ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานควบคุม และป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ งานสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ประจำปีงบประมาณ 2563

ตัวชี้วัดในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันควบคุม โรคไม่ติดต่องานสุขภาพจิตและยาเสพติด ประจำปีงบประมาณ 2563

มีตัวชี้วัดทั้งหมดจำนวน 16 ตัว และเพิ่มเติมFunction 2 โครงการได้แก่

1) โครงการแอลกอฮอล์และบุหรี่ 2)โครงการTO BE NUMBER ONE

ยุทธศาสตร์ที่	แผนงานที่	ตัวชี้วัดที่
ยุทธศาสตร์ที่ 1	มี 2 แผนงาน ได้แก่ แผนงานที่ 1 และ2	มี 2 ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 4 และ 13
ยุทธศาสตร์ที่ 2	มี 2 แผนงานได้แก่ แผนงานที่ 6 และ7	มี 14 ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 24 / 30/32 / 33 / 36/ 37/38/39/41/42/45/46/47/48

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ 1 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย(ด้านสุขภาพ)

โครงการที่ 1 : โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย

ตัวชี้วัดที่ 4 เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100

ตัวชีวัดย่อย 4.1 ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน

มาตรการหลัก TEDA4I

1.พัฒนาเครือข่ายงานพัฒนาการให้มีความรู้ความเข้าใจถึงทักษะการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ด้วยเครื่องมือการใช้เครื่องมือ TEDA4I

2.พัฒนาผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการ และงาน ICT ทุกโรงพยาบาลในการบันทึกข้อมูลในระบบ HDC

3.พัฒนาและติดตามเด็กล่าช้าส่งต่อทันทีและเด็กล่าช้าที่กระตุ้นด้วยเครื่องมือ DSPM แล้วยัง ไม่สมวัยให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการเด็กด้วยเครื่องมือ TEDA4I

ระดับความสำเร็จ ตัวชี้วัดย่อย 4.1

ร้อยละ 65 เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบมีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือ TEDA4I

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือ **TEDA4I** ร้อยละ 35	เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือ **TEDA4I** ร้อยละ 40	-เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือ **TEDA4I** ร้อยละ 55	เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือ **TEDA4I** ร้อยละ 65

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ **(PP&P Excellence)**

แผนงานที่ 2 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

โครงการที่ 5 โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ มีจำนวน 1 ตัว

ตัวชี้วัดที่ 13 ร้อยละการติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง

ตัวชี้วัดย่อย *KPI*: *1.ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง*

KPI 2. การบูรณาการงานป้องกันควบคุมโรค NCDs

มาตรการการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ปี 2563

***KPI**: 1.ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง*

ตัวชี้วัด	มาตรการ
1.1 ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	กลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน จากแฟ้ม NCDSCREEN ได้รับการตรวจยืนยัน โดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข ภายใน 3 เดือน
1.2 ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วย HT ≥ ร้อยละ 60	การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำที่บ้าน ตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน *(เอกสารแนบTemplate) หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว

มาตรการการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ปี 2563

ตัวชี้วัด	มาตรการ
	การประเมินผลการดำเนินงานในรอบ 3 เดือน, 6 เดือน และ 9 เดือน โดยกลุ่มเป้าหมายคือผู้ที่มาคัดกรองและเป็นกลุ่มสงสัยป่วย HT ในแต่ละไตรมาส
	ในรอบ 12 เดือนจะประเมินผลการดำเนินงานภาพรวม โดยกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ที่มาคัดกรองและเป็นกลุ่มสงสัยป่วย HT ทั้งหมด ระหว่างวันที่ 1 ต.ค. 62 – 30 มิ.ย. 63

มาตรการการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ปี 2563

***KPI** 2. การบูรณาการงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ* DM/HT

เป้าหมาย 1. การพัฒนาระบบบริการ

ตัวชี้วัด	มาตรการ
1. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงาน NCD clinic plus ผ่านเกณฑ์ในระดับดีขึ้นไป (ร้อยละ65)	ประเมิน รพ.ตามเกณฑ์ ส่วนที่ 1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ 6 องค์ประกอบ (50 คะแนน)
(กองโรคไม่ติดต่อกำหนดชี้แจงจังหวัด 27-28 พ.ย.62)	ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ (50 คะแนน) จำนวน 11 ตัวชี้วัด

มาตรการการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ปี 2563

เป้าหมาย 2. การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ DM/HT

ตัวชี้วัด	มาตรการ
1. ร้อยละของการคัดกรอง DM/HT ในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป **(ร้อยละ 90)** * ปชก. กลุ่มเสี่ยงDMในพื้นที่รับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ ≥ร้อยละ 90	กลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานได้รับการติดตามตรวจวัด FPG เพื่อยืนยันการวินิจฉัย
2. ร้อยละของกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน **(ร้อยละ 40)**	คัดกรอง 35 ปีขึ้นไปและติดตามกลุ่มสงสัยป่วยHT ในพื้นที่รับผิดชอบให้ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน และส่งพบแพทย์กรณีที่มีความดันโลหิตสูง

มาตรการการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ปี 2563

เป้าหมาย 2. การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ

ตัวชี้วัด	มาตรการ
3. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน **(ร้อยละ 1.95)**	กลุ่มเสี่ยง DMในปีที่ผ่านมา ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและตรวจวัดค่าระดับน้ำตาลซ้ำ
4. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับนาตาลในเลือดได้ดี **(ร้อยละ 40)**	ผู้ป่วยDM ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน และได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
5. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี **(ร้อยละ 50)**	ผู้ป่วยHT ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน และได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

มาตรการการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ปี 2563

เป้าหมาย 2. การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ

ตัวชี้วัด	มาตรการ
6. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) :(ร้อยละ87.5)	ผู้ป่วยHT/DM ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) และในกรณีที่มีความเสี่ยงสูง ให้ได้รับการจัดการอย่างเข้มข้นเร่งด่วน
7. ร้อยละการดำเนินงานโรงพยาบาลเค็มน้อย อร่อย (3) ดี (รพ.ระดับ A ,S และM1)	รพ. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ระดับ A, S,M1) ดำเนินงาน “โรงพยาบาลเค็มน้อย อร่อย (3) ดี”

มาตรการการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ปี 2563

เป้าหมาย 3 การบริการควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนและรักษาโรค DM/HT (กองทุนโรคเรื้อรัง และ PPA : สปสช.)

ตัวชี้วัด	มาตรการ
1. เกณฑ์ QOF ปี 2563 - ประชากร 35-74 ปี ได้รับการคัดกรอง DM โดยการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด และคัดกรอง HT	ดำเนินการตามหลักเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2.เกณฑ์การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (PPA)	ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ประชากรวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ “โครงการ ๒๔๐ วัน ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ชีวิตเปลี่ยน มุ่งสู่ Health Model จ.ชัยภูมิ ”

มาตรการการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ปี 2563

เป้าหมาย 3 การบริการควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนและรักษาโรค DM/HT (กองทุนโรคเรื้อรัง และ PPA : สปสช.)

ตัวชี้วัด	มาตรการ
3.เกณฑ์คุณภาพตัวชี้วัดป้องกันความรุนแรง & ภาวะแทรกซ้อน 8 ตัว	ควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพื่อชะลอไม่ให้เป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนที่ 6 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan

โครงการที่ 10 โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตัวชี้วัดที่ 24 : ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม

มาตรการการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก : อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (**Stroke :I60-I69) (เป้าหมาย น้อยกว่าร้อยละ 7)**

วัตถุประสงค์ : ลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล

มาตรการ การดำเนินงาน

ตัวชี้วัดย่อยที่ 1 : อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke: I60-I62) น้อยกว่าร้อยละ 25

ตัวชี้วัดย่อยที่ 2 : อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke: I63) น้อยกว่าร้อยละ 5

ตัวชี้วัดย่อยที่ 3 : ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60

ตัวชี้วัดย่อยที่ 4 : ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit มากกว่าหรือเท่ากับ 50

ระดับความสำเร็จ

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1) จัดทำแผนพัฒนาเครือข่ายระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองระดับจังหวัด 2) มีการนา **Care map for Hemorrhagic stroke** มาใช้ใน **Stroke unit**	1) อัตราตายโรคหลอดเลือดสมองแตก <25% 2) อัตราตายโรคหลอดเลือดสมองตีบ<5% 3) ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชม.ได้รับการรักษาภายใน 60 นาที ≥60% 4) ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน 72 ชม. ได้รับการักษาใน **stroke unit ≥45%** 5) โรงพยาบาลระดับ **A, S** ทุกแห่งมี **Stroke unit** **100 %**	1)อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก<25% 2) อัตราตายผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ<5%	3) อัตราตายโรคหลอดเลือดสมองแตก <25% 4) อัตราตายโรคหลอดเลือดสมองตีบ <5% 5) ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชม.ได้รับการรักษาภายใน 60 นาที ≥60% 6) ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน 72 ชม. ได้รับการักษาใน **stroke unit ≥45%** 7) มีการรับรองคุณภาพศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุข อย่างน้อยเขตละ 1 แห่ง

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ
(Service Excellence)

แผนที่ 6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการที่ 15 โครงการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน

ตัวชี้วัดที่ 30 : ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย **Opioid** ในผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายอย่างมีคุณภาพ

มาตรการ การดำเนินงาน

คำนิยาม : โรงพยาบาลมีการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวนในระยะท้ายของชีวิต เช่น อาการหอบเหนื่อย สับสน ด้วย **Opioid** ในผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค 3 กลุ่มอายุ(โรคไม่ติดต่อและกลุ่มอายุ 0-14, 15-59, 60 ขึ้นไป ตามที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ) ที่ได้รับการวินิจฉัยประคับประคองระยะท้าย (Z51.5)

วัตถุประสงค์ :เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการจัดการอาการปวด และอาการรบกวนในระยะท้ายของชีวิต เช่นอาการหอบเหนื่อย สับสน ด้วย **Opioid** อย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน

มาตรการ การดำเนินงาน

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

กรอกข้อมูลในเวชระเบียนของโรงพยาบาลให้ถูกต้องตามรหัสมาตรฐาน และนำส่งข้อมูลแฟ้มการวินิจฉัยโรค แฟ้มยา และแฟ้มการติดตามเยี่ยมบ้าน ใน 43 แฟ้ม ให้ครบถ้วน

ระดับความสำเร็จ การดำเนินงาน

ประเมินทุก 6 เดือน

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
-	ร้อยละ 40	-	ร้อยละ 40

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ

(Service Excellence)

แผนที่ 6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการที่ 17. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

ตัวชี้วัดที่ 32 ร้อยละ 68 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

มาตรการหลักผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ

- ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

มาตรการตามเกณฑ์การประเมิน

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-ติดตาม ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้เข้าถึงการบริการสุขภาพจิตช่วยเหลือให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง -มากกว่าหรือเท่ากับ 68 ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	-ติดตาม ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้เข้าถึงการบริการสุขภาพจิตช่วยเหลือให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง -มากกว่าหรือเท่ากับ 68 ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	-ติดตาม ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้เข้าถึงการบริการสุขภาพจิตช่วยเหลือให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง -มากกว่าหรือเท่ากับ 68 ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	-มากกว่าหรือเท่ากับ 68 ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนที่ 6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการที่ 17. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

ชื่อตัวชี้วัด 33. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
ตัวชี้วัดย่อย33.1 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี

มาตรการหลักป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ

- ส่งเสริมให้พื้นที่มีการเฝ้าระวังดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่ให้กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำ

มาตรการตามเกณฑ์การประเมิน

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-ติดตามดูแล เฝ้าระวัง กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายโดยเน้นบูรณาการเครือข่ายร่วมกันจนถึงระดับชุมชน -รายงานอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จน้อยกว่าหรือเท่ากับ **6.3** ต่อแสนประชาชน -ร้อยละ 85 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	-ติดตามดูแล เฝ้าระวัง กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายโดยเน้นบูรณาการเครือข่ายร่วมกันจนถึงระดับชุมชน -รายงานอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จน้อยกว่าหรือเท่ากับ **6.3** ต่อแสนประชาชน -ร้อยละ 85 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	-ติดตามดูแล เฝ้าระวัง กลุ่มผู้พยายามตัวตายโดยเน้นบูรณาการเครือข่ายร่วมกันจนถึงระดับชุมชน -รายงานอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จน้อยกว่าหรือเท่ากับ **6.3** ต่อแสนประชาชน -ร้อยละ 85 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	-รายงานอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จน้อยกว่าหรือเท่ากับ **6.3** ต่อแสนประชาชน -ร้อยละ 85 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนที่ 6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการที่ 19 โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ

ตัวชี้วัดที่ 46 : อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษาตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

มาตรการ การดำเนินงาน

ตัวชี้วัดหลัก : อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (ไม่เกินร้อยละ 9)

วัตถุประสงค์ : เพื่อลดอัตราตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI

- ผู้ป่วยใน รหัส ICD10 WHO I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล
- ผู้ป่วยใน รหัส ICD10- WHO I21.0-I21.3 ทั้งหมด

มาตรการ การดำเนินงาน

ตัวชี้วัดรอง : ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (ร้อยละ 50)

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินมาตรฐานการรักษาผู้ป่วย STEMI

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : จำนวนโรงพยาบาลตั้งแต่ในระดับ F2 ขึ้นไปทุกแห่งในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : รายงานโรงพยาบาลตั้งแต่ในระดับ F2 ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI จากทุกหน่วยบริการ

มาตาการ การดำเนินงาน

รายการข้อมูล 1 A = จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI เมื่อมาถึงโรงพยาบาลหรือจำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ ให้ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI เมื่อมาถึงโรงพยาบาล

รายการข้อมูล 2 B = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด หรือจำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับได้รับการทำ Primary PCI ทั้งหมด

ระดับความสำเร็จ การดำเนินงาน

ระดับความสำเร็จ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด **STEMI**	ไม่เกินร้อยละ 9	ไม่เกินร้อยละ 9	ไม่เกินร้อยละ 9	ไม่เกินร้อยละ 9
2.ร้อยละผู้ป่วย **STEMI** ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัยหรือ ร้อยละผู้ป่วย **STEMI** ได้รับการทำ **Primary PCI** ภายใน 120 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย	> 50	> 50	> 50	> 50
3. การรณรงค์ **Heart attack alert** สำหรับประชาชน	จัดทำสื่อให้ความรู้ประชาชนให้ทราบถึงอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	เผยแพร่สื่อ	เผยแพร่สื่อ	เผยแพร่สื่อ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ

(Service Excellence)

แผนที่ 6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการที่ 20 โครงการพัฒนาระบบบริการสาขาโรคมะเร็ง

ตัวชี้วัดที่ 37 ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

มาตรการ การดำเนินงาน sp สาขามะเร็ง

-มะเร็ง ๕ อันดับ ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ และมะเร็งปากมดลูก

- ระยะเวลารอคอยด้วยการผ่าตัด ภายใน ๔ สัปดาห์ (๒๘ วัน)
- ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายใน ๖ สัปดาห์ (๔๒ วัน)
- ระยะเวลาการรอคอยด้วยรังสีรักษา ภายใน ๖ สัปดาห์ (๔๒ วัน)

ยุทธศาสตร์/มาตรการ/กิจกรรมหลัก
การดำเนินงาน sp สาขามะเร็ง

- ป้องกันและรณรงค์เพื่อลดความเสี่ยง
- การตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็ง การรักษาโรคมะเร็ง การดูแลแบบประคับประคอง
- ตรวจคัดกรองและค้นหามะเร็งระยะเริ่มต้น
-พัฒนาระบบสารสนเทศโรคมะเร็ง

ระดับความสำเร็จ การดำเนินงาน

เป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๑. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน ระยะเวลา ๔ สัปดาห์ ≥ ร้อยละ ๗๐

๒.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน ระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥ ร้อยละ ๗๐

๓.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน ระยะเวลา ≥ ร้อยละ ๖๐

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ

(Service Excellence)

แผนที่ 6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการที่ 21 โครงการพัฒนาระบบบริการสาขาโรคไต

ตัวชี้วัดที่ 38 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 ml/min/1.73m2/yr

มาตรการ การดำเนินงาน sp สาขาไต

-การคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

- การจัดบริการคลินิกชะลอไตเสื่อม

-การควบคุมมาตรฐานฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

-การจัดบริการPalliative care สำหรับผู้ป่วย ESRD ที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต

ระดับความสำเร็จ การดำเนินงาน

เป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	๖๖ %	๖๖ %	๖๖ %

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ

(Service Excellence)

แผนที่ 6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการที่ 22 โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา

ตัวชี้วัดที่ 39 : ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน

มาตรการ การดำเนินงาน

คำนิยาม : ต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) หมายถึง โรคต้อกระจกที่ทำให้ผู้ป่วย มีระดับสายตา (VA) แย่กว่า 20/400

วัตถุประสงค์ : ลดอัตราความชุกของภาวะตาบอดจากต้อกระจก

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยทีมจักษุ (จักษุแพทย์/ พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา)

มาตรการ การดำเนินงาน

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

1. จัดเก็บข้อมูลการผ่าตัดต้อกระจกจากโปรแกรม Vision2020 thailandโดยบันทึกข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัด
2. การนับระยะเวลาการผ่าตัด นับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต้อกระจกชนิดบอด จากทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา)

ระดับความสำเร็จ การดำเนินงาน

ระดับความสำเร็จ

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนที่ 6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการที่ 24 โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด

ตัวชี้วัดที่ 41 : ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retension Rate)

ตัวชี้วัดที่ 42 : ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมินบำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง

ระบบการจัดการด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

การพัฒนาระบบบริการด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด อย่างเป็นระบบให้มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุมทุกแบบบริการ

การสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดบริการด้านการบำบัดรักษา ฟื้นฟู ติดตามผู้ติดยาเสพติด และลดอันตรายจากการใช้ยา

การค้นคว้าวิจัยและพัฒนาวิชาการด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟู ติดตามผู้ติดยาเสพติดของประเทศ และมีนวัตกรรมบริการ

การดำเนินงานอำนวยการสนับสนุนโครงการพระราชดำริ/โครงการพิเศษด้านการบำบัดรักษา ฟื้นฟู ติดตาม ผู้ติดยาเสพติด

ระบบบริหารจัดการสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ
ระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน
ประชาชน องค์กร หน่วยงานภาคีมีส่วนร่วม

ประเด็น การดำเนินงานยาเสพติด

ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retension Rate)

คำนิยาม ผู้ป่วยยาเสพติด หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระบบ ทุกระดับความรุนแรงที่เข้ารับการบำบัดรักษาและมีคะแนนประเมินความรุนแรงตามแบบคัดกรอง บคก.กสธ.ดังนี้

ผู้ใช้ยาเสพติด (User) คะแนน 2-3

ผู้เสพยาเสพติด (Abuse) คะแนน 4-26

ผู้ติดยาเสพติด (Dependence) คะแนน 27 ขึ้นไป

ผู้ป่วยยาเสพติด ที่ได้รับการคัดกรองเป็นผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดทุกระบบ ได้รับการบำบัดรักษาและติดตามดูแลต่อเนื่องตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างน้อย 4 ครั้งภายใน 1 ปี หลังจำหน่าย และรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาในฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ บสต.

ระดับความสำเร็จจำนวนผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาติดตามดูแลต่อเนื่อง

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
-	50	-	50

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
40	45	50	55	60

ประเด็น การดำเนินงานยาเสพติด

ร้อยละ 60 ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง

คำนิยาม ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการหรือพฤติกรรมในข้อใดข้อหนึ่ง อย่างน้อย 1 ข้อตามเกณฑ์

ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง หมายถึง คัดกรองมีภาวะข้อใดข้อหนึ่งอย่างน้อย 1 ข้อ

1.ก้าวร้าว วุ่นวาย ทำร้านผู้อื่น

2.หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล

3.มีความคิด/พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

4.มีปะวัติคดีอาญา ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ คดีความผิดต่อชีวิต คดีความผิดต่อร่างกาย คดีความผิดเกี่ยวกับเพศ

และรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาในฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ บสต.

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
50	55	60	65	70

ระดับความสำเร็จผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
-	60	-	60

การดำเนินงานยาเสพติดจังหวัดชัยภูมิ ปี 2563

อำเภอ

1.เป็นศูนย์อำนวยการด้านการบำบัดฟื้นฟู

2.หน่วยงานหลักในการประสานศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอ

3. สนับสนุนการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง(CBTx)

4.รณรงค์ ประชาสัมพันธ์ สร้างการเข้าถึงและรับรู้ ข้อมูลข่าวสารด้านยาเสพติดให้กับประชาชน

5.ส่งเสริม สนับสนุน กำกับติดตามการจัดบริการบำบัดฟื้นฟูและเฝ้าระวังพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

6.ติดตามการบันทึกข้อมูลการดำเนินงานด้านการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด บสต. และข้อมูลกำลังพลผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติด

7.โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE

หน่วยบริการ

1.จัดบริการด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในโรงพยาบาล (สมัครใจบำบัด บังคับบำบัดแบบไม่ควบคุมตัว) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยยาเสพติดทุกรายสมัครเป็นสมาชิก TO BE NUMBER ONE (ใครติดยายกมือขึ้น)
2.พัฒนา จัดระบบบริการด้านการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด (Service Plan)
3.จัดบริการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง
4.สนับสนุนและร่วมดำเนินงานบูรณาการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน(CBTx)
5.บันทึกข้อมูลการดำเนินงานด้านการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด บสต. และข้อมูลกำลังพลผู้ปฏิบัติงานด้าน ยาเสพติด
6.การรับรองคุณภาพสถานพยาบาลบำบัด (HA ยาเสพติด) และสถานฟื้นฟูผ่านเกณฑ์การรับรองมาตรฐาน
7.มีการจัดบริการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด (Harm Reduction)
8.พัฒนาบุคลากรผู้บำบัด แพทย์ พยาบาล นักวิชาการ
9.โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE

รพ.สต./ชุมชน

1.จัดบริการด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ส่งเสริมให้ผู้ป่วยยาเสพติดทุกรายสมัครเป็นสมาชิก TO BE NUMBER ONE (ใครติดยายกมือขึ้น) สนับสนุนและร่วมดำเนินงานบูรณาการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน(CBTx)
2.ประสานการส่งต่อการบำบัดรักษา บันทึกข้อมูลการดำเนินงานด้านการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด บสต. และข้อมูลกำลังพลผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติด
3.พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
4.ดำเนินการจัดระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง
5.พัฒนาบุคลากรผู้บำบัดพยาบาล นักวิชาการ
6.โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนที่ 7 การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

โครงการที่ 28 โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

ตัวชี้วัดที่ 45 : อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ 12 (Trauma<12%, Non-trauma<12%)

ตัวชี้วัดที่ 46 : ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉิน

ตัวชี้วัดที่ 47 : ร้อยละ รพศ.ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ 46 : จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5

ตัวชี้วัดรอง ที่ 1 เพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการ definite care

1.1 อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80		อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

1.2 อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ร้อยละ 60		ร้อยละ 60

ตัวชี้วัดรองที่ 2 ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญและมีความรุนแรง

2.1 อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (mortality rate of severe traumatic brain injury) (GCS $\leq$ 8) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 45

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ไม่เกินร้อยละ 45		ไม่เกินร้อยละ 45

ตัวชี้วัดรองที่ 3 เพิ่มประสิทธิภาพและมาตรฐานของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

3.1 อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (ไม่ต่ำกว่า 20 คะแนน) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ร้อยละ 80		ร้อยละ 80

3.2 อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ร้อยละ 80		ร้อยละ 80

ตัวชี้วัดที่ 47 : ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

เกณฑ์การประเมิน

- **ปี 2563:**

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ร้อยละ 26	ร้อยละ 26	ร้อยละ 26	ร้อยละ 26

- **ปี 2564**

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ร้อยละ 30	ร้อยละ 30	ร้อยละ 30	ร้อยละ 30

- **ปี 2565**

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ร้อยละ 28	ร้อยละ 28	ร้อยละ 28	ร้อยละ 28

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2560	2561	2562 ข้อมูล ณ มิถุนายน
จำนวนผู้ป่วยสีแดงที่มาด้วย EMS	ครั้ง	98,732	106,739	36,696
จำนวน ผู้ป่วยทั้งหมดที่ ห้องฉุกเฉิน ER visit	ครั้ง	521,422	384,173	147,045
ร้อยละ	ร้อยละ	18.94	27.78	24.95

เอกสานสนับสนุน

1. รายงานข้อมูลการให้บริการในระบบ ITEMS
2. รายงานการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินจากโรงพยาบาลระดับ A , S และ M1 ภาครัฐ ทุกแห่ง

แนวทางFunction เพิ่ม 2 โครงการ ได้แก่

1.โครงการสนับสนุนการควบคุมการบริโภคเยาสูบและเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์ จังหวัดชัยภูมิ (ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔)
ระยะเวลาดำเนินการ ๑๘ เดือน
2.โครงการTO BE NUMBER ONE
ปีงบประมาณ 2563

โครงการสนับสนุนการควบคุมการบริโภคเยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จังหวัดชัยภูมิ (ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔)

ระยะเวลาดำเนินการ ๑๘ เดือน

๑ การขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานควบคุมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๒. การบังคับใช้กฎหมายและการทำให้สิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่และสุรา

๓. การสนับสนุนการดำเนินงานสถานศึกษาปลอดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๔. การช่วยให้ผู้เสพ ผู้ดื่ม เลิกสูบเลิกดื่ม

๕. การพัฒนามาตรการชุมชนเพื่อควบคุมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

มาตรการ ๑ การขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานควบคุมยาสูบ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

กิจกรรมหลัก

๑.๑ ประชุมคณะกรรมการระดับจังหวัดยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๑.๒ แต่งตั้ง/ประชุมคณะอนุกรรมการ / คณะทำงาน

๑.๓ จัดทำ/ทบทวนแผนควบคุมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด

๑.๔ การประชุมชี้แจงการดำเนินงานควบคุมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๑.๕ การจัดกิจกรรมรณรงค์วันงดสูบบุหรี่โลกและวันงดดื่มสุราแห่งชาติ(๓๑ พค. / ๑๑ กย.)

๑.๖ ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

ระดับความสำเร็จ

๑. การประชุมคณะกรรมการระดับจังหวัด /อำเภอ

๒. จำนวนแผนบูรณาการยาสูบ และแอลกอฮอล์ ที่ครอบคลุมทุกมาตรการย่อย อย่างน้อย ๑ แผน

๓. จำนวนคณะทำงานที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อย่างน้อย ๓ คณะ

มาตรการ ๒ การบังคับใช้กฎหมายและการทำให้สิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่และสุรา

กิจกรรมหลัก

๒.๑ การประชุมชี้แจงพัฒนาศักยภาพและฟื้นฟูชุดปฏิบัติการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ (ATCU)

๒.๒ ประชาสัมพันธ์ข้อกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ

๒.๓ การออกตรวจเตือนการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ

ระดับความสำเร็จ

๑. ร้อยละ ๑๐๐ ของเรื่องร้องเรียนที่ได้รับการตรวจสอบภายใน ๖๐ วันนับจากวันได้รับเรื่อง

๒. จำนวนครั้งของการออกปฏิบัติงานของหน่วย ATCU ในร้านค้าที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือยาสูบ เป้าหมาย ๒ครั้ง/ ร้าน

๓. จำนวนของการกระทำความผิด แล้วได้รับการดำเนินการทางคดี เป้าหมาย ร้อยละ ๑๐๐ ของจำนวนการร้องเรียน

๔. ความครอบคลุมในการติดเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่/สุรา ตามกฎหมาย เป้าหมาย ร้อยละ ๑๐๐

มาตรการ ๓ การสนับสนุนการดำเนินงานสถานศึกษาปลอดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

กิจกรรมหลัก

๓.๑ การสนับสนุนสถานศึกษาในการเข้าร่วมโครงการ

๓.๒ การประชุมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายครูเพื่อโรงเรียนปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ

๓.๓ การประชุมติดตามประเมินโรงเรียนปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ

๓.๔ การติดตาม ประเมินสถานศึกษาตามเกณฑ์ “สถานศึกษาปลอดยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ระดับความสำเร็จ

สัดส่วนของสถานศึกษาปลอดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ประเมินผ่านเกณฑ์เป้าหมาย

ระดับประถมร้อยละ ๕๐ ของสถานศึกษาในพื้นที่

ระดับมัธยมร้อยละ ๕๐ ของสถานศึกษาในพื้นที่

มาตรการ ๔ การช่วยให้ผู้สูบ ผู้ดื่ม เลิกสูบเลิกดื่ม

กิจกรรมหลัก

การช่วยให้ผู้สูบ ผู้ดื่ม เลิกสูบเลิกดื่ม

ระดับความสำเร็จ

๑. สัดส่วนของผู้ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่และดื่มสุรา เป้าหมาย ร้อยละ ๕๐

๒. สัดส่วนผู้สูบบุหรี่ที่ได้รับการคัดกรองเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา เป้าหมาย ร้อยละ ๕๐

๓. สัดส่วนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาที่เลิกสูบ ได้เป็นระยะเวลา ๑ ปี เป้าหมาย ร้อยละ ๒๐

๔. สัดส่วนผู้ดื่มเสี่ยงสูงและเสี่ยงปานกลางที่ได้รับการคัดกรองเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา เป้าหมาย ร้อยละ ๗๐

๕. สัดส่วนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาที่ลดระดับความเสี่ยงของการดื่มลงอย่างน้อย ๑ ระดับได้เป็นระยะเวลา ๑ ปี เป้าหมาย ร้อยละ ๒๐

มาตรการ ๕ การพัฒนามาตรการชุมชนเพื่อควบคุมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

กิจกรรมหลัก

๕.๑ สนับสนุนงบประมาณในระดับอำเภอเ เพื่อดำเนินโครงการควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเกิดชุมชนปลอดบุหรี่สุรา ตำบลปลอดบุหรี่สุรา

จำนวน ๑๖ อำเภอ ได้แก่

๑.อำเภอขนาดใหญ่ จำนวน ๕ อำเภอๆละ ๑๑,๐๐๐ บาท ได้แก่ อำเภอเมืองชัยภูมิ เกษตรสมบูรณ์ แก้งคร้อ หนองบัวแดง ภูเขียว

เป็นเงิน ๕๕,๐๐๐ บาท

๒.อำเภอขนาดกลาง จำนวน ๖ อำเภอๆละ ๙,๐๐๐ บาท ได้แก่ บ้านเขว้า จัตุรัส บำเหน็จณรงค์ เทพสถิต คอนสวรรค์ และคอนสาร

เป็นเงิน ๕๔,๐๐๐ บาท

๓.อำเภอขนาดเล็ก จำนวน ๕ อำเภอๆละ ๗,๐๐๐ บาท ได้แก่ อำเภอเนินสง่า หนองบัวระเหว ภักดีชุมพล ซับใหญ่ และบ้านแท่น

เป็นเงิน ๓๕,๐๐๐ บาท

๕.๒ การสนับสนุนชุมชน(หมู่บ้าน)ในการกำหนดมาตรการ

๕.๓ การติดตาม ประสานงาน และซักซ้อมความเข้าใจ

๕.๔ การประเมินผลการดำเนินงาน

ระดับความสำเร็จ

จำนวนชุมชนที่กำหนดมาตรการชุมชนในการป้องกัน ควบคุมยาสูบหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เป้าหมาย

ชุมชนชนบท ๑ หมู่บ้าน/ตำบล (๑๒๔ หมู่บ้าน)

ชุมชนเมือง ๑ เทศบาลเมือง และ ๑ เทศบาลตำบล ต่อ ๑ จังหวัด (๓๕ เทศบาลตำบล)

โครงการTO BE NUMBER ONE ปีงบประมาณ 2563

การดำเนินงานอำนวยการสนับสนุนโครงการพระราชดำริ/โครงการพิเศษ

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มหลัก อายุ 6-24 ปีบริบูรณ์

กลุ่มรอง นอกเหนือจาก อายุ 6-24 ปีประชาชนทั่วไป

การดำเนินงาน

-ประชาสัมพันธ์ให้สมัครเข้าร่วมเป็นสมาชิกTO BE NUMBER ONE

-ศูนย์เพื่อนใจ/แกนนำ ชวนฝึกคิด แก้ปัญหา พัฒนา EQ

-การดูแลช่วยเหลือ ชักนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ฟื้นฟู

-การให้โอกาส การชื่นชมในการทำดี/กลับตัว

-ชักชวนเข้าร่วมกิจกรรมสังคม/ใช้เวลาให้เกิดประโยชน์

การดำเนินงานระดับตำบล/อำเภอ

1.การทบทวนแผนยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติการระดับตำบล ระดับอำเภอ

-กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ กลยุทธ์

-จัดทำคำสั่งขับเคลื่อนการดำเนินงาน ระดับตำบล ระดับอำเภอ ปี 2563

2.การพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่

-ครู ก. ครูข เพื่อรองรับการขยายเครือข่าย และพัฒนาศักยภาพชมรม

3.การขยายเครือข่ายชมรมทุกประเภท

-ชุมชน

-สถานศึกษา

- สถานประกอบการ

-หน่วยงานสังกัดยุติธรรม (ดำเนินการครบแล้ว 5 แห่ง)

3.การพัฒนาศักยภาพ/คุณภาพชมรม TO BE NUMBER ONE เก่า

- -สถานที่ตั้ง
- -คณะกรรมการ
- -กองทุน
- -กิจกรรม
- -สมาชิก
- -นวัตกรรม

4.การพัฒนาชมรม ต้นแบบ ทุกอำเภอ

5.การจัดกิจกรรมที่สอดคล้อง 3 ยุทธศาสตร์หลักของโครงการ และพัฒนาให้เกิดนวัตกรรม

ขอบคุณค่ะ