระดับ F๒ ๑๖ ทีม ระดับ F๓ ๓ ทีม	ครบทุกโรงพยาบาล /ทุกระดับ เหลือเพียง ๑ รพ. คือ รพ.มกุฎศิริวัน

หมายเหตุ : ข้อมูลโรงพยาบาลในจังหวัดนครราชสีมา

ระดับ A (๑ แห่ง) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ระดับ S (๑ แห่ง) โรงพยาบาลปากช่องนานา

ระดับ M๑ (๒ แห่ง) โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา, พิมาย

ระดับ M๒ (๕ แห่ง) โรงพยาบาลด่านขุนทด, บัวใหญ่ , ทรัพย์ , โขกชัย, สี่คิ้ว

ระดับ F๑ (๕ แห่ง) โรงพยาบาลชุมพวง , ประทาย , ปักธงชัย , จักราช , สูงเนิน

ระดับ F๒ (๑๖ แห่ง) โรงพยาบาลโนนไทย , โนนสูง , ขามสะแกแสง , คง , หนองบุญมาก ,
แก้งสนามนาง , โนนแดง , วังน้ำเขียว , ลำทะเมนชัย , เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเจ้า ๑๐๐ ปี
ท้าวแสนทอง , เสงี่ยม , บ้านเหลื่อม , ขามทะเลสอ , พระทองคำเฉลิมพระเกียรติ๘๐พรรษา
เฉลิมพระเกียรติ

ระดับ F๓ (๔ แห่ง) โรงพยาบาลสีดา , บัวลาย , เทพารักษ์, มกุฎศิริวัน

ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน

๑. มีนโยบายที่ชัดเจนและต่อเนื่องทั้งระดับกระทรวง ระดับเขต และระดับโรงพยาบาล
๒. การกำหนดโครงสร้างการทำงานภายในโรงพยาบาล
๓. มีการทำงานร่วมกันแบบสหวิชาชีพ
๔. มีแนวทางการดำเนินงานที่เชื่อมโยงระดับตติยภูมิ ทตติยภูมิ และปฐมภูมิ
๕. มีระบบจัดเก็บข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ดูแลและติดตามผู้ป่วยได้
๖. มีช่องทางการให้คำปรึกษาผ่านระบบ Teleconsult และ Telemedicine

แนวทางการปรับปรุง / พัฒนา

๑. เพิ่มเวลาให้บริการผ่าตัด
๒. เพิ่มห้องผ่าตัด, เพิ่ม Scrub และวิสัญญีพยาบาล : ทำแผนงานเสนอผู้บริหารโรงพยาบาลขอนแก่นให้ห้องผ่าตัด อาคารอุบัติเหตุฯ เพิ่ม ๔ ห้อง/วัน (อยู่ระหว่างการก่อสร้าง)
๓. พัฒนาระบบ consult ให้รวดเร็วขึ้น
๔. เตรียมห้องICU เพื่อรองรับผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะ เพื่อลดอัตราการตายหลังผ่าตัด
๕. พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลที่มี แพทย์ศัลยกรรมกระดูกและข้อ ให้สามารถให้บริการผ่าตัดหรือดูแลผู้ป่วยที่ไม่ซับซ้อนได้ เพื่อโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยได้ดูแลรักษาผู้ป่วยที่ซับซ้อนและจำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งจะช่วยลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยได้

การให้บรรลุเป้าหมาย ตามแนวทาง OKRs (Objectives and key results)

๑ Service Delivery (ระบบบริการ)

การทำงาน Fast track ผ่าตัดเร็ว มีการออกเยี่ยมโรงพยาบาลระดับ M๑, M๒ หรือF ในเครือข่าย เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดการบริการ

๒ Workforce (กำลังคนด้านสุขภาพ)

- เพิ่มจำนวนศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ วิสัญญีแพทย์ อายุรแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
- เพิ่มจำนวนพยาบาลเฉพาะทางออร์โธปิดิกส์ พยาบาลห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ

๓ Data & IT (ระบบข้อมูลข่าวสาร)

- มีการติดต่อประสานงานโครงข่ายผ่าน Thai COC, FLS home visit และมีระบบ Line ในการประสานงาน FFN
- มีระบบจัดเก็บและประสานข้อมูล ที่สามารถนำไปดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้

๔ Supply (การสนับสนุนต่างๆ)

- การสนับสนุนเพื่ออบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ (ERAS)
- การสนับสนุนเพื่ออบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาลลูกข่าย

๕ Finance (ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ)

- ผู้ป่วยรับการรักษาใกล้บ้าน ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถกลับมาใช้ชีวิตปกติได้ภายใน ๒ สัปดาห์ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรอผ่าตัด

๖ Governance (ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล)

- โรงพยาบาลระดับ M๒ ที่มี multidisciplinary team care ในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล

๗ Participation (การมีส่วนร่วมของชุมชน)

- สร้างเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักตั้งแต่ก่อนมาโรงพยาบาล และกลับไปฟื้นฟูต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน (Intermediate care)
- การดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วย (care giver) , ทีมเยี่ยมบ้านและนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน

การติดตามประเมินผล / ผลการดำเนินงาน

๑. แนวทางการติดตามประเมินผล

เกณฑ์การประเมิน

โรงพยาบาลระดับ M๒ ขึ้นไป

๑. มีการแต่งตั้งและจัดทำคำสั่งโรงพยาบาล คณะกรรมการ Refracture prevention (๐.๕ คะแนน)
 ๒. โรงพยาบาลระดับ S (รพ.ปากช่องนานา) M๑ (รพ.เทพรัตน์นครราชสีมา, รพ.พิมาย) และ M๒ (รพ.บัวใหญ่, รพ.ด่านขุนทด, รพ.โชคชัย, รพ.นครบุรี) มีการจัดบริการ Fast track fracture around the hip (๑ คะแนน)
 - ๒.๑ จัดทำแนวทางปฏิบัติ และมี flow chart เป็นลายลักษณ์อักษร
 - ๒.๒ จุดปฏิบัติงาน มีแนวทางปฏิบัติ และมี flow chart
 - ๒.๓ มีหลักฐานการสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับทราบแนวทางและ flow chart
 - ๒.๔ มีผลการประเมินการดำเนินงานตามแนวทางการจัดบริการ Fast track fracture
 ๓. จัดทำ discharge plan ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักโดยทีมสหวิชาชีพ พร้อมแนบแบบฟอร์มในการประเมินและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน : Barthel Index , Thai FRAT(แบบประเมินโอกาสพลัดตกหกล้ม) , การประเมินสายตาผู้ป่วยด้วย Snellen Chart , ภาพการบริหารร่างกายเพื่อฟื้นฟูสภาพ , แบบประเมินภาวะโภชนาการ (nutrition alert form) (๐.๕ คะแนน)
 ๔. มีการเยี่ยม ติดตามผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด และรักษาด้วยวิธีอื่นทั้งที่รับการรักษาในโรงพยาบาลตนเองและรับreferมาจากโรงพยาบาลอื่น ระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๖๓ – กันยายน ๒๕๖๕ (๒ ปีงบประมาณ) (๑ คะแนน)
 - ๔.๑ ลงผลการเยี่ยมในโปรแกรม Thai COC พร้อมกรอกข้อมูลการประเมินผู้ป่วยตามแบบฟอร์มที่โรงพยาบาลส่งไปใน Thai COC ๑๐๐ %
 - ๔.๒ จัดทำรายงาน(ตามแบบฟอร์มของสสจ.)และส่งรายงานให้ผู้ประสานงานสสจ. ทุกเดือน $\geq$ ร้อยละ ๗๐
- หมายเหตุ** การติดตามผลการเยี่ยมผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกสะโพกหัก ทุกแบบฟอร์มประเมิน สสจ.จะมีการติดตามประเมินจากข้อมูลระบบ Thai COC
๕. ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด และรักษาด้วยวิธีอื่น ทั้งที่รับการรักษา ใน
 ๖. โรงพยาบาลตนเอง , case refer out และ case refer back ระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๖๓ – กันยายน ๒๕๖๔ (๒ ปีงบประมาณ) มี Refracture rate < ร้อยละ ๒๐ พร้อมจัดทำรายงาน (ตามแบบฟอร์มของสสจ.) และส่งรายงานให้ผู้ประสานงาน สสจ.ทุกเดือน ๑๐๐% (๑ คะแนน)

ข้อสัตย สามัคคี มีวินัย

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
< ร้อยละ ๒๐	< ร้อยละ ๒๐	< ร้อยละ ๒๐	< ร้อยละ ๒๐

๗. มีการจัดเก็บข้อมูลภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่รับการรักษาในโรงพยาบาล :

๗.๑ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

๗.๒ แผลกดทับ (pressure sore)

๗.๓ ภาวะหลงสับสน (delirium) : เกิดหลังจากการนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานาน

๗.๔ มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ (pneumonia)

พร้อมจัดทำรายงาน (ตามแบบฟอร์มของสสจ.) และส่งรายงานให้ผู้ประสานงาน สสจ.ทุกเดือน ๑๐๐ % (๐.๕ คะแนน)

๘. มีระบบสารสนเทศ การส่งต่อข้อมูลให้แก่โรงพยาบาลลูกข่ายเพื่อเยี่ยม ติดตาม ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักต่อเนื่องในชุมชน รวมทั้งเฝ้าระวังกระดูกหักซ้ำใน ๖ อวัยวะ พร้อมจัดทำรายงาน (ตามแบบฟอร์มของสสจ.) และส่งรายงานให้ผู้ประสานงาน สสจ.ทุกเดือน ๑๐๐ % (๐.๕ คะแนน)

โรงพยาบาลระดับ F๑-F๓

๑. มีการแต่งตั้งและจัดทำคำสั่งโรงพยาบาล คณะกรรมการ Refracture prevention (๐.๕ คะแนน)

๒. รพ.ระดับ F๑ – F๓ มีการจัดบริการ Fast track fracture around the hip (๑ คะแนน) :

๒.๑ จัดทำแนวทางปฏิบัติ และมี flow chart เป็นลายลักษณ์อักษร

๒.๒ ณ จุดปฏิบัติงาน มีแนวทางปฏิบัติ และมี flow chart

๒.๓ มีหลักฐานการสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับทราบแนวทางและ flow chart

๒.๔ มีผลการประเมินการดำเนินงานตามแนวทางการจัดบริการ Fast track fracture

๓. จัดทำ discharge plan ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักโดยทีมสหวิชาชีพ พร้อมแนบแบบฟอร์มในการประเมิน และดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน : Barthel Index , Thai FRAT(แบบประเมินโอกาสพลัดตกหกล้ม) , การประเมินสายตาผู้ป่วยด้วย Snellen Chart , ภาพการบริหารร่างกายเพื่อฟื้นฟูสภาพ , แบบประเมินภาวะโภชนาการ (nutrition alert from) (๐.๕คะแนน)

๔. มีการเยี่ยม ติดตามผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ที่ได้รับการรักษา ในโรงพยาบาล , case refer out และ case refer back ระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๖๓ – กันยายน ๒๕๖๕ (๒ ปีงบประมาณ) (๐.๕ คะแนน)

๔.๑ เยี่ยม ติดตามผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ตามแนวทางที่กำหนด

๔.๒ ลงผลการเยี่ยมในโปรแกรม Thai COC พร้อมกรอกข้อมูลการประเมินผู้ป่วยตามแบบฟอร์มที่โรงพยาบาลส่งไป Thai COC ร้อยละ ๑๐๐

๔.๓ จัดทำรายงาน (ตามแบบฟอร์มของสสจ.) และส่งรายงานให้ผู้ประสานงาน สสจ.ทุกเดือน $\geq$ ร้อยละ ๑๐

หมายเหตุ การติดตามผลการเยี่ยมผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกสะโพกหัก ทุกแบบฟอร์มประเมิน สสจ. จะมีการติดตามประเมินจากข้อมูลระบบ Thai COC

๕. ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ที่รับการรักษา ในโรงพยาบาลและ case refer back ระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๖๓ – กันยายน ๒๕๖๕ (๒ ปีงบประมาณ) มี Refracture rate < ร้อยละ ๒๐ พร้อมจัดทำรายงาน (ตามแบบฟอร์มของสสจ.) และส่งรายงานให้ผู้ประสานงาน สสจ.ทุกเดือน ร้อยละ ๑๐๐ (๑ คะแนน)

ข้อสัถย สำนคคี มินัย

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
< ร้อยละ ๒๐	< ร้อยละ ๒๐	< ร้อยละ ๒๐	< ร้อยละ ๒๐

๖. มีการจัดเก็บข้อมูลภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่รับการรักษาในโรงพยาบาล :

๖.๑ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

๖.๒ แผลกดทับ (pressure sore)

๖.๓ ภาวะหลงสับสน (delirium) : เกิดหลังจากการนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานาน

๒. ผลการดำเนินงาน

สรุปผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัด ของโรงพยาบาลมหาราช โรงพยาบาลทั่วไป

และโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา

ที่	โรงพยาบาล	ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี๒๕๖๕
๑. จำนวนผู้ป่วย Capture the fracture (ราย)								
	รพม.นม.	๔๐๕	๓๘๓	๔๐๗	๔๓๕	๕๑๙	๔๗๘	๔๓๒
	รพท./รพช.	NA	NA	๕๑๕	๔๘๑	๓๙๗	๓๗๕	๒๒๔
๒. จำนวนผู้ป่วย Re fracture Prevention ได้รับการผ่าตัดใน ๗๒ ชั่วโมง Early surgery(ราย) >๓๐%							ตชว.>๕๐%	
	มหาราช นครราชสีมา	๕๖/๔๐๕ (๑๓.๘%)	๓๑/๓๘๓ (๘.๑%)	๒๗/๔๐๗ (๖.๖%)	๗๑/๔๐๑ (๑๗.๗๐๕%)	๓๐/๓๐๘ (๙.๗๔%)	๒๘/๔๑๐ (๖.๘๓%)	๔๑/๔๐๖ (๑๐.๑๐%)
	ปากช่องนานา	NA	NA	๓๖/๔๓ (๘๓.๗๒%)	๓๐/๔ (๗๑.๔๒๘%)	๒๔/๒๔ (๑๐๐ %)	๒๗/๒๗ (๑๐๐ %)	๔๕/๙๐ (๙๐ %)
	เทพรัตนนม.	N A	NA	๘/๓๙ (๒๐.๕๑%)	๐/๔๕ (๐%)	๖/๒๕ (๒๔ %)	๓/๒๗ (๑๑.๑๑ %)	๑๒/๔๖ (๒๖.๐๙%)
	พิมาย	NA	NA	๐/๗ (๐%)	๐/๑๑ (๐%)	๐	๑/๓ (๓๓.๓๓%)	๖/๒๓ (๒๖.๐๙%)
	โชคชัย	NA	NA	๐/๑๕ (๐%)	๐/๑๑ (๐%)	๐	๐/๓ (๐%)	๐
	บัวใหญ่	NA	NA	๐/๓ (๐%)	๐	๑/๑ (๑๐๐ %)	๐	๖/๔๕ (๑๓.๓๓%)
	ด่านขุนทด	NA	NA	๐	๐	๐	๐	๒/๖ (๓๓.๓๓%)
	ครบุรี	NA	NA	๐	๐	๐	๐/๖ (๐%)	๐/๑๔(๐%)
หมายเหตุ โรงพยาบาลโชคชัยและครบุรี ไม่มีผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหักใน รพ.								
๓. จำนวนที่ผู้ป่วยเกิดภาวะกระดูกหักซ้ำภายใน ๑ ปี (Re fracture) (ราย)								
	มหาราช นครราชสีมา	ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๑ ๖๕/๑๖๙๑ (๓.๘๔%)			๓/๔๕ (๐.๖๙%)	๕/๓๓๓ (๑.๕%)	๐/๓๓๓ (๐%)	๐/๔๓๒ (๐%)
	รพท./รพช.							

ปัจจัยความสำเร็จ

๑. การสนับสนุนเชิงนโยบายที่ชัดเจน ทั้งในระดับจังหวัดและระดับเขตบริการสุขภาพตามข้อจำกัดที่พบในด้านอุปกรณ์ สถานที่ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง (จำนวนและศักยภาพ)
๒. ความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาลNode โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ในการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูล ทำให้มีการดำเนินงานในลักษณะของเครือข่ายที่ชัดเจนในทิศทางเดียวกันทั้งจังหวัด
๓. มีการวิเคราะห์ปัญหาและร่วมกันจัดทำแนวทางของโรงพยาบาลเครือข่าย (การเยี่ยม การดูแลรักษาการลดอัตราการเกิด re-fracture) รวมถึงการดำเนินงานตามแนวทางของทุกภาคส่วน

โอกาสพัฒนา / สิ่งที่จะทำต่อไปในพื้นที่ที่มีผลงานต่ำ

๑. ประเมินและวิเคราะห์ปัญหาในพื้นที่ที่มีผลงานต่ำกว่าเกณฑ์
๒. รายงานผู้บริหารและกลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ทราบถึงปัญหาในการดำเนินงาน
๓. ดำเนินการแก้ไขปัญหาโดยการนิเทศติดตามผลการดำเนินงานเพื่อพัฒนาศักยภาพในแต่ละบริบทของโรงพยาบาล และเยี่ยมเสริมพลัง Node ที่กำลังพัฒนา ๒ Node /ปี
๔. ติดตามผลงานไตรมาส ๒ พร้อมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

๑. การดำเนินการพัฒนาโครงการ FFN (Fragility Fracture Network) การใช้ program FLS home visit ในการเชื่อมข้อมูลจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ไปยังโรงพยาบาลชุมชน , โรงพยาบาลแม่ข่ายไปยังลูกข่ายและเชื่อมไปยังและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
๒. การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดผ่านโปรแกรม Thai COC และการใช้ระบบ Teleconsult และ telemedicine จากโรงพยาบาลชุมชนปรึกษาแพทย์เฉพาะทางด้านออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา

วิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหา

การดำเนินงานการผ่าตัดต้อกระจกพบปัญหาขาดแคลนจักษุแพทย์ซึ่งทำให้ศูนย์ผ่าตัดตาบางแห่ง ขาดจักษุแพทย์ประจำทำให้การผ่าตัดต้อกระจกในผู้ป่วยล่าช้าแต่ในปัจจุบันได้มีการแก้ไขปัญหา ร่วมกันระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาและโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาจึงทำให้ ผลงานการผ่าตัดตาเพิ่มมากขึ้นตามผลงานดังนี้

ตารางแสดง ผลงานการผ่าตัดต้อกระจก ผลงานย้อนหลัง ๓ ปี พ.ศ.๒๕๖๓ - ๒๕๖๔

ผลงานการผ่าตัดต้อกระจก					ร้อยละ ๘๕ ของผู้ป่วยตาบอดจาก ต้อกระจก (Blinding cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน	
พ.ศ.	Blinding cataract	Severe	Low vision	ผลงาน ผ่าตัดรวม	จำนวน Blinding cataract ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน (ดวงตา)	ร้อยละ
๒๕๖๓	๒,๐๘๑	๑,๒๓๖	๑,๗๒๙	๕,๐๔๗	๑,๗๑๓	๘๒.๓๑
๒๕๖๔	๑,๙๐๔	๑,๒๑๑	๑,๑๖๐	๔,๒๗๕	๑,๕๓๐	๘๐.๓๕

แหล่งข้อมูล จาก รง. Vision ๒๐๒๐

ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน

เนื่องจากจังหวัดนครราชสีมาที่มีพื้นที่รับผิดชอบถึง๓๒อำเภอและจักษุแพทย์มีน้อยจึงทำให้ ประชาชนซึ่งเป็นผู้สูงอายุเข้าถึงการเข้ารับบริการการผ่าตัดต้อกระจกได้ช้า ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมาได้ร่วมกับโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาจึงมีการแก้ไขปัญหา ร่วมกันโดยได้จัดตั้ง หน่วยผ่าตัดต้อกระจกจำนวน ๑๐ แห่งเพื่อรองรับประชาชนผู้สูงอายุ๖๐ปีขึ้นไปทั้ง๓๒อำเภอเพื่อเข้ารับ บริการผ่าตัดต้อกระจก ได้รวดเร็วขึ้นเพื่อลดการรอคิวผ่าตัดในระยะเวลาานาน

รายชื่อหน่วยผ่าตัดตาต่อกระจกที่ขึ้นทะเบียนกับสปสช.เขต ๙
จังหวัดนครราชสีมา

ลำดับ	รายชื่อหน่วย และรายชื่อผู้ประสานงาน	จำนวนดวงตา ที่จะผ่าตัด ตาต่อกระจก	พื้นที่ให้บริการ ของจังหวัด นครราชสีมา	ระยะเวลา ที่ดำเนินการผ่าตัด ตาต่อกระจก
๑	รพ.มหาสารคามนครราชสีมา -นางสาวเนตรนรินทร์ สมนอก โทร๐๘๔๙๕๘๒๔๔๒	๓,๐๐๐ ดวงตา	๓๒ อำเภอ	ผ่าตัดทุกวัน
๒	รพ.ครบุรี -นางอรสา ผู้เรืองเดช โทร๐๘๑๒๓๖๙๗๒๕	๒๔๐ ดวงตา	CUP ครบุรี CUP เสิงสาง	ผ่าตัดเดือนละ ๒ ครั้ง
๓	รพ.ด่านขุนทด -นางจินดา เฝียงสูงเนิน โทร๐๘๙๗๒๐๙๐๕๔	๔๐๐ ดวงตา	CUP ด่านขุนทด CUP เทพารักษ์	ผ่าตัดเดือนละ ๔ ครั้ง
๔	รพ.บัวใหญ่ นางฉวีวรรณ ตั้งทรงเรือง โทร๐๘๑๗๙๐๕๕๗๔	๕๕๐ ดวงตา	CUP บัวใหญ่ บัวลาย แก่งสนามนาง บ้านเหลื่อม สีดา และประทาย	ผ่าตัดเดือนละ ๖ ครั้ง
๕	รพ.มทส. นส.สุกัญญา พิกุล โทร ๐๙๑๐๑๗๙๑๖๒	๕๐๐ ดวงตา	๓๒ อำเภอ	ผ่าตัด๓วัน/สัปดาห์
๖	รพ.ปากช่อง -นางชนิษฐา พุนศรี โทร๐๘๕๒๐๗๘๔๕๐	๓๐๐ ดวงตา	CUP ปากช่อง และคลินิกอบอุ่นปากช่อง	ผ่าตัดวันจันทร์ และวันพุธ
๗	รพ.ค่ายสุรนารี -พ.อ.หญิงอัจฉรา บุณรัช โทร๐๘๙๘๔๖๗๖๕๖	๑๐๐ ดวงตา	CUPรพ.ค่ายสุรนารี	ผ่าตัดทุกวัน ยกเว้นวันหยุดราชการ
๘	รพ.ราชสีมาฮอสปิตอล -น.ส.วาสนา มนต์รี โทร๐๙๗๓๓๖๑๑๐๗	๑,๒๐๐ ดวงตา	๓๒ อำเภอ	ผ่าตัดทุกวัน ยกเว้นวันหยุดราชการ
๙	รพ.เทพรัตน์นครราชสีมา -นางสาวสิริภรณ์จำพันดุง โทร ๐๘๑๐๖๙๗๐๘๗	๑,๕๐๐ ดวงตา	๓๒ อำเภอ	ผ่าตัดทุกวัน ยกเว้นวันหยุดราชการ
๑๐	รพ.พิมาย นางสาวกัลยา สืบกลาง โทร ๐๙๔๙๕๖๙๑๕๓	๑,๕๐๐ ดวงตา	CUP พิมาย CUP ชุมพวง,ประทาย, เมืองยาง โนนแดง/ ลำทะเมนชัย และชุมพวง	๔ วันต่อสัปดาห์
	จำนวน ๑๐ แห่ง	๙,๒๙๐ ดวงตา		

แนวทางการปรับปรุง / พัฒนา

โรงพยาบาลปักษ์ชัยอำเภอปักชัยจังหวัดนครราชสีมา กำลังดำเนินการเพื่อประเมินเป็นหน่วยผ่าตัดตาเป็นแห่งที่๑๑ ดังนั้นจะส่งผลให้ผู้สูงอายุ๖๐ปีขึ้นไปในเขตอำเภอวังน้ำเขียว/โชคชัยและอำเภอปักชัยจะได้เข้าถึงการบริการผ่าตัดตาต่อกระจกได้รวดเร็วขึ้น

แผนที่ตั้งหน่วยผ่าตัดตาต่อกระจกของจังหวัดนครราชสีมา



การติดตามประเมินผล / ผลการดำเนินงาน

๑ แนวทางการติดตามประเมินผล

ประเมินผลเฉพาะหน่วยผ่าตัดตาที่ขึ้นทะเบียนกับสปสช.เขต ๙ ทั้ง ๑๐ แห่งให้ผ่านเกณฑ์ KPI ร้อยละ๘๕ของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก(Blinding cataract)ได้รับการผ่าตัดภายใน๓๐วัน

๒ ผลการดำเนินงาน

ตารางแสดง ร้อยละของผู้ป่วยตาบอดจาก ต้อกระจก(Blinding cataract)ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน

ผลงานการผ่าตัดตาต้อกระจก					ร้อยละ ๘๕ ของผู้ป่วยตาบอดจาก ต้อกระจก(Blinding cataract)ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน	
ปี พ.ศ.	Blinding cataract	Severe	Low vision	ผลงานผ่าตัดรวม	จำนวน Blinding cataract ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน (ดวงตา)	ร้อยละ
๒๕๖๕	๒,๙๓๙	๑,๖๖๓	๑,๔๐๘	๖,๐๑๐	๒,๓๒๑	๘.๙๗

ปัจจัยความสำเร็จ

จังหวัดนครราชสีมามีหน่วยผ่าตัดตาทั้งหมด ๑๐ แห่ง จึงทำให้ผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ทั้ง ๓๒ อำเภอ ที่มีปัญหาด้านสายตารวมถึงการเป็นตาต้อกระจกได้เข้าถึงระบบการผ่าตัด ตาต้อกระจกได้รวดเร็วและสามารถเลือกเข้ารับบริการในหน่วยผ่าตัดตาทั้ง ๑๐ แห่ง ตามความสมัครใจของผู้ป่วยและญาติ ดังนั้นจึงทำให้ผลงานการผ่าตัดตาต้อกระจกของ จังหวัดนครราชสีมาเพิ่มขึ้นในทุกปี

โอกาสพัฒนา / สิ่งที่จะทำต่อไปในพื้นที่ที่มีผลงานต่ำ

- ต้องการส่งเสริมให้โรงพยาบาลชุมชนที่มีความพร้อมด้านสถานที่และบุคลากรเปิดเป็นหน่วยผ่าตัดตาเพิ่มขึ้นเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ในพื้นที่เข้ารับบริการผ่าตัดตาต้อกระจกใกล้บ้านมากขึ้น
- เพิ่มการผลิตบุคลากรเช่น จักษุแพทย์และพยาบาลเวชปฏิบัติทางตาเพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลชุมชน

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และการดูแลผู้ป่วย กึ่งเฉียบพลัน

วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา

นโยบายกระทรวงสาธารณสุขขับเคลื่อนการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) เพื่อให้สอดคล้องกับมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ “สิทธิการตายดี” (good death) โดยมีสาระสำคัญเป็นการเปิดโอกาสและรับรองสิทธิให้บุคคล สามารถแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้า โดยมีการจัดการดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคอง ว่าเมื่ออยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย จะขอจากไปตามวิถีธรรมชาติโดยไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขหรือไม่ประสงค์จะให้ใช้เครื่องมือต่าง ๆ มาฟื้นตนหรือเหนี่ยวรั้งร่างกายของตนเพื่อยืดการตายออกไป หรือเป็นการขอใช้สิทธิที่จะตายตามธรรมชาติหรือสิทธิการตายดี (good death) เป็นการดูแลรักษาด้วยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ที่เกิดกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยให้การดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายทุกกลุ่มวัย ทั้งกรณีผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่รับการรักษาที่บ้าน โดยให้ได้รับการดูแลตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่สามารถจัดการบริการได้ จนถึงวาระสุดท้ายตามแผนการดูแลล่วงหน้า

- จังหวัดนครราชสีมาเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์
- ผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น
- ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคสูงขึ้น โดยเฉพาะความสูญเปล่าทางการแพทย์ (medical futility)
- ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจก่อนเสียชีวิต

ผลการดำเนินงานเทียบเป้าหมาย ๓ ปี ย้อนหลังปี ๒๕๖๓ – ปี ๒๕๖๔ (เกณฑ์ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๐) ปี๒๕๖๓ และปี ๒๕๖๔ ร้อยละ ๙๒.๗๖ และร้อยละ ๖๕.๙๙

ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน

-มีการจัดการดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาตนเองล่วงหน้า ผ่านกระบวนการประชุมครอบครัวด้วยกระบวนการ Family Meeting และได้รับการดูแลแบบ องค์กรตามแผน มีโอกาสได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความประสงค์จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยทีมสนับสนุนจากพี่เลี้ยงจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

หมายเหตุ : ตัวชี้วัด ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๕

-มีการสำรวจระบบยาในกลุ่ม Opioids ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาได้อย่างพอเพียงและไม่ ขาดแคลน โดยทีมพี่เลี้ยงจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ข้อสัถย สามีคคี มีวินัย

-จัดเครือข่ายระบบการส่งต่อผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ในสถานพยาบาลรวมถึงการให้บริการในระดับปฐมภูมิ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตด้วยการป้องกัน ประเมินและรักษาความเจ็บปวด และปัญหาต่างๆ ให้ครอบคลุมทั้งทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ

แนวทางการปรับปรุง / พัฒนา

-โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (palliative care) และจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ในเรื่องการทำ Advance Care plan และหาพันธมิตรการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในระดับพื้นที่ (ตำบลและหมู่บ้าน เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลไปยังองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

การให้บรรลุเป้าหมาย ตามแนวทาง OKRs (Objectives and key results)

๑ Service Delivery (ระบบบริการ)

-มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาล เชื่อมโยงถึงชุมชน โดยเน้นการทำ Advance care planning

๒ Workforce (กำลังคนด้านสุขภาพ)

- เครือข่าย รับ-ส่งต่อ และจำนวนทีมผู้ดูแลแบบประคับประคอง (แพทย์ เกสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ) ข้อมูล ณ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕

โรงพยาบาล	ระดับ	จำนวนแพทย์	จำนวนเภสัชกร	จำนวนพยาบาล
มหาราชนครราชสีมา	A	๓	๒	๒๕
Node เทพรัตนนครราชสีมา ประกอบด้วย				
เทพรัตนนครราชสีมา	M๑	๑	๑	๑
สีคิ้ว	M๒	๑	๑	๒
สูงเนิน	F๑	๑	๑	๑
โนนไทย	F๑	๑	๑	๑
ขามทะเลสอ	F๒	๐	๐	๐
โนนสูง	F๒	๑	๑	๑
พระทองคำ	F๒	๑	๑	๑
ขามสะแกแสง	F๒	๑	๑	๑

๒๓๙

ชื่อสัตย์ สามัคคี มีวินัย

โรงพยาบาล	ระดับ	จำนวนแพทย์	จำนวนเภสัชกร	จำนวนพยาบาล
Node ปากช่อง ประกอบด้วย				
ปากช่องนานา	S	๖	๑	๔
มกุฏศิรีวัน	F๓	๐	๐	๐
Node ด่านขุนทด ประกอบด้วย				
ด่านขุนทด	M๒	๓	๑	๑
เทพารักษ์	F๓	๐	๐	๐
Node โชคชัย-ครบุรี ประกอบด้วย				
โชคชัย	M๒	๑	๑	๒
ครบุรี	M๒	๑	๑	๑
ปักธงชัย	F๑	๒	๐	๑
หนองบุญมาก	F๒	๑	๑	๑
เสิงสาง	F๒	๑	๑	๑
วังน้ำเขียว	F๒	๑	๑	๓
Node บัวใหญ่ ประกอบด้วย				
บัวใหญ่	M๒	๑	๑	๒
ประทาย	F๑	๑	๑	๑
แก่งสนามนาง	F๒	๐	๐	๑
บ้านเหลื่อม	F๒	๑	๐	๑
สีดา	F๓	๐	๐	๒
บัวลาย	F๓	๐	๐	๑
Node พิมาย ประกอบด้วย				
พิมาย	M๑	๓	๒	๓
จักราช	F๑	๑	๑	๒
ชุมพวง	F๒	๑	๑	๔
ห้วยแถลง	F๒	๑	๑	๓
โนนแดง	F๒	๑	๑	๑
คง	F๒	๑	๑	๑
เมืองยาง	F๒	๑	๑	๑
ลำทะเมนชัย	F๒	๐	๑	๑
เฉลิมพระเกียรติ	F๒	๑	๑	๑

๓ Data & IT (ระบบข้อมูลข่าวสาร)

- พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล ใช้ข้อมูลในระบบสารสนเทศในการ วิเคราะห์ ข้อมูลเพื่อการพัฒนา อย่างต่อเนื่อง มีโปรแกรม Thai COC เพื่อใช้ในการเยี่ยมบ้านและดูแลต่อเนื่อง

๔ Supply (การสนับสนุนต่างๆ)

มีการสนับสนุนทางเภสัชกรรม โดยมีระบบยาสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย และมีการดำเนินงานเรื่องกัญชาทางการแพทย์ ดังนี้

- บริหารยาสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ให้เข้าถึงยาระงับปวดได้ทั่วถึงและครอบคลุมในสถานพยาบาล และระดับปฐมภูมิ และมีแผนการใช้ยาระงับปวดในแต่ละปี

- แนวทางการบริหารจัดการยาในสถานะฉุกเฉิน อันเนื่องมาจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ เช่น การจัดระบบรับยา Fast track การจ่ายยาทางไปรษณีย์ และการบริหารจัดการในภาวะขาดแคลนยา เป็นต้น

- ด้านยามีเภสัชกรควบคุมการเบิกจ่ายและให้การปรึกษา

- การดำเนินงานเรื่องกัญชาทางการแพทย์ มีการดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการใน Palliative care ร่วมกับกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข มีการประชุมวางแผนระบบให้รองรับการใช้กัญชาทางการแพทย์ในกลุ่มผู้ป่วย Palliative care วางแผนการอบรมการใช้กัญชาอย่างสมเหตุสมผลให้กับทีมสหวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานคลินิกกัญชา และ Palliative care เพิ่มการใช้สารสกัดกัญชาในกลุ่ม Palliative care ในผู้ป่วยมะเร็งเพื่อทดแทน ใช้ร่วมกับการใช้มอร์ฟีน

๕ Financing (ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ)

- มีแผนงานโครงการประจำปีระดับจังหวัด

- มีการขอสนับสนุนซื้ออุปกรณ์การแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยยืมกลับไปใช้ที่บ้าน จากกองทุนฟื้นฟูจังหวัด นครราชสีมา

- กระตุ้นเพิ่มการลงข้อมูล โปรแกรม E-claim Palliative care ของ สป.สช. ในระดับอำเภอเมือง นครราชสีมา เพื่อเพิ่มรายรับของผลงาน

๖ Governance (ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล)

- มีคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการทุกโรงพยาบาล

๗ Participation (การมีส่วนร่วมของชุมชน)

- มีภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยระดับประจักษ์ในสถานพยาบาลและชุมชน เช่น Caregiver จิตอาสา เป็นต้น

แนวทางการติดตามประเมินผล และผลการดำเนินงาน

๑ แนวทางการติดตามประเมินผล

- จากการนิเทศงาน ปีละ ๒ ครั้ง

- เก็บข้อมูลตัวชี้วัดตามรายงานการดูแลระดับประจักษ์จังหวัดนครราชสีมา ทุกไตรมาส

๒ ผลการดำเนินงาน

ตารางแสดง ผลการดำเนินงานเทียบเป้าหมาย ๓ ปี ย้อนหลังปี ๒๕๖๓ – ปี ๒๕๖๕
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๐ (เกณฑ์ ปี ๒๕๖๓ – ๒๕๖๕)

ปี	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ผลงาน	ร้อยละ ๙๒.๗๖	ร้อยละ ๖๕.๙๙	ร้อยละ ๖๕.๑๓

ปัจจัยความสำเร็จ

- การพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ด้วยระบบเครือข่ายส่งต่อ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงาน และการสนับสนุนอุปกรณ์ผู้ป่วยให้สามารถยืมไปใช้ที่บ้านได้
- ระบบพี่เลี้ยง โดยมีทีมสหวิชาชีพ (แพทย์ เภสัชกร และ พยาบาล) จากโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา (รพศ.) ให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

โอกาสพัฒนา / สิ่งที่จะทำต่อไปในพื้นที่ที่มีผลงานต่ำ

- ให้ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจังหวัดนครราชสีมาในเครือข่าย ได้แลกเปลี่ยนวิธีการ ดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและนำมาปรับใช้ให้เหมาะกับบริบทของแต่ละหน่วยบริการ

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

จังหวัดนครราชสีมา มี Hospice (สถานที่ที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่กำลังจะเสียชีวิต) ได้แก่ วัดป่า โขกชัย บ้านโนนสะอาด อ.โขกชัย จ.นครราชสีมา (สาขา ๑) และวัดป่ากรรณฐานบ้านดอนมุกมัน อ.ด่านขุนทด จ.นครราชสีมา (สาขา๒)

การบริจาคอวัยวะ

๑. วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา

การบริจาคอวัยวะ ๑ ผู้ให้ ช่วยได้ ๘ ชีวิต กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินงานร่วมกับสภาวิชาชีพไทย ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ เพื่อพัฒนาการปลูกถ่ายอวัยวะในประเทศไทย โดยมีเป้าหมาย “เพิ่มการปลูกถ่าย ลดการตาย ได้เร็ว” กรมการแพทย์เป็นหน่วยงานหลักในการจัดตั้งศูนย์รับบริจาคอวัยวะในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พัฒนาระบบบริการและเพิ่มศักยภาพการบริการให้เป็นศูนย์จัดเก็บอวัยวะและปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ในจังหวัดนครราชสีมา โดยเริ่มมีการปลูกถ่ายอวัยวะครั้งแรกคือ ไต เมื่อ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๕๓ เป็นสมาชิกวิสามัญศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภาวิชาชีพไทย เพื่อปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคที่มีชีวิต ในวันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๕๕ ผลการดำเนินงานปลูกถ่ายไต จากผู้บริจาคที่มีชีวิต (living related donor) ปี ๒๕๕๓- ธันวาคม ๒๕๖๕ ๔๘ ราย และจากผู้บริจาคที่สมองตาย (DDKT) ปี ๒๕๖๓ - ธันวาคม ๒๕๖๕ จำนวน ๑๗ ราย

- เดือนมีนาคม ๒๕๖๒ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีการจัดตั้ง ทีมผ่าตัดนำอวัยวะออก (Harvesting Team) ทีมผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ (transplant team) และดำเนินการตามข้อกำหนดของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภาวิชาชีพไทย คือมีการจัดเก็บและปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (cadaveric donor หรือ deceased donor) ส่วนใหญ่เป็นการจัดเก็บไต ภายใต้การกำกับดูแลของโรงพยาบาลพี่เลี้ยง

- วันที่ ๒๙ มกราคม ๒๕๖๓ ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภาวิชาชีพไทย มีมติให้โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาขึ้นทะเบียนเป็นสมาชิกสามัญ สามารถทำผ่าตัดปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคที่มีชีวิตและผู้บริจาคสมองตายได้

จากรายงานศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภาวิชาชีพไทย ในช่วงปีงบประมาณ ๒๕๖๓ เป็นต้นมา ได้เกิดการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) รุนแรง ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การรับบริจาคและการปลูกถ่ายอวัยวะ โรงพยาบาลสมาชิกส่วนใหญ่ และรวมถึงโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา งดการปลูกถ่ายอวัยวะหรือมีการดำเนินงานลดลง รวมทั้งจำนวนผู้บริจาคอวัยวะลดลงมาก ภาพรวมผู้เสียชีวิตที่บริจาคอวัยวะ ส่วนใหญ่ ร้อยละ ๔๑ มีอายุ ๓๕-๔๙ ปี ผู้เสียชีวิตที่บริจาคอวัยวะที่มีอายุน้อยที่สุด คือ ๓ ปี และผู้เสียชีวิตที่บริจาคอวัยวะที่มีอายุมากที่สุด คือ ๖๖ ปี ร้อยละ ๖๓ เสียชีวิตจากอุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุทางการจราจร เช่น รถมอเตอร์ไซด์และรถยนต์

ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน

ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานรับบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย และดวงตาจากผู้ป่วยสมองตายและผู้เสียชีวิต คือ

๑. นโยบายที่ชัดเจนและต่อเนื่องของทั้งระดับกระทรวง ระดับเขต ระดับจังหวัดและระดับโรงพยาบาล

๒. การกำหนดโครงสร้างการทำงานภายในโรงพยาบาลให้เป็นงานประจำที่มีความก้าวหน้าทางวิชาชีพ

ข้อสัถย สามัคคี มีวินัย

๓. การมอบหมายงานหรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนแก่แพทย์เฉพาะทางและพยาบาลประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ : TC nurse (transplant coordinator nurse)

๔. การพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

๕. ปัจจัยด้านศักยภาพของโรงพยาบาล ต้องมีความพร้อมสูง มีเครื่องมือ และระบบที่สนับสนุนการให้บริการ

๖. ปัจจัยด้านสังคม ที่มีความสำคัญในลำดับต้นๆ เช่นกัน คือวัฒนธรรมและความเชื่อในสังคมมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของญาติผู้ป่วยสมองตายในช่วงเวลาที่จำกัด และการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าใจและมีทัศนคติที่ดีต่อการบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย

๗. ปัจจัยด้านภาคีเครือข่าย ควรให้มีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์ และส่งเสริมการบริจาคอวัยวะและดวงตาเพิ่มมากขึ้น เช่น พระสงฆ์ หน่วยงานส่วนท้องถิ่น อสม.

๘. โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จัดให้มีจุดบริการให้คำปรึกษา รับผู้ที่แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะและดวงตา รวมทั้งจัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์ในโรงพยาบาลและหน่วยงานต่างๆในอำเภอ เพื่อเพิ่มจำนวนผู้บริจาคอวัยวะและดวงตา

๙. ในโรงพยาบาล ระดับ S – M๑ มีการพัฒนาจัดให้มีทีมจัดเก็บดวงตา

แนวทางการปรับปรุง / พัฒนา

จากการดำเนินงานในปี ๒๕๖๓ – ๒๕๖๔ พบว่า

ระดับโรงพยาบาลศูนย์ (โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา)

๑. จำนวนพยาบาลประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ : TC nurse (transplant coordinator nurse) ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน, ขาดพยาบาลประสานงาน full time :

แนวทางปรับปรุง จัดให้มีแนวทางบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลในรูปแบบใหม่ โดย

๑) เปิดหน่วยงานศูนย์ความเป็นเลิศด้านการพยาบาลปลูกถ่ายอวัยวะ จัดให้มีพยาบาลประสานงาน full time ๔ คน (เป็นบุคลากรเดิม ๑ คน , ใหม่ ๓ คน) แบ่งงานรับผิดชอบเป็น ๓ ด้าน

(๑) งานด้านรับบริจาคอวัยวะและการประสานงานจัดเก็บอวัยวะ :

- ค้นหาผู้บริจาคสมองตาย โดย

a. Ward ประเมิน Score ๒T แจ้ง TC nurse ที่ศูนย์ปลูกถ่ายฯ

b. TC nurse round ward < ๕T

- TC nurse ประเมินภาวะสมองตาย และดำเนินการดูแลตามขั้นตอนและเจรจา กับญาติ

(๒) งานด้านการผ่าตัดปลูกถ่ายไตทั้งแบบผู้บริจาคมีชีวิตและผู้บริจาคที่มีภาวะสมองตาย

(๓) งานด้านคลินิกปลูกถ่ายไต โดยให้บุคลากรผู้รับผิดชอบเดิมเป็นที่เลี้ยง บุคลากรใหม่ (๓ คน)

- ก่อนปลูกถ่ายอวัยวะ:เตรียมผู้บริจาคอวัยวะ(ประเมินคัดกรอง,ให้ความรู้)

และผู้ป่วยรอรับการปลูกถ่ายอวัยวะ (ให้คำปรึกษา , ประเมินคัดกรอง , ให้ความรู้)

- ขณะปลูกถ่ายอวัยวะ : ประสานทีม , ดำเนินการตามขั้นตอน

ข้อสัถย สามัคคี มีวินัย

- หลังปลูกถ่ายอวัยวะ : ในโรงพยาบาล , ติดตามการมาตามนัดรวมถึงคุณภาพชีวิต

*** เตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยหลังรับการปลูกถ่ายอวัยวะ ณ หอผู้ป่วยเคมีบำบัด และ ปลูกถ่ายอวัยวะ ชั้น ๖ อาคาร ๖๐ ปี อายุรกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏ

๒) มีแนวทางการเตรียมความพร้อมผู้ที่จะเป็น TC nurse ดังนี้

(๑) ในช่วงเปลี่ยนผ่าน เป็นการฝึกอบรมบุคลากรใหม่ ณ ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการพยาบาลปลูกถ่ายอวัยวะแบบพี่สอนน้อง ระหว่างรอรับการอบรมในหลักสูตรต่างๆ

๓) อบรมหลักสูตรพยาบาลประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ ที่จัดโดย ชมรมพยาบาลประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ร่วมกับสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย โรงพยาบาลราชวิถี กระทรวงสาธารณสุข หรือจัดโดยศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย จำนวน ๓ วัน

๔) อบรมเฉพาะทางหลักสูตรพยาบาลการบริจาคอวัยวะและการปลูกถ่ายอวัยวะ โดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนมพิริยเวศ เวลา ๔ เดือน (ผู้สมัครเรียนหลักสูตรนี้ต้องผ่านการอบรมหลักสูตร ๓ วันก่อน)

๕) บุคลากรทีมสุขภาพขาดความรู้ในกระบวนการบริจาคอวัยวะเพื่อการปลูกถ่ายอวัยวะ ส่งผลต่อการวินิจฉัยสมองตายในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ , ทักษะการดูแล potential donor :

(๑) Deceased Donor เป็นผู้ป่วยจากหอผู้ป่วย : ศัลยกรรมอุบัติเหตุชาย , ศัลยกรรมอุบัติเหตุหญิง , ศัลยกรรมประสาทอุบัติเหตุ , ICU Trauma ศัลยกรรมทั่วไป , Stroke Unit (อายุรกรรม) แผนต่อไปเพิ่มการเข้าประเมินผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมที่มีภาวะสมองตายจาก เลือดออกในสมอง (brain stem hemorrhage) / เลือดออกในโพรงสมอง (Intraventricular hemorrhage : IVH) ที่มีอายุ < ๖๐ ปี และมีการทำงานของไตอยู่ในเกณฑ์ดี

(๒) แนวทางการบริหารจัดการเตียงสำหรับ Deceased Donor :

- ผู้ป่วยหนักของแต่ละ ward จะอยู่ใกล้กับเคาน์เตอร์พยาบาล
- เมื่อได้รับการประเมินและยืนยันภาวะสมองตาย TC nurse จะเจรจากับญาติ
- ญาติยินยอมบริจาคอวัยวะจะย้ายเข้าหอผู้ป่วย ICU ศัลยกรรมอุบัติเหตุชั้น ๖ อาคารเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี (ศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏ

(๓) นับเวลาตั้งแต่ มีการแจ้ง TC nurse เพื่อประเมินภาวะสมองตาย / แพทย์ยืนยันสมองตาย / TC nurse เสร็จจากรับบริจาคอวัยวะ จนถึง ได้จัดเก็บอวัยวะ ใช้เวลาดำเนินการทุกกระบวนการ ๑๔ – ๔๘ ชั่วโมง ขึ้นอยู่กับปัญหาของผู้ป่วย และทีมผ่าตัด ในแต่ละราย

(๔) มีการพัฒนา TC nurse : จัดให้มีการทบทวน และให้ความรู้ผู้เกี่ยวข้องภายในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏ

ระดับอำเภอ

- ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน (S - F๓) ประชาชนขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะ มีทัศนคติ และความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง :

แนวทางปรับปรุง

- เพิ่มการประชาสัมพันธ์และรณรงค์การบริจาคอวัยวะ, การเข้าถึงบริการการรับบริจาคอวัยวะ ขณะมีชีวิตอยู่ โดย

๑. แต่ละโรงพยาบาลจัดให้มีผู้รับผิดชอบ/ประสานงานที่ชัดเจน
๒. จัดให้มีจุดบริการ / มุมให้คำปรึกษา ที่ง่ายต่อการเข้าถึงบริการ หรือเพจ การรับบริจาคอวัยวะของ

โรงพยาบาล

๓. จัดให้มีทะเบียนการให้/รับบริการ

๔. จัดทำแผนประชาสัมพันธ์ ช่องทางต่างๆ เช่น การเปิด VDO /จัดให้มีการแนะนำ ให้ความรู้ ทางเสียงตามสาย หรือ ณ จุดบริการต่างๆในโรงพยาบาล / จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ และติดในจุดบริการต่างๆในโรงพยาบาล/ประชาสัมพันธ์ผ่าน face book หรือ เพจ ของโรงพยาบาล

: โดย ใช้สื่อประชาสัมพันธ์จากศูนย์รับบริจาคดวงตา , ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย

๕. เพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน เช่น หน่วยงานราชการต่างๆในอำเภอ / กิ่งกาชาดอำเภอ /องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น /ผู้นำชุมชน /วัด /อสม.

- ร่วมงานศพผู้บริจาคอวัยวะ พร้อมมอบเกียรติบัตร และประชาสัมพันธ์เชิงรุก

๖. จัดกิจกรรมรณรงค์ในวันสำคัญต่างๆ เช่น วันพ่อ /วันแม่ /ออกบวชร่วมกับการออกหน่วยเคลื่อนที่จังหวัด , หน่วยแพทย์อาสา พอสว.

- การให้บริการจัดเก็บดวงตาในโรงพยาบาล ระดับ S และ ระดับ M๑ ที่มีจักษุแพทย์ บางแห่งยังไม่สามารถให้บริการจัดเก็บดวงตาได้

แนวทางปรับปรุง

- ระดับ S โรงพยาบาลปากช่องนานา : มีจักษุแพทย์ และทีมจัดเก็บดวงตาที่ได้รับการอบรมจาก สภากาชาดไทย

- ระดับ M๑ : จัดทำแผนพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมาและโรงพยาบาลพิมาย ให้มีทีมจัดเก็บดวงตา

ขอรับการสนับสนุนเอกสารแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ และ บริจาคดวงตา จากศูนย์รับบริจาคอวัยวะ และศูนย์จัดเก็บดวงตา สภากาชาดไทย รวมถึงสื่อประชาสัมพันธ์

มาตรการ / แผนงาน / โครงการที่สำคัญ ปี ๒๕๖๖ (ตามแนวทาง ๖ Building Block)**๑ Service Delivery (ระบบบริการ)**

๑. การรับบริจาคอวัยวะและดวงตาจากผู้เสียชีวิตและผู้แสดงความจำนง : ในรพช. รพท. และรพช.
๒. การปลูกถ่ายไตในผู้บริจาคมีชีวิต
๓. การจัดเก็บและการปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย
๔. การผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา (โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา)
๕. การจัดเก็บดวงตาในโรงพยาบาลระดับ A – M๑

๖. จัดให้มีจุดบริการให้คำปรึกษา และรับบริจาคฯ จากผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะและดวงตาในรพท. , รพช.

ปัญหาอุปสรรค

๑. ภาระงานมาก มีงานหลัก
๒. ทรัพยากรจำกัด งานนอกเวลา
๓. สถานการณ์ระบาดโรคอุบัติใหม่

๒.๒ Workforce (กำลังคนด้านสุขภาพ)

๑. เพิ่มกำลังคน และความเชี่ยวชาญของบุคลากรด้านการรับบริจาคอวัยวะและปลูกถ่ายอวัยวะ
๒. เพิ่มศักยภาพทีมผ่าตัดนำอวัยวะออก (ไต)
๓. เพิ่มกำลังคน และความเชี่ยวชาญของบุคลากรด้านการจัดเก็บดวงตา ในโรงพยาบาลระดับ Mo
๔. สร้างขวัญและกำลังใจให้บุคลากรที่ปฏิบัติงาน
๕. พัฒนาศักยภาพ ทักษะการเจรจา การประชาสัมพันธ์ การขอรับบริจาคอวัยวะและดวงตา

ปัญหาอุปสรรค

๑. ขาด TC Nurse และบุคลากร Full Time
๒. ความก้าวหน้าของสายงาน/ไม่มีโครงสร้างรองรับความก้าวหน้า
๓. ค่าตอบแทนกับภาระงานไม่สอดคล้องกัน
๔. ขาดบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถในการจัดเก็บดวงตา ในโรงพยาบาลชุมชน

๒.๓ IT (ระบบข้อมูลข่าวสาร)

๑. ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลจากศูนย์ข้อมูลใช้เวลาประมาณ ๑ เดือน
๒. รายงานจำนวนผู้ป่วยสมองตายจากการตรวจเยี่ยมของ TC (Transplant coordinator)
๓. บันทึก วิเคราะห์ข้อมูลรายวัน/เดือน/ปี โดยเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล

ปัญหาอุปสรรค

๑. การรับรู้ เข้าใจ การบริจาคอวัยวะ ของประชาชน และบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงการเข้าถึงสื่อ
๒. ช่องทางสื่อประชาสัมพันธ์ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ยังใช้เครือข่ายในพื้นที่ไม่ครอบคลุมในการช่วยประชาสัมพันธ์
๓. การเข้าถึงการบริจาคอวัยวะและดวงตา
๓. การเข้าถึงการปลูกถ่ายอวัยวะและดวงตา

๒.๔ Drug & Equipment (เทคโนโลยีทางการแพทย์)

๑. Harvesting team จัดเก็บอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย
๒. การตรวจพิเศษเพิ่มเติมยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน เช่น การทำ Echo cardiogram , EEG

ปัญหาอุปสรรค

๑. บุคลากรข้อมูลในเครือข่ายระดับเขต ในการใช้ทรัพยากรที่มี ที่ส่งผลดีต่อผู้ป่วยที่รอรับการปลูกถ่ายอวัยวะ
๒. บุคลากรข้อมูลในระดับองค์กร เพื่อการค้นหาและเข้าถึงการเจรจาขอรับบริจาคอวัยวะที่มีประสิทธิภาพ
๓. การเข้าถึงการปลูกถ่ายอวัยวะและดวงตา

๒.๕ Financing (ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ)

๑. การรับบริจาคอวัยวะและดวงตา มีงบประมาณสนับสนุนจากสภากาชาดไทย และบริหารจัดการด้วย

เงินบำรุงโรงพยาบาล

๒. การปลูกถ่ายไตและผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาเบิกได้ตามสิทธิทุกกองทุน

๓. ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ และศูนย์รับบริจาคดวงตา สนับสนุนเอกสารแสดงความจำนง และเอกสารประชาสัมพันธ์

ปัญหาอุปสรรค

๑. ค่าใช้จ่ายการดูแล Donor Care ส่วนเกิน

๒. ค่าใช้จ่ายปลูกถ่ายไต ส่วนเกินสิทธิประโยชน์

๓. ขาดงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานด้านสื่อประชาสัมพันธ์

๒.๖ Governance (ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล)

- นโยบายและแนวปฏิบัติจากส่วนกลาง

- ภาคิเครือข่าย (สภากาชาดไทย,ร.ร.แพทย์,มูลนิธิโรคไต,สมาคมวิชาชีพ,ภาคเอกชน)

ปัญหาอุปสรรค

๑. นโยบายยังไม่ชัดเจน ส่งผลต่อการกำกับติดตามให้ทุกหน่วยบริการดำเนินการ

๒. การให้ภาคิเครือข่ายมีส่วนร่วมยังน้อย เช่น พระสงฆ์ ,ท้องถิ่น

๒.๗ Participation (การมีส่วนร่วมของชุมชน)

- จากการไปร่วมงานศพผู้บริจาคอวัยวะ และมอบเกียรติบัตร ทำให้เป็นการสร้างทัศนคติที่ดีต่อประชาชนในการบริจาคอวัยวะเมื่อเสียชีวิต ซึ่งคนไทยมีความเชื่อในเรื่องการทำบุญ และภพภูมิหน้า

- หน่วยงานต่างๆในอำเภอ ช่วยประชาสัมพันธ์ การแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะและดวงตา

ปัญหาอุปสรรค

ภาคิเครือข่ายยังไม่มี ความเข้าใจ จึงมีส่วนร่วมน้อย เช่น พระสงฆ์ ,ท้องถิ่น

การติดตามประเมินผล / ผลการดำเนินงาน

๑. แนวทางการติดตามประเมินผล

- ข้อมูลจากศูนย์รับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ , กลุ่มงานจักษุ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

- จากแบบรายงานผลการดำเนินงานระดับจังหวัด

๒. ผลการดำเนินงาน

ข้อมูลศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย ณ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

มีผู้ลงทะเบียนรอรับอวัยวะ ๖,๓๑๙ คน

มีผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ ๙๓,๒๔๓ คน

มีผู้บริจาคอวัยวะแล้ว ๒๖๔ คน

มีผู้ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ ๕๙๕ คน

ข้อมูลศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย (สะสม) ณ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕

มีผู้ลงทะเบียนรอรับบริจาคดวงตา ๑๗,๙๐๘ คน

มีผู้แสดงความจำนงบริจาคดวงตา ๑,๕๑๔,๕๔๒ คน

มีผู้ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา(ในเดือนเมษายน) ๑๖,๖๘๓ คน

ข้อสัถย สามัคคี มีวินัย

สืบเนื่องจากนโยบายกระทรวงสาธารณสุข Service plan สาขารับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ เน้น มี Harvest team ๑ ทีม (โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา) และพัฒนาศักยภาพให้สามารถปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายได้ และเพิ่มจำนวนผู้บริจาคอวัยวะ เขตจึงกำหนดให้โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เป็นศูนย์รับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ

โดยมี ๕ ยุทธศาสตร์ ดังนี้

๑. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน
๒. การสื่อสารประชาสัมพันธ์ เรื่องการบริจาคอวัยวะและการปลูกถ่ายอวัยวะ
๓. พัฒนาระบบบริการการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะในโรงพยาบาล
๔. พัฒนาบุคลากรและหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องกับระบบบริจาคอวัยวะและการปลูกถ่ายอวัยวะ
๕. การพัฒนาองค์ความรู้ การวิจัย เพื่อรองรับระบบการบริจาคอวัยวะและการปลูกถ่ายอวัยวะ

ตารางแสดง การเปรียบเทียบอัตราส่วนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะปี ๒๕๕๙-๒๕๖๕

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
๑	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปีที่ผ่านมา	เป้าหมาย	๖๗๙๘	๗๑๐๒	๖๗๑๘	๖๙๗๐	๗๐๑๐	๖๗๓๐	๕๘๒๒
		ผลงาน	๑๔	๑๔	๑๙	๑๔	๖	๗	๙
		อัตรา	๐.๒	๐.๑๘	๐.๒๘๘	๐.๒๐	๐.๐๘๕	๐.๑๐๔	๐.๑๕๔
๒	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา(ราย) ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	เป้าหมาย	๖๗๙๘	๗๑๐๒	๖๗๑๘	๖๙๗๐	๗๐๑๐	๖๗๓๐	๕๘๒๒
		ผลงาน	๒๐	๔๑	๒๔	๑๖	๒	๔	๖
		อัตรา	๐.๒๙๔	๐.๕๗๗	๐.๓๕๗	๐.๒๓	๐.๐๒	๐.๐๕๙	๐.๑๐๓

ที่มา : * ข้อมูลผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล : ฐานข้อมูลระบบ HIS โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

* ข้อมูลผู้บริจาคอวัยวะและบริจาคดวงตา : ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการพยาบาลปลูกถ่ายอวัยวะโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

A = จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก

(actual brain-dead organ donor) ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

B = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ (hospital death) ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ตารางแสดง ผลการดำเนินงาน ในการเจรจาขอรับบริจาคอวัยวะ

Potential donor	จำนวนการเจรจา	จำนวนที่ไม่ได้เจรจา	เจรจาสำเร็จ	เจรจาไม่สำเร็จ	เหตุผลที่ไม่ได้เจรจา	จัดเก็บอวัยวะได้จริง	จัดเก็บดวงตา
ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (๑ ต.ค. ๖๐ – ๓๐ ก.ย. ๖๑)							
๑๒๕	๖๕	๖๐	๒๗	๓๘	๑. Donor ไม่เหมาะสม ๔๒ ราย ๒. เสียชีวิตก่อนเจรจา ๑๔ ราย ๓. ไม่พบญาติสายตรง ๔ ราย	๑๙	- เจรจาขอรับบริจาคดวงตาจำนวน๗๐ราย - เจรจาสำเร็จ๓๒ ราย - จัดเก็บดวงตาได้จริง ๒๔ราย (๓๖ ดวงตา) - ดวงตาใช้ไม่ได้๘ ราย

ข้อสัต์ย สามัคคี มีวินัย

Potential donor	จำนวนการเจรจา	จำนวนที่ไม่ได้เจรจา	เจรจาสำเร็จ	เจรจาไม่สำเร็จ	เหตุผลที่ไม่ได้เจรจา	จัดเก็บอวัยวะได้จริง	จัดเก็บดวงตา
ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (ต.ค. ๖๑ – ๓๐ ก.ย. ๖๒)							
๙๖	๔๑	๕๕	๒๐	๒๑	๑. Donor ไม่เหมาะสม ๓๑ ราย ๒. เสียชีวิตก่อนเจรจา ๑๐ ราย ๓. ไม่พบญาติสายตรง ๑ ราย ๔. ไม่เข้าเกณฑ์ สมองตาย ๑๓ ราย	๑๔	- เจรจาขอรับบริจาค ดวงตาจำนวน ๔๑ ราย - เจรจาสำเร็จ ๒๐ ราย - จัดเก็บดวงตา ได้ ๑๖ ราย (๓๐ ดวงตา) - ดวงตาใช้ไม่ได้ ๓ ราย
ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ (ต.ค. ๖๒ – ๓๐ ก.ย. ๖๓)							
๕๒	๒๑	๒๙	๙	๑๒	๑. Donor ไม่เหมาะสม ๒๖ ราย ๒. เสียชีวิตก่อนเจรจา ๕ ราย	๖	เจรจาขอรับบริจาค ดวงตาจำนวน ๒๑ ราย - ปฏิเสธ ๑๒ ราย - เจรจาสำเร็จ ๙ ราย - จัดเก็บอวัยวะได้จริง ๖ *** แพทย์ประเมิน แล้วดวงตาใช้ไม่ได้ ๕ ราย - จึงจัดเก็บดวงตา ได้ ๑ ราย (๒ ดวง)
ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ (ต.ค. ๖๓ – ก.ย. ๖๔)							
๑๗	๑๓	๔	๑๑	๒	Donor ไม่เหมาะสม ๔ ราย (ติดเชื้อ ๑ ราย)	๗	เจรจาขอรับบริจาค ดวงตาจำนวน ๑๓ ราย - ปฏิเสธ ๒ ราย - เจรจาสำเร็จ ๑๑ ราย *** แพทย์ ประเมินแล้วอวัยวะ ใช้ได้จริง ๔ ราย - จัดเก็บดวงตา ได้ ๔ ราย (๘ ดวง)
ตั้งแต่ เมษายน – กันยายน ๒๕๖๔ ไม่มีการดำเนินการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)							
ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (ต.ค. ๖๔ – ก.ย. ๖๕)							
๙๓	๑๓	๘๐	๑๑	๒	มารดาปฏิเสธ ๑ ราย เสียชีวิตก่อน ๑ ราย	๙	๑๒ ดวง (๖ ราย) บางรายไม่ให้ดวงตา

ผลการดำเนินงานโรงพยาบาล

ลำดับ	รายโรงพยาบาล	เป้าหมาย	ผลงาน	ทำได้ร้อยละของปีที่ผ่านมา
๑.	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (A)	ปีงบ ๖๒ ทำได้ ๑๔ : ๖๙๗๐ = ๐.๒๐ %	deceased donor ๑๔ ราย	๖๙.๔ %
		ปีงบ ๖๓ ทำได้ ๖ : ๗๐๑๐ = ๐.๐๘๕ %	deceased donor ๖ ราย	๔๒.๕ %
		ปีงบ ๖๔ ทำได้ ๗ : ๖๗๓๐ = ๐.๑๐๔ %	deceased donor ๗ ราย	๑๒๒ %
		ปีงบ ๖๕ ทำได้ ๙ : ๕๘๒๒ = ๐.๑๕๔ %	deceased donor ๕ ราย	๑๔๘ %
		ปีงบ ๖๖ ทำได้ : ๖๓๘๘ = ๐.๐๗๘ %	deceased donor ๔ ราย	๓๐.๕๑๙ %
๒.	โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา (M๑)	ไม่มีทีม จัดเก็บดวงตา เป็นแผนพัฒนาปีงบ ๒๕๖๖		
๓.	โรงพยาบาลพิมาย (M๑)	ไม่มีทีม จัดเก็บดวงตา เป็นแผนพัฒนาปีงบ ๒๕๖๖		
๔.	โรงพยาบาลบัวใหญ่ (M๒)	ไม่มีทีม จัดเก็บดวงตา		
๕.	โรงพยาบาลนครบุรี (M๒)	ไม่มีทีม จัดเก็บดวงตา		
๖.	โรงพยาบาลด่านขุนทด (M๒)	ไม่มีทีม จัดเก็บดวงตา		
๗.	โรงพยาบาลโชคชัย (M๒)	ไม่มีทีม จัดเก็บดวงตา		

หมายเหตุ :

โรงพยาบาลระดับ S : โรงพยาบาลปากช่องนานา มีทีมที่ได้รับการอบรมจากสภาากาชาดไทยและสามารถจัดเก็บดวงตาได้ ให้บริการพื้นที่ใกล้เคียง เช่น อำเภอมหากเหล็ก จ.สระบุรี , สีคิ้ว ,สูงเนิน

โรงพยาบาลระดับ M๑ : มีแผนจัดให้มีทีมจัดเก็บดวงตา

- โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา มีแผนจัดส่งบุคลากรรับการอบรมการจัดเก็บดวงตาที่สภาากาชาดไทย (อยู่ระหว่างรอกำหนดวันเข้ารับการอบรม)

- โรงพยาบาลพิมาย อยู่ระหว่างเตรียมทีม

ตารางแสดงการดำเนินงานปลูกถ่ายไต จากผู้บริจาคที่มีชีวิต (living related donor) (ญาติสายตรง)

งบประมาณ ๒๕๖๒		งบประมาณ ๒๕๖๓		งบประมาณ ๒๕๖๔		งบประมาณ ๒๕๖๕	
จำนวน	วันที่ผ่าตัด	จำนวน	วันที่ผ่าตัด	จำนวน	วันที่ผ่าตัด	จำนวน	วันที่ผ่าตัด
รายที่ ๑	๓ ต.ค. ๖๑	รายที่ ๑	๓๐ ต.ค.๖๒	รายที่ ๑	๒๘ ต.ค.๖๓	รายที่ ๑	๒๘ ม.ค.๖๕
รายที่ ๒	๗ ธ.ค. ๖๑	รายที่ ๒	๑๕ ม.ค.๖๓	รายที่ ๒	๑๑ พ.ย.๖๓	รายที่ ๒	๒๕ มี.ค.๖๕
รายที่ ๓	๙ ม.ค. ๖๒	ม.ค.-มิ.ย. ๖๓ **งดเพราะCOVID-๑๙		รายที่ ๓	๒๒ ม.ค. ๖๔	รายที่ ๓	๘ เม.ย. ๖๕
รายที่ ๔	๖ ก.พ. ๖๒	รายที่ ๓	๑๙ ส.ค.๖๓	รายที่ ๔	๑๐ ก.พ. ๖๔	รายที่ ๔	๒๒ เม.ย. ๖๕

๒๕๑
ชื่อสัตย์ สามัคคี มีวินัย

งบประมาณ ๒๕๖๒		งบประมาณ ๒๕๖๓		งบประมาณ ๒๕๖๔		งบประมาณ ๒๕๖๕	
รายที่ ๕	๑๐ เม.ย.๖๒	รายที่ ๔	๓๐ ก.ย.๖๓	รายที่ ๕	๑๗ มี.ค. ๖๔	รายที่ ๕	๒๐ พ.ค. ๖๕
รายที่ ๖	๘ พ.ค. ๖๒			เม.ย. – ธ.ค. ๖๔ *** งด เพราะ COVID-๑๙		รายที่ ๖	๑๗ มิ.ย. ๖๕
รายที่ ๗	๑๒ มิ.ย.๖๒					รายที่ ๗	๙ ก.ย. ๖๕
						รายที่ ๘	๓๐ ก.ย. ๖๕

ตารางแสดงงานปลูกถ่ายไต จากผู้บริจาคผู้ป่วยสมองตาย (cadaveric donor หรือ deceased donor)

เริ่มดำเนินการ งบประมาณ ๒๕๖๓		งบประมาณ ๒๕๖๔		งบประมาณ ๒๕๖๕	
จำนวน	วันที่ผ่าตัด	จำนวน	วันที่ผ่าตัด	จำนวน	วันที่ผ่าตัด
รายที่ ๑	๒๗ มิ.ย. ๖๓	รายที่ ๑	๒๗ ต.ค. ๖๓	ต.ค. – ธ.ค. ๖๔ *** งด เพราะ COVID-๑๙	
รายที่ ๒	๑๙ ก.ย. ๖๓	รายที่ ๒	๓ พ.ย. ๖๓		
		รายที่ ๓	๒๘ พ.ย. ๖๓	รายที่ ๑	รายที่ ๓
		รายที่ ๔	๑๘ ม.ค.๖๔	รายที่ ๒	รายที่ ๔
		รายที่ ๕	๒๖ ม.ค.๖๔	รายที่ ๓	รายที่ ๕
		รายที่ ๖	๒๓ มี.ค. ๖๔	รายที่ ๔	รายที่ ๖
				รายที่ ๕	๒๓ ส.ค. ๖๕

ตารางแสดงการปลูกถ่ายกระจกตา ของหน่วยงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

- มีแพทย์ที่มีศัลยกรรมผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา ๑ ท่าน
- ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ - ๒๕๖๕

ปี พ.ศ.	ผู้แสดงความ จำนงบริจาค ดวงตา	ผู้ป่วยจอง ดวงตา	ผู้บริจาค ดวงตา	ผู้ป่วยที่ได้รับการ เปลี่ยนกระจกตา	ผู้ป่วยรอปลูกถ่าย กระจกตา สะสม (ราย)
๒๕๕๙	๒๐	๓๓	๑๓	๒๕	
๒๕๖๐	๒๖	๕๑	๒๒	๓๙	
๒๕๖๑	๒๘๑	๕๑	๑๙	๓๐	
๒๕๖๒	๔๗๙	๑๕	๑๑	๖	
๒๕๖๓	๑๔๘	๑๑	๖	๑	
๒๕๖๔	๑๒๒	๓๔	๐	๒	
๒๕๖๕	๕๑	๑๔	๖	๖	
รวม	๑๑๒๗	๒๐๑	๗๔	๑๐๓	

ที่มา : * ข้อมูลผลการดำเนินงานปลูกถ่ายกระจกตา : หน่วยงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

* ข้อมูลผู้บริจาคดวงตา(ในผู้ป่วยสมองตาย) : ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการพยาบาลปลูกถ่ายอวัยวะ รพม.นม.

ปัจจัยความสำเร็จ

- ๑ ผู้บริหารทุกระดับในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนให้ความสำคัญ
- ๒ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
 - มีการแจ้ง potential donor ที่รวดเร็ว
 - การ resuscitate ที่รวดเร็ว ตั้งแต่ก่อนการวินิจฉัยสมองตายและการเจรจาขอรับบริจาคอวัยวะ
 - ความร่วมมือของแพทย์เจ้าของไข้ เช่น neuro Sx ในการวินิจฉัยสมองตาย การให้ข้อมูลญาติ และ อนุญาตให้ทีมเข้าไปดำเนินการขอรับบริจาคอวัยวะ
 - ทีมพยาบาลประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ ที่มีความชำนาญและน่าเชื่อถือ
- ๓ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนให้การสนับสนุน
 - จัดจุดให้บริการให้คำปรึกษา / การรับแจ้งผู้มีความจำนงบริจาคอวัยวะ -
 - กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน
 - มีการประชาสัมพันธ์ในโรงพยาบาล และออกหน่วยบริการร่วมกับหน่วยแพทย์เคลื่อนที่พอสว.

โอกาสพัฒนา / สิ่งที่จะทำต่อไปในพื้นที่ที่มีผลงานต่ำ

- ๑ นโยบายที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมในการดำเนินการให้มีการบริจาคและจัดเก็บอวัยวะได้เพิ่มขึ้น
- ๒ ความก้าวหน้าทางวิชาชีพ และรายได้จะช่วยส่งเสริมให้มีผู้ร่วมงานมากขึ้น เช่น ตำแหน่ง
ผู้ประสานงานการรับบริจาค กำหนดอัตรา จำนวนในแต่ละโรงพยาบาล ระบุขอบเขตงานและ
ผลตอบแทนในตำแหน่ง
- ๓ แผนการจัด ward รองรับเตรียมความพร้อมผู้บริจาคอวัยวะ และการดูแลหลังบริจาคอวัยวะ
เพื่อการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม
- ๔ แผนพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลระดับ M๑ ให้มีทีมจัดเก็บดวงตา และสามารถจัดเก็บดวงตาได้
- ๕ กำกับ ติดตามผลการดำเนินงานที่ตอบสนองตัวชี้วัด Service Plan สาขาการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ
ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน เพื่อเป็นการกระตุ้นให้มีการสร้างความรู้ความเข้าใจ
ปรับทัศนคติของประชาชนในการบริจาคอวัยวะ และเพิ่มจำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

จัดให้มีแนวทางบริหารจัดการอัตราค่าปลุกถ่ายอวัยวะในรูปแบบใหม่ โดยเปิดหน่วยงานศูนย์ความเป็นเลิศด้านการพยาบาลปลูกถ่ายอวัยวะ เพื่อให้มี full time TC Nurse ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องรวมถึงเป็นแนวทางความก้าวหน้าของวิชาชีพ

ระบบการรักษาผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา
ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention rate)

วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา

จังหวัดนครราชสีมา มีเป้าหมายการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด ปี ๒๕๖๔ ทั้ง ๒ ระบบ จำนวน ๔,๘๒๙ ราย ได้แก่ ระบบสมัครใจ จำนวน ๓,๓๗๙ ราย (สป. ๓,๐๗๙ ราย,รพ.จิตเวชฯ ๓๐๐ ราย), และระบบต้องโทษ ๑,๔๕๐ ราย (ราชทัณฑ์ ๑,๒๐๐ ราย,กรมพินิจฯ ๒๕๐ ราย) โดยมีจุดเน้นการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในกลุ่มประชากร ช่วงวัยระหว่าง ๑๕-๒๔ ปี ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงมากที่สุดต่อปัญหายาเสพติด ลดวงจรอุปสงค์ (Demand) โดยการตัดวงจรรายใหม่ การป้องกันยาเสพติดแบบตรงเป้าหมาย การบำบัด รักษา ลดการกระทำผิดซ้ำ การติดตามช่วยเหลือ และการสร้างภูมิคุ้มกันให้กับเยาวชน บุคคล ชุมชน และสังคม การลดความรุนแรง และผลกระทบของปัญหายาเสพติดที่สร้างความเดือดร้อนให้กับชุมชนและสังคม การเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ ผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) และการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) โดยมีเป้าหมาย ให้เกิดรูปแบบการดำเนินงานในทุกอำเภอและพื้นที่ ที่มีการแพร่ระบาดสูงผ่านกลไกการดำเนินงานของ ประชาชน อนุรักษ์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดระดับจังหวัด/อำเภอ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) รวมถึงมีการกำกับดูแล ส่งเสริม สนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงานเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการบำบัดรักษา ดูแลช่วยเหลืออย่างมีคุณภาพ นอกจากนี้ยังมีระบบ การเฝ้าระวังติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) โดยมีระบบการค้นหาคัดกรอง ส่งต่อ บำบัดรักษา และดูแลช่วยเหลือ ติดตามหลังการบำบัดรักษาผ่านระบบ KORAT CARE U

ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน

ตัวชี้วัด	ปัจจัยที่ส่งผล
ร้อยละ ๖๐ ของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	<u>บุคคล</u> - ผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุน้อย ครอบครัวไม่อบอุ่น คบเพื่อนกลุ่มเดิมที่เคยใช้ยา ไม่เห็นคุณค่าของตนเอง มีปัญหาทางจิตเวช ร่วมกับการใช้ยาและเสี่ยงก่อความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการบำบัดรักษาในระยะยาว <u>ตัวยา</u> - พื้นที่ที่มีการระบาด ราคาถูก เข้าถึงง่าย ซื้อง่าย <u>สิ่งแวดล้อม</u> - พื้นที่แพร่ระบาด สถานที่เคยใช้ยาเป็นตัวกระตุ้น ชุมชนไม่ยอมรับ <u>ผู้ให้บริการ</u> จำนวนบุคลากรที่ผ่านการอบรมและปฏิบัติงานมีไม่เพียงพอ กรอบอัตรากำลังยังไม่ชัดเจน มีภาระงานหลายงาน มีการถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัด อบจ.ส่งผลให้การประสานงานเปลี่ยนแปลงไปตามโครงสร้างของภารกิจงาน

แนวทางการปรับปรุง / พัฒนา

๑. มาตรการส่งเสริมป้องกันไม่เสพยาเสพติด

๑.๑ จัดระเบียบสังคมร่วมบูรณาการค้นหา ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย ฝ่ายปกครอง ตำรวจ และผู้นำชุมชน ให้มีการตั้งด่าน (ปีใหม่ สงกรานต์), ประชากรรัฐ เพื่อป้องกัน และค้นหา ชักชวน ส่งต่อ ศูนย์คัดกรองตามประกาศการจัดตั้งในราชกิจจานุเบกษา เพื่อคัดกรอง แยกประเภทผู้ป่วยยาเสพติดให้เข้ารับการบำบัดรักษาโดยชุมชนมีส่วนร่วม ในสถานพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลมิถิธัญญารักษ์ (วัดบ้านหมื่น อำเภอดง จังหวัดนครราชสีมา) ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดสังกัดกลาโหม หรือโรงพยาบาลเฉพาะทาง เช่น โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

๑.๒ จัดกิจกรรมรณรงค์วันยาเสพติดโลก

๑.๓ โครงการส่งเสริมป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด (TO BE NUMBER ONE) จังหวัดนครราชสีมา

๑.๔ สนับสนุนการใช้กลไก โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด (TO BE NUMBER ONE) ผ่านชมรม TO BE NUMBER ONE กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จังหวัดนครราชสีมา

๒. มาตรการบำบัดฟื้นฟู ลดอันตรายจากยาเสพติด และกลับคืนสู่สังคม

๒.๑ โครงการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด HA ยาเสพติด จังหวัดนครราชสีมา (ร้อยละ ๘๐) ประเมิน Accredited ๒ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสีดา และโรงพยาบาลบัวลาย และประเมิน Re-Accredited ๑๒ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลโชคชัย, โรงพยาบาลโนนสูง, โรงพยาบาลพิมาย, โรงพยาบาลห้วยแถลง, โรงพยาบาลแก้งสนามนาง, โรงพยาบาลวังน้ำเขียว, โรงพยาบาลลำทะเมนชัย, โรงพยาบาลสีคิ้ว, โรงพยาบาลขามสะแกแสง, โรงพยาบาลเมืองยาง, โรงพยาบาลเสิงสาง, โรงพยาบาลเทพรัตน์-นครราชสีมา

๒.๒ จัดสรรงบประมาณการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด ระบบสมัครใจ อย่างเหมาะสมเพียงพอ ตามผลงานจริง

๓. มาตรการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย

๓.๑ สนับสนุนใช้กลไก พชอ.พัฒนาคุณภาพชีวิต ภาคประชาชน อสม.ร่วมกับท้องถิ่น ชุมชน ในการแก้ไขปัญหายาเสพติด ตามนโยบายของขงวชิฎปีใหม่ ในเรื่องตำบลสุขภาพต้นแบบ “๑ อำเภอ ๑ ตำบล สุขภาพต้นแบบ” ภายใต้ “ ตำบลคุณภาพชีวิตแบบบูรณาการ” ๑ อำเภอ ๑ ตำบลต้นแบบ

๓.๒ สนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานบำบัดรักษาโดยชุมชนมีส่วนร่วมแบบบูรณาการทุกอำเภอ

๔. มาตรการพัฒนาระบบข้อมูลและการสื่อสาร

๔.๑ โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบข้อมูล บสต.จังหวัดนครราชสีมา เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้บันทึกข้อมูลเครือข่ายทั้ง ๒ ระบบ (สมัครใจ, ต้องโทษ) จำนวน ๑ ครั้ง

๕. มาตรการพัฒนากฎหมายและการควบคุม

๖. มาตรการพัฒนาระบบบริหารจัดการ

๖.๑ ประชุมมอบนโยบายและแนวทางการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด จำนวน ๑ ครั้ง เน้น ให้ทุก รพ. เตรียมความพร้อมในการดำเนินการค้นหาเชิงรุกในสถานศึกษาร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อนำเข้าสู่การบำบัดรักษาในระบบสมัครใจที่เพิ่มมากขึ้น

๖.๒ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานบำบัดยาเสพติดในระดับพื้นที่ จำนวน ๖ โชนๆละ ๑ วัน

๖.๓ ประชุม Tele conference เพื่อมอบนโยบาย กำกับ ติดตาม ผลการดำเนินงานด้านยาเสพติด จากกระทรวงสาธารณสุข ๒ ครั้ง

๖.๔ สนับสนุน ชุดตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ (ยาบ้า) ให้แก่ โรงพยาบาลทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขทุกอำเภอ และศูนย์คัดกรองในสังกัด ตามเป้าหมาย

๖.๕ ประชุมประจำเดือน คอ.ปส.จ.นม และโต๊ะข่าวยาเสพติด วาระประชุมประจำเดือน

๖.๖ จัดประชุมโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนางานบำบัดรักษายาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม

๖.๗ จัดประชุมโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการก่อพฤติกรรมรุนแรงจากปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติดจังหวัดนครราชสีมา

กระบวนการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

๑. มีการดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการด้านการบำบัดจังหวัดนครราชสีมา ระดับจังหวัด และเขตสุขภาพที่ ๙ ครอบคลุมภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ที่มีบทบาทหน้าที่ครอบคลุม การบำบัดฟื้นฟูทุกระบบ และการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด รวมทั้งการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติดและการพัฒนาบุคลากร

๒. มีแผนบูรณาการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟู ระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพที่ครอบคลุมบทบาทภารกิจ และมีการสนับสนุนงบประมาณ องค์ความรู้แก่บุคลากรอย่างเพียงพอ

๓. ผู้ป่วยยาเสพติดในพื้นที่จังหวัดและเขตสุขภาพ ได้เข้าถึงบริการ การป้องกัน บำบัดรักษาฟื้นฟูอย่างมีคุณภาพ ครบวงจร ไร้รอยต่อโดยเฉพาะในกลุ่มยุ่งยากซับซ้อน กลุ่มติดยาเสพติดด้วยวิธีฉีด กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) โดยมีโรงพยาบาลจิตเวช-นครราชสีมาราชชนรินทร์เป็นสถานพยาบาลเฉพาะทางในจังหวัด และโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา รองรับผู้ป่วยที่จะใช้เมทาโดนทดแทน

๔. การแต่งตั้งคณะกรรมการด้านการบำบัดฯ ระดับจังหวัดที่ครอบคลุมภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยมีบทบาทหน้าที่ครอบคลุมการบำบัดในชุมชน การบำบัดฟื้นฟูทุกระบบ รวมทั้งการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

๕. การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (สาขาสุขภาพจิตและสารเสพติด) ระดับจังหวัด

๖. การจัดทำแผนบูรณาการดำเนินงานด้านการบำบัดฟื้นฟู ระดับจังหวัด ที่ครอบคลุมแผนงานด้านการบำบัดรักษาทุกระบบ การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด การบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) ที่บูรณาการกับทีม พชอ. มีแผนการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และแผนการพัฒนาบุคลากร

๗. มีการกำหนดมาตรฐานและระบบบริการ และการรับส่งต่อผู้ป่วยอย่างครบวงจร ภายในจังหวัด และเขตสุขภาพที่มุ่งเน้นการบริการครอบคลุม มี Clinical Practice Guideline (CPG)

- การป้องกัน การคัดกรอง และให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และส่งต่อเพื่อรับการบำบัดรักษา

- จัดตั้งโรงพยาบาลมินิธัญญารักษ์ ๑ แห่งในจังหวัดนครราชสีมา (วัดบ้านหมัน อำเภอคง) เพื่อเตรียมรับผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูระยะยาว
 - จัดระบบบริการการฟื้นฟูระยะยาวแบบผู้ป่วยใน สำหรับกลุ่มยุ่งยากซับซ้อน ร่วมกับสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด สังกัดกระทรวงกลาโหม
 - ผลักดันการติดตามต่อเนื่อง และการส่งต่อศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม
๘. ดำเนินงานตามข้อสั่งการเร่งด่วน ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด ในการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดอย่างครอบคลุมและทันทั่วถึง ดังนี้
- ๘.๑ ประสานความร่วมมือในการจัดตั้งศูนย์คัดกรองทั้งในและนอกสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครอบคลุมทุกตำบล โดยให้ยื่นขึ้นทะเบียนภายในวันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๕ ดำเนินการเสร็จสิ้นครบทุกแห่ง จำนวน ๓๕๐ แห่ง และมีประกาศในราชกิจจานุเบกษา เรื่อง กำหนดสถานที่ที่เป็นศูนย์คัดกรอง พ.ศ.๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๕
- ๘.๒ สนับสนุนและร่วมการดำเนินงานบูรณาการหน่วยงานในพื้นที่เพื่อบำบัดรักษา ฟื้นฟู และติดตาม ผู้ติดยาเสพติดโดยมีส่วนร่วมของชุมชน(Community based treatment and rehabilitation: CBTx) ครอบคลุมทุกตำบล มีการดำเนินการทั้งหมดครอบคลุมทุกอำเภอ จำนวน ๔๘ หมู่บ้าน
- ๘.๓ ประสานความร่วมมือให้โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป จัดให้มีบริการหอผู้ป่วยในจิตเวชและยาเสพติด ทุกโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป เพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในพื้นที่มีการดำเนินการจัดบริการแล้วจำนวน ๔ แห่ง คือ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา, โรงพยาบาลปากช่องนานา และโรงพยาบาลพิมาย
- ๘.๔ ประสานความร่วมมือให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง จัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด หรือมีหน่วยงานรับผิดชอบในการดูแลบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดให้ครบทุกโรงพยาบาล เขต ๔ แห่ง (รอรับการประเมิน) ได้แก่ โรงพยาบาลสีดา, โรงพยาบาลบัวลาย, โรงพยาบาลวังน้ำเขียว และโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ
๙. ร่วมกับงานสุขภาพจิตในการขับเคลื่อนการดำเนินงานแก้ไขปัญหามารยาทก่อนพฤติกรรมรุนแรงในสังคม “โครงการ KORAT CARE U จังหวัดนครราชสีมา”

การติดตามประเมินผล / ผลการดำเนินงาน

๑ แนวทางการติดตามประเมินผล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จะกำกับติดตามประเมินผลงานจาก ระบบรายงาน บสต. และรายงานข้อมูลเข้าที่ประชุมศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดนครราชสีมา ทุกเดือน

๒ ผลการดำเนินงาน

สถานการณ์ปัญหาเสพติดในจังหวัดนครราชสีมา จากระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ดังตาราง

ตารางแสดง ผลการดำเนินงานเทียบเป้าหมาย ๓ ปี ย้อนหลัง (ปี ๒๕๖๓ - ปี ๒๕๖๕)

ข้อมูลแสดงผลการดำเนินงาน (ทุกระบบ)

ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕
ร้อยละ ๖๐ ของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	เป้าหมาย	๘,๘๒๖	๑,๓๔๙	๑,๔๒๔
	ผลงาน	๗,๖๖๙	๗๙๔	๑,๐๒๘
	ร้อยละ	๘๖.๘๙	๕๘.๘๖	๗๒.๑๙

ที่มา: จากระบบรายงาน บสต. ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕

เป้าหมาย คือ จำนวนผู้บำบัดรักษา ตามสถานะที่มีการประเมินผลการบำบัดรักษาทั้งแบบครบโปรแกรม/ ไม่ครบโปรแกรม (ไม่รวมจำหน่ายผลเสียชีวิต ถูกจับ หรือผู้ป่วยที่ได้รับ methadone maintenance treatment : MMT(เนื่องจาก เป็นการดูแลต่อเนื่องไม่มีการจำหน่าย)

ผลงาน คือ จำนวนผู้บำบัดรักษา สถานะผู้เสพ หรือ ผู้ติด ที่ผ่านการบำบัดและได้รับการติดตามอย่างน้อย ๔ ครั้ง ใน ๑ ปี หลังจากสรุปผลการบำบัดรักษา และ จำนวนผู้บำบัดรักษา สถานะผู้ใช้ที่ผ่านการบำบัดและได้รับการติดตามอย่างน้อย ๑ ครั้ง ใน ๑ ปี หลังจากสรุปผลการบำบัดรักษา โดยวันที่สรุปผลการบำบัดรักษาถึงวันปัจจุบัน ต้องมากกว่าหรือเท่ากับ ๑ ปี (๓๖๕ วัน)

ปัจจัยความสำเร็จ

๑ ผู้บริหารทุกระดับ ให้ความสำคัญกับงานยาเสพติด มีนโยบายชัดเจน สนับสนุน กำลังคนงบประมาณ วัสดุอย่างเพียงพอ

๒ ผู้ปฏิบัติงานมีความตั้งใจ เสียสละ อดทน ให้โอกาสผู้ป่วยคืนคนดีสู่ครอบครัวและชุมชน

๓ ผู้ป่วยมีจิตสำนึกที่ดีต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน ตระหนักถึงโทษพิษภัยยาเสพติดไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด

๔ งบประมาณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสนับสนุนงบประมาณบำบัด, ติดตาม, การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) และสนับสนุนชุดตรวจอย่างเพียงพอ รองรับการบริหารงานในพื้นที่

๕ กำลังพล รพ./สสอ. จัดสรรกำลังคน ตามภาระงาน ใน รพ.และ รพ.สต.ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โอกาสพัฒนา / สิ่งที่จะทำต่อไปในพื้นที่ที่มีผลงานต่ำ

๑ การบันทึกข้อมูลผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด ตามตัวชี้วัดที่ ๔๒ เป็นการแสดงผลงานร่วมทั้งจังหวัด ในการประเมินภาพรวมจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีภาคีเครือข่ายหลายหน่วยงานในการบันทึก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไม่สามารถควบคุมหน่วยงานภายนอกได้ แต่ใช้เวทีการประชุมประจำเดือน ในการเร่งรัดติดตามผลการดำเนินงาน ผ่านการบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบ บสต.

๒ ผู้ดูแลระบบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มีการควบคุม กำกับ และติดตามตรวจสอบข้อมูลทุกเดือน เพื่อสะท้อนปัญหาและหาแนวทางแก้ไขร่วมกับพื้นที่ที่มีผลงานต่ำ ในระบบการบันทึกข้อมูล บสต. ให้ถูกต้องเป็นปัจจุบัน

๓ ขาดการทำงานเชิงรุกในการค้นหาผู้เข้ารับการรักษาในระบบสมัครใจ

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

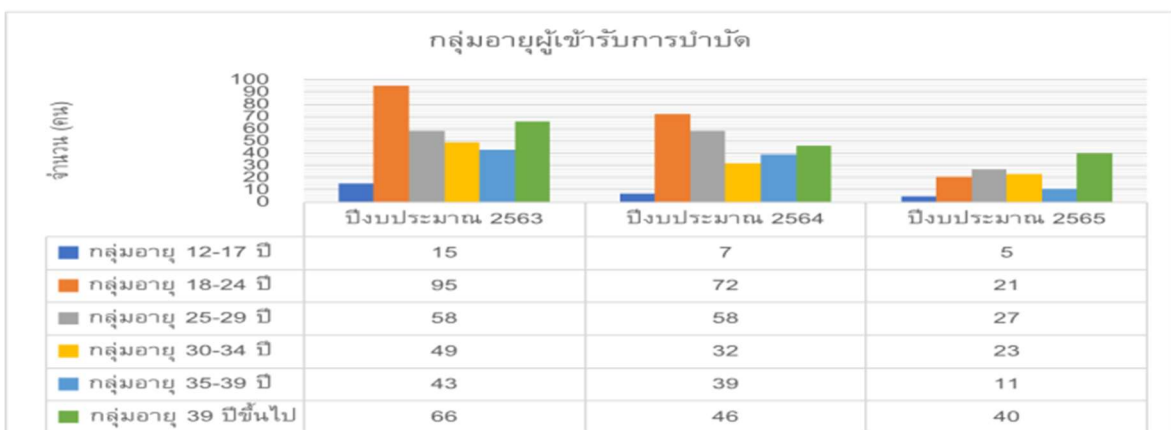
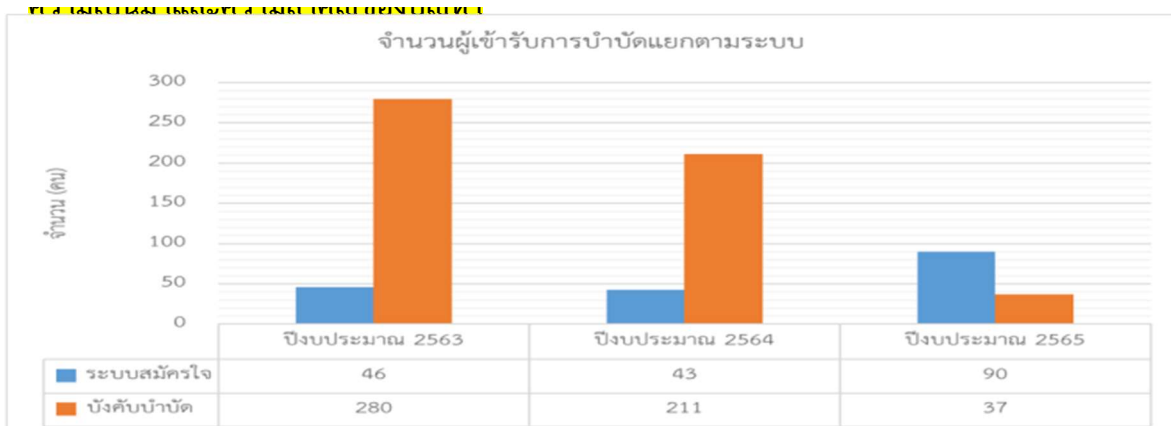
การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (Community Based Treatment : CBTx) บ้านชัยยาง หมู่ ๑๑ ตำบลหนองสาหร่าย อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา โดย สสอ.ปากช่อง



การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (Community Based Treatment : CBTx)

บ้านชัยยาง หมู่ 11 ตำบลหนองสาหร่าย อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

สถานการณ์ยาเสพติดในอำเภอปากช่อง



ระบบบริการผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ

วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา

จังหวัดนครราชสีมา ได้ดำเนินงานพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง ตั้งแต่ ปี ๒๕๖๐ แนวโน้มในการ Refer back ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และโรงพยาบาล Node ไปยังโรงพยาบาลระดับ M,F ในจังหวัดนครราชสีมา เพิ่มขึ้น ดังนั้น การพัฒนาโรงพยาบาลระดับ M,F

ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางจึงมีความสำคัญอย่างมาก การสร้างเครือข่ายสถานบริการ เช่น คลินิกกายภาพบำบัดเอกชน ที่ขึ้นทะเบียนร่วมบริการกับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (จำนวน ๓ แห่ง) การบริการฝังเข็มในโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) (จำนวน ๑๖ แห่ง) การสนับสนุนให้มีการใช้บริการที่ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพสุขใจใกล้บ้านที่มีการบริการในชุมชน ครอบคลุมทุกอำเภอ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพและเข้าถึงบริการมากยิ่งขึ้นและทั่วถึง(ผลการดำเนินงานศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ สุขใจใกล้บ้าน (จำนวน ๑๖ อำเภอ /๓๔ แห่ง)

ในส่วนของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน IMC มีแพทย์ พยาบาล (IMC nurse) และ นักกายภาพบำบัดที่รับผิดชอบงาน IMC ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล และมีพยาบาลที่อบรมหลักสูตรการฟื้นฟู ๔ เดือน จำนวน ๒๗ คน ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (๒๑ คน)/ โรงพยาบาลปากช่องนานา (๑ คน)/ โรงพยาบาลบัวใหญ่ (๑ คน)/โรงพยาบาลด่านขุนทด (๑คน) /โรงพยาบาลขามทะเลสอ (๑คน)/ โรงพยาบาลพิมาย(๑คน) / และโรงพยาบาลสีคิ้ว(๑คน)

พยาบาล อบรมหลักสูตร Stroke ๔ เดือนจำนวน ๑๔ คน ได้แก่ โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา (๓ คน) / โรงพยาบาลปากช่องนานา (๔คน) / โรงพยาบาลพิมาย(๑คน) / โรงพยาบาลบัวใหญ่ (๑ คน)/โรงพยาบาลโชคชัย (๑คน)/โรงพยาบาลปักธงชัย(๔ คน)/

พยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรฟื้นฟู ๕ วัน ครอบคลุมแห่ง จำนวน ๖๗ คน

โรงพยาบาลระดับ S จำนวน ๑ แห่ง ระดับ M,F จำนวน ๓๑ แห่ง มีการบริหารฟื้นฟูสภาพ

ระยะกลาง ๓๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

ผลการดำเนินงาน ๓ ปีย้อนหลังพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบริการและติดตาม ตามแผนการให้บริการผู้ป่วยเป็นรายบุคคลต่อเนื่องจนครบ ๖ เดือน หรือ Barthel index = ๒๐ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนี้

ปี ๒๕๖๓ จำนวน ๘๐๒ ราย

เยี่ยมครบ ๗๖๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๘

ปี ๒๕๖๔จำนวน ๑,๐๐๑ ราย

เยี่ยมครบ ๙๖๑ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๐๐

ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน

๑. กำหนดเป็นนโยบายระดับจังหวัด

๒. มีการดำเนินงานโดยคณะกรรมการ IMC SP ระดับเขต/จังหวัด/อำเภอ

๓. การมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๔. ขับเคลื่อนระบบงานโดยบูรณาการร่วมกับ พชอ. ของแต่ละพื้นที่

๕. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)จัดสรรงบดูแลผู้ป่วยตามเกณฑ์ จนครบ ๖ เดือน

แนวทางการปรับปรุง / พัฒนา

๑. ขยับเคลื่อนการดำเนินงานโดยคณะกรรมการ IMC SP ระดับเขต/จังหวัด/อำเภอ
๒. พัฒนาสร้างระบบ IMC bed/ward
 - พัฒนาเพิ่ม IMC bed ๓-๕ เตียง ในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง
 - พัฒนาเปิด IMC ward ในโรงพยาบาลทั่วไป อยู่ระหว่างเตรียมการ ขณะนี้จังหวัด นครราชสีมา มี IMC ward จำนวน ๒ แห่ง ที่รพ.มหาราชนครราชสีมา(๑๒ เตียง) และศูนย์อนามัยที่๙ นครราชสีมา (๘ เตียง) รวม ๒๐ เตียง
๓. พัฒนาบุคลากร สนับสนุนส่งพยาบาลอบรมหลักสูตรการฟื้นฟู ๔ เดือน ในโรงพยาบาลระดับ S และ M โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา โรงพยาบาลโชคชัยและ โรงพยาบาลนครบุรี
๔. พัฒนาระบบ Tele Consult ทุกวันพฤหัสบดีที่ ๑ และ ๓ ของทุกเดือน และขยายผลทำ Tele Consult ระดับโซน (Node) โดยเริ่มที่ โซนบัวใหญ่ Tele Consult กับลูกข่าย ได้แก่ โรงพยาบาลประทาย โรงพยาบาลแก่งสนามนาง โรงพยาบาลสีดา โรงพยาบาลบัวลาย
๕. สนับสนุนการสร้างเครือข่ายการดำเนินงาน ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ สุขใจใกล้บ้าน โดยการมีส่วนร่วมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ๑ แห่ง/๑ อำเภอ ผลการดำเนินงาน ๑๖ อำเภอ/๓๔ แห่ง
๖. กำหนดมาตรฐานการจัดบริการ
 - ทบทวน CPG และแนวทาง Care map /Home Ward ๔ โรค
 - ทบทวนแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยกลับโรงพยาบาลชุมชน (Refer back) และติดตามการดูแลผู้ป่วยที่ส่งกลับผ่านระบบ Zoom ทุกวันพฤหัสบดี
๗. พัฒนาระบบส่งต่อและติดตามข้อมูล ผ่านระบบสารสนเทศ ได้แก่ โปรแกรม Thai COC, R & refer

การติดตามประเมินผล/ ผลการดำเนินงาน**๑. แนวทางการติดตามประเมินผล**

- มีการประเมินผลการดำเนินงาน ปีละ ๒ ครั้ง
- มีการรายงานผลการดำเนินงาน และติดตามผลการดำเนินงานทุกเดือน

๒. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการและติดตาม ตามแผนการให้บริการผู้ป่วยเป็นรายบุคคลต่อเนื่องจนครบ ๖ เดือน หรือ Barthel index = ๒๐ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ปี ๒๕๖๕ จำนวน ๑๑๘๘ ราย เยี่ยมครบ ๑๑๓๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๖๒

- MC Bed โรงพยาบาล ทุกแห่ง จำนวน ๓๒ แห่ง/จำนวน ๑๒๕ เตียง
- IMC Ward จัดตั้งที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวน ๑๒ เตียง และที่ศูนย์อนามัยที่ ๙ นครราชสีมา จำนวน ๘ เตียง รวม ๒ แห่ง/๒๐ เตียง

จำนวนบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ IMC จังหวัดนครราชสีมา

ลำดับ	อัตรากำลัง IMC	จำนวนบุคลากร(คน)		รวมทั้งหมด
		รพช.	รพม.	
๑	แพทย์ Fam Med	๓๔	๑๔	๕๖
๒	แพทย์ฟื้นฟู	๑	๘	๙
๓	พยาบาลฟื้นฟูผ่านการอบรม ๔ เดือน	๖	๒๑	๒๗
๔	พยาบาลฟื้นฟูผ่านการอบรม ๕ วัน	๕๘	๙	๖๗
๕	พยาบาลStroke ผ่านการอบรม ๔ เดือน	๑๖	๓	๑๙
๖	นักกายภาพบำบัด	๑๐๗	๑๙	๑๒๖
๗	นักกิจกรรมบำบัด	๐	๔	๔
๘	นักกายอุปกรณ์	๐	๓	๓
๙	ช่างเครื่องช่วยคนพิการ	๐	๓	๓



ปัจจัยความสำเร็จ

๑. การพัฒนาศักยภาพพยาบาลฟื้นฟูได้อย่างทั่วถึง
๒. โรงพยาบาลระดับ M และ F มีการดำเนินงานสนองนโยบายเป็นอย่างดี
๓. จัดระบบการจัดโครงสร้างพื้นฐานสาธารณสุขระดับชุมชนมีความเข้มแข็ง
๔. มีระบบข้อมูลเพื่อการติดตามเยี่ยมบ้าน จากโปรแกรม Thai COC และ การบันทึกข้อมูลในระบบ E-claim

โอกาสพัฒนา/ สิ่งที่จะทำต่อไปในพื้นที่ที่มีผลงานต่ำ

โอกาสพัฒนา

๑. การพัฒนาระบบการบริการสุขภาพ ผู้ป่วยระยะกลางแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และในชุมชน ตามเกณฑ์ Checklist สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง มุ่งสู่ IMC คุณภาพ
๒. การพัฒนาระบบ tele conference /Tele Consult ติดตามผู้ป่วยที่จำหน่ายจาก โรงพยาบาลมหาราช-นครราชสีมา และตามโซน (node) กลับไปดูแลในโรงพยาบาลชุมชน/ในชุมชน (รพ.สต.)/ในชุมชน) เยี่ยมเชิงคุณภาพโดย สหสาขาวิชาชีพ ครอบคลุมโซน
๓. การพัฒนาระบบการควบคุม กำกับและติดตาม การดูแลผู้ป่วยระยะกลางและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน
๔. พัฒนาศักยภาพเพิ่มความรู้ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องและภาคีเครือข่ายทุกระดับ ในการดูแลผู้ป่วย IMC

สิ่งที่จะพัฒนาต่อไป (Next Step)

๑. สนับสนุน รพ.ชุมชนทุกแห่งมี IMC bed ๓-๕ เตียง และรพ.ทั่วไปทุกแห่งมี IMC ward /ห้องน้ำคนพิการ
๒. พัฒนาทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลและในชุมชน
๓. พัฒนาระบบการบริการสุขภาพ แบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และในชุมชน โดยใช้ IPD protocol/ care map
๔. สนับสนุนการจัดตั้งศูนย์สุขภาพ สุขใจ ใกล้เคียง ใกล้เคียง ให้ครอบคลุมทุกอำเภอละ ๑ แห่ง โดยมีส่วนร่วมจากองค์กรการบริหารส่วนจังหวัด (อปท.)
๕. จัดระบบ refer back ผู้ป่วยระยะกลาง

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

๑. นโยบายการจัดบริการและจัดระบบศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ สุขใจใกล้บ้าน โดยมีส่วนร่วมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ๑ แห่ง/ ๑ อำเภอ ดำเนินการครอบคลุมครบทุกอำเภอ
๒. จัดระบบการติดตาม การดูแลผู้ป่วย IMC ที่ส่งกลับจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาและโรงพยาบาล NODE ระบบ Zoom meeting : IMC Tele Consult ทุกวันพฤหัสบดีที่ ๑ และ ๓ ของเดือน

ระบบบริการเข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery

วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายปฏิรูประบบสาธารณสุข MOPH ๔.๐ ให้ประชาชนได้รับการด้วยการยกระดับการเข้าถึงเทคโนโลยีการแพทย์ขั้นสูง ที่ทันสมัย ใกล้บ้าน และมีคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ เขตสุขภาพที่ ๙ จัดทำ Model นวัตกรรมการบริหารจัดการสุขภาพประเด็นลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยมีนโยบายพัฒนาระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ One Day Surgery (ODS) เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพ การใช้ทรัพยากรด้านสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อ

๑. ลดความแออัดของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล ลดวันนอนรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้มีจำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน

๒. ลดระยะเวลารอคอยผ่าตัดในโรคที่ไม่ซับซ้อน ให้ผลการรักษาโรคเท่าเดิม ด้วยวิธีการรักษาและเทคโนโลยีที่ทันสมัย

๓. ประชาชนเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน สะดวก ปลอดภัย ใกล้บ้าน

๔. ลดค่าใช้จ่ายบริการการรักษา และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติในการมารับบริการ

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายของเขตสุขภาพที่ ๙ เริ่มดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๖๑ มาอย่างต่อเนื่อง สามารถให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแบบทำลายเนื้อเยื่อน้อยได้หลายระบบ มีผู้รับบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการให้บริการที่ผ่านมา พบภาวะแทรกซ้อน น้อยกว่า ๕% และไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือมีอันตรายถึงแก่ชีวิต

ตารางแสดง ผลการดำเนินงานผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

เทียบเป้าหมาย ๔ ปีย้อนหลัง (ปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๓)

ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓
ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับ การผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ ๖๐ (ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ ODS : ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ODS)	เป้าหมาย (ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ODS)	๑,๐๕๖	๑,๔๕๖	๙๑๓	๖๐๙
	ผลงาน (ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ ODS)	๒๓๔	๔๖๕	๕๑๐	๔๒๒
	ร้อยละ	๒๒.๑๕	๓๑.๙๓	๕๕.๘๖	๖๙.๒๙

ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน

๑. นโยบายที่ชัดเจนและต่อเนื่องทั้งระดับกระทรวง ระดับเขต และระดับโรงพยาบาล
๒. การกำหนดโครงสร้างการทำงานภายในโรงพยาบาล
๓. มีการทำงานแบบสหวิชาชีพ
๔. มีแนวทางการดำเนินงานที่เชื่อมโยงระดับตติยภูมิ ทติยภูมิ และปฐมภูมิ
๕. มีระบบจัดเก็บข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ดูแลและติดตามผู้ป่วยได้
๖. มีช่องทางการให้คำปรึกษา
๗. ปัจจัยด้านสังคม ที่มีความสำคัญในลำดับต้นๆ เช่นกัน คือวัฒนธรรมและความเชื่อในสังคม รวมถึงสภาพเศรษฐกิจ การคมนาคม มีผลต่อการตัดสินใจรับบริการ

๘. ปัจจัยด้านศักยภาพของโรงพยาบาล ความพร้อมในด้านเครื่องมือ โครงสร้าง ระบบการทำงาน แบบสหวิชาชีพ รวมถึงความเข้าใจและทัศนคติของผู้ปฏิบัติงาน

แนวทางการปรับปรุง / พัฒนา

๑. โรงพยาบาลปากช่องนานา

ข้อมูลพื้นฐาน ในการดำเนินงาน ODS

- แพทย์ศัลยกรรมทั่วไป ๔ / ศัลยกรรมกระดูกและข้อ ๖ / สูติ-นรีเวช ๕ / จักษุ ๒ / วิสัญญีแพทย์ ๔

- พยาบาลบุคลากรประจำศูนย์ ODS ๓ คน/พยาบาลห้องผ่าตัด ๑๖ คน/วิสัญญีพยาบาล ๑๒ คน

- ห้องผ่าตัด ๘ ห้อง / เตียงในห้อง recovery room พร้อมเครื่องMonitor ๑๐ เตียง

๑.๑ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและพิจารณาเข้าเกณฑ์ ODS โดยศัลยแพทย์ที่ OPD

๑.๒ ผู้ป่วยเข้ารับบริการที่ห้องผ่าตัด :

- ประเมินผู้ป่วยโดยวิสัญญีแพทย์
- เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติ (ก่อน - ขณะ - หลังผ่าตัด - จนถึงจำหน่าย)
- มีเตียงพักฟื้นสำหรับผู้ป่วย ODS ที่ห้องผ่าตัด

๑.๓ มีรูปแบบบริการ One stop service มีเจ้าหน้าที่รับยามาให้ผู้ป่วยและจำหน่ายผู้ป่วย ณ ห้องพักฟื้น

๑.๔ มีแผนการเปิดบริการเพิ่ม

๑.๕ ไม่พบปัญหากระบวนการดำเนินงานผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

๒. โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา

ข้อมูลพื้นฐาน ในการดำเนินงาน ODS

- แพทย์ศัลยกรรมทั่วไป ๓ / สูติ-นรีเวช ๑ / จักษุ ๒ / วิสัญญีแพทย์ ๑

- พยาบาลบุคลากรประจำศูนย์ ODS ๓ คน / พยาบาลห้องผ่าตัด ๒ คน / วิสัญญีพยาบาล ๒

- ห้องผ่าตัด ๒ ห้อง(ตึกOPD ชั้น ๔) /recovery room มี ๔ เตียง /เครื่องMonitor ๑ เครื่อง

๑.๑ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและพิจารณาเข้าเกณฑ์ ODS โดยศัลยแพทย์ที่ OPD

๑.๒ ประเมินผู้ป่วย ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ โดยวิสัญญีแพทย์ (Pre-anesthesia)

๑.๓ เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติ (ก่อน- ขณะ-หลังผ่าตัด) /ในวันผ่าตัดต้องมีญาติมาด้วย

๑.๔ หลังผ่าตัดผู้ป่วยนอนสังเกตอาการที่ recovery room ๒ ชั่วโมง

๑.๕ แพทย์ประเมินอาการ

๑) หากไม่มีภาวะแทรกซ้อน ให้คำแนะนำก่อนจำหน่าย (ญาติรับยาที่ห้องยา ชั้น๑)

๒) หากต้องสังเกตอาการต่อหรือผู้ป่วยกังวล ส่งพักฟื้นต่อที่ตึกผู้ป่วยในแยกตามเพศ

และแพทย์ประเมินอาการเพื่อเตรียมจำหน่ายอีกครั้ง ก่อนครบ ๒๔ ชั่วโมง

๑.๖ ขณะเตรียมจำหน่ายผู้ป่วย ให้ญาติลงไปรับยาที่ห้องยา ชั้น ๑

๓. โรงพยาบาลพิมาย

ข้อมูลพื้นฐาน ในการดำเนินงาน ODS

- แพทย์ศัลยกรรมทั่วไป ๑ / จักษุ ๑ / วิสัญญีแพทย์ ๑

ข้อสัถย สามัคคี มีวินัย

- พยาบาลบุคลากรประจำศูนย์ ODS ๓ คน/พยาบาลห้องผ่าตัด ๘ คน/วิสัญญีพยาบาล ๗
- ให้บริการ ODS ชั้น ๓ ของอาคาร ประกอบด้วย ห้องผ่าตัด ๔ ห้อง/ minor ๑ ห้อง / Pre-anesthesia /recovery room ๔ เตียง / เครื่องMonitor ๔ เครื่อง / หลังผ่าตัดสังเกตอาการที่ IPD ๒ เตียง /ห้องยาอยู่ชั้นเดียวกัน

๓.๑. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและพิจารณาเข้าเกณฑ์ ODS โดยศัลยแพทย์ที่ OPD พร้อมตรวจ

LAB/X-Ray

๓.๒. ประเมินผู้ป่วย /ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ โดยวิสัญญีแพทย์ (Pre-anesthesia)

๓.๓. เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติ (ก่อน-ขณะ-หลังผ่าตัด) /ในวันผ่าตัดต้องมีญาติมาด้วย ด้วยสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ได้จัดทำ แนวทางการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

๑) ทำ RT-PCR ตรวจหาเชื้อโควิด-๑๙ ก่อนวันผ่าตัด ๑ สัปดาห์ (ในวันที่มาพบแพทย์ครั้งแรก) หรือ ๗๒ ชั่วโมง โดยนัดมาทำ หรือให้บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเก็บตัวอย่าง ส่งตรวจที่ โรงพยาบาลพิมาย (เริ่มตรวจ ๐๙.๐๐ น. ผลออก ๑๖.๐๐ น.)

๒) กรณีเป็นรายที่ตรวจด้วยวิธี RT-PCR ไม่ได้ จะตรวจด้วย ATK และจัดห้องผ่าตัดพร้อม ทีมที่มีการป้องกัน แบบ Full PPE

๓) นัดผู้ป่วยมา IPD เตรียมก่อนเข้าห้องผ่าตัด ๑ วัน และผ่าตัดตอนเช้า เนื่องจากแนวทางปฏิบัติเดิม มีผลกระทบกับการปฏิบัติงานในเวลาปกติของ IPD

๔) หลังผ่าตัดผู้ป่วยนอนสังเกตอาการที่ IPD ในชั้นเดียวกัน จากนั้นประมาณ ๒ ชั่วโมง แพทย์จะประเมินอาการและวางแผนจำหน่ายในช่วงบ่าย

๓.๔. ขณะเตรียมจำหน่ายผู้ป่วย ให้ญาติรับยาที่ห้องยาชั้นเดียวกัน

ปัญหาที่พบ

๑. มีศัลยแพทย์ที่ทำผ่าตัดแบบวันเดียวกลับได้ ๑ คน /จักษุ ๑ คน
๒. มีทีมห้องผ่าตัดไม่เพียงพอในการให้บริการทุกสาขา (scrub nurse ๖ คน)
๓. โรงพยาบาลอยู่ในช่วงพัฒนาระดับ ต้องเปิดบริการเพิ่มหลายด้าน ทำให้อัตรากำลัง

ไม่เพียงพอ

แนวทางแก้ไข โดยการประชุมทีมผู้บริหาร มีมติ

๑. รอพิจารณา ODS ในสาขา Ortho
๒. อัตรากำลังพยาบาลในห้องผ่าตัดไม่เพียงพอ
 - มี Assistant Nurse ๓ คน /กำลังอบรม ๓ คน (รองรับสาขา Ortho)
 - มี Scrub nurse ๖ คน /กำลังอบรม ๒ คน
๓. เตรียมวางแผน การเปิดบริการเพิ่ม ตามรายโรคหัตถการของสภสข.

๔. โรงพยาบาลครบุรี

ข้อมูลพื้นฐาน ในการดำเนินงาน ODS

- แพทย์ศัลยกรรมทั่วไป ๑ (ผอ.) / วิสัญญีแพทย์ ๑
- พยาบาลบุคลากรประจำศูนย์ ODS ๔ คน/พยาบาลห้องผ่าตัด ๘ คน/วิสัญญีพยาบาล ๔
- เป็นอาคารชั้นเดียว มีห้องผ่าตัด ๔ ห้อง/ Pre-anesthesia /recovery room ๔ เตียง / เครื่อง Monitor ๒ เครื่อง

๔.๑. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและพิจารณาเข้าเกณฑ์ ODS โดยศัลยแพทย์ที่ OPD

ข้อสัถย สามัคคี มีวินัย

๔.๒. ประเมินผู้ป่วย / ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ โดยวิสัญญีแพทย์ (Pre-anesthesia)

๔.๓. เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติ (ก่อน – ขณะ – หลังผ่าตัด) / ในวันผ่าตัดต้องมีญาติมาด้วย ด้วยสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย โดยทำ ATK ตรวจหาเชื้อโควิด-๑๙ ในวันผ่าตัด เมื่อผลเป็นลบจึงทำการผ่าตัด

๔.๔ หลังผ่าตัดสังเกตอาการที่ recovery room แพทย์ประเมินอาการเพื่อจำหน่าย ไม่เกิน ๑๖.๐๐ น. / ญาติรับยาที่ตึก OPD ด้านหน้า

๕. โรงพยาบาลบัวใหญ่

ข้อมูลพื้นฐาน ในการดำเนินงาน ODS

- แพทย์ศัลยกรรมทั่วไป ๑ / จักษุ ๑ / วิสัญญีแพทย์ ๑
- พยาบาลบุคลากรประจำศูนย์ ODS ๒ คน/พยาบาลห้องผ่าตัด ๗ คน / วิสัญญีพยาบาล ๕
- ห้องผ่าตัด ๔ ห้อง/Pre-anesthesia /recovery room ๓ เตียง/เครื่อง Monitor ๓ เครื่อง

๕.๑. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและพิจารณาเข้าเกณฑ์ ODS โดยศัลยแพทย์ที่ OPD

๕.๒. ศูนย์ประสานงานที่ OPD ผู้ป่วยยืนยันใบนัด เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ประสานทีมผ่าตัด (แพทย์, พยาบาล) และส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

๕.๓. หลังผ่าตัดผู้ป่วยรักษาตัวที่ห้องพักฟื้นเพื่อสังเกตอาการและประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย

๕.๔. รอรับใบส่งยา/ใบนัด รับยาและชำระค่ายา กลับบ้านได้

ปัญหาที่พบ

๑. มีศัลยแพทย์ ๑ คน ส่งผลต่อการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ เนื่องจากมีการผ่าตัดผู้ป่วยในกรณีอื่นด้วย

๒. สาขาอื่น เช่น Ortho อยู่ระหว่างศึกษาการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

๖. โรงพยาบาลประทาย

ข้อมูลพื้นฐาน ในการดำเนินงาน ODS

- แพทย์ศัลยกรรมทั่วไป ๑ / จักษุ ๑ / วิสัญญีแพทย์ ๐
- พยาบาลบุคลากรประจำศูนย์ ODS ๔ คน/พยาบาลห้องผ่าตัด ๒ คน/วิสัญญีพยาบาล ๑
- ห้องผ่าตัด ๑ ห้อง /recovery room ๑ เตียง / เครื่อง Monitor ๑ เครื่อง

๖.๑. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและพิจารณาเข้าเกณฑ์ ODS โดยศัลยแพทย์ที่ OPD

๖.๒. ผู้ป่วยเข้ารับบริการที่ห้องผ่าตัด : พยาบาลเยี่ยมประเมินความพร้อมก่อนผ่าตัด

๖.๓. ให้บริการผ่าตัด

๖.๔. หลังผ่าตัดย้ายกลับพักฟื้นที่ ODS Zone หอผู้ป่วยใน

๖.๕. ประเมินอาการผู้ป่วยให้กลับบ้านโดยมีญาติรับกลับอย่างน้อย ๑ คน

ปัญหาที่พบ

๑. มีศัลยแพทย์ ๑ คน (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)

๒. ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ กังวลในการกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ช่วงกลางวันญาติจะออกไปทำงาน จึงไม่มีการให้บริการผ่าตัด ODS

๗. โรงพยาบาลด่านขุนทด

ข้อมูลพื้นฐาน ในการดำเนินงาน ODS

- แพทย์อายุรกรรม ๑ / สูติรีแพทย์ ๑ / ศัลยกรรมกระดูกและข้อ ๑ / วิสัญญีแพทย์ ๑
- พยาบาลส่งกลัองทางเดินอาหาร ๔ คน
- พยาบาลบุคลากรประจำศูนย์ ODS ๕ คน / พยาบาลห้องผ่าตัด ๓ คน / วิสัญญีพยาบาล ๒
- ห้องผ่าตัด ๒ ห้อง / recovery room ๒ เตียง / เครื่อง Monitor ๒ เครื่อง
- สังเกตอาการที่ตึกผู้ป่วยใน ๖ เตียง

๗.๑. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและพิจารณาเข้าเกณฑ์ ODS โดยแพทย์ที่ OPD

๗.๒. ศูนย์ประสานงานที่ OPD ผู้ป่วยยืนยันในนัด เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ประสานทีมผ่าตัด (แพทย์, พยาบาล) และส่งผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด

๗.๓. หลังผ่าตัดผู้ป่วยรักษาตัวที่ห้องพักฟื้นเพื่อสังเกตอาการและประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย

๗.๔. รอรับใบสั่งยา/ใบนัด รับประทานและชำระค่ายา กลับบ้านได้

ปัญหาที่พบ

๑. ไม่มีศัลยแพทย์
๒. ไม่มีกล้องสำหรับทำ colonoscopy
๓. มีสูติรีแพทย์ แต่สามารถทำ หมั่นแหย่ ได้

แนวทางแก้ไข

๑. เช่ากล้องจากบริษัท เพื่อทำ colonoscopy วันละ ๑๐,๐๐๐+ บาท / ในการดำเนินงานต้องรวบรวม

ผู้ป่วยให้เหมาะสมกับต้นทุนการเช่ากล้อง

๒. ขอรับการสนับสนุนศัลยแพทย์จากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (นพ.พัชร หอหินทร์)

๘. โรงพยาบาลสีคิ้ว

ข้อมูลพื้นฐาน ในการดำเนินงาน ODS

- แพทย์ศัลยกรรมทั่วไป ๑ / ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ ๑ / วิสัญญีแพทย์ ๐
- พยาบาลบุคลากรประจำศูนย์ ODS ๓ คน / พยาบาลห้องผ่าตัด ๔ คน / วิสัญญีพยาบาล ๒
- ห้องผ่าตัด ๒ ห้อง / recovery room ๑ เตียง / เครื่อง Monitor ๑ เครื่อง

๘.๑. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและพิจารณาเข้าระบบ One Day Surgery และนัดผ่าตัด

๘.๒. ก่อนวันผ่าตัดพยาบาลห้องผ่าตัดโทรติดตามผู้ป่วย ทบทวนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดให้ข้อมูลการผ่าตัด

๘.๓ ห้องผ่าตัด :- จัดเตรียมเอกสาร

- ชักประวัติเตรียมความพร้อม และให้ข้อมูลผู้ป่วย
- ประสานงานทีมผ่าตัด ได้แก่ ศัลยแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด

๘.๔. หลังผ่าตัดผู้ป่วยพักรักษาตัวที่ห้องพักฟื้น ประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่ายและให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดก่อนจำหน่าย

๘.๕. ไม่พบปัญหาในการดำเนินงาน : ศัลยแพทย์เป็นประธานโครงการ / มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน

๙. โรงพยาบาลโชคชัย

ข้อมูลพื้นฐาน ในการดำเนินงาน ODS

- แพทย์ศัลยกรรมทั่วไป ๒ / วิสัญญีแพทย์ ๑/แพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหาร ๒ / พยาบาลส่องกล้องทางเดินอาหาร ๔ คน
- พยาบาลบุคลากรประจำศูนย์ ODS ๗ คน/พยาบาลห้องผ่าตัด๖ คน /วิสัญญีพยาบาล๓
- ห้องผ่าตัด ๒ ห้อง /recovery room ๒ เตียง / เครื่องMonitor ๒ เครื่อง

๙.๑. การบริการ ODS

- OR : วันก่อนผ่าตัด พยาบาลโทรติดตามผู้ป่วย ทบทวนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ให้ข้อมูลการผ่าตัด/ออกรหัสกำกับการทำหัตถการ
 - OPD : วันผ่าตัด ผู้ป่วยยืนยันนัด /เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ประสานทีมผ่าตัด (แพทย์,พยาบาล)และส่งผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด
 - IPD ผู้ป่วยพักที่ห้องพักฟื้นเพื่อสังเกตอาการและประเมินสภาพผู้ป่วย ก่อนจำหน่ายที่ ศูนย์ประสานงาน ODS ที่ IPD
- ๙.๒. มีการจัดลำดับการใช้ห้องผ่าตัดตามความเร่งด่วนของโรค

๑๐ โรงพยาบาลห้วยแถลง

ข้อมูลพื้นฐาน ในการดำเนินงาน ODS

- ไม่มีแพทย์ศัลยกรรม แต่จะเป็นการเชิญทีมแพทย์ พยาบาล จาการ.พ.ยันฮี และวิสัญญีแพทย์ จาการ.พ.เปาโล โชคชัย๔ มาทุก ๓ เดือน
- พยาบาลบุคลากรประจำศูนย์ ODS ๑ คน /พยาบาลห้องผ่าตัด ๒ ค /วิสัญญีพยาบาล ๑
- ห้องผ่าตัด ๒ ห้อง /recovery room ๒ เตียง / เครื่องMonitor ๒ เครื่อง

หมายเหตุ

แพทย์ประจำที่โรงพยาบาลจะตรวจคัดกรองเบื้องต้น ส่งพบวิสัญญีพยาบาล เพื่อประเมิน และมีระบบโทรปรึกษาศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์ (ทีมแพทย์ วิสัญญีแพทย์ จาการ.พ.ยันฮี และรพ.เปาโล จะมาประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ๑ วัน)

กรณีพบปัญหา และปรึกษาโรงพยาบาลพิมาย / โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาการบริการ ODS

- OR : วันก่อนผ่าตัด พยาบาลโทรติดตามผู้ป่วย ทบทวนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ให้ข้อมูลการผ่าตัด/ออกรหัสกำกับการทำหัตถการ
- OPD : วันผ่าตัด ผู้ป่วยยืนยันนัด /เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ประสานทีมผ่าตัด (แพทย์,พยาบาล)และส่งผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด
- IPD : ผู้ป่วยพักที่ห้องพักฟื้นเพื่อสังเกตอาการและประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่ายที่ศูนย์ประสานงาน ODS ที่ IPD

๑๑ โรงพยาบาลขามทะเลสอ

ข้อมูลพื้นฐาน ในการดำเนินงาน ODS จะเปิดให้บริการ colonoscopy และ Esophago Gastroduodenoscopy

- ไม่มีศัลยแพทย์ และวิสัญญีพยาบาล แต่จะเป็นการเชิญแพทย์(โรงพยาบาลมหาราชาฯ , วิสัญญีพยาบาล (โรงพยาบาลสูงเนิน) พยาบาลส่องกล้องทางเดินอาหาร(โรงพยาบาลมหาราชาฯ)
- พยาบาลบุคลากรประจำศูนย์ ODS ๑ คน / พยาบาลห้องผ่าตัด ๒ คน

ข้อสัถย สามัคคี มีวินัย

- ห้องผ่าตัด ๑ ห้อง /recovery room ๑ เตียง / เครื่องMonitor ๑ เครื่อง

หมายเหตุ

แพทย์ประจำที่โรงพยาบาลจะตรวจคัดกรองเบื้องต้น ส่งพบวิสัญญีพยาบาล เพื่อประเมินกรณีพบปัญหา และ ปรีกษาโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา/โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาการบริการ ODS

- OR : วันก่อนผ่าตัด พยาบาลโทรติดตามผู้ป่วย ทบทวนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ให้ข้อมูลการผ่าตัด/ออกรหัสกำกับการทำหัตถการ
- OPD : วันผ่าตัด ผู้ป่วยยืนยันในนัด /เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ประสานทีมผ่าตัด (แพทย์,พยาบาล)และส่งผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด
- IPD : ผู้ป่วยพักที่ห้องพักฟื้นเพื่อสังเกตอาการและประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่ายที่ศูนย์ประสานงาน ODS ที่ IPD

๒. มาตรการ / โครงการที่สำคัญ ปี ๒๕๖๕ (ตามแนวทาง ๖ Building Block)**๒.๑ Service Delivery (ระบบบริการ) :**

- ๒.๑.๑ จัดตั้งศูนย์ ODS เป็นแบบ One stop service ในโรงพยาบาลที่ให้บริการ
- ๒.๑.๒ เพิ่มศักยภาพการให้บริการรายโรค
- ๒.๑.๓ มีระบบให้คำปรึกษาด้านวิสัญญี ในโรงพยาบาลที่ไม่มีวิสัญญีแพทย์

๒.๒ Workforce (กำลังคนด้านสุขภาพ) :

- ๒.๒.๑ ฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพศัลยแพทย์ และแพทย์สาขาที่เกี่ยวข้อง ให้มีทักษะผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเพิ่มมากขึ้น
- ๒.๒.๒ ฝึกอบรมวิสัญญีแพทย์ และวิสัญญีพยาบาล ในการจัดบริการ Pre-anesthesia
- ๒.๒.๓ จัดส่งพยาบาล และวิสัญญีพยาบาล ODS อบรม nurse manager
- ๒.๒.๔ พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วน
- ๒.๒.๕ มีการแชร์ทรัพยากรบุคลากร โดยขอรับการสนับสนุน ศัลยแพทย์ , วิสัญญีแพทย์ , วิสัญญีพยาบาล และทีมงาน จากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาหรือโรงพยาบาลที่มีศักยภาพให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน

๒.๓ IT (ระบบข้อมูลข่าวสาร) :

- ๒.๓.๑ พัฒนาระบบสารสนเทศ ที่สนับสนุนการบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วน และการเบิกจ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ
- ๒.๓.๒ ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโดย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ผ่านระบบ Thai COC

๒.๔ Drug & Equipment (เทคโนโลยีทางการแพทย์) :

- จัดหาครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย สนับสนุนระบบบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

๒.๕ Financing (ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ) : เสนอบประมาณในการจัดทำโครงการพัฒนางานต่อผู้บริหารทั้ง ระดับจังหวัด และระดับเขต

๒.๖ Governance (ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล) : คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ service plan สาขาศัลยกรรม ระดับจังหวัด ดำเนินงานและติดตามความก้าวหน้า

๒.๗ Participation (การมีส่วนร่วมของชุมชน เครือข่าย) :

๒.๗.๑ การประชาสัมพันธ์ผลลัพธ์การดำเนินงานโดยผู้ป่วยและญาติ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการรับบริการผ่าตัดวันเดียวกลับ

๒.๗.๒ เครือข่าย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือหมอประจำบ้าน (ตามนโยบาย ๓ หมอ) มีส่วนร่วมในการติดตาม ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

๔. การติดตามประเมินผล / ผลการดำเนินงาน

๑. แนวทางการติดตามประเมินผล

๑ โรงพยาบาลจัดทำข้อมูลรายงานส่งผู้รับผิดชอบสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา

๒. สอบถามปัญหาอุปสรรค จากการวิเคราะห์ข้อมูลรายงาน

๒. ผลการดำเนินงาน

ปัจจุบันจังหวัดนครราชสีมา มีโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาล One Day Surgery และสามารถดำเนินการได้ทั้งสิ้น ๑๐ แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา , โรงพยาบาลเทรตัน-นครราชสีมา ,โรงพยาบาลปากช่องนานา ,โรงพยาบาลพิมาย ,โรงพยาบาลครบุรี ,โรงพยาบาลบัวใหญ่ ,โรงพยาบาลประทาย ,โรงพยาบาลด่านขุนทด ,โรงพยาบาลสีคิ้ว ,โรงพยาบาลโชคชัย ,โรงพยาบาลขามทะเลสอ ,โรงพยาบาลห้วยแถลง ,โรงพยาบาลสูงเนิน , โรงพยาบาลปักธงชัย , โรงพยาบาลโนนไทย , โรงพยาบาลจักราช และโรงพยาบาลชุมพวง

➤ สถานการณ์/แนวโน้ม/ผลการดำเนินงานภาพรวมจังหวัดนครราชสีมาปี๒๕๖๔-๒๕๖๕

ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ≥ ร้อยละ ๒๐ (ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ ODS : ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด)	ผลงาน (ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ ODS)	๔๙๐	๔๙๘
	เป้าหมาย (ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด)	๒,๘๑๒	๑,๗๕๗
	ร้อยละ	๑๗.๔๓	๒๘.๓๔

ปัจจัยความสำเร็จ

๑ การได้รับการสนับสนุน และให้ความสำคัญต่อประโยชน์ ที่จะเกิดจากการพัฒนางาน เป็นอย่างดี จากผู้บริหารสูงสุดในระดับเขต ระดับจังหวัด และโรงพยาบาลแม่ข่ายตระหนักถึงการพัฒนาระบบบริการ การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ส่งผลให้การดำเนินงานลุล่วงเป็นรูปธรรม

๒ การได้รับความร่วมมือ จากทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ส่งผล ให้การดำเนินงานสำเร็จ และการดูแลผู้ป่วยตามคู่มือ รวมทั้งแนวทางที่กำหนด จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความ ปลอดภัย

๓ แรงจูงใจจากการเบิกจ่ายค่าตอบแทนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และกองทุน ประกันสังคม

๔ มีการพัฒนาการให้บริการในรูปแบบ โดยการแชร์ทรัพยากรด้านบุคลากรเพื่อให้บริการแก่ ประชาชนในพื้นที่ที่มีศักยภาพแต่ยังขาดบุคลากร

ปัจจัยพัฒนาในที่ ที่มีผลงานต่ำ

๑ แพทย์ที่สามารถผ่าตัดแบบ ODS มีไม่เพียงพอ หรือบางไม่มี

๒ ขาดแคลนวิสัญญีแพทย์ ทำให้ไม่สามารถให้บริการผ่าตัดแบบ ODS ในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว หรือผู้สูงอายุ

๓ ศูนย์การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ไม่มีโครงสร้างชัดเจน ขาดอัตรากำลังพยาบาล Full time

๔ ประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจในระบบบริการ ODS รวมทั้งความเชื่อของการผ่าตัดที่มี โอกาสทำให้แผลแยกไม่ติด

๕ ขาดการประชาสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล , อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม./หมอประจำบ้าน คนที่ ๑)

๖ ขาดครุภัณฑ์ที่จำเป็น

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- จังหวัดนครราชสีมามีโรงพยาบาลระดับ F๑ ที่มีศัลยแพทย์ มีศักยภาพบริการผ่าตัดแบบวันเดียว กลับได้

- มีการดำเนินงานแบบแชร์ทรัพยากร หรือเครือข่าย เช่น ในโรงพยาบาลที่ไม่มีศัลยแพทย์ ไม่มี วิสัญญีแพทย์

๑. มีการประสานทีมแพทย์ , วิสัญญีแพทย์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา หรือ โรงพยาบาลเอกชนจังหวัดอื่น ที่มีศักยภาพให้บริการในพื้นที่

๒. ขอรับการสนับสนุนวิสัญญีแพทย์จากโรงพยาบาล NODE หรือ จากโรงพยาบาล

๓. โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เป็นที่ปรึกษา

การผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)

การผ่าตัดแบบส่องกล้อง หรือ ที่เรียกว่า Minimal Invasive Surgery (MIS) เป็นการเจาะรูเล็กเพียง ๑ - ๒ ซม. บริเวณผิวหนังที่ต้องการจะผ่าตัด เพื่อสอดอุปกรณ์ผ่าตัด และกล้องขนาดเล็ก พร้อมบันทึกภาพและส่งมายังจอรับซึ่งทำหน้าที่แทนตาของศัลยแพทย์ รวมถึงอุปกรณ์อื่นๆ ซึ่งประสิทธิภาพการรักษายังมีเช่นเดียวกับการผ่าตัดมาตรฐานเปิดแผลใหญ่ แต่มีความคมชัดมากขึ้น เพราะกล้องมีกำลังขยายสูง สามารถเข้าไปผ่าตัดในจุดเล็กๆ ที่มือแพทย์เข้าไม่ถึง และยังกระทบกระเทือนอวัยวะภายในน้อย จึงช่วยลดผลแทรกซ้อน ทั้งยังทำให้การผ่าตัดสะดวก ลดความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัดทำให้ระยะพักฟื้นของผู้ป่วยน้อยลง การผ่าตัดอาจใช้เวลามากกว่าการผ่าตัดแบบมาตรฐานเปิดแผลใหญ่ เนื่องจากเครื่องมือมีขนาดเล็ก จึงตัดอวัยวะต่างๆ ได้ทีละน้อย

การผ่าตัดถุงน้ำดี แบบผ่านกล้อง (laparoscopic cholecystectomy) จัดเป็นรูปแบบหนึ่งของการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery หรือ MIS เป็นวิธีผ่าตัดที่เจ็บน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง ปัจจุบันการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบผ่านกล้องได้ผลดีและเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยมาก เนื่องจากมีแผลขนาดเล็กเพียง ๐.๕ ซม. ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้เร็ว

วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา

โรงพยาบาลที่เปิดให้บริการ การผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก ดังนี้

๑. โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
๒. โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา
๓. โรงพยาบาลปากช่องนานา
๔. โรงพยาบาลพิมาย

ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน

๑. นโยบายที่ชัดเจนและต่อเนื่องทั้งระดับกระทรวง ระดับเขต และระดับโรงพยาบาล
๒. การกำหนดโครงสร้างการทำงานภายในโรงพยาบาล
๓. มีการทำงานแบบสหวิชาชีพ
๔. มีแนวทางการดำเนินงานที่เชื่อมโยงระดับตติยภูมิ ทติยภูมิ และปฐมภูมิ
๕. มีระบบจัดเก็บข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ดูแลและติดตามผู้ป่วยได้
๖. มีช่องทางการให้คำปรึกษา
๗. ปัจจัยด้านสังคม ที่มีความสำคัญในลำดับต้นๆ เช่นกัน คือวัฒนธรรม และความเชื่อในสังคม รวมถึงสภาพเศรษฐกิจ การคมนาคม มีผลต่อการตัดสินใจรับบริการ
๘. ปัจจัยด้านศักยภาพของโรงพยาบาล ความพร้อมในด้านเครื่องมือ โครงสร้าง ระบบการทำงาน แบบสหวิชาชีพ รวมถึงความเข้าใจและทัศนคติของผู้ปฏิบัติงาน

มาตรการ โครงการที่สำคัญ ปี ๒๕๖๕ (ตามแนวทาง ๖ Building Block)

๒.๑ Service Delivery (ระบบบริการ) :

- ๒.๑.๑ จัดตั้งศูนย์ ODS MIS ในโรงพยาบาลที่ให้บริการ
- ๒.๑.๒ เพิ่มศักยภาพการให้บริการรายโรค
- ๒.๑.๓ มีระบบให้คำปรึกษาด้านวิสัญญี (Pre-anesthesia)

๒.๒ Workforce (กำลังคนด้านสุขภาพ) :

- ๒.๒.๑ ฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพศัลยแพทย์ และแพทย์สาขาที่เกี่ยวข้อง ให้มีทักษะผ่าตัดผ่านกล้องเพิ่มมากขึ้น
- ๒.๒.๒ ฝึกอบรมวิสัญญีแพทย์ และวิสัญญีพยาบาล ในการจัดบริการ Pre-anesthesia
- ๒.๒.๓ จัดส่งพยาบาล และวิสัญญีพยาบาล อบรม การให้บริการและการดูแลผู้ป่วยที่รับบริการ MIS
- ๒.๒.๔ พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วน
- ๒.๒.๕ มีการแชร์ทรัพยากรบุคลากร โดยขอรับการสนับสนุน ศัลยแพทย์ , วิสัญญีแพทย์ , วิสัญญีพยาบาล และทีมงาน จากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาหรือโรงพยาบาลที่มีศักยภาพให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน

๒.๓ IT (ระบบข้อมูลข่าวสาร) :

- ๒.๓.๑ พัฒนาระบบสารสนเทศ ที่สนับสนุนการบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วน และการเบิกจ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ
- ๒.๓.๒ ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโดย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ผ่านระบบ Thai COC

๒.๔ Drug & Equipment (เทคโนโลยีทางการแพทย์) :

- จัดหาครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย สนับสนุนระบบบริการการผ่าตัดแผลเล็ก ผ่านกล้อง (Minimally Invasive Surgery : MIS)
- เตรียมความพร้อมด้านธนาคารเลือด และห้องปฏิบัติการที่รองรับ

๒.๕ Financing (ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ)

: เสนอบประมาณในการจัดทำโครงการพัฒนางานต่อผู้บริหารทั้งระดับจังหวัด และเขต

๒.๖ Governance (ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล)

: คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ service plan สาขาศัลยกรรม ระดับจังหวัด ดำเนินงานและติดตามความก้าวหน้า

๒.๗ Participation (การมีส่วนร่วมของชุมชน เครือข่าย) :

- ๒.๗.๑ การประชาสัมพันธ์ผลลัพธ์การดำเนินงานโดยผู้ป่วยและญาติ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการรับบริการ
- ๒.๗.๒ เครือข่าย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือหมอบริการบ้าน (ตามนโยบาย ๓ หมอ) มีส่วนร่วมในการติดตาม ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

การติดตามประเมินผล / ผลการดำเนินงาน

๑ แนวทางการติดตามประเมินผล

๑ โรงพยาบาลจัดทำข้อมูลรายงานส่งผู้รับผิดชอบสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา

๒ สอบถามปัญหาอุปสรรค จากการวิเคราะห์ข้อมูลรายงาน

ข้อมูลผลการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอีกเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (MIS)

ปี๒๕๖๕(๑ ม.ค. ๖๕- ๓๑ ธ.ค.๖๕) แยกรายโรงพยาบาล

โรคหัตถการ gallstone/cholecystitis	รพ.มหาราช นครราชสีมา (A)	รพ.เทพรัตน์ นม. (M๑)	รพ.ปากช่อง (S)	รพ.พิมาย (M๑)	ภาพรวม จังหวัด
A : จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอีกเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็กทั้งหมด	๙๑	๒๗	๒๕	๙	๑๕๒
A๑ : จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอีกเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็กและเกิดการบาดเจ็บ CBD injury หรือเกิด massive bleeding ซึ่งต้องให้เลือด ๒ ยูนิต ขึ้นไประหว่างผ่าตัดหรือ hollow viscus organ injury	๐	๐	๐	๐	๐
A๒ : จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอีกเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็กและเกิดภาวะแทรกซ้อน Re-admit ภายใน ๑ เดือน	๐	๐	๐	๐	๐
B : จำนวนผู้ป่วยรายโรคทั้งหมด	๑๔๕	๒๗	๒๘	๑๐	๒๑๗
ร้อยละ	๒๘.๒๘	๑๐๐	๘๙.๒๙	๙๐	๗๐.๐๕

จากข้อมูลพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอีกเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็กทั้งหมด คิดเป็น ร้อยละ ๗๐.๐๕ ไม่มีผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอีกเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)

ปัจจัยความสำเร็จ

๑ การได้รับการสนับสนุน และให้ความสำคัญต่อประโยชน์ ที่จะเกิดจากการพัฒนางาน เป็นอย่างดี จากผู้บริหารสูงสุดในระดับเขต ระดับจังหวัด และผู้บริหารโรงพยาบาล ส่งผลให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย เป็นรูปธรรม

๒ การได้รับความร่วมมือ จากทีมบุคลากรทางการแพทย์ ทางกายภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดการพัฒนาเชิงระบบ ส่งผลผู้ป่วยเข้าถึงการบริการด้วยเทคโนโลยีเฉพาะทางที่ทันสมัย ลดระยะเวลาการรอคอย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และได้รับความปลอดภัย

๓ แรงจูงใจจากการเบิกจ่ายค่าตอบแทนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และกองทุนประกันสังคม

๖. ปัจจัยพัฒนาในที่ ที่มีผลงานต่ำ

๑ แพทย์ที่มีศักยภาพในการให้บริการการผ่าตัดแผลเล็ก (MIS) มีไม่เพียงพอ หรือไม่มี

๒ ขาดแคลนวิสัญญีแพทย์

๓ ประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจในระบบบริการ MIS

๔ ขาดการประชาสัมพันธ์ ขาดการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล , อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม./หมอประจำบ้าน คนที่ ๑)

๕ ขาดครุภัณฑ์ที่จำเป็น

๔.การพัฒนาระบบบริการ สุขภาพการแพทย์ทางเลือก

ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง(Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแล ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๑. วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา

จากสถานการณ์การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง เข้ามามีบทบาทในระบบการดูแลสุขภาพโดยการใช้สหวิชาชีพในการดูแล เนื่องจากปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยระยะเฉียบพลันที่เกิดด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมองและผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น การดูแลผู้ป่วยระยะกลางนั้น ถือว่าเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเอง กลับมาทำงานและใช้ชีวิตประจำวันอยู่ในสังคมและเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้เล็งเห็นการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว ทางแพทย์แผนไทยนั้น มีความรู้ ความสามารถในการช่วยเหลือดูแล ฟื้นฟูผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้โดยร่วมกับสหวิชาชีพ โดยมุ่งเน้นการให้บริการดูแล รักษา ฟื้นฟูไปยังผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตด้วยตนเองได้

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จึงได้ขับเคลื่อนงานแพทย์แผนไทยร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน จังหวัดนครราชสีมา และชมรมแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา โดยมีการกำหนดเข็มมุ่ง จำนวน ๖ เข็มมุ่ง ประกอบด้วย ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ ๓)

ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ ๓) ปัจจุบันจังหวัดนครราชสีมา มีแพทย์แผนไทย จำนวน ๑๒๙ คน มีใบประกอบโรคศิลป์สาขาเวชกรรมไทยและสาขาแพทย์แผนไทยประยุกต์ จำนวน ๑๑๑ คน และผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ๓๓๐/๓๗๒ ชม. จำนวน ๓๖๖ คน ตามแผนการพัฒนางานแพทย์แผนไทยอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนาศักยภาพ ทั้งในด้านบุคลากร ด้านสถานที่ ด้านระบบบริการ ของหน่วยบริการที่มีการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย เนื่องจากร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นตัวชี้วัดใหม่

ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน

ผู้บริหารให้การสนับสนุน บุคลากรการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในจังหวัดนครราชสีมา มีเพียงพอและมีการพัฒนาทักษะความรู้อย่างต่อเนื่อง

แนวทางการปรับปรุง / พัฒนา

พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต และ IMC ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ส่งเสริมให้แพทย์แผนไทยเข้าร่วมทีมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care)

การติดตามประเมินผล / ผลการดำเนินงาน

๑. แนวทางการติดตามประเมินผล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จัดประชุมประชุมชี้แจง ตัวชี้วัดร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ประชาสัมพันธ์ข่าว



วันที่ 16 พฤศจิกายน 2565

กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยนายประกอบ เจริญมะเรียง เกษิขกรชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้จัดประชุมชี้แจง ตัวชี้วัดร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

255 ม.11 ต.โคกกรวด อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30280 โทร.044-465010-4 ต่อ 424

เงื่อนไขการให้รหัสผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแล ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก



แพทย์แผนปัจจุบัน
ให้รหัสกลุ่มโรคและการดำเนินการแพทย์แผนปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง
มีรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย 160 ถึง 169

แพทย์แผนไทย

1. ให้การวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบัน
รหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย 160 ถึง 169 อย่างใดอย่างหนึ่งมาก่อน
2. ตามด้วยรหัสกลุ่มโรคด้านการแพทย์แผนไทย
U61.0 ถึง U61.19
3. ควบคุมกับการให้รหัสการแผนไทย (900-77-00)
ถึง (900-78-88) หรือการส่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยวหรือยา
สมุนไพรตำรับที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 ในพื้นที่รับผิดชอบ
ในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ

แพทย์แผนจีน

1. ให้การวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบัน
รหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย 160 ถึง 169 อย่างใดอย่างหนึ่งมาก่อน
 2. ตามด้วยรหัสกลุ่มโรคและการดำเนินการแพทย์แผนจีนที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง และโรคตามมาจากโรคหลอดเลือดสมอง U78.110 ถึง U78.117
 3. ควบคุมกับการให้รหัสการแพทย์แผนจีนที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง
ระยะฟื้นฟู อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้
- 9991801 Electro-acupuncture therapy
9991810 Single-handed needle insertion
9021801 Subcutaneous electro-needling
9991811 Double-handed needle insertion
9031801 Muscle electro-needling

กลุ่มงานแพทย์แผนไทยฯ 7

เอกสารสนับสนุน

- คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care)

<https://www.dtam.moph.go.th/index.php/th/download/9163-dl0134.html>



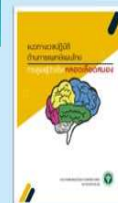
- แนวทางการจัดบริการฝังเข็มโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู

<https://tcm.dtam.moph.go.th/images/2020/Book2020/Book-b2.pdf>



- แนวเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทยการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

<https://tmri.dtam.moph.go.th/index.php/publishedmedia/57-2021-03-10-10-08-12/258-stroke-recovery>



- แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลางและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
จังหวัดนครราชสีมา

https://drive.google.com/drive/folders/1gV9gzHVpM-GKRQX-8C_fpPVSfr42I6lz



กลุ่มงานแพทย์แผนไทยฯ 14

๒.ผลการดำเนินงาน

ปัจจุบันหน่วยบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในจังหวัดนครราชสีมาระดับโรงพยาบาลมีทั้งหมด ๓๓ แห่ง โดยแบ่งเป็น โรงพยาบาลศูนย์ ๑ แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป ๓ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ๒๙ แห่ง ซึ่งจากการติดตามผล มีการให้บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) จำนวน ๒๘ แห่ง อยู่ระหว่างดำเนินการ จำนวน ๕ แห่ง ซึ่งมีการให้บริการ นวด อบสมุนไพร ประคบสมุนไพร จ่ายยาสมุนไพร เยี่ยมบ้านในชุมชน ร่วมกับสหวิชาชีพและมีบริการฝังเข็มด้วยการแพทย์แผนจีน ๗ แห่ง ทั้งนี้ผลการดำเนินการรายอำเภอหรือการประมวลผลจากโปรแกรม HDC

ตารางแสดง การกำหนดเป้าหมายผลงานร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จังหวัดนครราชสีมา

หน่วยบริการระดับ	ระดับ/ร้อยละ				
	๑	๒	๓	๔	๕
รพ.สต.	<๑.๕	≥ ๑.๕	≥ ๒	≥ ๒.๕	≥ ๓

ปัจจัยความสำเร็จ

- ๑) มีการจัดทำแผนมุ่งขับเคลื่อนงาน โดยคณะกรรมการ Service plan สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ระดับจังหวัด ร่วมกับชมรมแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลชุมชนและผู้รับผิดชอบงานทุกระดับ
- ๒) มีบุคลากรเพียงพอและมีการพัฒนาทักษะฝีมืออย่างต่อเนื่อง
- ๓) ผู้บริหารให้การสนับสนุนโดยการจัดทำเป็นนโยบายขับเคลื่อนงาน
- ๔) ทีมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา กระตุ้นติดตามข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลให้พื้นที่เป็นระยะ

โอกาสพัฒนา / สิ่งที่จะทำต่อไปในพื้นที่ที่มีผลงานต่ำ

- ๑) แพทย์แผนไทยเข้าร่วมทีมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care)
- ๒) มีการสื่อสารตัวชี้วัดและชี้แจงความรู้ความสามารถที่แพทย์แผนไทยสามารถเข้าไปร่วมดูแลผู้ป่วยกับสหวิชาชีพผ่านคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย (PCT) ของโรงพยาบาล

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- ๑) จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลางและระยะสุดท้ายแบบประคับประคองด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย จังหวัดนครราชสีมา
- ๒) สนับสนุนความเข้มแข็งของชมรมแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา

ระบบการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในระดับปฐมภูมิ

วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้ขับเคลื่อนงานแพทย์แผนไทยร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน จังหวัดนครราชสีมาและชมรมแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา โดยมีการกำหนดเข็มมุ่ง จำนวน ๖ เข็มมุ่ง ประกอบด้วย โดยตัวชี้วัดหลักที่ใช้ในการขับเคลื่อนงานในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ได้แก่

ปัจจุบันจังหวัดนครราชสีมา มีแพทย์แผนไทย จำนวน ๑๒๙ คน มีใบประกอบโรคศิลป์สาขาเวชกรรมไทยและสาขาแพทย์แผนไทยประยุกต์ จำนวน ๑๑๑ คน และผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ๓๓๐/๓๗๒ ชม. จำนวน ๓๘๗ คน ตามแผนการพัฒนางานแพทย์แผนไทยอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนาศักยภาพ ทั้งในด้านบุคลากร ด้านสถานที่ ด้านระบบบริการ ของหน่วยบริการที่มีการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ข้อมูลดังตารางต่อไปนี้

หน่วยงาน	เป้าหมาย (แห่ง)	แพทย์แผนไทย		ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย	
		จำนวนที่มี(แห่ง/คน)	ร้อยละ	จำนวนที่มี(แห่ง/คน)	ร้อยละ
สสจ.	๑	๑(๔)	๑๐๐	๐	๐
รพศ.	๑	๑(๕)	๑๐๐	๑(๑๓)	๑๐๐
รพท.	๓	๓(๑๓)	๑๐๐	๓(๑๗)	๑๐๐
รพช.	๒๙	๒๙(๗๑)	๑๐๐	๒๖(๕๙)	๘๙.๖๖
สสอ.	๓๒	๑(๒)	๓.๑๓	๐	๐
รพ.สต.	๓๔๗	๓๑(๓๔)	๘.๙๓	๒๙๓(๒๙๘)	๘๔.๔๔

ผลการดำเนินงานการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระดับปฐมภูมิ ในช่วง ปีงบประมาณ ๒๕๖๓-๒๕๖๕ (๓ ปี) ที่ผ่านมา ผลงานด้านบริการการแพทย์แผนไทยในระดับปฐมภูมิ ร้อยละ ๒๗.๙๗,๒๘.๖๘ และ๒๙.๘๖ ตามลำดับ

ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน

ผู้บริหารให้การสนับสนุน บุคลากรการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในจังหวัดนครราชสีมาเพียงพอ มีการพัฒนาทักษะความรู้และการบริการที่ได้มาตรฐาน

แนวทางการปรับปรุง / พัฒนา

พัฒนาศักยภาพด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร Highlight drug ๘ รายการ

ผลการดำเนินงาน

ตารางแสดง การเปรียบเทียบร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วย
การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการ ข้อมูล	๒๕๖๓ (ไม่รวมส่งเสริม)	๒๕๖๔ (ไม่รวมส่งเสริม)	๒๕๖๕ (ไม่รวมส่งเสริม)
๑	ร้อยละของประชาชนที่มา รับบริการในระดับปฐมภูมิ ได้รับการรักษาด้วย การแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก	เป้าหมาย	๒,๔๔๗,๖๒๙	๒,๒๘๐,๗๐๙	๒,๒๗๗,๕๑๖
		ผลงาน	๖๘๔,๖๒๖	๖๕๔,๐๐๕	๖๘๐,๑๔๓
		ร้อยละ	๒๗.๙๗	๒๘.๖๘	๒๙.๘๖

ตารางแสดง การกำหนดเป้าหมายผลงานและการจัดระดับผลงานร้อยละของประชาชนที่มารับบริการ
ในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
จังหวัดนครราชสีมา

หน่วยบริการระดับ	ระดับ/ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษา ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก				
	๑	๒	๓	๔	๕
รพ.สต.	๑-<๒๙	≥ ๒๙	≥ ๓๑	≥ ๓๓	≥ ๓๕

ปัจจัยความสำเร็จ

๑) มีการจัดทำแผนมุ่งขับเคลื่อนงาน โดยคณะกรรมการ Service plan สาขากการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ทางเลือก ระดับจังหวัด ร่วมกับชมรมแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลชุมชนและผู้รับผิดชอบงาน
ทุกระดับ

๒) มีบุคลากรเพียงพอและมีการพัฒนาทักษะฝีมืออย่างต่อเนื่อง

๓) ผู้บริหารให้การสนับสนุนโดยการจัดทำเป็นนโยบายขับเคลื่อนงาน

โอกาสพัฒนา / สิ่งที่จะทำต่อไปในพื้นที่ที่มีผลงานต่ำ

๑) การพัฒนาแนวทางการในการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในช่วง
สถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (โควิด-๑๙)

๒) เปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์ใน รพ.สต. ที่มีแพทย์แผนไทย

๓) จัดประชุมวิเคราะห์ข้อมูลและหาแนวทางร่วมกันในการหากลวิธีในการเพิ่มผลงาน

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

๑) จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษา ๓ กลุ่มโรค (ปวดท้องประจำเดือน,ไมเกรนและท้องผูก)

๒) สนับสนุนความเข้มแข็งของชมรมแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา

๕. การพัฒนาระบบบริการ โรคติดต่อที่สำคัญ

การพัฒนาระบบบริการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)

วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา

สถานการณ์การระบาดของโรค COVID-๑๙ ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ช่วงการระบาดระลอกห้า (มกราคม ๒๕๖๕) มีประชาชนเดินทางมาจากต่างอำเภอต่างพื้นที่ เข้ามาพบปะสังสรรค์กับครอบครัวในช่วงเทศกาลปีใหม่ และโรค COVID-๑๙ มีการตรวจพบสายพันธุ์ OMICRON ที่แพร่กระจายได้เร็วกว่าสายพันธุ์เดิม และผู้ติดเชื้อไม่แสดงอาการทำให้ จังหวัดนครราชสีมา พบผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น

สถานการณ์การระบาดของโรค COVID-๑๙ ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ช่วงปลายเดือนตุลาคม ๒๕๖๕ โรค COVID-๑๙ ได้มีการปรับสถานะจากโรคติดต่ออันตราย มาเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ทำให้ผู้ป่วยที่ถูกค้นพบหรือมีอาการรุนแรงที่ต้องเข้าสู่กระบวนการรักษา มีจำนวนลดลง อีกทั้งในจังหวัดนครราชสีมา ยังมีการดำเนินการฉีดวัคซีนป้องกันโรค COVID-๑๙ อย่างเข้มข้น ทำให้มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตลดลง

จังหวัดนครราชสีมา ดำเนินการขับเคลื่อนการบริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID - ๑๙) ในระดับจังหวัดดังนี้

การพัฒนากลไกการบริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ในระดับ จังหวัด อำเภอ ตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการดำเนินการตั้งศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรค(ศปก.)ในแต่ละระดับ โดยผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้แต่งตั้งศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคในระดับจังหวัด นายอำเภอ เป็นผู้แต่งตั้งศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอ(ศปก.อ.) และศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคตำบล (ศปก.ต.) พร้อมทั้ง กำกับดูแล ติดตามการดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรการป้องกันโรคในพื้นที่โดยเคร่งครัด และพัฒนาเพิ่มโครงสร้างกลไกการปฏิบัติการระดับพื้นที่โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของ ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำท้องที่ กำนันผู้ใหญ่บ้าน แกนนำในชุมชน จิตอาสาในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมถึงสื่อมวลชนและประชาชนเข้ามีส่วนร่วมในการดำเนินงานระดับหมู่บ้าน โดยมีมาตรการเพื่อรองรับการเข้าสู่โรคประจำถิ่น ดังนี้

๑. มาตรการเร่งการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น ≥ ๖๐ %
๒. มาตรการปรับระบบการเฝ้าระวัง เน้นการระบาดเป็นกลุ่มก้อนและผู้ป่วยปอดอักเสบ
๓. มาตรการปรับแนวทางแยกกักผู้ป่วยและกักกันผู้สัมผัส และแนวทางการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอก (OPD) การดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงอาการรุนแรง และ Long COVID
๔. มาตรการออกประกาศ/คำสั่ง/ข้อสั่งการ ให้สอดคล้องกับการปรับตัวเข้าสู่ Post - pandemic และผ่อนคลายมาตรการทางสังคม ลดการ “จำกัดการเดินทางและการรวมตัวของคนหมู่มาก”
๕. มาตรการส่งเสริมมาตรการ UP, COVID Free Setting
๖. มาตรการสื่อสารประชาสัมพันธ์เชิงรุกอย่างครอบคลุม ให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง และสร้างความร่วมมือของประชาชน

ปัจจัยความสำเร็จ

จังหวัดนครราชสีมา ดำเนินการขับเคลื่อนการบริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID - ๑๙) ในระดับจังหวัด จัดประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดนครราชสีมา

ข้อสัถย สามัคคี มินัย

และคณะอนุกรรมการศูนย์บัญชาการเหตุการณ์ตอบโต้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ จังหวัดนครราชสีมา เพื่อบริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID - ๑๙) ดังนี้

- ความถี่ในการประชุม สัปดาห์ละ ๓ (จันทร์ พุธ ศุกร์)

- รูปแบบการประชุม เป็นการถ่ายทอดสดการประชุมเพื่อถ่ายทอด แจ้งนโยบาย ข้อสั่งการ จากหน่วยงานส่วนกลาง ไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ รวมถึงตัวแทนสื่อมวลชน ภาคประชาชน รวมถึงประชาชนที่สนใจ เข้าร่วมรับฟังการประชุม

- วาระการประชุมที่สำคัญประกอบด้วย

การนำเสนอนโยบายของรัฐบาล ข้อสั่งการของนายกรัฐมนตรี คณะรัฐมนตรี กระทรวง ทบวง กรม ต่างๆ และประกาศมาตรการในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา ๒๐๑๙ (COVID - ๑๙) ที่เกี่ยวข้องของจังหวัดนครราชสีมา ติดตามผลการดำเนินงาน ประชาสัมพันธ์/ชี้แจงการดำเนินการและแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องของหน่วยงานต่างๆ และเปิดโอกาสให้ ตัวแทนสื่อมวลชน ภาคประชาสังคม และประชาชนทั่วไป เข้าร่วมสังเกตการณ์ ผ่านการถ่ายทอดสดการประชุม และตอบข้อซักถาม โดยมีการจัดประชุมดังกล่าว ตั้งแต่เดือนเมษายน ๒๕๖๕ จนถึงปัจจุบัน จำนวน ๒๑ ครั้ง

ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน

๑. จังหวัด ดำเนินการตามแนวปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ตามมาตรการ COVID Free Setting (มาตรการปลอดภัย สำหรับองค์กร)สำหรับการ จัดกิจกรรมรวมกลุ่มในชุมชนแนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุข สำหรับการจัดงานเทศกาลสงกรานต์และ แนวทางและมาตรการรณรงค์เพื่อสืบสานคุณค่าทางวัฒนธรรมเรื่องประเพณีสงกรานต์พ.ศ. ๒๕๖๕ ภายใต้ แนวคิด “สงกรานต์วิถีใหม่ สืบสานวัฒนธรรมไทย” ควบคุม กำกับ ประเมินการจัดงานเทศกาลอย่าง เคร่งครัด

๒. มีข้อกำหนดและข้อปฏิบัติในเรื่องต่างๆดังนี้

๑)การปรับปรุงเขตพื้นที่จังหวัดตามพื้นที่สถานการณ์ และการกำหนดพื้นที่นำร่องด้านการ ท่องเที่ยวเพิ่มเติม

๒)การขยายเวลาการบังคับใช้มาตรการควบคุมป้องกันโรค

๓)การปรับปรุงมาตรการควบคุมแบบบูรณาการ เป็นกรณีเฉพาะรองรับช่วงเทศกาล สงกรานต์ ให้เหมาะสมกับสถานการณ์เพื่อลดความเสี่ยงของการระบาดแบบกลุ่มก้อนขนาดใหญ่

๓. ดำเนินการตามมาตรการ COVID Free Setting (มาตรการปลอดภัย สำหรับองค์กร)สำหรับการ จัดกิจกรรมรวมกลุ่มในชุมชน แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุข ดังนี้

๑)เน้นย้ำการดำเนินการตามมาตรการการป้องกันการติดเชื้อขั้นสูงสุดแบบ Universal Prevention

๒)กำชับและกำกับให้ผู้ประกอบการดำเนินมาตรการ COVID Free Setting (มาตรการ ปลอดภัย สำหรับองค์กร) เพื่อให้เกิดความปลอดภัย เสริมสร้างเศรษฐกิจในระดับพื้นที่

๓)และประชาสัมพันธ์เชิญชวนประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้รับการฉีด วัคซีนโควิดอยู่ครบกำหนดฉีดวัคซีนโควิดเข็มที่ ๓. และ ๔ ให้เข้ารับการฉีดวัคซีนตามกำหนด

๔. เน้นย้ำการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ในเรื่อง มาตรการการป้องกันการติดเชื้อขั้นสูงสุดแบบ Universal Prevention กำชับและกำกับในกลุ่ม

ข้อสัถย สามัคคี มินัย

ผู้ประกอบการดำเนินมาตรการ COVID Free Setting (มาตรการปลอดภัย สำหรับองค์กร) และประชาสัมพันธ์เชิญชวนประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีนโควิดอยู่ครบกำหนดฉีดวัคซีนโควิดเข็มที่ ๓. และ ๔ จังหวัดประชาสัมพันธ์ชี้แจงทำความเข้าใจให้ประชาชน ดังนี้

๑) ผู้ตรวจพบว่า ติดเชื้อหรือเป็นผู้เสี่ยงสูงให้ปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเคร่งครัดเช่น การกักตัว การไม่พบปะหรือรวมกลุ่มกับบุคคลอื่นและงดเข้าร่วมกิจกรรมที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรค

๒)ประชาชนต้องป้องกันตัวเองแบบขั้นสูงสุด Universal Prevention และตระหนักเสมอว่า เกี่ยวกับโอกาสในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ได้ แม้จะได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์แล้ว

๕. จังหวัดดำเนินการตามแนวปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุขการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ในช่วงเทศกาลสงกรานต์ ๒๕๖๕ ดังนี้

๑)การประเมินอนุญาตกิจกรรมการรวมกลุ่มในช่วงเทศกาลสงกรานต์ก่อนการจัดงานและกำกับการปฏิบัติตามมาตรการ COVID Free Setting ในวันจัดงานเพื่อลดความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดในวงกว้าง

๒)เฝ้าระวัง ควบคุม กำกับ การปฏิบัติตามมาตรการ COVID Free Setting ในกิจการต่างๆ เช่น สถานีขนส่ง สถานีรถไฟ ร้านอาหาร ร้านอาหารกึ่งผับ ตลาดสด ศาสนสถานสถานที่ท่องเที่ยว เป็นต้น

๓) เน้นย้ำการสื่อสารป้องกันตนเองแบบ Universal Prevention และ DMHTA อย่างเคร่งครัด และหากพบว่า มีอาการหรือมีความเสี่ยงให้ตรวจด้วย ATK ทันที

๔)ให้หน่วยงานทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดเตรียมแผนประเชิญเหตุรองรับกรณีพบการระบาดเพิ่มขึ้นระหว่างหรือหลังเทศกาลสงกรานต์

๕)บูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องบริการตรวจ ATK เพื่อไปหาเชื้อ โควิด-๑๙ ให้กับประชาชนที่เดินทางในช่วงเทศกาลสงกรานต์ ๒๕๖๕ จัดกิจกรรมจิตอาสาสมัครและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เชิญชวนฉีดวัคซีนอย่างทั่วถึงทุกกลุ่มเป้าหมาย เร่งรัดการจัดให้มีบริการฉีดวัคซีนป้องกันโควิดเชิงรุกโดยบริการถึงที่แก่ผู้ป่วยติดเตียงผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางเพื่อให้ได้กรับบริการฉีดวัคซีนครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย

๖.ขอความร่วมมือบุคลากรทางการแพทย์ทำความเข้าใจแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแบบแยกกักตัวที่บ้าน(Home Home Isolation) ตรวจเยี่ยม ให้กำลังใจและสนับสนุนการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์

ผลการดำเนินงาน

๑ มีการจัดงานที่สำคัญ ได้แก่ งานสืบสานประเพณีแห่พระรอดชุ่มประตุมืองสงกรานต์โคราชแห่งพระคันธาราสถอดชุ่มประตุมืองประจำปี ๒๕๖๕ ระหว่างวันที่ ๑๓ ถึง ๑๕ เมษายน ๒๕๖๕ ณ วัดพระนารายณ์มหาราช และบริเวณลานอนุสาวรีย์ท้าวสุรนารี งานย้อนยุควันวานเล่นสงกรานต์ โคราชบ้านเอง ระหว่างวันที่ ๑๓ ถึง ๑๗ เมษายน ๒๕๖๕ ณ บริเวณสวนสาธารณะหน้าโรงแรมเมืองทองและบริเวณลานหน้าศาลากลางจังหวัดนครราชสีมา สำหรับการจัดกิจกรรมในอื่นๆ ที่เป็นพื้นที่กำหนดไว้เป็นการเฉพาะ จำนวน ๑๔ กิจกรรม มีผู้เข้ากิจกรรม จำนวน ๑,๓๖๐ คน การจัดกิจกรรมพื้นที่หมู่บ้าน/ชุมชน จำนวน ๑๔ กิจกรรม มีผู้เข้ากิจกรรม จำนวน ๒,๔๒๖ คน และการประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ประชาชนรับทราบแนวปฏิบัติ

ข้อสัต์ย สำนคคี มินัย

ด้านสาธารณสุขเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ตามมาตรการ COVID Free Setting (มาตรการปลอดภัย สำหรับองค์กร)

๒. ผลการจัดตั้งจุดตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ด้วย ATK ในลักษณะ Drive Thru COVID - ๑๙ test ให้โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสนับสนุนบุคลากรทางการแพทย์ในการตรวจหาเชื้อร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีจุดตรวจในพื้นที่ ๓๒ อำเภอ จำนวน ๓๓๔ แห่ง

๓. รณรงค์ และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิดอย่างต่อเนื่องและมาตรการเร่งการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น $\geq 60\%$ ตั้งแต่วันที่ ๖ พฤษภาคม ๒๕๖๕ เป็นต้นมา

ภาพรวมการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ จังหวัดนครราชสีมา (ณ ๒๗ มิ.ย. ๒๕๖๕)

เป้าหมายประชากรที่ต้องได้รับวัคซีน ๒,๖๓๓,๒๐๗ คน

ผลการฉีดวัคซีนภาพรวม

ฉีดวัคซีน เข็มที่ ๑ จำนวน ๒,๐๖๖,๘๗๐ ราย (ร้อยละ ๗๘.๔๙)

ฉีดวัคซีน เข็มที่ ๒ จำนวน ๑,๙๐๔,๔๖๗ ราย (ร้อยละ ๗๒.๓๓)

ฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น จำนวน ๘๓๑,๐๙๔ ราย (ร้อยละ ๓๑.๕๖)

รวมได้รับวัคซีนไปแล้ว จำนวน ๔,๘๐๒,๔๓๑ โดส

พิจารณาการได้รับวัคซีนในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ดังนี้

กลุ่มเป้าหมาย	เป้าหมาย	ฉีดเข็มที่ ๑	ร้อยละ	ฉีดเข็มที่ ๒	ร้อยละ	ฉีดเข็มกระตุ้น	ร้อยละ
กลุ่ม ๖๐๘	๖๗๘,๕๘๓	๕๐๘,๗๑๗	๗๕.๐	๔๙๒,๒๗๖	๗๒.๕	๒๕๕,๔๘๑	๓๘.๑
ประชาชน อายุ ๑๘-๕๙ ปี	๑,๔๗๓,๗๙๘	๑,๒๓๙,๓๐๗	๘๔.๑	๑,๑๕๒,๘๖๔	๗๘.๒	๕๔๖,๕๓๓	๓๗.๑
นักเรียน/นักศึกษา (๑๒-๑๗ ปี)	๑๗๕,๕๓๘	๑๗๕,๐๓๐	๑๐๐	๑๖๖,๐๘๘	๙๓.๘	๒๕,๙๓๑	๑๔.๘
นักเรียน/นักศึกษา (๕-๑๑ ปี)	๑๔๖,๒๙๓	๑๓๔,๑๗๓	๙๘.๐	๙๓,๒๓๙	๖๓.๗	-	

ผลการเร่งรัดการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด เข็มกระตุ้น

ประชาชนที่ได้รับวัคซีนเข็มที่ ๒ แล้วและครบกำหนดฉีดเข็มกระตุ้น

เป้าหมาย ๑.๖๔๘,๐๘๗ คน ฉีดเข็มกระตุ้นแล้ว ๘๓๑,๐๙๔ คน(ร้อยละ ๕๐.๔๓)

ประชาชนที่ได้รับวัคซีนเข็มที่ ๒ แล้วและครบกำหนดฉีดเข็มกระตุ้น

เป้าหมาย ๔๗๒,๒๕๘ คน ฉีดเข็มกระตุ้นแล้ว ๒๕๕,๔๘๑ คน(ร้อยละ ๕๔.๗๓)

๔. การสร้างการรับรู้ และความเข้าใจแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแบบแยกกักตัวที่บ้าน(Home Home Isolation) เกี่ยวกับแนวทางการรักษาตามกลุ่มอาการของผู้ป่วยตามแนวเวชปฏิบัติการวินิจฉัยดูแลรักษาของกระทรวงสาธารณสุขโดยบุคลากรทางการแพทย์ ในทุกโรงพยาบาล และการให้บริการในรูปแบบ Call Center ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ จำนวน ๓๒ อำเภอ สามารถตอบสนองรวดเร็วเพิ่มประสิทธิภาพระบบคัดกรอง การแนะนำการรักษา และการจัดการเพื่อตอบสนองต่อผู้ป่วยแก่ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระบบการกักตัวและรักษาได้อย่างเหมาะสมและเพียงพอใน Home Isolation และ Community Isolation และการติดตามอาการและการแก้ไขปัญหาจนกว่าผู้ป่วยจะหาย รายงานผลการปฏิบัติงานดังนี้

๔.๑. รับแจ้งผู้ติดเชื้อ COVID-๑๙ จำนวน ๗,๘๐๘ ครั้ง

๔.๒. ประเมินอาการเบื้องต้น จำนวน ๗,๕๒๓ ครั้ง

๔.๓. ลงทะเบียนรักษาตัวที่บ้าน Home Isolation จำนวน ๓,๔๕๖ ครั้ง

ข้อสัถย สามัคคี มินัย

๔.๔.ประสานส่งต่อการรักษา จำนวน ๗,๕๐๒ ครั้ง

๔.๕.ให้ข้อมูลชุดตรวจ ATK จำนวน ๑๑,๒๙๕ ครั้ง

๔.๖.ให้ข้อมูลวัคซีน ๑,๓๕๗ ครั้ง

๔.๗.ให้คำปรึกษาแนะนำทั่วไป ๓,๔๕๘ ครั้ง

๔.๘.รับเรื่องร้องเรียน ๑๑๒ ครั้ง

๔.๙.อื่นๆ จำนวน ๔๓๑ ครั้ง และการลงพื้นที่ตรวจเยี่ยม ให้กำลังใจและสนับสนุนการ

ปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ของโรงพยาบาล
สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๕.การติดตามการยกระดับมาตรการ COVID Free Setting ครอบคลุม ในพื้นที่นำร่องการ
ท่องเที่ยวและพื้นที่ควบคุม ทั้งจังหวัด โดยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องบูรณาการการทำงานติดตาม กำกับ การ
ปฏิบัติให้เป็นไปตามมาตรการของกิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการ สถานที่เสี่ยงต่างๆ ได้แก่ ตลาดสด
ร้านเสริมสวย ร้านอาหารทุกประเภท โรงแรม โรงงานตั้งแต่(๒๐๐ คนขึ้นไป) สถานศึกษา ศูนย์พัฒนาเด็ก
ปฐมวัย ห้างสรรพสินค้า และฟิตเนสเซนเตอร์ เป้าหมาย ๖,๗๖๕ แห่ง

ผลการดำเนินงาน พบว่า กิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการ เข้ารับการประเมินมาตรฐาน
COVID Free Setting เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๕๘.๖๔ เป็นร้อยละ ๖๗.๖๕ และผ่านเกณฑ์มาตรฐาน มาตรฐาน
COVID Free Setting เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๙๐.๐๐ เป็นร้อยละ ๙๒.๕๐

๖. การเตรียมความพร้อมแผนเผชิญเหตุ กรณีการระบาดในพื้นที่ให้สอดคล้องกับสถานการณ์และ
ความเสี่ยงของพื้นที่ โดยการตรวจสอบการจัดระบบการแจ้งเหตุและตอบสนองที่รวดเร็วทั้งการดูแลรักษา
ตามระดับการรุนแรงในโรงพยาบาล/โรงพยาบาลสนาม/CI/HI การเคลื่อนย้ายผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยอย่าง
ปลอดภัยทุกวัน

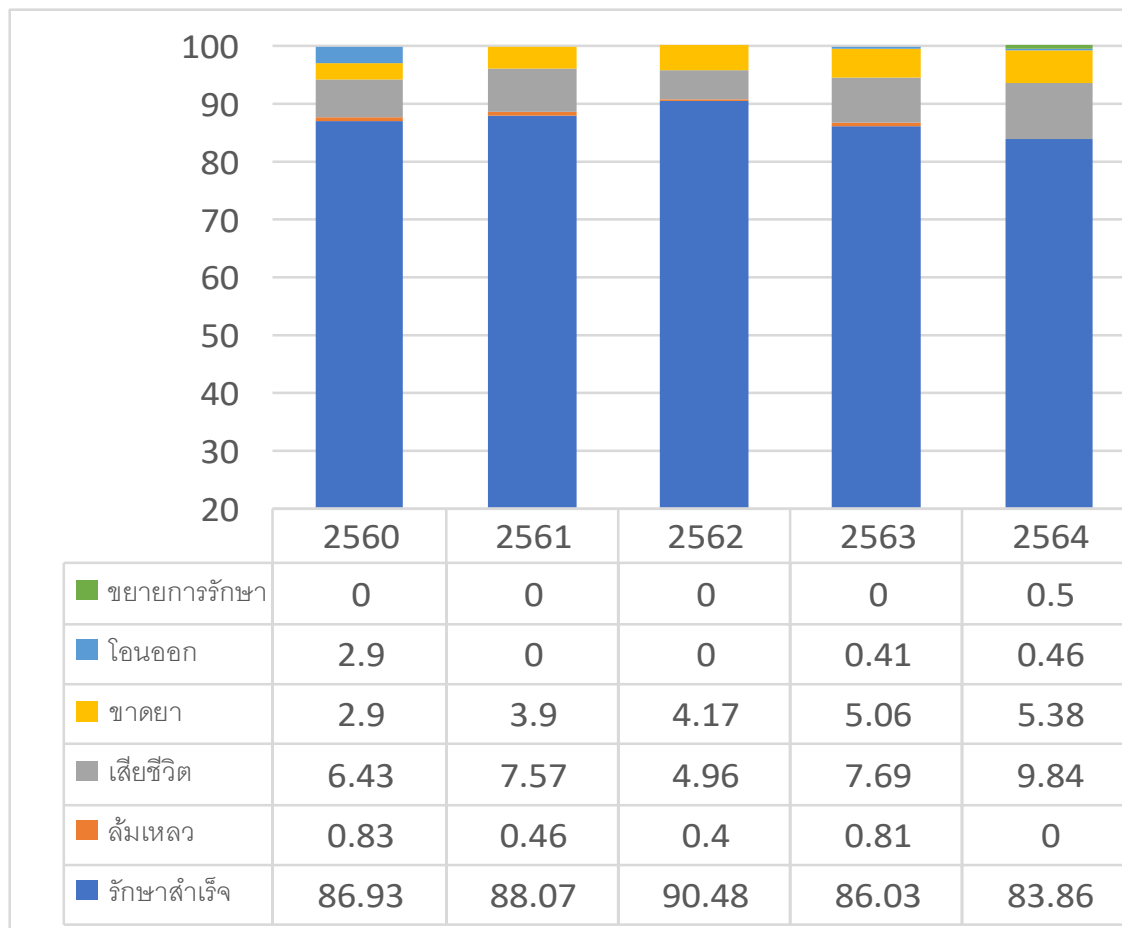
ผลการดำเนินงาน จังหวัดได้มีการบริหารจัดการเพื่อยกระดับประสิทธิภาพ Home Isolation และ
สถานที่แยกกักตัวในชุมชน (Community Isolation: CI) เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าสู่กระบวนการกักตัวและรักษา
อาการได้อย่างเหมาะสมและเพียงพอ โดยมีหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครราชสีมา/เทพรินทร์
นครราชสีมา/พิมาย/ปากช่องนานา/โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทุกแห่ง/ ศูนย์บริการ
สาธารณสุข สังกัด สำนักงานสาธารณสุขเทศบาลนครราชสีมา/โรงพยาบาลค่ายสุรนารี โรงพยาบาล
กองบิน ๑ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี/โรงพยาบาลเอกชนทุกแห่ง และมีการเตรียมความ
พร้อมของสถานที่ แยกกักตัวในชุมชน (Community Isolation: CI) ใน ๓๒ อำเภอ จำนวน ๒๑๕ แห่ง
สามารถรองรับผู้ป่วยได้ ๖,๐๓๔ เตียง

๗. การดำเนินการตามมาตรการป้องกันควบคุมโรคโควิดสำหรับสถานประกอบการที่มี
ลักษณะคล้ายสถานบริการสถานบันเทิงผับบาร์คาราโอเกะหรือสถานที่อื่นที่มีลักษณะคล้ายกัน ที่ผ่านการ
ตรวจมาตรฐาน Thai Stop Covid ๒ Plus และได้รับอนุญาตจาก คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด
นครราชสีมา จำนวน ๑๒๒ แห่ง

การพัฒนาระบบบริการโรควัณโรคในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ

วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา

กราฟแสดง การเปรียบเทียบอัตราความสำเร็จการรักษาโรคปอดรายใหม่ (TB Treatment Success)
ปี๒๕๖๐-๒๕๖๔



๑. ปัญหาการเสียชีวิต

๑.๑) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง เนื่องจากการเข้าถึงบริการคัดกรองวินิจฉัยและรักษาวัณโรค ล่าช้า โดยมีระยะเวลาดังกล่าวตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งบริการคัดกรองและวินิจฉัย เฉลี่ย ๕๒.๘ วัน และเมื่อเข้ารับการรักษา พบว่า วัณโรคส่วนใหญ่กระจายทั่วปอด มีความซับซ้อนในการรักษา และโรคเรื้อรังกำเริบขึ้น ในรายที่มีอาการรุนแรง อาทิ รายมะเร็ง เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ และมีไตวายเรื้อรัง และมีรายที่ปฏิเสธการรักษาในรายที่มีอายุมากกว่า ๘๕ ปี

๑.๒) ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงและแรงงานย้ายถิ่น เข้าระบบการคัดกรองวัณโรคและตรวจเอชไอวี เมื่อแสดงอาการวัณโรค(ระบบภูมิคุ้มกันลดลงมากแล้ว) และส่วนหนึ่งปฏิเสธการรักษา เนื่องจากยังมีการตีตราตนเอง และบางรายเมื่อ

รักษาระยะเข้มข้นแล้วดีขึ้น ย้ายที่ทำงานและไม่กลับมารับยาต่อเนื่อง ทำให้กลับมารักษาหลังขาดยาวัณโรค และยาต้านไวรัสทำให้อาการหนักและเสียชีวิต

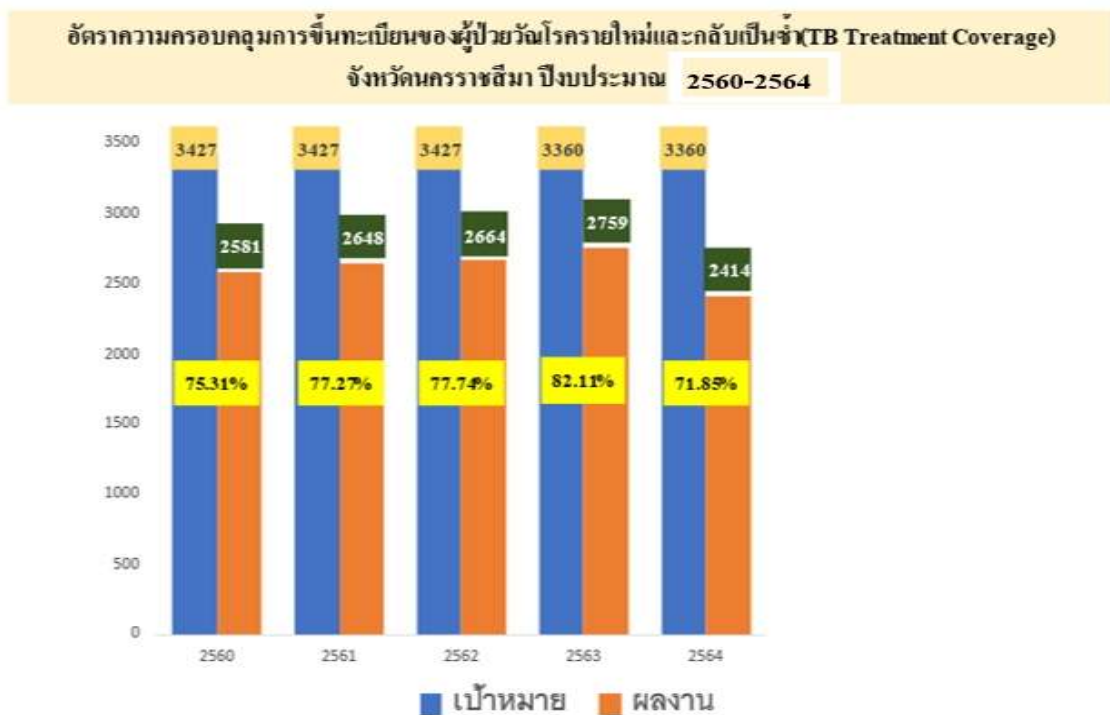
๒.ปัญหาการขาดยา

๒.๑) กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นแรงงานย้ายถิ่น เข้ามาทำงานในเขตเมืองนครราชสีมา และย้ายกลับไปทำงานต่างอำเภอและต่างจังหวัด ขาดการติดตามต่อเนื่อง การย้ายที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ที่เปลี่ยนแปลง ทำให้ระบบบริการไม่สามารถติดตามการกินยาให้ต่อเนื่องได้ ประเด็นสำคัญในระบบบริการ ยังขาดการวางแผนรับมือร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อหาทางป้องกันการขาดยาที่มีโอกาสเกิดขึ้น

๒.๒) กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นแรงงานข้ามชาติ เนื่องจากเกิดขึ้นจากการย้ายที่อยู่ ปฏิเสธการรักษา เข้าเมืองมาผิดกฎหมาย มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆ ทำให้มีความยุ่งยากในการติดตามการรักษา

๒.๓) กลุ่มผู้ป่วยต้องขังที่พ้นโทษ มีระบบส่งต่อและประสานงานปลายทาง พบว่าผู้ป่วยที่เหลือเวลารักษามากกว่า ๔ เดือน ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ และถูกตีตราและเลือกปฏิบัติ เปลี่ยนที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์/ไม่มีโทรศัพท์ ไม่สามารถติดตามได้อีก

กราฟแสดง การเปรียบเทียบอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนปี ๒๕๖๐-๒๕๖๔ มากกว่า ร้อยละ ๘๘



ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน

๑. เร่งรัดและขยายการจัดบริการป้องกันเชื่อมโยงและต่อเนื่องกับการรักษา ให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มที่คาดว่าจะมีการป่วยรายใหม่ในสัดส่วนสูงเพื่อจัดการปัญหาวัณโรคแบบเบ็ดเสร็จที่ต้นตอ
๒. เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของหน่วยงานหลักและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสร้างวัฒนธรรมของการคัดกรองวินิจฉัย รักษาและการติดตามการรักษาวัณโรค เป็นวิถีชุมชน
๓. เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของบริการวัณโรคและเอชไอวี รวมถึงการจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่เหมาะสมกับช่วงอายุและแต่ละช่วงของการรักษา

๔. พัฒนากลไกการปกป้องคุ้มครองสิทธิ และสร้างบรรทัดฐานสังคมให้การอยู่ร่วมกับผู้มีเชื้อเอชไอวีและตรวจหาเชื้อวัณโรค เอชไอวีเพื่อรู้สถานะการป่วยวัณโรคและการติดเชื้อเอชไอวีให้เป็นปกติวิสัย

๕. พัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ที่สามารถนำไปใช้ในการวางแผน ปรับปรุง การดำเนินงาน และระดมทรัพยากรจากทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน เพื่อให้การสนับสนุนด้านการเงินมีความต่อเนื่อง คล่องตัวและยั่งยืน

แนวทางการปรับปรุง / พัฒนา

๑.เร่งรัด Active Case Finding คัดกรองด้วยถ่ายภาพ รังสีทรวงอก(Chest X-ray) ในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเบาหวาน ๖๕ ปีขึ้นไปควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ผู้ต้องขังรายใหม่ กลุ่มคนในชุมชนแออัดและกลุ่มคนที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน

๒.พัฒนาระบบ Call center สสจ.นครราชสีมา ในการติดตามผู้ป่วยเขตเมือง ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ต้องขังพื้นที่โทษและรายที่โอนออกจากเขตเพื่อกลับไปรักษาในพื้นที่

๓.เพิ่มศักยภาพคลินิกวัณโรคเพื่อปรึกษาวางแผนรองรับการขาดยา และลดการตีตรา และเลือกปฏิบัติ

การติดตามประเมินผล / ผลการดำเนินงาน

๑. แนวทางการติดตามประเมินผล

ประมวลผลและตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ได้แก่

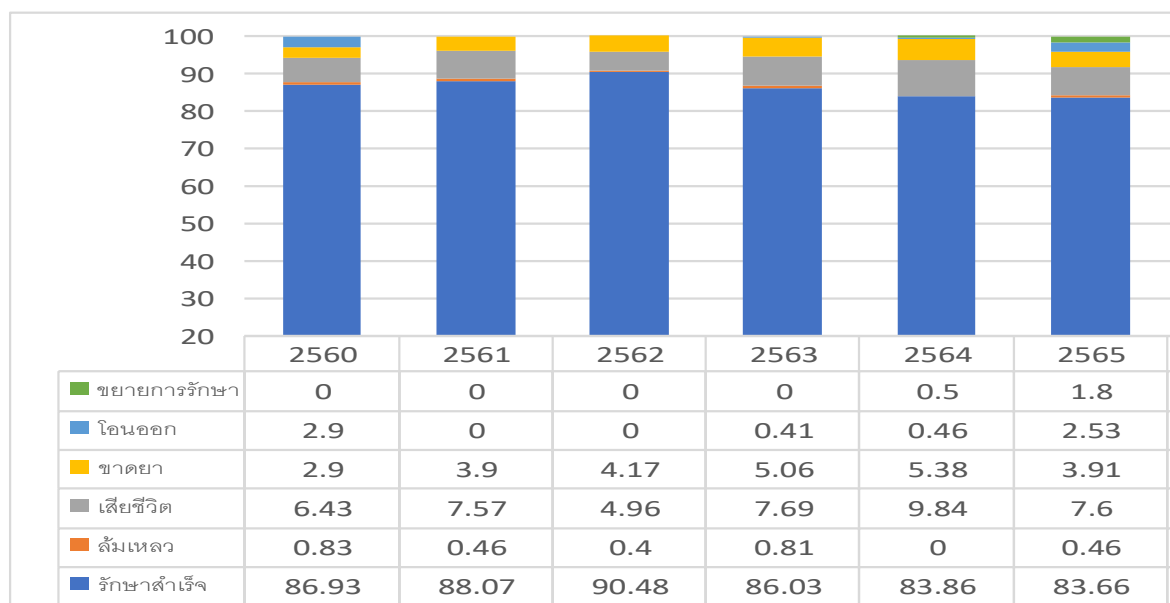
๑.๑ Health Data Center :HDC

๑.๒ National Tuberculosis Information Program :NTIP

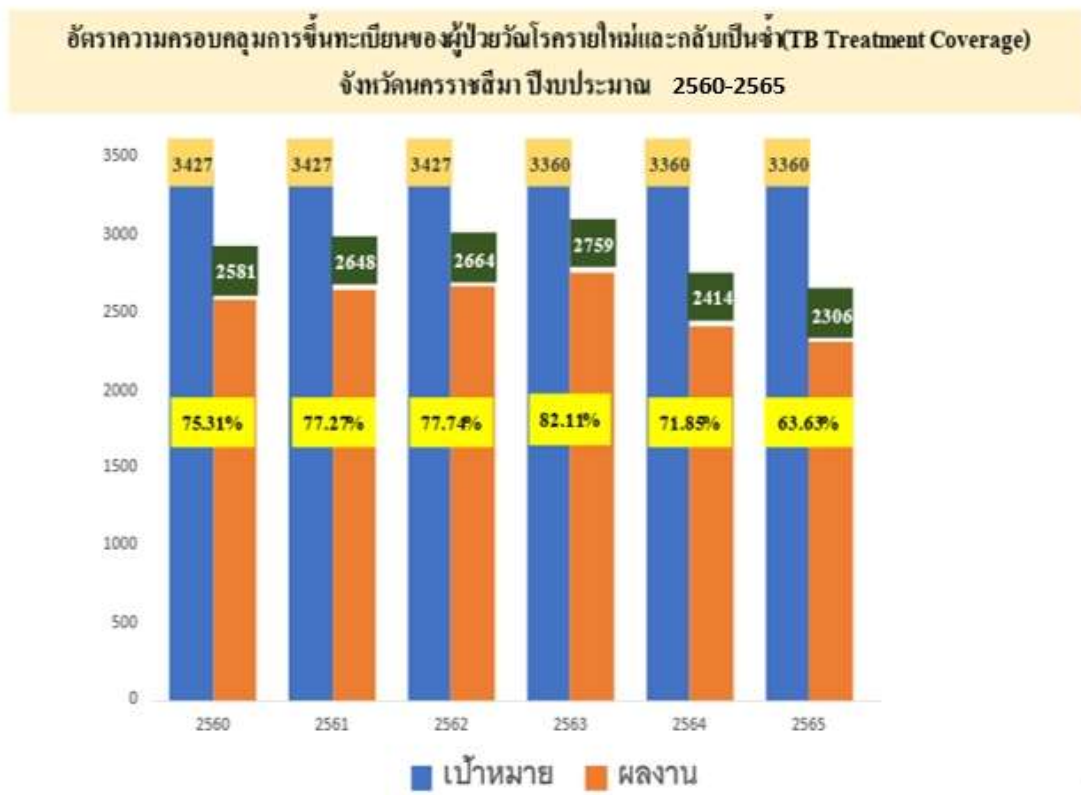
๑.๓ National AIDS Program:NAP-Program

๒. ผลการดำเนินงาน

กราฟแสดง การเปรียบเทียบอัตราความสำเร็จการรักษาโรคปอดรายใหม่ (TB Treatment Success) ปี๒๕๖๐-๒๕๖๕



กราฟแสดง การเปรียบเทียบอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนปี ๒๕๖๐-๒๕๖๕ มากกว่า ร้อยละ ๘๘



ปัจจัยความสำเร็จ

๑. สนับสนุนงบประมาณค่าใช้จ่ายการค้นหา คัดกรองและดูแลรักษาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๒. ทีมสหวิชาชีพ “คลินิกวัณโรคคุณภาพ” ในโรงพยาบาลทุกแห่ง
๓. ทีม Call center สสจ.นครราชสีมา เชื่อมโยงบริการและติดตามการรักษา

โอกาสพัฒนา / สิ่งที่จะทำต่อไปในพื้นที่ที่มีผลงานต่ำ

๑. Case Review โดย ทีมผู้เชี่ยวชาญ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพิจิตร
๒. นิเทศและติดตามงาน โดย สสจ.โซน ๑-๖

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

รูปแบบการทำงานติดตามการรักษาวัณโรคในกลุ่มคนเรื้อรังในเขตเมืองจังหวัดนครราชสีมา โดย วินมอเตอร์ไซด์ DOT Watcher

การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและ องค์กรคุณภาพ

การพัฒนาระบบธรรมาภิบาล โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา

สถานการณ์ปัจจุบันสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ (สำนักงาน ป.ป.ช.) ได้พัฒนาเครื่องมือการประเมินเชิงบวกเพื่อเป็นมาตรการป้องกันการทุจริตและเป็นกลไกในการสร้าง ความตระหนักให้หน่วยงานภาครัฐมีการดำเนินงานอย่างโปร่งใสและมีคุณธรรม โดยใช้ชื่อว่า “การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ” (Integrity and Transparency Assessment) หรือเรียกสั้นๆว่า ITA ซึ่งถือว่าเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนนโยบายของรัฐเครื่องมือหนึ่ง โดยเป็นเครื่องมือในเชิงบวกที่มุ่งพัฒนาระบบราชการไทยในเชิงสร้างสรรค์มากกว่ามุ่งจับผิด เปรียบเสมือนเครื่องมือตรวจสอบสุขภาพองค์กรประจำปี มีวัตถุประสงค์เพื่อให้หน่วยงานภาครัฐได้รับทราบถึงสถานะและปัญหาการดำเนินงานด้านคุณธรรม และโปร่งใสขององค์กร ผลการประเมินที่ได้จะช่วยให้หน่วยงานภาครัฐสามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงพัฒนาองค์กรให้มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน การให้บริการสามารถอำนวยความสะดวกและตอบสนองต่อประชาชนได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งถือเป็นการยกระดับมาตรฐานการดำเนินงานภาครัฐ ดังนั้น การประเมิน ITA จึงมิได้เป็นเพียงการประเมินคุณธรรม การดำเนินงาน การป้องกันการทุจริตในองค์กรและการเปิดเผยข้อมูลภาครัฐเท่านั้น แต่ยังเป็นการประเมินประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน การให้บริการประชาชน การอำนวยความสะดวก เพื่อให้ทราบถึงช่องว่างของความไม่เป็นธรรมและความด้อยประสิทธิภาพสำหรับนำไปจัดทำแนวทาง มาตรการต่างๆ ในการป้องกันการทุจริต และประพุดติมิชอบในระบบราชการไทยต่อไป

ในขณะเดียวกัน ITA ยังเป็นเครื่องมือที่หน่วยงานภาครัฐได้สำรวจและประเมินตนเอง เพื่อให้ได้รับทราบข้อมูลอันส่งผลให้เกิดความตระหนักและปรับปรุงการบริหาร และกำกับดูแลการดำเนินการให้มีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์ต่อประชาชน และให้ความสำคัญกับด้านคุณธรรมและความโปร่งใสขององค์กรตนเองมากขึ้น นอกจากนี้การประเมิน ITA ยังส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการของหน่วยงานภาครัฐในทางปฏิบัติอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะการตื่นตัวและหันมาให้ความสนใจต่อการพัฒนาแพลตฟอร์มอิเล็กทรอนิกส์ของตนเองให้ทันสมัยและน่าสนใจมากขึ้น ที่สำคัญคือส่งผลให้หน่วยงานมีการจัดทำข้อมูลข่าวสารอย่างเป็นระบบ และเตรียมความพร้อมในการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะให้ได้รับทราบและส่งเสริมให้เกิดการตรวจสอบอีกด้วย นอกจากนี้ ในด้านของประชาชนและสังคมไทยการประเมิน ITA ถือว่าเป็นเครื่องมือที่ทุกคนจะได้มีส่วนร่วมในการสะท้อนความคิด เพื่อนำไปสู่การพัฒนาการบริหารงานภาครัฐเพื่อให้ประชาชนคนไทยได้รับบริการจากภาครัฐที่ดีขึ้น และยังส่งผลให้ประชาชนและสาธารณชนมีโอกาสดำเนินการมีส่วนร่วมกำกับติดตามและตรวจสอบการดำเนินงานของภาครัฐได้มากขึ้นด้วย

ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แต่งตั้งผู้ตรวจประเมินแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) ระดับเขตสุขภาพ และระดับจังหวัด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖ ตามคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๒๕๔๗/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๗ ตุลาคม ๒๕๖๕ คำสั่งดังกล่าวมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๗ ตุลาคม ๒๕๖๕ เป็นต้นไป ทำหน้าที่เป็นผู้ตรวจประเมินระดับการเปิดเผยข้อมูลของหลักฐานเชิงประจักษ์ต่อสาธารณะในระบบ MITAS (ค่าเป้าหมายร้อยละ ๙๒ สิ้นสุดในไตรมาสที่ ๔) อย่างมีประสิทธิภาพตามกำหนดเวลาในปฏิทินการประเมิน ตลอดจนพิจารณาวัตรกรรมการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องของแต่ละข้อคำถามที่หน่วยงานเป้าหมายตอบคำถามและแนบเอกสาร/หลักฐานประกอบในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ทุกไตรมาสสะท้อนภาพความเป็นจริงในการปฏิบัติงานของหน่วยงานในภาพรวม และเกิดผลสัมฤทธิ์อย่างเป็นรูปธรรม และคำนึงถึงความสำคัญกับการรักษา ระบบการบริหารจัดการภาครัฐอย่างมีธรรมาภิบาลที่ดีให้ต่อเนื่องเช่นกัน เพื่อให้เป็นที่ประจักษ์แก่ประชาชนและผู้มารับการบริการให้มีความเชื่อมั่นศรัทธาต่อการบริหารราชการอย่างมีธรรมาภิบาล ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยรวม สะท้อนภาพลักษณ์ตามความเป็นจริง และเกิดผลลัพธ์

แนวทางการปรับปรุง / พัฒนา

- (๑) จัดโครงการอบรมแลกเปลี่ยนให้ความรู้เพิ่มเติม และมีการติดตาม/กำกับทุกไตรมาส
- (๒) จัดการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างหน่วยงาน พัฒนาระบบการนิเทศ/ประเมินผล
- (๓) ติดตาม/กำกับตรวจสอบเพื่อเสริมพลังหน่วยงานที่ดำเนินการไม่ได้ตามเป้าหมาย
- (๔) ขอรายชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้าน ITA เพื่อติดตามทุกไตรมาส
- (๕) จัดตั้งกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ITA สสจ.นม. เพื่อติดตาม/กำกับ อย่างต่อเนื่อง

การติดตามประเมินผล / ผลการดำเนินงาน

๑ แนวทางการติดตามประเมินผล

การประเมินรอบไตรมาสที่ ๑ (ตุลาคม-ธันวาคม ของทุกปี)

ประเมินตนเองด้วยการจัดทำเอกสาร/หลักฐานเชิงประจักษ์ และเปิดเผยข้อมูลตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ MOIT บนเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน ด้วยการวาง URL ในระบบ MITAS ข้อ MOIT ๑ – MOIT ๕

วัดระดับขั้นของความสำเร็จ ระดับ ๕ ร้อยละ ๙๒

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ๕ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
-	-	๘๒	๘๗	๙๒

๒ ผลการดำเนินงาน

ประเทศไทยยังคงต้องเผชิญกับวิกฤติการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) อย่างต่อเนื่อง ทำให้ทุกหน่วยงานต้องเผชิญกับความผันผวน กับการแพร่ระบาดและต้องมีการปรับตัวในการดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงสู่ความเป็นดิจิทัลมากขึ้น ด้วยการเปิดเผยข้อมูลและการให้บริการสาธารณะที่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจึงมุ่งเน้นให้หน่วยงานเป้าหมายให้ความสำคัญกับการเปิดเผยข้อมูลและการให้บริการสาธารณะผ่านระบบสารสนเทศเป็นหลัก ภายใต้แนวคิดเปิดเผยมากขึ้น โปร่งใสมากขึ้น (More open to more transparent) ที่สำคัญคือหน่วยงานเป้าหมายเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางปฏิบัติอย่างเห็นได้ชัดโดยเฉพาะความตื่นตัว และหันมาให้ความสนใจต่อการพัฒนากิจกรรม การพัฒนาแพลตฟอร์มอิเล็กทรอนิกส์ของหน่วยงานให้มีความทันสมัยและน่าสนใจมากขึ้น ประเด็นสำคัญคือส่งผลให้หน่วยงานมีการจัดการข้อมูลข่าวสารอย่างเป็นระบบเพื่อเตรียมความพร้อมในการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะให้ได้รับทราบและส่งเสริมให้เกิดการตรวจสอบอีกด้วย ระบบ MITAS ได้พัฒนาและปรับปรุงแบบให้เป็นดิจิทัลมากขึ้นเพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อขีดความสามารถของหน่วยงานเป้าหมายและผู้ตรวจประเมินแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) ระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัด ด้วยการปฏิบัติการผ่านระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ที่ตอบสนองการประเมินและตรวจประเมินได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว สามารถตรวจประเมินได้นอกสถานที่ตั้งของสำนักงาน ซึ่งถือว่าตอบโจทย์สถานการณ์ของการใช้ชีวิตวิถีใหม่ นอกจากนี้ผู้ตรวจประเมินแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะยังทำหน้าที่ประเมินสุขภาวะองค์กรของระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน ของหน่วยงานเป้าหมายเพื่อให้กระบวนการประเมินเป็นไปตามตัวชี้วัดที่ ๕๐ ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ร้อยละ ๙๒ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สะท้อนภาพความเป็นจริงในการปฏิบัติงานของหน่วยงานในภาพรวม และเกิดผลสัมฤทธิ์อย่างเป็นรูปธรรม

ผลการดำเนินงานเทียบเป้าหมาย ๓ ปีย้อนหลัง (ปี ๒๕๖๓-ปี ๒๕๖๕) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มีคะแนนคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ มีระดับคะแนนสูงมาก คือ ๙๕.๔๕ , ๙๒.๔๒ และ ๙๖.๙๗ คะแนน ตามลำดับโดยหน่วยงานเป้าหมาย ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖ มีจำนวน ๖๖ แห่ง ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ,โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน ๑ แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน ๓ แห่ง, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน ๓๒ แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๒๙ แห่ง

สภาพปัญหาในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) บนเว็บไซต์ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข ระบบ MITAS มีการเปิดระบบและปิดระบบที่แน่นอนทำให้บางหน่วยงานไม่เข้าระบบตามระยะเวลาที่กำหนด บางหน่วยงานแนบเอกสารไม่ครบถ้วนตามคู่มือ หรือบางหน่วยงานไม่มีการเข้าระบบ หรือบางหน่วยงานไม่กดยืนยันการส่งเอกสารทำให้ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินตามตัวชี้วัดดังกล่าว

ตารางแสดง ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดรายอำเภอ

ลำดับ	โซน	อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑	๑	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๒	๑	โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๓	๑	โรงพยาบาลห้วยแถลง	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๔	๑	โรงพยาบาลจักราช	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๕	๑	โรงพยาบาลขามทะเลสอ	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๖	๑	โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๗	๑	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครราชสีมา	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๘	๑	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยแถลง	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๙	๑	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจักราช	ระดับ ๕	๒	๗๗
๑๐	๑	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขามทะเลสอ	ระดับ ๕	๐	๐
๑๑	๑	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเฉลิมพระเกียรติ	ระดับ ๕	๐	๐
รวมโซน ๑				ผ่าน ๙ แห่ง	๘๑.๘๒
๑๒	๒	โรงพยาบาลโชคชัย	ระดับ ๕	๔	๘๗
๑๓	๒	โรงพยาบาลเสิงสาง	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๑๔	๒	โรงพยาบาลนครบุรี	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๑๕	๒	โรงพยาบาลปักธงชัย	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๑๖	๒	โรงพยาบาลวังน้ำเขียว	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๑๗	๒	โรงพยาบาลหนองบุญมาก	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๑๘	๒	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโชคชัย	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๑๙	๒	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสิงสาง	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๒๐	๒	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนครบุรี	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๒๑	๒	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปักธงชัย	ระดับ ๕	๒	๗๗
๒๒	๒	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังน้ำเขียว	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๒๓	๒	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองบุญมาก	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
รวมโซน ๒				ผ่าน ๑๑ แห่ง	๙๑.๖๗
๒๔	๓	โรงพยาบาลพิมาย	ระดับ ๕	๔	๘๗
๒๕	๓	โรงพยาบาลชุมพวง	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๒๖	๓	โรงพยาบาลโนนสูง	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๒๗	๓	โรงพยาบาลโนนแดง	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๒๘	๓	โรงพยาบาลลำทะเมนชัย	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๒๙	๓	โรงพยาบาลเมืองยาง	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๓๐	๓	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิมาย	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๓๑	๓	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชุมพวง	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๓๒	๓	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนสูง	ระดับ ๕	๔	๘๗
๓๓	๓	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนแดง	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๓๔	๓	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำทะเมนชัย	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๓๕	๓	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองยาง	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
รวมโซน ๓				ผ่าน ๑๐ แห่ง	๘๓.๓๔

๒๙๙

ชื่อสัตย์ สามัคคี มีวินัย

ลำดับ	โซน	อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๓๖	๔	โรงพยาบาลบัวใหญ่	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๓๗	๔	โรงพยาบาลประทาย	ระดับ ๕	๓	๘๒
๓๘	๔	โรงพยาบาลสีดา	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๓๙	๔	โรงพยาบาลบัวลาย	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๔๐	๔	โรงพยาบาลแก้งสนามนาง	ระดับ ๕	๔	๘๗
๔๑	๔	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบัวใหญ่	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๔๒	๔	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอประทาย	ระดับ ๕	๐	๐
๔๓	๔	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสีดา	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๔๔	๔	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบัวลาย	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๔๕	๔	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแก้งสนามนาง	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
รวมโซน ๔				ผ่าน ๘ แห่ง	๘๐
๔๖	๕	โรงพยาบาลคง	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๔๗	๕	โรงพยาบาลโนนไทย	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๔๘	๕	โรงพยาบาลขามสะแกแสง	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๔๙	๕	โรงพยาบาลพระทองคำ	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๕๐	๕	โรงพยาบาลบ้านเหลื่อม	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๕๑	๕	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคง	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๕๒	๕	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนไทย	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๕๓	๕	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขามสะแกแสง	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๕๔	๕	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพระทองคำ	ระดับ ๕	๓	๘๒
๕๕	๕	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านเหลื่อม	ระดับ ๕	๔	๘๗
รวมโซน ๕				ผ่าน ๘ แห่ง	๘๐
๕๖	๖	โรงพยาบาลด่านขุนทด	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๕๗	๖	โรงพยาบาลปากช่องนานา	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๕๘	๖	โรงพยาบาลสีคิ้ว	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๕๙	๖	โรงพยาบาลสูงเนิน	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๖๐	๖	โรงพยาบาลเทพารักษ์	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๖๑	๖	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอด่านขุนทด	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๖๒	๖	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากช่อง	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๖๓	๖	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสีคิ้ว	ระดับ ๕	๔	๘๗
๖๔	๖	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสูงเนิน	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
๖๕	๖	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเทพารักษ์	ระดับ ๕	๕	๑๐๐
รวมโซน ๖				ผ่าน ๙ แห่ง	๙๐
รวม			ระดับ ๕	ผ่าน ๕๓ แห่ง	๘๐.๓๐

ปัจจัยความสำเร็จ

๑. คู่มือการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖
๒. คู่มือผู้ตรวจประเมินระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖
๓. ติดตาม/กำกับ อย่างต่อเนื่องในกลุ่ม LINE “ผู้ปฏิบัติงาน ITA สสจ.นม.”
๔. ตั้งกลุ่ม LINE “ผู้ปฏิบัติงาน ITA สสจ.นม.” เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงปัญหา และความสำเร็จ
๕. แจ้งเตือนระยะเวลาการเปิดปิดของระบบ MITAS แก่ผู้ปฏิบัติงาน ITA เป็นระยะ
๖. จัดทำแพลตฟอร์มต้นแบบเพื่อให้เป็นไปแนวทางเดียวกัน

โอกาสพัฒนา / สิ่งที่จะทำต่อไปในพื้นที่ที่มีผลงานต่ำ

๑. ติดตาม/กำกับ ให้คำแนะนำหน่วยงานที่ไม่ผ่านตามเกณฑ์อย่างใกล้ชิด
๒. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านกลุ่ม LINE “ผู้ปฏิบัติงาน ITA สสจ.นม.”
๓. จัดหน่วยงานที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ในระดับสูง ให้เป็นพี่เลี้ยงหน่วยงานที่มีคะแนนระดับต่ำ
๔. ส่งแพลตฟอร์มต้นแบบเพื่อให้เป็นไปแนวทางเดียวกัน

การพัฒนาองค์กรคุณภาพ

ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของ หน่วยบริหาร (PMQA)

วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา

การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๒ (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย ๑) ลักษณะสำคัญขององค์กร ๒) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ๗ หมวด ได้แก่ หมวดที่ ๑ การนำองค์กร หมวดที่ ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวดที่ ๓ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวดที่ ๔ การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ หมวดที่ ๕ การมุ่งเน้นบุคลากร หมวดที่ ๖ การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ และหมวดที่ ๗ ผลลัพธ์การดำเนินการ สถานการณ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา (สสจ.นม.) พบว่า

ปี ๒๕๖๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ ได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมวดที่ ๑ การนำองค์กร และ หมวดที่ ๕ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

ปี ๒๕๖๓ ได้ดำเนินการในหมวดที่ ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์และหมวดที่ ๔ การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้ พร้อมทั้งทบทวนหมวดที่ ๑ และหมวดที่ ๕

ปี ๒๕๖๔ ได้ดำเนินการในหมวดที่ ๓ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และหมวดที่ ๖ การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ พร้อมทั้งทบทวนหมวดที่ดำเนินการในปีที่ผ่านมา แสดงให้เห็นว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมามีการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ของหน่วยงาน ทั้งนี้ ตั้งแต่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้มีนโยบายให้ทุกหน่วยงานในสังกัด ทุกหน่วยดำเนินการการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ภายใต้การทำงานประจำของหน่วยงานตนเอง โดยพัฒนารายหมวด ปีละ ๒ หมวด ตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ และครบ ๖ หมวดในปี ๒๕๖๓

ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน

- ๑) องค์กรให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพเชิงระบบมากขึ้น
- ๒) องค์กรมีการประเมินตนเองและจัดทำแผนยกระดับเพื่อพัฒนาตามสภาพปัญหาขององค์กร
- ๓) องค์กรมีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติตามแผนยกระดับ/แผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- ๔) การติดตาม สนับสนุน เสริมพลัง เพื่อให้เกิดกระบวนการทำงานที่เป็นรูปธรรมชัดเจน

แนวทางการปรับปรุง / พัฒนา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งดำเนินการพัฒนาตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ทุกหมวด (หมวด ๑ – หมวด ๖) โดยได้จัดการประชุมชี้แจงนโยบายการพัฒนาตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐและจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อการวิเคราะห์และประเมินตนเองตามแนวทาง ADLI และจุดแข็งจุดอ่อนขององค์กรเพื่อจัดทำแผนพัฒนาองค์กรและกำหนดตัวชี้วัดของแผนพัฒนาองค์กร จัดทำแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice)

ข้อสัถย สำนคคี มิวินย

และผลงานที่โดดเด่นจากการนำเกณฑ์ PMQA มาพัฒนาบริหารจัดการองค์กร โดยวิเคราะห์ร่วมกันทั้งระดับจังหวัดและอำเภอ ซึ่งได้มีการชี้แจงแนวทางการจัดส่งรายงานตามระบบ และกำหนดการที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยกำหนดมาตรการหลักเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน คือ การพัฒนาศักยภาพทีมประเมิน และกำหนดแนวทาง การประเมินที่มุ่งเน้นการพัฒนาเชิงคุณภาพมากขึ้น

การดำเนินงานตามมาตรการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามแนวทาง OKRs (Objectives and key results)

๑. Service Delivery (ระบบบริการ)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ภายใต้ ๑ โครงการ คือ การประชุมชี้แจงแนวทางการพัฒนา PMQA หมวดที่ ๑ – หมวดที่ ๗ ระดับอำเภอ จังหวัด โดยมีกระบวนการ ดังนี้

๑) ชี้แจงนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

๒) แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ

๓) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวิเคราะห์และประเมินองค์การตามแนวทาง ADLI

๔) จัดทำแผนการพัฒนางานองค์กรตามผลการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน การประเมินตนเอง และโอกาสพัฒนา กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕) ประเมินผลและถอดบทเรียนการดำเนินงาน โดยข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะถูกนำไปใช้ในการปรับปรุงการทำงานและเป็นข้อมูลนำเข้าในการวางแผนการดำเนินงานในครั้งต่อไป

๖) รายงานผลและเผยแพร่นวัตกรรมหรืองานวิจัยการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ในเวทีวิชาการประจำปีทั้งในระดับจังหวัด และมีการดำเนินงานโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานและจัดทำข้อกำหนดเพื่อปรับปรุงระบบการทำงาน

๒. Workforce (กำลังคนด้านสุขภาพ)

ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรแบ่งออกเป็น ๒ ระดับ ดังนี้

๑) ระดับจังหวัด ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการติดตามประเมินผลการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน ๑ ครั้ง

๒) ระดับอำเภอ ได้แก่ องค์กรความรู้ ทัศนคติ และทักษะการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐและมีการดำเนินงานโครงการพัฒนาการจัดบริการ สวัสดิการ และสิทธิประโยชน์ของบุคลากร จำนวน ๒ ครั้ง

๓. Data & IT (ระบบข้อมูลข่าวสาร)

นโยบายของผู้บริหารและข้อมูลทางด้านการบริหารงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจะนำมาวิเคราะห์เพื่อออกแบบกระบวนการ เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โดยส่วนราชการดำเนินการภาคบังคับ หมวด ๑ ถึง หมวด ๗ (ครบทุกหมวด) ตามขั้นตอน ดังนี้

๑) จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน ๑๓ ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี

ข้อสัถย สามัคคี มีวินัย

๒) ดำเนินการประเมินองค์การด้วยตนเอง(Self-Assessment) หมวด ๑- ๖ หาโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI)

๓) นำโอกาสในการปรับปรุง (OFI) มาจัดลำดับความสำคัญและจัดทำแผนพัฒนาองค์การ หมวดละ ๑ แผน

๔) กำหนดตัวชี้วัดหมวด ๗ ผลลัพธ์การดำเนินการตามหัวข้อ ๗.๑-๗.๖ จำนวน ๖ หัวข้อครบ ๑๘ ข้อ และในระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการ ๓๖ ตัวชี้วัด

๕) ดำเนินการแผนพัฒนาองค์การ ในระดับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

๖) จัดส่งเอกสารรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์การและตัวชี้วัด รอบ ๓, ๖, ๙ และ ๑๒ เดือน ให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในระยะเวลาที่กำหนด

๗) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จัดทำรายงานผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ที่โดดเด่น บังคับหมวด ๒ และเลือกหมวดที่พร้อมอีก ๑ หมวด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจัดทำแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) และผลงานที่โดดเด่นจากการนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาพัฒนาบริหารจัดการองค์กรอย่างน้อย ๑ เรื่อง

๘) ประชุมติดตามผลการดำเนินงานผ่านระบบ VDO Conference ทุก ๓ เดือน ตรวจสอบผลการดำเนินงานส่วนราชการในพื้นที่ โดยทีมผู้ตรวจประเมิน (Auditor) และกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร จำนวน ๒ รอบ เมื่อได้ผลลัพธ์การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของหน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการนำเสนอผลการพัฒนาไปใช้ประโยชน์ร่วมกับเวทีวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุขประจำปี และสนับสนุนให้บุคลากรในสังกัดจัดการองค์ความรู้ที่ได้จากการปฏิบัติในรูปแบบของงานวิจัยและนวัตกรรม และมีการดำเนินงานโครงการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้

๔. Supply (การสนับสนุนต่างๆ)

การดำเนินงานเพื่อให้สนองต่อวิสัยทัศน์ขององค์กรอยู่ภายใต้กลยุทธ์ “การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ” โดยมีโครงการทั้งหมด ๑ โครงการ ได้แก่ โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนา PMQA ระดับอำเภอ จังหวัด และมีการนำผลงานแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) และผลงานที่โดดเด่นจากการนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาพัฒนาบริหารจัดการองค์กรเข้าร่วมนำเสนอในเวทีวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุขประจำปี สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

๕. Finance (ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ)

จัดทำแผนงาน โครงการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ PMQA จังหวัดนครราชสีมา จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยมีการประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน ๑ ครั้ง และประชุมติดตามการดำเนินงาน ๔ ครั้ง

๖. Governance (ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้กำหนดให้หน่วยงานนำเกณฑ์มาตรฐานการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐมาเป็นแนวทางดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพการบริหารราชการโดยมุ่งเน้นการดำเนินงานยุทธศาสตร์ที่ ๔ Governance excellence ตามแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวง

สาธารณสุข และได้ดำเนินนโยบายเผยแพร่สู่การปฏิบัติทั่วทั้งองค์กร โดยมีการดำเนินงานโครงการส่งเสริมความเข้มแข็งชุมชนด้านสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม

๗. Participation (การมีส่วนร่วมของชุมชน)

ภายใต้การพัฒนางานวิชาการ ฯ นั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้วิเคราะห์ผู้มีส่วนร่วมที่จะก่อให้เกิดการพัฒนาในเรื่องดังกล่าว ได้แก่ (๑) กลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา (๒) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ๓๒ แห่ง (๓) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๓๔๘ แห่ง ซึ่งผู้มีส่วนร่วมทุกกลุ่ม จะได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะ และทักษะการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ และศักยภาพการติดตาม กำกับ ประเมินผลของผู้บริหารองค์กรทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอ โดยมีการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบรับฟังความคิดเห็น และสร้างความสัมพันธ์ กับผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

การติดตามประเมินผล / ผลการดำเนินงาน

๑. แนวทางการติดตามประเมินผล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาได้ออกแบบระบบการติดตามและประเมินผลการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐทุก ๓ เดือน ผ่านระบบการประเมิน ๓ ช่องทาง ได้แก่

- ๑) ระบบการประเมินแบบปกติของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ปีละ ๒ ครั้ง
- ๒) ติดตามและประเมินจากการรายงานผ่านเว็บไซต์กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข คือ <http://opdc.moph.go.th/>
- ๓) การนำผลงานนวัตกรรม งานวิจัยจากการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐเข้าร่วมนำเสนอในเวทีวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุขประจำปี สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

๒. ผลการดำเนินงาน

ส่วนปี ๒๕๖๔ – ๒๕๖๕ มีการทบทวนทั้ง ๖ หมวด พร้อมทั้งจัดทำแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) และผลงานที่โดดเด่นจากการนำเกณฑ์ PMQA มาพัฒนาบริหารจัดการองค์กร อย่างไรก็ตามการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐถูกกำหนดให้เป็นนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มาทุกปีอย่างต่อเนื่อง แต่จากการประเมินผลงานที่ผ่านมา พบว่า การจัดทำรายงานตามแบบรายงานของกระทรวงและการกำหนดการส่งรายงานในกำหนดได้ครบถ้วนตามเกณฑ์ และการพัฒนาเชิงคุณภาพยังอยู่ในระดับที่ต้องมีการพัฒนาต่อไป

จากการถอดบทเรียนการดำเนินงานในปีที่ผ่านมาพบว่า สาเหตุหรือปัจจัยหลักของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐขององค์กร ยังมีข้อจำกัดหลักอยู่ ๓ ปัจจัย ได้แก่ (๑) ภารกิจที่มีจำนวนมากขององค์กรทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอ (๒) องค์ความรู้ ทักษะ และทักษะการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ และ (๓) การติดตาม กำกับ ประเมินผลของผู้บริหารองค์กรทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอ และ (๔) สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (Covid – ๑๙) และ (๕) การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา จำนวน ๑๘๒ แห่ง

ชื่อสัตย์ สามัคคี มีวินัย

ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำเป็นต้องหาแนวทางในการแก้ไขหรือปรับปรุงข้อจำกัด ๕ ปัจจัยหลักดังที่กล่าวข้างต้น ซึ่งสามารถกำหนดแนวทางได้ดังนี้

(๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ต้องมีการพัฒนาศักยภาพทีมประเมินระดับจังหวัดและระดับอำเภอ

(๒) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ต้องสนับสนุนเชิงระบบเพื่อเอื้ออำนวยให้คณะกรรมการประเมินติดตามมีศักยภาพ

(๓) จัดระบบการประชุม อบรมออนไลน์ เพื่อให้เกิดกระบวนการทำงานและป้องกันการติดเชื้อจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (Covid - ๑๙) และ(๔) ขอความร่วมมือในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด

ตารางแสดง ผลการดำเนินงานแยกตามโซน

ลำดับ	โซน	อำเภอ	เป้าหมาย (๔ ระดับ)	ผลงาน (ระดับ)	ร้อยละ
๑	๑	อำเภอเมืองนครราชสีมา	๔	๔	๑๐๐.๐๐
๒		อำเภอห้วยแถลง	๔	๔	๑๐๐.๐๐
๓		อำเภอจักราช	๔	๔	๑๐๐.๐๐
๔		อำเภอลำทะเมนชัย	๔	๔	๑๐๐.๐๐
๕		อำเภอเฉลิมพระเกียรติ	๔	๔	๑๐๐.๐๐
รวมโซน ๑					
๖	๒	อำเภอโชคชัย	๔	๔	๑๐๐.๐๐
๗		อำเภอเสิงสาง	๔	๔	๑๐๐.๐๐
๘		อำเภอครบุรี	๔	๔	๑๐๐.๐๐
๙		อำเภอปักธงชัย	๔	๔	๑๐๐.๐๐
๑๐		อำเภอวังน้ำเขียว	๔	๔	๑๐๐.๐๐
รวมโซน ๒					
๑๑	๓	อำเภอหนองบุญมาก	๔	๔	๑๐๐.๐๐
๑๒		อำเภอพิมาย	๔	๔	๑๐๐.๐๐
๑๓		อำเภอชุมพวง	๔	๔	๑๐๐.๐๐
๑๔		อำเภอโนนสูง	๔	๔	๑๐๐.๐๐
๑๕		อำเภอโนนแดง	๔	๔	๑๐๐.๐๐
๑๖		อำเภอลำทะเมนชัย	๔	๔	๑๐๐.๐๐
๑๗		อำเภอเมืองยาง	๔	๔	๑๐๐.๐๐
รวมโซน ๓					
๑๘	๔	อำเภอบัวใหญ่	๔	๔	๑๐๐.๐๐
๑๙		อำเภอประทาย	๔	๔	๑๐๐.๐๐
๒๐		อำเภอสีดา	๔	๔	๑๐๐.๐๐
๒๑		อำเภอบัวลาย	๔	๔	๑๐๐.๐๐
๒๒		อำเภอแก้งสนามนาง	๔	๔	๑๐๐.๐๐
รวมโซน ๔					

ข้อสัถย สามัคคี มีวินัย

ลำดับ	โซน	อำเภอ	เป้าหมาย (๔ ระดับ)	ผลงาน (ระดับ)	ร้อยละ
๒๓	๕	อำเภอกง	๔	๔	๑๐๐.๐๐
๒๔		อำเภอโนนไทย	๔	๔	๑๐๐.๐๐
๒๕		อำเภอขามสะแกแสง	๔	๔	๑๐๐.๐๐
๒๖		อำเภอพระทองคำ	๔	๔	๑๐๐.๐๐
๒๗		อำเภอบ้านเหลื่อม	๔	๔	๑๐๐.๐๐
รวมโซน ๕					
๒๘	๖	อำเภอด่านขุนทด	๔	๔	๑๐๐.๐๐
๒๙		อำเภอปากช่อง	๔	๔	๑๐๐.๐๐
๓๐		อำเภอสีคิ้ว	๔	๔	๑๐๐.๐๐
๓๑		อำเภอสูงเนิน	๔	๔	๑๐๐.๐๐
๓๒		อำเภอเทพารักษ์	๔	๔	๑๐๐.๐๐
รวมโซน ๖					

ปัจจัยความสำเร็จ

๑. องค์การทั้งระดับจังหวัดและระดับอำเภอให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพเชิงระบบมากขึ้น
๒. มีการประเมินตนเอง มีการจัดทำแผนยกระดับเพื่อพัฒนาองค์การตาม OFI ของตนเอง
๓. องค์การมีการพัฒนาตามแผน และสามารถประเมินผลตามตัวชี้วัดที่กำหนดได้

โอกาสพัฒนา / สิ่งที่จะทำต่อไปในพื้นที่ที่มีผลงานต่ำ

๑. การกิจที่มีจำนวนมากขององค์การทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอ
๒. การติดตาม กำกับ ประเมินผลของผู้บริหารองค์การทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอ
๓. การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด ทำให้ขาดแคลนบุคลากรในการทำงาน และดำเนินงานขับเคลื่อนคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) อย่างเต็มที่

โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA

วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา

ตารางแสดง ผลการดำเนินงานเทียบเป้าหมาย ๓ ปี ย้อนหลัง (ปี ๒๕๖๒ - ปี ๒๕๖๔)

	จำนวน	ปี ๒๕๖๒		ปี ๒๕๖๓		ปี ๒๕๖๔	
		ผลงาน	ร้อยละ	ผลงาน	ร้อยละ	ผลงาน	ร้อยละ
รพศ./รพท.	๔ แห่ง	๔ แห่ง	๑๐๐	๔ แห่ง	๑๐๐	๔ แห่ง	๑๐๐
รพ.จิตเวช	๑ แห่ง	๑ แห่ง	๑๐๐	๑ แห่ง	๑๐๐	๑ แห่ง	๑๐๐
รพช.	๒๙ แห่ง	๒๕ แห่ง	๘๖.๒๑	๒๖ แห่ง	๘๙.๖๖	๒๖ แห่ง	๘๙.๖๖

ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน

๑) มี นพ.สสจ. นครราชสีมา เป็น ผอ.HACC นครชัยบุรินทร์ โดยตำแหน่ง (แต่งตั้งโดย สรพ. ภายใต้การกำกับของกระทรวงสาธารณสุข)และมีผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพ ในกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ ละครูปแบบบริการ เป็นผู้ประสานงานของ HACC นครชัยบุรินทร์ (ได้รับสนับสนุนงบประมาณจาก สรพ. จำนวน ๑๐๐,๐๐๐บาท โดยวางแผนจัดกิจกรรม พัฒนาที่ปรึกษา และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผลงานวิชาการเพื่อคัดเลือกเข้าสู่เวที HA national forum และกิจกรรมเยี่ยมกระตุ้นรพ.ในเขตนครชัยบุรินทร์ จัดได้ ๑๑ ครั้ง ได้แก่ รพ.โนนสูง รพ.หนองบุญมาก รพ.พิมาย รพ.ปากช่องนานา รพ.เทพารักษ์ รพ.โนนไทย รพ.เสิงสาง รพ.ชุมพวง รพ.คง รพ.สีดา รพ.บัวลาย

๒) การกิจสำคัญในระดับจังหวัด (พ.ศ.๒๕๖๒-๒๕๖๕)

- กระตุ้นการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ โดย สสจ.ทำ MOU กับ รพ.ที่ยังไม่เข้าสู่กระบวนการ HA/รพ.ที่ยังไม่ผ่าน HA ขึ้น ๓ ได้แก่ รพ.สีดา รพ.บัวลาย รพ.เทพารักษ์
- ประชุมเชิงปฏิบัติการณพื้นที่ รพ.เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันระหว่าง รพ.กลุ่มReac กลุ่ม Accredited กลุ่มรพ.ติด FOCUS
- ประชุมเชิงปฏิบัติการการทบทวนเวชระเบียน
- ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพ QMR
- มีการกระตุ้น/แจ้งเตือน/ติดตาม การส่งเอกสารยื่นขอรับการประเมินหรือต่ออายุอย่าง

น้อย ๖ เดือน

๓) ในระดับเขต HACC นครชัยบุรินทร์ มีการดำเนินกิจกรรม

- จัดมหกรรม HACC Forum ทุกปี (เว้นปี ๖๓ เนื่องจากสถานการณ์โควิด) ในปี ๖๔-๖๕ จัดเป็นรูปแบบผสมผสาน onsite และ online(งบประมาณสนับสนุน จาก สรพ.)
- จัดอบรม HA๒๐๑ (ความรู้พื้นฐานการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานHA)
- เยี่ยมกระตุ้นการดำเนินพัฒนาคุณภาพตามคำเชิญของโรงพยาบาล
- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการการใช้เครื่องมือคุณภาพ

แนวทางการพัฒนา

รพ.ที่ยังไม่ผ่าน HA ขึ้น๓ มี ๓ แห่ง คือ (บัวลาย , สีดา , เทพารักษ์)

- รพ.บัวลาย ได้รับการรับรอง HA ขึ้น ๒ จะหมดอายุ ๓ ธันวาคม ๒๕๖๔ (ส่งเอกสารขอรับการ

ข้อสัถย สามัคคี มีวินัย

รับรอง และขอรับการรับรอง ชั้น ๓ ได้กำหนดการ Ac credit ช่วงต้นเดือนมีนาคม ๒๕๖๖)

- รพ.สิดา ได้รับการรับรอง HA ชั้นที่ ๒ หมดอายุ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖ (วางแผนส่งเอกสารขอรับการรับรอง Ac credit ในช่วงเดือน สิงหาคม ๒๕๖๖)

- รพ.เทพารักษ์ รับการรับรองชั้น ๓ Ac-credit ในวันที่ ๒๔-๒๕ พ.ย ๖๕ ผลการรับการรับรองมีการบ้านที่ต้องแก้ไขเพิ่มเติม อยู่ระหว่างส่งการบ้านและออกไปรับรอง

การดำเนินงานตามมาตรการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามแนวทาง OKRs (Objectives and key results)

๑. Service Delivery (ระบบบริการ)

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้จัดทำบันทึกความร่วมมือว่าด้วย “ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล” กับองค์กรต่าง ๆ จัดตั้งศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล HA Collaborating Center: HACC จังหวัดนครราชสีมา รับผิดชอบ จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดบุรีรัมย์และจังหวัดสุรินทร์ ใช้ชื่อว่า HACC นครชัยบุรินทร์ โดยได้นำแนวคิดศรัทธาและกัลยาณมิตร มาเป็นหลักสำคัญในการดำเนินงาน มีการปรับความคาดหวังให้สอดคล้องกับความเป็นจริงจนเกิดเป็นบันไดสามขั้นสู่ HA มีระบบแรงจูงใจอย่างพอเหมาะพอควร มีการรวมตัวช่วยเหลือกันในพื้นที่ มีการนำมิติด้าน จิตวิญญาณมาเป็นองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาสู่ความยั่งยืนด้วยตระหนัก ในคุณค่าและความหมายของสิ่งที่ทำ

๒. Workforce (กำลังคนด้านสุขภาพ)

HACC นครชัยบุรินทร์ ประกอบไปด้วย อาจารย์ผู้เยี่ยมสำรวจ จำนวน ๙ คน มีอาจารย์ที่ปรึกษาที่ขึ้นทะเบียนจาก สรพ.จำนวน ๒๑ คน มีอาจารย์ที่ปรึกษาที่กำลังพัฒนาและรอขึ้นทะเบียน จำนวน ๑๑ คน และมีเครือข่าย QMR ทุกโรงพยาบาลในเขตนครชัยบุรินทร์ในการประสานงานพัฒนาคุณภาพ

๓. Data & IT (ระบบข้อมูลข่าวสาร)

มีแหล่งในการติดตามข้อมูลข่าวสาร และระบบการเยี่ยมสำรวจ ช่องทางการส่งรายงาน โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เป็นผู้วางระบบ อาศัยช่องทาง <https://www.ha.or.th/> ในการสื่อสาร

๔. Supply (การสนับสนุนต่างๆ)

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้ทำบันทึกข้อตกลง (MOU) กับศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจังหวัดนครราชสีมา (HACC) มาตั้งแต่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๘ โดยมีบทบาทหน้าที่ และการสนับสนุนต่างๆ ดังนี้ (๑) จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (๒) จัดบริการให้คำปรึกษาด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในเขตพื้นที่รับผิดชอบ (นครราชสีมา สุรินทร์ บุรีรัมย์ ชัยภูมิ) (๓) เป็นศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (๔) จัดเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โดยมีรูปแบบการบรรยาย และการนำเสนอการพัฒนาระบบงาน (CQI) เพื่อจุดประกายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบ ซึ่งแต่ละจังหวัดมีความสนใจในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยกระบวนการHA จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล รวมทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมคุณภาพ ที่แตกต่างกัน

๕. Finance (ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ)

ข้อตกลงความร่วมมือระหว่าง HACC นครชัยบุรินทร์ กับ สรพ. โดย สรพ.สนับสนุน งบประมาณจำนวน ๑๐๐,๐๐๐ บาท เพื่อพัฒนากระบวนการคุณภาพในเขตนครชัยบุรินทร์ ส่งผลให้มีความพร้อมในการพัฒนาศักยภาพ อาจารย์ที่ปรึกษา QMR และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

๖. Governance (ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล)

-มีผู้อำนวยการศูนย์ HACCนครชัยบุรินทร์ ในการบูรณาการทุกภาพส่วนให้เกิดการเชื่อมผสานกันในระบบงานคุณภาพ

-มีทีมนำคุณภาพในแต่ละด้าน ในการกระตุ้นและพัฒนาระบบงานคุณภาพในทุกโรงพยาบาล

๗. Participation (การมีส่วนร่วมของชุมชน)

เครือข่ายความร่วมมือ ระหว่างโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยได้แก่ รพ.มหาลัยเทคโนโลยีสุรนารี โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมได้แก่ รพ.ค่ายสุรนารี โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ สังกัดกรมสุขภาพจิต และสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง ทุกระดับที่มีความร่วมมือในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การติดตามประเมินผล / ผลการดำเนินงาน**๑. แนวทางการติดตามประเมินผล**

<https://www.ha.or.th/> สถานะการรับรองจาก สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

๒. ผลการดำเนินงาน

ตารางแสดง ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดปี ๒๕๖๕

หน่วยบริการ	จำนวน	ปี ๒๕๖๕	
		ผลงาน	ร้อยละ
รพศ./รพท.	๔ แห่ง	๔ แห่ง	๑๐๐
รพ.จิตเวช	๑ แห่ง	๑ แห่ง	๑๐๐
รพช.	๒๙ แห่ง	๒๖ แห่ง	๘๙.๖๖

ตารางแสดง ผลการดำเนินงานแสดงการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ลำดับ	โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป	ชั้นปัจจุบัน	วันรับรอง	วันหมดอายุ	หมายเหตุ
๑	มหาราชนครราชสีมา	R๓	๒๒ พ.ค. ๖๔	๒๑ พ.ค. ๖๗	
๒	เทพรัตนนครราชสีมา	r๒	๑๓ มิ.ย. ๖๔	๑๒ มิ.ย. ๖๖	
๓	ปากช่องนานา	R๒	๒๙ ม.ค. ๖๕	๒๘ ม.ค. ๖๘	
๔	พิมาย	R๓	๑๒ พ.ย. ๖๕	๑๑ พ.ย. ๖๘	
๕	จิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์	r๕	๒๐ ก.พ. ๖๔	๑๙ ก.พ. ๖๗	

ข้อสัถย สามัคคี มีวินัย

ลำดับ	โรงพยาบาลชุมชน	ชั้นปัจจุบัน	วันรับรอง	วันหมดอายุ	หมายเหตุ
๑	เทพารักษ์	๐			รับการรับรอง ชั้น ๓ วันที่ ๒๔-๒๕ พ.ย. ๖๕ อยู่ระหว่างการออก ใบรับรอง
๒	บัวลาย	๒	๔ ธ.ค. ๖๓	๓ ธ.ค. ๖๔	วางแผนขอ AC Credit ช่วง ต้นมี.ค. ๖๖
๓	ชุมพวง	๔	๒๗ ส.ค. ๖๒	๒๖ ส.ค. ๖๕	อยู่ระหว่างกระบวนการ ต่ออายุ
๔	เสิงสาง	๔	๒๔ ก.ย. ๖๒	๒๓ ก.ย. ๖๕	
๕	บัวใหญ่	๔	๒๙ ต.ค. ๖๒	๒๘ ต.ค. ๖๕	
๖	โนนไทย	๔	๒๔ ธ.ค. ๖๒	๒๓ ธ.ค. ๖๕	
๗	โนนแดง	๔	๑๔ ม.ค. ๖๓	๑๓ ม.ค. ๖๖	
๘	คง	๔	๑๑ ก.พ. ๖๓	๑๐ ก.พ. ๖๖	
๙	ขามทะเลสอ	๔	๑๘ ก.พ. ๖๓	๑๗ ก.พ. ๖๖	
๑๐	ปักธงชัย	๔	๒๘ เม.ย. ๖๓	๒๗ เม.ย. ๖๖	
๑๑	พระทองคำ เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา	๔	๑ พ.ค. ๖๔	๓๐ เม.ย. ๖๖	
๑๒	ขามสะแกแสง	๔	๙ พ.ค. ๖๔	๘ พ.ค. ๖๖	
๑๓	ห้วยแถลง	๔	๑๐ มิ.ย. ๖๓	๙ มิ.ย. ๖๖	
๑๔	บ้านเหลื่อม	๔	๑๐ ก.ค. ๖๔	๙ ก.ค. ๖๖	
๑๕	สีดา	๒	๒๕ ก.ค. ๖๕	๒๔ ก.ค. ๖๖	
๑๖	แก้งสนามนาง	๔	๑๔ ส.ค. ๖๔	๑๓ ส.ค. ๖๖	
๑๗	ลำทะเมนชัย	๔	๑๑ ก.ย. ๖๔	๑๐ ก.ย. ๖๖	
๑๘	วังน้ำเขียว	๔	๑๒ ธ.ค. ๖๔	๑๑ ธ.ค. ๖๖	
๑๙	สีคิ้ว	๔	๑๓ ก.พ. ๖๔	๑๒ ก.พ. ๖๗	
๒๐	ประทาย	๔	๑๓ ก.พ. ๖๔	๑๒ ก.พ. ๖๗	
๒๑	เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเจ้า ๑๐๐ ปี	๔	๑๐ ก.ค. ๖๔	๙ ก.ค. ๖๗	
๒๒	โชคชัย	๔	๑๔ ส.ค. ๖๔	๑๓ ส.ค. ๖๗	
๒๓	สูงเนิน	๔	๒๘ ส.ค. ๖๔	๒๗ ส.ค. ๖๗	
๒๔	จักราช	๔	๒๕ ก.ย. ๖๔	๒๔ ก.ย. ๖๗	
๒๕	หนองบุญมาก	๔	๑๖ ต.ค. ๖๔	๑๕ ต.ค. ๖๗	
๒๖	โนนสูง	๔	๑๓ พ.ย. ๖๔	๑๒ พ.ย. ๖๗	
๒๗	ครบุรี	๔	๑๘ ธ.ค. ๖๔	๑๗ ธ.ค. ๖๗	
๒๘	ด่านขุนทด	๔	๑๘ ธ.ค. ๖๔	๑๗ ธ.ค. ๖๗	
๒๙	เฉลิมพระเกียรติ	๔	๒๔ ธ.ค. ๖๔	๒๓ ธ.ค. ๖๗	

๕. ปัจจัยความสำเร็จ

- ความมุ่งมั่นพัฒนาศักยภาพและคุณภาพอย่างต่อเนื่องของรพ.
- เป็นพื้นที่ของ HACCP นครชัยบุรินทร์
- มีHACCP นครชัยบุรินทร์ ที่สนับสนุนและพัฒนาศักยภาพที่มำคุณภาพ

๖. โอกาสพัฒนา / สิ่งที่จะทำต่อไปในพื้นที่ที่มีผลงานต่ำ

- สนับสนุน/พัฒนาศักยภาพทีมนำคุณภาพ ของรพ.ที่กำลังพัฒนาเพื่อขอรับการ Accredit โดย
เพิ่มพูนความรู้เรื่องมาตรฐานHA และการใช้เครื่องมือคุณภาพ

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

- การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม รพ.Reac กลุ่ม รพ.accredit กลุ่ม รพ.เปิดใหม่
ทั้งในเวทีการประชุมและพื้นที่หน้างาน
- การขอเรียนรู้จาก HACC นครชัยบุรินทร์ โดยเป็นทีมนำคุณภาพจาก รพช. ได้ขอเข้ามาเป็นที่
บริการร่วมเรียนรู้งานพัฒนาคุณภาพ

การพัฒนาใช้อย่างสมเหตุผล (RDU District)

วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา

การพัฒนาจังหวัดใช้อย่างสมเหตุผล ครอบคลุมการพัฒนาทั้งระบบบริการภาครัฐและเอกชนทุกระดับ รวมถึงการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน การดูแล ป้องกันและติดตามความปลอดภัยในการใช้ยา โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำหนดแนวทาง โครงสร้าง ระบบและกระบวนการติดตามประเมินผลเพื่อส่งเสริมให้เกิด “อำเภอใช้ยาสมเหตุผล” (RDU District) แนวคิดสำคัญเพื่อแก้ไขปัญหาด้านการใช้ยาของชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ซึ่งจำเป็นต้องมีผู้ประสานงานทั้งในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด (RDU Coordinator) เมื่อการขับเคลื่อนอำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผลผ่านเกณฑ์การประเมินไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ของอำเภอทั้งหมด จึงจะถือว่าเกิดการพัฒนาเป็นจังหวัดใช้อย่างสมเหตุผล (RDU Province)

เมื่อพิจารณาจากสถานการณ์โครงสร้างระบบบริการสาธารณสุข การจัดทำแนวทางพัฒนาระบบสุขภาพด้านการใช้อย่างสมเหตุผลระดับจังหวัด ความร่วมมือของหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดรัฐและเอกชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) รวมทั้งหน่วยบริการภาคเอกชน เช่น ร้านขายยา คลินิก ร้านชำ/มินิมาร์ท เป็นต้น ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำหนดให้มีมาตรการสำคัญในการดำเนินงาน อย่างไรก็ตามในปีที่ผ่านมาการปรับเปลี่ยนรูปแบบการประเมินผลงาน และสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของแต่ละพื้นที่ที่แตกต่างกัน ศักยภาพและความพร้อมในการแก้ไขปัญหาต่างๆของแต่ละอำเภอไม่เหมือนกัน ดังนั้น การประเมินผลให้ผ่านเกณฑ์ทั้งด้าน RDU Hospital, RDU PCU และ RDU Community พร้อมกันทั้ง ๓ ด้านของแต่ละอำเภอจึงยังไม่บรรลุผลสำเร็จ โดยในปี ๒๕๖๕ ที่ผ่านมามีจังหวัดนครราชสีมาผลการดำเนินงานด้าน RDU Hospital ในหลายอำเภอยังไม่ผ่านเกณฑ์ ซึ่งได้นำมากำหนดเป็นเป้าหมายในการพัฒนางานปี ๒๕๖๖ ต่อไป

ตารางแสดงผลการดำเนินงานเทียบเป้าหมาย ปี ๒๕๖๓ - ปี ๒๕๖๔

ระดับ	ร้อยละที่ผ่าน ปี ๒๕๖๓			ร้อยละที่ผ่าน ปี ๒๕๖๔		
	จำนวน (ร้อยละ)			จำนวน (ร้อยละ)		
	RDU ขั้นที่ ๑ เป้าหมาย ≥ ๑๐๐%	RDU ขั้นที่ ๒ เป้าหมาย ≥ ๖๐%	RDU ขั้นที่ ๓ เป้าหมาย ≥ ๔๐%	RDU ขั้นที่ ๑ เป้าหมาย ≥ ๑๐๐%	RDU ขั้นที่ ๒ เป้าหมาย ≥ ๖๐%	RDU ขั้นที่ ๓ เป้าหมาย ≥ ๔๐%
นครราชสีมา จำนวน ๓๓ รพ	๓๓ (๑๐๐)	๙ (๒๗.๒๗)	๔ (๑๒.๑๐)	๓๓ (๑๐๐)	๙ (๒๗.๒๗)	๔ (๑๒.๑๐)

ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อน

๑. จัดทำแผนงานโครงการพัฒนาระบบสุขภาพด้านการใช้อย่างสมเหตุผล ระดับจังหวัด ร่วมกับหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น รพ.รัฐในสังกัด หน่วยบริการระดับอำเภอ สำนักงานสาธารณสุข รวมทั้งเครือข่ายร้านขายยา สถานพยาบาลเอกชน

๒. กำหนดทีมนำ หรือผู้ประสานงานในระดับจังหวัดและอำเภอโดยเป็นเครือข่ายสหวิชาชีพทั้งส่วนแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักวิชาการสาธารณสุข และสนับสนุนการขับเคลื่อนงานประสานผ่าน RDU COORDINATOR

๓. กำหนดอำเภอที่เป็นเป้าหมายของการพัฒนาระดับอำเภอ ทั้งในส่วนของ RDU Hospital/ RDU Community

๔. กำกับติดตามสนับสนุนการดำเนินงานและงบประมาณให้แต่ละอำเภอในการดำเนินการ พัฒนาร้านชำต้นแบบด้าน RDU โดยต่อยอดจากร้านชำเดิมที่มีอยู่/ พัฒนาร้านยา ขย.๑ให้เป็นไปตามเกณฑ์ GPP หมวด ๕ เพื่อดำเนินการต่ออายุใบอนุญาต/ ติดตามให้สถานพยาบาลเอกชนในจังหวัด ทำการประเมินตนเองในเว็บไซต์กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลผลการประเมินมาวางแผนการดำเนินงานในปีต่อไป

๕. จัดเวทีประชุมเพื่อถอดบทเรียนการดำเนินงานในระดับอำเภอและจังหวัดและข้อเสนอการพัฒนสำหรับการจัดทำแผนปีถัดไป

แนวทางการปรับปรุง / พัฒนา

๑. จัดทำแนวทางและชี้แจงการดำเนินงาน RDU Province ของจังหวัดนครราชสีมาในปี ๒๕๖๖ และร่วมกำหนดอำเภอต้นแบบและอำเภอเป้าหมายในการดำเนินงานร่วมกัน การประสานงานระหว่างจังหวัดและอำเภอขับเคลื่อนผ่านสหวิชาชีพและพัฒนabeth RDU COORDINATER ระดับอำเภอ

๒. สะท้อนข้อมูลด้านการสั่งใช้ยาและสถานการณ์ผลงานทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอให้ผู้บริหารและองค์กรแพทย์

๓. สนับสนุนให้พื้นที่จัดกิจกรรมเสริมสร้างความเข้าใจเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนเน้นสร้างความร่วมมือด้านการใช้อย่างเหมาะสม และส่งเสริมการพัฒนาสถานประกอบการ ร้านชำ สถานพยาบาล เป็นต้น

๔. มาตรการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล ยาทดแทนทางเลือกแทนการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคไข้หวัด และโรคท้องเสียที่ไม่ได้ติดเชื้อแบคทีเรีย และรณรงค์การรักษาทางเลือกแทนการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ

๕. บูรณาการการดำเนินงานและติดตามผลงานร่วมกับงานคุ้มครองผู้บริโภค โดยใช้ระบบรายงานร่วมกับงานคุ้มครองผู้บริโภค (One Drive คบส.)

การติดตามประเมินผล / ผลการดำเนินงาน

๑. แนวทางการติดตามประเมินผล

จังหวัดนครราชสีมา รายงานผลงานตามตัวชี้วัด Service Plan RDU ผ่านระบบรายงานโดยใช้ฐานข้อมูลผลการดำเนินงานของอำเภอจากโปรแกรม HDC และกำหนดให้ทุกอำเภอ รายงานผลการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในระบบรายงาน HPVC ของกระทรวงสาธารณสุข

ทุกไตรมาส รายงานผลการตรวจยาอันตรายในร้านชำในระบบรายงาน One Drive ของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ

๒. ผลการดำเนินงาน

ตารางแสดงผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕

ระดับ	ร้อยละที่ผ่าน ปี ๒๕๖๕ จำนวน(ร้อยละ)			
	RDU Hospital	RDU PCU	RDU Community	RDU District
นครราชสีมา จำนวน ๓๓ รพ	๑๙ ^๑ (๕๗.๕๗)	๒๙ ^๑ (๘๒.๘๕)	๓๐ (๘๕.๗๑)	๑๔ ^๑ (๔๓.๗๕)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคได้จัดทำสรุปรายงานผลการดำเนินงาน RDU Hospital / RDU PCU/ RDU Community ของอำเภอ

ผลการดำเนินงานด้าน RDU Province เชิงปริมาณ กำหนดให้อำเภอรายงานผลการดำเนินงานใน HDC และตรวจยาอันตรายในร้านชำผ่านระบบ One Drive ของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ

ผลการดำเนินงานด้าน RDU Province เชิงคุณภาพ ดังนี้

๑. มีแผนการดำเนินงาน และแจ้งแนวทางการดำเนินงานด้าน RDU Province จ.นครราชสีมา ให้โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

๒. จัดประชุม คณะทำงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ร่วมกับตัวแทนอำเภอนำร่องและอำเภอเป้าหมาย เพื่อชี้แจงแผนงานโครงการผ่านระบบ ZOOM

๓. จัดทำโครงการจังหวัดใช้ยาสมเหตุผล : (RDU Province) โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือผู้ประกอบการร้านชำ/สสอ./RDU Co-ordinator/ประชาชน เน้นการจัดกิจกรรมเฝ้าระวังการจำหน่ายยาไม่ปลอดภัยในร้านชำ ขนาดกลาง - ขนาดใหญ่ ในอำเภอ

ปรึกษา

นายแพทย์นรินทร์รัชต์ พิชญคามินทร์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
นายแพทย์วิญญู จันทรเนตร	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
นายแพทย์วิชาญ คิดเห็น	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
แพทย์หญิงอารีย์ เชื้อเดช	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
นายแพทย์สมบัติ วัฒนะ	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
ดร.สันติ ทวยมีฤทธิ์	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
ทันตแพทย์หญิงศิริรัตน์ รัศมีไสรจ	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
นางสุทธินี เรืองสุพันธุ์	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

คณะผู้จัดทำ

ดร.สันติ ทวยมีฤทธิ์	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
นางนันทพัทธ์ ธีระพัฒนานนท์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
ร.อ.หญิง จิตชนก กิจวิรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางสาวจิตรา เตียสกุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางสาวสุภารัตน์ นัดใหม่	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
นายปกรณ์ ริมประนาม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นายสมิทธิ ลักษณะเลขา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางสาวสุชีรา สนธิสายสิงห์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นักวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาทุกคน	

