



กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH



คู่มือแนวทาง การตรวจราชการ

กรมอนามัย

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566



Ebook and Download

DOH Inspection
Handbook 2023



กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH



คู่มือแนวทาง การตรวจราชการ กรมอนามัย

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

DOH Inspection
Handbook 2023

คู่มือการตรวจราชการ

กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

สำหรับผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงานกรมอนามัย

ประจำเขตสุขภาพที่ 1-12

- จัดทำโดย สำนักงานตรวจราชการ กรมอนามัย
- บรรณาธิการ นายกิตติ ลากสมบัติศิริ ผู้อำนวยการสำนักงานตรวจราชการ กรมอนามัย
- ผู้ช่วยบรรณาธิการ นางสาวศนิษฐ ริมชลาลัย นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
นางสาวศิริประภา หล้าสิงห์ นักวิชาการสาธารณสุข
- ISBN 978-616-11-5029-7
- พิมพ์ที่ สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์
- จำนวนพิมพ์ 120 เล่ม
- ปีที่พิมพ์ มกราคม 2566



คำนำ

ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. 2548 ข้อ 8 การตรวจราชการตามระเบียบนี้ให้ดำเนินการตามแผนการตรวจราชการประจำปี หรือตามที่ได้รับคำสั่งจากผู้บังคับบัญชาให้จัดทำแผนการตรวจราชการประจำปี รวมทั้งกำหนดมาตรฐานและเครื่องมือในการตรวจราชการ กำกับติดตาม และประเมินผลให้เป็นไปในแนวทิศทางเดียวกัน สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้

เพื่อให้การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพและบรรลุประสิทธิผลตามที่ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. 2548 กำหนดไว้ สำนักงานตรวจราชการ กรมอนามัย จึงได้จัดทำคู่มือการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกรมอนามัย ซึ่งประกอบด้วยประเด็นการตรวจราชการที่สำคัญ 6 ประเด็น ประกอบด้วย 1) Agenda based จำนวน 2 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นที่ 1 Health for Wealth, ประเด็นที่ 2 ระบบสุขภาพปฐมภูมิ 2) Functional based จำนวน 4 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นที่ 1 สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ ประเด็นที่ 2 Digital Health (ระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์) ประเด็นที่ 3 ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ ประเด็นที่ 4 องค์การสมรรถนะสูง 3) Area based (ปัญหาสำคัญระดับพื้นที่ และ Innovative Healthcare) และประเด็นการตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 การตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข เป็นการตรวจราชการภายใต้บริบทการบริหารราชการแผ่นดินร่วมสมัย ตามยุทธศาสตร์และนโยบายรัฐบาล สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ปรับระบบการตรวจราชการและนิเทศงาน ให้เกิดความสะดวก คล่องตัว ในการกำกับ ติดตาม และขับเคลื่อนนโยบายสำคัญของกระทรวง และแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ ได้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติราชการของส่วนราชการ ให้ดำเนินไปตามเป้าหมายที่กำหนดอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน

ขอขอบคุณ ผู้บริหารกรมอนามัย ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศกรมอนามัย ผู้รับผิดชอบประเด็น และตัวชี้วัดการตรวจราชการของกรมอนามัย และนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนคณะทำงานสำนักงานตรวจราชการ กรมอนามัยทุกท่าน ที่ได้ให้ความร่วมมือสนับสนุนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ทำให้คู่มือการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สำนักงานตรวจราชการ กรมอนามัย

มกราคม 2566

สารบัญ

● คำนำ	ค
● แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	1
● สรุปกรอบประเด็นการตรวจราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	17
● สรุปประเด็น Area Based (ปัญหาที่สำคัญระดับพื้นที่ และ Innovative Healthcare) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เขตสุขภาพที่ 1-12	27
● สรุปประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้นตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	29
● การดำเนินงานโครงการเกี่ยวกับพระราชวงศ์ โครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์	55
● ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ประเด็นที่ 2 ระบบสุขภาพปฐมภูมิ	59
● ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ	75
● ประเด็นกำกับ ติดตาม	111
● ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ	135
● แนวทางการตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี	145
● กรอบแนวทางการตรวจราชการแบบบูรณาการฯ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	165
● แนวทางการรายงานผลการตรวจราชการ	173
● ภาคผนวก	177
● ปฏิทินการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	178
● กำหนดการตรวจราชการกรณีปกติ ระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	181
● แบบฟอร์มการเขียนแนวทางการตรวจราชการ (Inspection Guideline)	184
● แบบฟอร์มบทสรุปผู้บริหารระดับจังหวัด	185
● แบบฟอร์มบทสรุปผู้บริหารระดับเขต	186
● แบบฟอร์มรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (ระดับจังหวัด)	187
● แบบฟอร์มสรุปผลการตรวจราชการภาพรวมประเทศ (รายประเด็น)	188
● แบบรายงานข้อสั่งการและข้อเสนอแนะของผู้ตรวจราชการกระทรวง ระเบียบและคำสั่งที่เกี่ยวข้อง	189 191



แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

1. หลักการและเหตุผล

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. 2548 ได้กำหนดไว้ว่า “การตรวจราชการเป็นมาตรการสำคัญประการหนึ่งในการบริหารราชการแผ่นดิน ที่จะทำให้การปฏิบัติราชการหรือการดำเนินงานของรัฐบาลเป็นไปตามเป้าหมาย และแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ อันเกิดจากการดำเนินการดังกล่าว เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน สมควรที่จะได้มีการปรับปรุงการตรวจราชการให้มีประสิทธิภาพ และเกิดความคุ้มค่าในการปฏิบัติราชการ หรือการดำเนินงานยิ่งขึ้น รวมทั้งเป็นไปตามหลักการการบริหารแบบบูรณาการและการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี”

การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เป็นการตรวจราชการภายใต้การบริหารราชการแผ่นดิน ที่มุ่งผลสัมฤทธิ์เชิงยุทธศาสตร์และการเสริมสร้างระบบบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี เป็นการตรวจติดตาม เรื่องที่เป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาลในด้านสุขภาพ ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข และแผนงาน โครงการสำคัญต่างๆ รวมถึงการตรวจราชการในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่หรือเรื่องที่เกี่ยวข้องความเดือดร้อนเสียหายแก่ประชาชน และมุ่งเน้นการรายงานผลงานที่แสดงถึงผลสัมฤทธิ์ของหน่วยรับผิดชอบ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 กระทรวงสาธารณสุข กำหนดการตรวจติดตามในประเด็นสำคัญภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข สอดคล้องตามยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention and Protection Excellence) 2) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) และการตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี รวมทั้งการตรวจราชการกรณีพิเศษ โดยแผนการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ประกอบด้วย

1) Agenda based (นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ)

ประเด็นที่ 1 Health For Wealth

ประเด็นที่ 2 ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

2) Functional based (ระบบงานของหน่วยบริการ)

ประเด็นที่ 1 สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

ประเด็นที่ 2 Digital Health (ระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์)

ประเด็นที่ 3 ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

ประเด็นที่ 4 องค์กรสมรรถนะสูง

3) Area based

3.1) ปัญหาที่สำคัญระดับพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 1-12

3.2) Innovative Healthcare เขตสุขภาพที่ 1-12

4) การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

5) การตรวจราชการกรณีพิเศษ

ทั้งนี้มุ่งเน้นการบูรณาการการทำงานร่วมกัน และประสานเชื่อมโยงในทุกระดับทั้งแนวดิ่งและแนวราบ (Vertical and Horizontal Integration) ระหว่างกรมวิชาการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การขับเคลื่อนนโยบายสำคัญต่างๆ บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ได้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของแต่ละพื้นที่ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อเป็นแนวทางในการตรวจ กำกับ ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติงานตามยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข และนโยบายสำคัญในปิงบประมาณ พ.ศ. 2566 และการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลตามเป้าหมายที่กำหนด

2.2 เพื่อเป็นเครื่องมือในการประสานการตรวจราชการและบูรณาการระหว่างส่วนราชการภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข

2.3 เพื่อพัฒนาระบบการตรวจราชการในระดับกระทรวง กรม และระดับจังหวัด ให้สามารถขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ และนโยบายสำคัญด้านสุขภาพ และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่และสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการบริหารงานจังหวัดอย่างบูรณาการ

2.4 เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติงาน ตามนโยบายสำคัญ และการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่

2.5 เพื่อติดตาม ตรวจสอบการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกระทรวง ให้สอดคล้องกับกฎระเบียบ และขั้นตอนที่กำหนด

3. กลไกการตรวจ กำกับ ติดตาม และประเมินผลของกระทรวงสาธารณสุข

3.1 การกำกับติดตาม (Monitoring)

1) ระบบข้อมูลและระบบรายงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนการตรวจ กำกับ ติดตาม และประเมินผลในทุกระดับ ได้แก่ ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC : Health Data Center), ระบบ Health KPI, ระบบ e-Inspection ของกองตรวจราชการ ระบบข้อมูล/ระบบรายงานของกรม กอง และข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

2) การประชุมติดตามงาน เช่น การประชุมผู้บริหารระดับกระทรวง กรม และเขตสุขภาพ คณะกรรมการ หรือคณะทำงาน

3.2 การประเมินผล (Evaluation) ได้แก่

1) ประเมินผลเทียบกับเป้าหมายว่าบรรลุผลหรือไม่ เช่น ประเมินตาม KPI เป็นช่วงเวลา (Ongoing Evaluation)

2) การติดตามประเมินผลประเด็นนโยบายสำคัญเพื่อประเมินความก้าวหน้า แนวโน้มการบรรลุเป้าหมาย รวมทั้งการติดตามประเมินผลในประเด็นที่พบว่ามีปัญหาหรือแนวโน้มที่จะไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

3.3 การตรวจสอบ (Audit) อ้างอิงกับกฎ ระเบียบ เช่น การตรวจสอบภายในและควบคุมภายใน ธรรมาภิบาลในการบริหารยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา รพ.สต. ติดตามผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ

3.4 การตรวจราชการ (Inspection) เป็นลักษณะการตรวจ ติดตามในเรื่องสำคัญหรือเป็นประเด็นการขับเคลื่อนงานเชิงนโยบายของผู้บริหาร การตรวจติดตามงานที่ไม่บรรลุเป้าหมาย การตรวจจุด/ประเด็นที่เป็นความเสี่ยง (Key Risk Area : KRA) ที่จะเป็อุปสรรค หรือที่จะทำให้การขับเคลื่อนนโยบายไม่ประสบความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรค

ตามบริบทของพื้นที่ เพื่อวินิจฉัยปัญหา ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือให้คำแนะนำต่อหน่วยรับตรวจ รวมทั้งการสะท้อนข้อมูลและให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้บริหารในส่วนกลาง โดยมีกลไกขับเคลื่อนและพัฒนาระบบตรวจราชการที่สำคัญ ได้แก่

- 1) คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
- 2) คณะกรรมการขับเคลื่อนระบบตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
- 3) คณะกรรมการพัฒนาระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

4. แนวคิดการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข

4.1 การตรวจราชการเป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นการบูรณาการการดำเนินงานในทุกระดับทั้งแนวดิ่งและแนวราบ (Vertical and Horizontal Integration) ระหว่างกรมวิชาการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่งเสริมการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน พัฒนาแนวทางการจัดระบบความสัมพันธ์ระหว่างราชการบริหารส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยขับเคลื่อนการพัฒนางานสาธารณสุขให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด และตอบสนองความต้องการของประชาชน

4.2 การตรวจราชการ (Inspection) เป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงการทำงานในบทบาทของการกำกับติดตามงาน (Monitoring) การประเมินผล (Evaluation) และการตรวจสอบ (Audit) รวมถึงการเชื่อมโยงบูรณาการข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการรายงานและประเมินผล เพื่อการขับเคลื่อนการพัฒนางานสาธารณสุขให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด

4.3 การตรวจราชการเป็นกระบวนการในการเข้าถึง และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ โดยการบูรณาการทำงานร่วมกันทั้งหน่วยงานภายในและภายนอกที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแนวทางการดำเนินงานให้รองรับทั้งในระดับนโยบาย จนถึงระดับปฏิบัติ ให้เป็นแนวทางมาตรฐานเดียวกัน และสามารถแก้ไขปัญหาเชิงระบบเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนในพื้นที่

4.4 นอกจากมุ่งเน้นตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการแล้ว การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขยังใช้แนวทางการพัฒนาระบบบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ (พบส.) ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนางานแบบพหุหน่วยงาน ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือ การบูรณาการงาน การแบ่งปันและการกระจายทรัพยากรอย่างเหมาะสม

5. ประเภทการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข

การตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุขแบ่งเป็น 3 ประเภทคือ การตรวจราชการกรณีปกติ การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี การตรวจราชการกรณีพิเศษ ซึ่งการตรวจราชการแต่ละประเภท มีแนวทางปฏิบัติดังนี้

5.1 การตรวจราชการกรณีปกติ เป็นการตรวจติดตามในเรื่องที่เป็นนโยบายรัฐบาลด้านสุขภาพ ตามยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ แผนงาน/โครงการสำคัญ รวมทั้งการตรวจราชการเชิงลึกในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่เฉพาะเขตตรวจราชการ ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำเนินงานของหน่วยงานในพื้นที่หรือก่อให้เกิดความเดือดร้อนเสียหายแก่ประชาชนอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง สำหรับกรณีปัญหาสาธารณสุขหรือประเด็นสำคัญในเขตสุขภาพ ผู้ตรวจราชการกระทรวงและสาธารณสุขนิเทศก์ อาจกำหนดแผนเร่งรัด กำกับ ติดตาม ประเมินผล โดยใช้กลไกคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องในระดับเขตสุขภาพ รวมทั้งการจัดทีมเฉพาะกิจลงไปติดตามงาน

5.2 การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี เป็นการตรวจราชการตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วย การตรวจราชการแบบบูรณาการเป็นกระบวนการติดตามและประเมินผล เพื่อผลักดันให้เกิด

การฝึกกำลังทั้งในด้านประสิทธิภาพ คุณภาพการบริการ และขีดสมรรถนะ ระหว่างส่วนราชการไปสู่การบรรลุผลสำเร็จตามประเด็นนโยบาย ตามประเด็นยุทธศาสตร์ในพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง และตามหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี

5.3 การตรวจราชการกรณีพิเศษ เป็นการตรวจราชการนอกเหนือจากการตรวจราชการกรณีปกติ ซึ่งไม่ได้กำหนดไว้ในแผนการตรวจราชการประจำปี ได้แก่ นโยบายสำคัญเร่งด่วนและการมอบหมายของผู้บังคับบัญชาเป็นกรณีไป เรื่องที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ที่มีผลกระทบต่อนโยบายของรัฐบาล และมีความเสี่ยงสูงตามหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี การแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของประชาชนอันเนื่องมาจากการเกิดภัยพิบัติ เช่น อุทกภัย ภัยแล้ง รวมทั้งในประเด็นที่เกี่ยวกับโครงการพระราชวงศ์ เป็นต้น

6. กระบวนการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข

6.1 การจัดทำแผนและเตรียมการตรวจราชการ

6.1.1 สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกองตรวจราชการ ศึกษาวิเคราะห์ยุทธศาสตร์ชาติ ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข นโยบายสำคัญ แผนบูรณาการระดับประเทศและแผนบูรณาการระดับกระทรวงของกระทรวงสาธารณสุข และปัญหาที่มีผลกระทบด้านสุขภาพ โดยมุ่งเน้นความเชื่อมโยงและสอดคล้องกันตามประเด็นนโยบายและเป้าหมายผลลัพธ์ของการพัฒนาสุขภาพประชาชนเป็นสำคัญ

6.1.2 แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 โดย คณะกรรมการฯ มีบทบาทหน้าที่กำหนดประเด็นและแนวทางการตรวจราชการ วิเคราะห์และสรุปผลการตรวจราชการ ตลอดจนปัญหาอุปสรรคจากการตรวจราชการ รวมทั้งจัดทำรายงานผลการตรวจราชการพร้อมข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้บริหาร

6.1.3 แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อน/คณะกรรมการพัฒนาระบบการตรวจราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เพื่อสนับสนุนและขับเคลื่อนระบบตรวจราชการให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดและเกิดสัมฤทธิ์ผล

6.1.4 คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกำหนดประเด็นและแนวทางตรวจราชการ (Inspection Guideline) เพื่อเป็นกรอบแนวทางการปฏิบัติงานของผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและหน่วยรับตรวจ โดยแนวทางการตรวจราชการ (Inspection Guideline) ประกอบด้วย

- (1) หัวข้อ/ประเด็น/ตัวชี้วัด/นิยาม
- (2) ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ 1 และ 2 ประกอบด้วย
 - (2.1) ค่าเป้าหมายการดำเนินงาน
 - (2.2) มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่
 - (2.3) แนวทางการตรวจ ติดตาม
 - (2.4) ผลลัพธ์ที่ต้องการ
- (3) Small Success (รอบ 3 เดือน/6 เดือน/9 เดือน/12 เดือน)
- (4) ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)
- (5) สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)
- (6) หน่วยงานที่รับผิดชอบประเด็นตรวจราชการ/ตัวชี้วัด (หน่วยงานหลัก/ร่วม)
- (7) ผู้ประสานงานประเด็นตรวจราชการ/ตัวชี้วัด
- (8) ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ซึ่งจะช่วยให้เห็นความสัมพันธ์ ความเชื่อมโยงของกระบวนการ การวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค การสนับสนุนการแก้ไขปัญหา พัฒนางานได้อย่างเหมาะสม และเพื่อการกำกับ ติดตาม ประเมินผลอย่างเป็นระบบ

6.1.5 ที่ประชุมสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และที่ประชุมสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พิจารณาให้ความเห็นชอบต่อแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 และเสนอ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อพิจารณาอนุมัติแผนฯ

6.1.6 จัดทำคู่มือแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

6.1.7 ประชุมชี้แจงแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขแก่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ หน่วยรับตรวจ และผู้เกี่ยวข้องในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

6.1.8 ประสานกรมวิชาการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดเตรียมทีมตรวจราชการ และเตรียมความพร้อม ทีมตรวจราชการและนิเทศงาน

6.1.9 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและกลไกการกำกับติดตามทั้งในระดับกระทรวง กรม กอง และเขต เพื่อเฝ้าระวัง ตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลตัวชี้วัดสำคัญอย่างต่อเนื่อง

6.2 การตรวจราชการในพื้นที่ ตรวจราชการในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1-12 ดำเนินการใน 4 รูปแบบ ดังนี้

รูปแบบที่ 1 การตรวจราชการตามรอบปกติ 2 ครั้ง/ปี มีการลงพื้นที่ของหน่วยงานวิชาการร่วมกับคณะผู้ตรวจราชการ ที่มีผู้ตรวจราชการเป็นหัวหน้าคณะ ตรวจติดตามตามแนวทางการตรวจราชการที่กำหนด (Inspection Guideline) 2 รอบ/ปี โดยมีทีมตรวจราชการ ได้แก่ ผู้ตรวจราชการกระทรวง สาธารณสุขนิเทศก์ ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงานระดับกรม ผู้แทนจากสำนัก กอง ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญระดับจังหวัด/เขต ผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอกที่ผู้ตรวจราชการกระทรวงพิจารณาให้ร่วมคณะตรวจราชการ และมีกองตรวจราชการเป็นเลขานุการคณะ หรือขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้ตรวจราชการกระทรวง โดยเฉพาะประเด็น ที่เป็นปัญหาหรือมีข้อสังเกตที่ควรตรวจสอบ ติดตาม รวมถึงกรณีที่มีผลการดำเนินงานที่ดีเด่นเพื่อการถอดบทเรียน และขยายผลต่อไป ดังนั้นบทบาทของผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงานในด้านการวิเคราะห์พื้นที่และข้อมูล ที่เกี่ยวข้องก่อนลงพื้นที่จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อเป็นการระบุเป้าหมายในการตรวจนิเทศได้ตรงประเด็น นำไปสู่ การแก้ไขปัญหาและพัฒนางานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

รูปแบบที่ 2 การตรวจราชการและนิเทศงาน กำกับ ติดตาม ประเมินผล โดยทีมของผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ กรม : เป็นการตรวจ ติดตาม ในภารกิจของหน่วยงานที่เป็นเจ้าภาพ KPI และตรวจติดตามงานที่ไม่บรรลุเป้าหมาย ในประเด็นที่นอกเหนือจากประเด็นมุ่งเน้นตามแผนการตรวจราชการประจำปี ซึ่งอาจกำกับ ติดตามผ่านระบบรายงาน และข้อมูลสารสนเทศ การนิเทศงานเฉพาะกิจ และโดยกลไกที่หน่วยงานกำหนด

รูปแบบที่ 3 การตรวจ กำกับติดตามและประเมินผลโดยกลไกระดับเขต การตรวจเฉพาะกิจ การตรวจสอบ (Audit) เฉพาะเรื่อง การตรวจสอบตามกฎหมาย ระเบียบปฏิบัติโดยเฉพาะ ให้เป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล เช่น ตรวจสอบภายใน/ควบคุมภายใน โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3 การบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (PMQA) การบริหารการเงินการคลังในหน่วยบริการที่ประสบวิกฤติทางการเงิน โดยทีมเฉพาะกิจที่มีความเชี่ยวชาญ เป็นต้น

ทั้งนี้ ประเด็นสำคัญที่พบจากการดำเนินการในรูปแบบที่ 2, 3 และกรณีจำเป็นต้องอาศัยอำนาจในการสั่งการ การประสานงานกับหน่วยงานภายนอก หรือการสนับสนุนจากส่วนกลาง สามารถนำเข้าในการตรวจราชการรอบปกติ (รูปแบบที่ 1) เพื่อพิจารณาแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

รูปแบบที่ 4 การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี สำนักนายกรัฐมนตรีเชิญหัวหน้าหน่วยงานมาร่วมประชุมปรึกษาหารือ เพื่อจัดทำแผนการตรวจราชการประจำปีให้สอดคล้อง โดยไม่ซ้ำซ้อนและเกิดการบูรณาการ ตลอดทั้งกำหนดมาตรฐานและเครื่องมือการตรวจติดตามของผู้ตรวจราชการให้เป็นแนวทางเดียวกัน สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้ อีกทั้งยังเป็นกลไกสำคัญที่สามารถแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ อันเกิดจากการปฏิบัติราชการหรือการจัดทำภารกิจต่างๆ ของภาครัฐ เพื่อนำมาซึ่งประโยชน์สุขของประชาชนเป็นสำคัญ โดยมีจุดเน้นการตรวจติดตาม ดังนี้

4.1 การบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดทั้งห่วงโซ่คุณค่า (Value Chain)

4.2 การสร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการเพิ่มขึ้นของเมืองและชุมชนที่มีศักยภาพด้านการท่องเที่ยว เชิงสร้างสรรค์และวัฒนธรรมให้ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ตลอดจนการสร้างการรับรู้สถานที่ท่องเที่ยวชุมชนผ่านสื่อออนไลน์

4.3 การพัฒนาและยกระดับมาตรการความปลอดภัยทางการท่องเที่ยว รวมทั้งการแจ้งเตือนผ่านระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพและทันสมัย

4.4 การปรับปรุงและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทั้งที่มีอยู่เดิมและที่จำเป็นต้องสร้างใหม่ให้สามารถรองรับจำนวนและความต้องการของนักท่องเที่ยวได้อย่างเหมาะสม

4.5 การจัดระเบียบและมาตรฐานในแหล่งท่องเที่ยวให้เป็นระบบ และมีความปลอดภัย รวมทั้งสนับสนุนกิจกรรมการท่องเที่ยวอย่างเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม

4.6 การแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนหรือข้อร้องเรียนของประชาชน หรือการผลักดันการดำเนินโครงการ/มาตรการสำคัญในเชิงพื้นที่ของส่วนราชการ มีการร้องเรียนผ่านศูนย์บริการประชาชน ศูนย์ดำรงธรรมจังหวัด คณะกรรมการธรรมาภิบาลจังหวัด ฯลฯ ซึ่งเป็นปัญหาที่เกี่ยวกับประชาชนจำนวนมาก และปัญหาดังกล่าวอาจมีแนวโน้มเป็นปัญหามวลชน การแก้ไขปัญหาไม่สามารถดำเนินการด้วยหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งได้

6.3 การรายงานผลตรวจราชการ

6.3.1 งานตรวจราชการกรณีปกติ

การจัดทำรายงานผลการตรวจราชการระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ

1. ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงาน

1.1 รายงานผลการตรวจราชการรายประเด็นที่เกี่ยวข้องตามแบบรายงานการตรวจราชการ โดยสรุปข้อสังเกต หรือปัญหาสำคัญที่ค้นพบ ต่อผู้ตรวจราชการกระทรวง ภายใน 7 วัน หลังจากการเสร็จสิ้นการตรวจราชการแต่ละจังหวัด ทั้งนี้ อยู่ในดุลยพินิจของผู้ตรวจราชการกระทรวงเขตสุขภาพนั้น และให้ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการกรมเสนอต่ออธิบดีกรมด้วยอีกทางหนึ่ง

1.2 รายงานภาพรวมระดับเขตสุขภาพรายประเด็นการตรวจราชการต่อคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการแต่ละคณะ

รอบที่ 1 รายงานภาพรวมระดับเขต ภายในเดือนเมษายน 2566 โดยวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินงานของเขตในรอบ 6 เดือน ร่วมกับข้อค้นพบและประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ

รอบที่ 2 รายงานภาพรวมระดับเขต ภายในเดือนสิงหาคม 2566 โดยวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินงานของเขตในรอบ 9 เดือน ร่วมกับข้อค้นพบและประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ

การจัดทำรายงานผลการตรวจราชการภาพรวมประเทศ

1. หน่วยงานรับผิดชอบหลักในแต่ละประเด็นการตรวจราชการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์และสรุปผลการตรวจราชการ เสนอต่อคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ
2. คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการพิจารณากลับกรองและบูรณาการการแก้ไขปัญหา และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ได้จากการตรวจราชการในพื้นที่ ในส่วนของคณะกรรมการขับเคลื่อน/คณะกรรมการพัฒนาระบบการตรวจราชการวิเคราะห์และสรุปประเด็นสำคัญที่เกี่ยวกับระบบสนับสนุนการตรวจราชการและกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนระบบตรวจราชการ
3. กองตรวจราชการรวบรวมข้อมูลผลการตรวจราชการจากคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ วิเคราะห์ประเด็นสำคัญและจัดทำเป็นรายงานสรุปสำหรับผู้บริหารเสนอต่อปลัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อพิจารณา และจัดทำคู่มือรายงานผลการตรวจราชการภาพรวมประเทศ รอบ 6 เดือน ภายในเดือนมิถุนายน 2566 และคู่มือรายงานผลการตรวจราชการภาพรวมประเทศรอบ 9 เดือน ภายในเดือนตุลาคม 2566 เผยแพร่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การให้ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่ ในกรณีปัญหาที่ตรวจพบและสามารถแก้ไขได้ในพื้นที่ ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงานที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นให้ข้อเสนอแนะแก่หน่วยรับตรวจ
2. ข้อเสนอแนะส่วนกลาง ในกรณีปัญหาที่ตรวจพบและจำเป็นต้องแก้ไขโดยส่วนกลาง ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงานที่เกี่ยวข้องกับปัญหารับไปประสานแก้ไขปัญหาในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ได้ข้อยุติ
3. ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย ในกรณีปัญหาที่คณะผู้ตรวจราชการมีความเห็นว่าจำเป็นต้องแก้ไขระดับนโยบาย จะถูกนำไปพิจารณาถึงสาเหตุของปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม ในคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ เมื่อได้ข้อยุติแล้วเสนอต่อหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงเพื่อนำเสนอขอความเห็นชอบจากปลัดกระทรวงต่อไป

6.3.2 งานตรวจราชการแบบบูรณาการ

การจัดทำรายงานผลการตรวจราชการระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ

1. ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการแบบบูรณาการ
 - 1.1 รายงานผลการตรวจราชการรายประเด็น/โครงการที่เกี่ยวข้องตามแบบรายงานที่สำนักนายกรัฐมนตรีกำหนด โดยสรุปข้อสังเกต หรือปัญหาสำคัญที่ค้นพบ และข้อเสนอแนะระดับพื้นที่/ระดับนโยบาย ต่อผู้ตรวจราชการกระทรวง ภายใน 7 วัน หลังจากเสร็จสิ้นการตรวจราชการแต่ละจังหวัด ทั้งนี้ อยู่ในดุลยพินิจของผู้ตรวจราชการกระทรวงเขตสุขภาพนั้น และให้ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการกรมเสนอต่ออธิบดีกรมด้วยอีกทางหนึ่ง
 - 1.2 รายงานภาพรวมระดับเขตสุขภาพรายประเด็น/โครงการการตรวจราชการต่อคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
- รอบที่ 1 รายงานภาพรวมระดับเขต ภายในเดือนมีนาคม 2566 โดยวิเคราะห์และประเมินผลการตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้อง รอบ 6 เดือน ร่วมกับข้อค้นพบและประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ
- รอบที่ 2 รายงานภาพรวมระดับเขต ภายในเดือนสิงหาคม 2566 โดยวิเคราะห์และประเมินผลการตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้อง รอบ 9 เดือน ร่วมกับข้อค้นพบและประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการ

การจัดทำรายงานผลการตรวจราชการภาพรวมประเทศ

1. หน่วยงานรับผิดชอบหลักในแต่ละประเด็น/โครงการการตรวจราชการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลการตรวจราชการ เสนอต่อคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการฯ
2. คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการฯ พิจารณากลับกรองและบูรณาการ การแก้ไขปัญา โดยสำนักนายกรัฐมนตรีวิเคราะห์และสรุปประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการรอบที่ 1 เพื่อให้แต่ละ กระทรวงดำเนินการตามข้อเสนอแนะเชิงพื้นที่ และเชิงนโยบายที่ได้จากการตรวจราชการในพื้นที่ ของแต่ละกระทรวง ที่เกี่ยวข้องกับประเด็น/โครงการ
3. กองตรวจราชการรวบรวมข้อมูลผลการตรวจราชการจากคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตาม ผลการตรวจราชการฯ วิเคราะห์ประเด็นสำคัญและจัดทำเป็นรายงานสรุปสำหรับผู้บริหารเสนอ ต่อปลัดกระทรวง สาธารณสุขเพื่อพิจารณา และจัดทำคู่มือรายงานผลการตรวจราชการภาพรวมประเทศ รอบ 6 เดือน ภายในเดือน มิถุนายน 2566 และคู่มือรายงานผลการตรวจราชการภาพรวมประเทศ รอบ 9 เดือน ภายในเดือนตุลาคม 2566 เผยแพร่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
4. จัดทำรายงานภาพรวมประเทศส่งสำนักนายกรัฐมนตรีตามแบบฟอร์มรายงานฯ ที่กำหนด
 - รอบที่ 1 ภายในวันที่ 31 มีนาคม 2566
 - รอบที่ 2 ภายในวันที่ 15 กันยายน 2566

การให้ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะระดับพื้นที่ ในกรณีปัญหาที่ตรวจพบและสามารถแก้ไขได้ในพื้นที่ ผู้ตรวจราชการ ทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นๆ ได้ให้ข้อเสนอแนะแก่หน่วยรับผิดชอบ
2. ข้อเสนอแนะส่วนกลาง ในกรณีปัญหาที่ตรวจพบและจำเป็นต้องแก้ไขโดยส่วนกลาง ผู้ตรวจราชการ ทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับปัญหารับไปประสานแก้ไขปัญาในหน่วยงานที่รับผิดชอบให้ได้ข้อยุติ
3. ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย ในกรณีปัญหาที่ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรีและผู้ตรวจราชการ ทุกกระทรวง มีความเห็นว่าจำเป็นต้องแก้ไขระดับนโยบาย จะถูกนำไปพิจารณาถึงสาเหตุของปัญหาและแนวทาง แก้ไขปัญหาที่เหมาะสม ได้นำกราบเรียนนายกรัฐมนตรีพิจารณาแล้ว มีคำสั่งเห็นชอบให้หน่วยงานรับไปพิจารณา ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

7. การกิจและกรอบประเด็นการตรวจราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

1) Agenda based (นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ)

ประเด็นที่ 1 Health for Wealth

- 1.1 กัญชาทางการแพทย์
- 1.2 การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์

ประเด็นที่ 2 ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

- 2.1 ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ
- 2.2 จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบ สุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562
- 2.3 จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน

2) Functional based (ระบบงานของหน่วยบริการ)

ประเด็นที่ 1 สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

1.1 กลุ่มวัย

1.1.1 มารดาและทารก

1.1.2 เด็กปฐมวัย

1.1.3 วัยทำงาน

1.2 ผู้สูงอายุ

1.2.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ

1.2.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

(1) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

(2) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

1.2.3 ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)

1.2.4 ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan

1.2.5 จำนวนชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ

1.2.6 จำนวนผู้ที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียม/รากฟันเทียม

ประเด็นที่ 2 Digital Health (ระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์)

2.1 จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด

2.2 ร้อยละของจังหวัดที่ประชาชนไทยมีดิจิทัลไอดี เพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ

2.3 ร้อยละเขตสุขภาพที่ใช้ระบบ AI DR screening ในการตรวจคัดกรองเบาหวานขึ้นจอตา

ประเด็นที่ 3 ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

3.1 ลดป่วย

3.2 ลดตาย

3.3 ความมั่นคงด้านสุขภาพ

ประเด็นที่ 4 องค์การสมรรถนะสูง

4.1 การเงินการคลังสุขภาพ

3) Area based

3.1) ปัญหาที่สำคัญระดับพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 1-12

3.2) Innovative Healthcare เขตสุขภาพที่ 1-12

4) การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

4.1) การพัฒนาระบบนิเวศการท่องเที่ยว

4.2) การพัฒนาช่วงวัยเรียน/วัยรุ่น

4.3) การพัฒนาและยกระดับศักยภาพวัยแรงงาน

4.4) โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานของศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี

5) การตรวจราชการกรณีพิเศษ

8. หน่วยงานเป้าหมายการตรวจราชการ

8.1 งานตรวจราชการกรณีปกติ

- 1) หน่วยรับการตรวจราชการ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป
- 2) หน่วยรับการตรวจเยี่ยม ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์วิชาการ โรงพยาบาลในสังกัดกรม และ หรือหน่วยงานที่ผู้ตรวจราชการกระทรวงพิจารณาตามความเหมาะสม

8.2 งานตรวจราชการแบบบูรณาการ

- 1) หน่วยรับการตรวจราชการ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- 2) หน่วยตรวจราชการ ได้แก่ ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี และผู้ตรวจราชการทุกกระทรวง

9. คณะตรวจราชการ ประกอบด้วย

9.1 งานตรวจราชการกรณีปกติ

- 1) ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
- 2) สาธารณสุขนิเทศก์
- 3) ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
- 4) หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 1-12
- 5) ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงานระดับกรมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 6) ผู้ที่ผู้ตรวจราชการกระทรวงพิจารณาให้ร่วมคณะตรวจราชการ
- 7) กองตรวจราชการทำหน้าที่เลขานุการคณะ

ทั้งนี้อยู่ในดุลยพินิจของผู้ตรวจราชการกระทรวงที่กำกับดูแลเขตสุขภาพนั้น

9.2 งานตรวจราชการแบบบูรณาการ

- 1) ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
- 2) สาธารณสุขนิเทศก์
- 3) ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
- 4) หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 1-13
- 5) ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการระดับกรมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 6) ผู้ที่ผู้ตรวจราชการกระทรวงพิจารณาให้ร่วมคณะตรวจราชการ
- 7) กองตรวจราชการทำหน้าที่เลขานุการคณะ

ทั้งนี้อยู่ในดุลยพินิจของผู้ตรวจราชการกระทรวงที่กำกับดูแลเขตสุขภาพนั้น

10. บทบาทผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการตรวจราชการในพื้นที่

10.1 บทบาทหน่วยรับตรวจระดับจังหวัด

งานตรวจราชการกรณีปกติ :

1) ขั้นตอนเตรียมการตรวจราชการ (ก่อนลงตรวจราชการ)

1.1) เตรียมข้อมูลการดำเนินงานตามแผนการตรวจราชการและแผนการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่

1.2) ประสาน และยืนยัน วัน เวลาในการตรวจราชการของจังหวัดกับหัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 1-12 เพื่อเตรียมความพร้อมรับการตรวจราชการ

1.3) ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในจังหวัด เพื่อร่วมรับการตรวจราชการ ตามวัน เวลา ที่กำหนด

2) ขั้นตอนการตรวจราชการ

2.1) รับการตรวจราชการของทีมตรวจราชการ และอำนวยความสะดวกแก่ทีมตรวจราชการ

2.2) นำเสนอข้อมูล และตอบข้อซักถามของทีมตรวจราชการ ในประเด็นที่ทีมตรวจราชการมีข้อสงสัย โดยมีกรอบแนวทางการนำเสนอข้อมูลของจังหวัดในการตรวจราชการ ดังนี้

รอบที่ 1 : สถานการณ์ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ และแผนการแก้ไขปัญหาสุขภาพภาพรวมจังหวัด

รอบที่ 2 : ผลการดำเนินงานการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะต่อส่วนกลาง

ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้ตรวจราชการกระทรวงที่กำกับดูแลแต่ละเขตสุขภาพ

2.3) รับฟังและร่วมอภิปรายสรุปผลการตรวจราชการ และการให้ข้อเสนอแนะของผู้ตรวจราชการเมื่อเสร็จสิ้นการตรวจ เพื่อรับไปดำเนินการต่อไปในพื้นที่

งานตรวจราชการแบบบูรณาการ :

1) ขั้นตอนเตรียมการตรวจราชการ (ก่อนลงตรวจราชการ)

1.1) จัดทำแบบสอบถามการดำเนินงานของจังหวัดลงในระบบตรวจราชการออนไลน์ (e-inspection system) งานตรวจราชการแบบบูรณาการ โดยใช้ข้อมูลไตรมาส 1 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2565) แต่ละจังหวัด/เขตตามประเด็น/โครงการ ก่อนตรวจราชการรอบที่ 1 (เดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2566) เพื่อเป็นข้อมูลให้ผู้ตรวจราชการลงตรวจในพื้นที่

1.2) ประสาน และยืนยัน วัน เวลาในการตรวจราชการของจังหวัดกับหัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 1-13 เพื่อเตรียมความพร้อมรับการตรวจราชการ

1.3) ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในจังหวัด เพื่อร่วมรับการตรวจราชการ ตามวัน เวลา ที่กำหนด

1.4) เตรียมข้อมูลเพื่อนำเสนอ และตอบข้อซักถามของทีมตรวจราชการในประเด็นที่ทีมตรวจราชการมีข้อสงสัย

2) ขั้นตอนการตรวจราชการ

2.1) รับการตรวจราชการของทีมผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี และผู้ตรวจราชการทุกระบวน ศาลากลางจังหวัดทุกจังหวัด

2.2) นำเสนอข้อมูล และตอบข้อซักถามของทีมตรวจราชการ โดยมีกรอบแนวทางการนำเสนอข้อมูลของจังหวัดตามประเด็นการตรวจที่สำนักนายกรัฐมนตรีกำหนด ดังนี้

รอบที่ 1 : สถานการณ์ดำเนินการในพื้นที่ และแนวทางแก้ไขปัญหาภาพรวมจังหวัด

รอบที่ 2 : ผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหในพื้นที่ ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะต่อส่วนกลาง

2.3) รับฟังสรุปผลการตรวจราชการ และการให้ข้อเสนอแนะของผู้ตรวจราชการเมื่อเสร็จสิ้นการตรวจเพื่อรับไปดำเนินการต่อในพื้นที่

10.2 บทบาทผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงานระดับกรม และผู้ร่วมตรวจราชการจากสำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

งานตรวจราชการกรณีปกติ :

1) ขั้นตอนเตรียมการตรวจราชการ (ก่อนลงตรวจราชการ)

1.1) ทำความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นการตรวจราชการที่รับผิดชอบ

1.2) รวบรวม สรุปวิเคราะห์ ข้อมูลผลการดำเนินงานและผลการสำรวจ การประเมินผลที่กรมรับผิดชอบของแต่ละจังหวัดเพื่อเตรียมการตรวจราชการในพื้นที่

1.3) ประสาน และยืนยัน วัน เวลาในการตรวจราชการของแต่ละจังหวัดภายในเขตสุขภาพ ในแต่ละรอบการตรวจกับหัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพของกองตรวจราชการ

2) ขั้นตอนการตรวจราชการ

2.1) ร่วมทีมในการตรวจราชการตามกำหนดการ

2.2) วิเคราะห์กระบวนการทำงานของจังหวัด ในการนำแผนสุขภาพจังหวัดไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ และกลไกการบริหารจัดการในภาพรวมจังหวัด

2.3) วิเคราะห์กระบวนการทำงานตามกรอบแนวทางการตรวจราชการ และตามประเด็นปัญหาอุปสรรค มุ่งเน้นให้ความสำคัญต่อการสนับสนุนการแก้ไขปัญหาในพื้นที่

2.4) ประมวล สรุปผลการวิเคราะห์ ข้อ 2.2) และ 2.3) ร่วมกันระหว่างผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการกรมที่เป็นเจ้าภาพหลักและเจ้าภาพร่วม จากข้อมูล ข้อสังเกต และข้อเท็จจริงที่พบในพื้นที่ เพื่อจัดทำสรุปผลการตรวจราชการ ข้อเสนอแนะที่สำคัญต่อหน่วยรับการตรวจ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้บริหารส่วนกลาง โดยสรุปนำเสนอผู้ตรวจราชการ และหน่วยรับการตรวจ พร้อมทั้งส่งเอกสารสรุปผลการตรวจราชการ ในระบบตรวจราชการออนไลน์ (e-inspection system) ในวันสุดท้ายของการตรวจราชการแต่ละจังหวัด

2.5) ประสานการสรุปประเด็นการตรวจราชการ และการให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานกับหัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพ เพื่อบันทึกในสมุดตรวจราชการของหน่วยรับการตรวจ

3) ขั้นตอนสรุปผลการตรวจราชการ

วิเคราะห์และจัดทำรายงานผลการตรวจราชการรายรอบ รายเขต ตามแผนการตรวจราชการที่กำหนดส่ง สำนักงานตรวจราชการของกรม เพื่อสรุปภาพรวมระดับกรม พร้อมทั้งส่งให้หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพของกองตรวจราชการเพื่อสรุปภาพรวมระดับเขต

งานตรวจราชการแบบบูรณาการ :

1) ขั้นเตรียมการตรวจราชการ (ก่อนลงตรวจราชการ)

1.1) ทำความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็น/โครงการการตรวจราชการที่รับผิดชอบ

1.2) รวบรวม สรุปวิเคราะห์ ข้อมูลผลการดำเนินงานและผลการสำรวจ การประเมินผลที่กรมรับผิดชอบของแต่ละจังหวัดเพื่อเตรียมการตรวจราชการในพื้นที่

1.3) ประสาน และยืนยัน วัน เวลาในการตรวจราชการของแต่ละจังหวัดภายในเขตสุขภาพ ในแต่ละรอบการตรวจกับหัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 1-13 ของกองตรวจราชการ

2) ขั้นการตรวจราชการ

2.1) ร่วมทีมตรวจราชการกับผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี และผู้ตรวจราชการทุกกระทรวงตามกำหนดการ

2.2) วิเคราะห์กระบวนการทำงานของจังหวัดไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ และกลไกการบริหารจัดการในภาพรวมจังหวัด

2.3) วิเคราะห์กระบวนการทำงานตามกรอบแนวทางการตรวจราชการ และตามประเด็นปัญหาอุปสรรค มุ่งเน้นให้ความสำคัญต่อการสนับสนุนการแก้ไขปัญหาในพื้นที่

2.4) ประมวล สรุปผลการวิเคราะห์ ข้อ 2.2) และ 2.3) ร่วมกันระหว่างผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการกรมที่เป็นเจ้าภาพหลักและเจ้าภาพร่วม จากข้อมูล ข้อสังเกต และข้อเท็จจริงที่พบในพื้นที่ เพื่อจัดทำสรุปผลการตรวจราชการ ข้อเสนอแนะที่สำคัญต่อหน่วยรับการตรวจ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้บริหารส่วนกลาง โดยสรุปนำเสนอผู้ตรวจราชการ และหน่วยรับการตรวจ พร้อมทั้งส่งเอกสารสรุปผลการตรวจราชการ ในระบบตรวจราชการออนไลน์ (e-inspection system) หลังการตรวจราชการเสร็จเรียบร้อยของแต่ละจังหวัด

3) ขั้นสรุปผลการตรวจราชการ

วิเคราะห์และจัดทำรายงานผลการตรวจราชการรายรอบ รายเขต รายโครงการ ตามแผน การตรวจราชการแบบบูรณาการฯ ส่ง สำนักงานตรวจราชการของกรม เพื่อสรุปภาพรวมระดับกรม พร้อมทั้งส่งให้หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 1-13 ของกองตรวจราชการ เพื่อสรุปภาพรวมระดับเขต

10.3 บทบาทผู้รับผิดชอบประเด็นการตรวจราชการระดับกรม

งานตรวจราชการกรณีปกติ และงานตรวจราชการแบบบูรณาการ

1) กำกับติดตามงานตามภารกิจของหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง โดยระบบข้อมูล ระบบรายงาน รวมทั้งกลไกที่หน่วยงานกำหนด เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับสนับสนุนการตรวจราชการในพื้นที่ รวมทั้งเป็นข้อมูลเพื่อการกำกับติดตามและประเมินผลในระดับกรม และระดับกระทรวง

2) วิเคราะห์ผลการตรวจราชการภาพรวมประเทศในประเด็นที่รับผิดชอบ เสนอต่อคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข คณะที่เกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณาเป็นรายงานผลการตรวจราชการภาพรวมประเทศ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อการพัฒนาต่อไป

10.4 บทบาทกลุ่มตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 1-12 ของกองตรวจราชการ

งานตรวจราชการกรณีปกติ :

1) ขั้นเตรียมการตรวจราชการ (ก่อนลงตรวจราชการ)

1.1) ประสานหน่วยรับตรวจและคณะตรวจราชการในเรื่องแผนและกำหนดการตรวจราชการ

1.2) ประสาน และยืนยัน วัน เวลาในการตรวจราชการของแต่ละจังหวัดภายในเขตสุขภาพ และการนัดหมายการเดินทางกับคณะตรวจราชการและผู้ประสานการตรวจราชการระดับจังหวัด

1.3) เตรียมข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับพื้นที่ที่จะเป็นประโยชน์ในการตรวจราชการ เช่น ข้อมูลทั่วไป ปัญหาสุขภาพ Best Practice เป็นต้น จัดทำเป็นบทสรุปผู้บริหาร (Executive summary) เสนอต่อผู้ตรวจราชการ กระทรวงประจำเขตตรวจราชการ

2) **ขั้นการตรวจราชการ**

2.1) ร่วมทีมในการตรวจราชการ

2.2) ประสานนัดหมายกำหนดการและอำนวยความสะดวกให้กับคณะตรวจราชการ

2.3) ประสานการจัดทำสรุปผลการตรวจราชการระดับจังหวัด และข้อเสนอแนะของผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการกรม/สำนัก เพื่อรวบรวมและเตรียมข้อมูลที่เป็นประเด็นสำคัญจากการตรวจราชการให้ผู้ตรวจราชการ สาธารณสุขนิเทศก์ รับทราบและพิจารณาก่อนแจ้งต่อหน่วยรับการตรวจ พร้อมติดตามการลงข้อมูลเตรียมพร้อมรับการตรวจราชการระดับจังหวัดในระบบตรวจราชการออนไลน์ (e-inspection system)

2.4) สรุปประเด็นการตรวจราชการและข้อเสนอแนะที่ผู้ตรวจราชการกระทรวงให้กับหน่วยรับตรวจ โดยบันทึกในสมุดตรวจราชการของหน่วยรับตรวจ

3) **ขั้นสรุปผลการตรวจราชการ**

3.1) ประสาน ติดตาม รายงานสรุปผลการตรวจราชการภาพรวมเขต จากผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการกรม/สำนัก รวมทั้งการลงรายงานในระบบตรวจราชการออนไลน์ (e-inspection system)

3.2) ประชุมสรุปผลการตรวจราชการภาพรวมเขตในแต่ละรอบ (รอบ 1 และ 2) เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการติดตามผลการดำเนินงานและพัฒนาปรับปรุงแก้ไขการทำงานในพื้นที่ต่อไป

3.3) ประสานการรายงานผลการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะของผู้ตรวจราชการในแต่ละรอบจากหน่วยรับการตรวจราชการแต่ละจังหวัดในเขตสุขภาพ และเป็นข้อมูลในการติดตามความก้าวหน้าในการตรวจราชการ รอบถัดไป

งานตรวจราชการแบบบูรณาการ :

1) **ขั้นเตรียมการตรวจราชการ (ก่อนลงตรวจราชการ)**

1.1) ประสานหน่วยรับตรวจและคณะตรวจราชการตามประเด็น/โครงการ และกำหนดการตรวจราชการ

1.2) ประสาน และยืนยัน วัน เวลาในการตรวจราชการของแต่ละจังหวัดภายในเขตสุขภาพ ที่รับผิดชอบ การนัดหมายการเดินทางกับคณะตรวจราชการและผู้ประสานการตรวจราชการระดับจังหวัด

1.3) เตรียมข้อมูลแบบสอบถามการดำเนินงานของจังหวัดไตรมาส 1 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม 2565) ในระบบ e-inspection งานตรวจราชการแบบบูรณาการ ของแต่ละจังหวัด/เขต เพื่อเป็นประโยชน์ในการตรวจราชการ เช่น ข้อมูลทั่วไป ปัญหาสุขภาพ เป็นต้น จัดทำเป็นบทสรุปผู้บริหาร (Executive summary) เสนอต่อผู้ตรวจราชการ กระทรวงประจำเขตตรวจราชการ

2) **ขั้นการตรวจราชการ**

2.1) ร่วมทีมในการตรวจราชการ

2.2) ประสานนัดหมายกำหนดการและอำนวยความสะดวกให้กับคณะตรวจราชการ

2.3) สรุปประเด็นการตรวจราชการและข้อเสนอแนะที่ผู้ตรวจราชการกระทรวงให้กับหน่วยรับตรวจ แต่ละประเด็น/โครงการ โดยบันทึกลงแบบฟอร์มรายงานผลการตรวจราชการรายจังหวัด ในระบบตรวจราชการออนไลน์ (e-inspection system) งานตรวจราชการแบบบูรณาการ

3) ขั้นสรุปผลการตรวจราชการ

3.1) ประสาน ติดตาม รายงานสรุปผลการตรวจราชการภาพรวมเขต จากผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการกรม/สำนัก รวมทั้งการลงรายงานในระบบตรวจราชการออนไลน์ (e-inspection system)

3.2) ประชุมสรุปผลการตรวจราชการภาพรวมเขตในแต่ละรอบ (รอบที่ 1 และ 2) เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการติดตามผลการดำเนินงานและพัฒนาปรับปรุงแก้ไขการทำงานในพื้นที่ต่อไป

3.3) ประสานการรายงานผลการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะของผู้ตรวจราชการในแต่ละรอบจากหน่วยรับการตรวจราชการแต่ละจังหวัดในเขตสุขภาพ และเป็นข้อมูลในการติดตามความก้าวหน้าในการตรวจราชการรอบถัดไป

11. ระยะเวลาในการตรวจราชการ ตรวจราชการรายรอบปกติ ปีละ 2 รอบ ดังนี้

11.1 งานตรวจราชการกรณีปกติ

รอบที่ 1 : กำหนดตรวจราชการระหว่างเดือนธันวาคม 2565 - มีนาคม 2566 เพื่อประเมินสภาพปัญหา แผนแก้ไขปัญหา โครงสร้างระบบการทำงาน การกำกับติดตามงานด้านต่างๆ การบริหารจัดการและระบบข้อมูล ในภาพรวมจังหวัด การวิเคราะห์ประเด็นที่เป็นความเสี่ยงและปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการแก้ไข ปัญหาไม่ประสบความสำเร็จ เพื่อทีมตรวจราชการจะให้การสนับสนุน และให้ข้อเสนอแนะต่อหน่วยรับการตรวจที่สามารถนำไปปรับปรุงแก้ไขได้อย่างเป็นรูปธรรม และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้บริหารในส่วนกลาง

รอบที่ 2 : กำหนดตรวจราชการระหว่างเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2566 เพื่อติดตามความก้าวหน้า ผลการดำเนินงานตามประเด็นการตรวจราชการ การแก้ไขปัญหาลุขภาพในพื้นที่ และข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการ รอบที่ 1 รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะต่อหน่วยรับการตรวจที่สามารถนำไปปรับปรุงแก้ไขในพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรม และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้บริหารในส่วนกลาง

11.2 งานตรวจราชการแบบบูรณาการ

รอบที่ 1 : กำหนดตรวจราชการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2566 ตามประเด็น/โครงการที่สำนักนายกรัฐมนตรีกำหนด ภายใต้แผนการตรวจราชการแบบบูรณาการเพื่อขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล เพื่อประเมินสภาพปัญหา/ผลการดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายฯ ในภาพรวม (ตามภารกิจของกระทรวง) ปัญหา/อุปสรรค ที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการแก้ไขปัญหาไม่ประสบผลสำเร็จ เพื่อทีมตรวจราชการจะให้การสนับสนุน และให้ข้อเสนอแนะต่อหน่วยรับการตรวจที่สามารถนำไปปรับปรุงแก้ไขได้อย่างเป็นรูปธรรม และข้อเสนอแนะเชิงพื้นที่/เชิงนโยบายต่อผู้บริหารในส่วนกลาง โครงสร้างระบบการทำงานการกำกับติดตามงานด้านต่างๆ การบริหารจัดการ และระบบข้อมูลในภาพรวมจังหวัด

รอบที่ 2 : กำหนดตรวจราชการระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2566 เพื่อติดตามความก้าวหน้า ผลการดำเนินงานตามประเด็น/โครงการการแก้ไขปัญหาลุขภาพในพื้นที่ และข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการ รอบที่ 1 รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะต่อหน่วยรับการตรวจที่สามารถนำไปปรับปรุงแก้ไขในพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรม และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้บริหารในส่วนกลาง

12. ผู้รับผิดชอบ

12.1 สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

12.2 กองตรวจราชการ

13. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

13.1 ระบบการตรวจราชการทุกระดับ/ทุกกระทรวง สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน ตั้งแต่ระดับกระทรวงเขต และจังหวัด

13.2 กรม กอง สำนัก มีแนวทางเดียวกันในการติดตามงานตามภารกิจ ลดความซ้ำซ้อน ทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

13.3 การพัฒนาและแก้ไขปัญหาระบบราชการในพื้นที่ มีการบูรณาการระหว่างหน่วยงานภายในและภายนอก กระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้การแก้ไขปัญหาสอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่

13.4 ประชาชนหรือผู้รับบริการมีความพึงพอใจในคุณภาพการให้บริการ และลดปัญหาการร้องเรียน

ลงชื่อ.....ผู้เสนอแผน
(นางพิชญากัสสร วรณศิริกุล)
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบตรวจราชการ

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบแผน
(นายประกิจ สารเทพ)
รักษาราชการแทนผู้อำนวยการกองตรวจราชการ

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติแผน
(นายสุเทพ เพชรมาก)
ผู้ตรวจราชการกระทรวง
หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สรุปกรอบประเด็นการตรวจราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็น	การดำเนินงาน	ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง	หน่วยงานรับผิดชอบหลัก	หน่วยงานรับผิดชอบร่วม
Agenda based (นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ)				
ประเด็นที่ 1	Health For Wealth สุขภาพทางการเงิน	1. ร้อยละของการจัดบริการคลินิกสุขภาพทางการเงินและการส่งเสริมงานวิจัยด้านสุขภาพ 1.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ได้รับการรักษาด้วยยา姑息療法ทางการแพทย์ (ร้อยละ 5) 1.2 ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑息療法ทางการแพทย์ (ร้อยละ 50) 1.3 จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านสุขภาพทางการเงินของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (งานวิจัยเขตสุขภาพละ 2 เรื่อง และการจัดการความรู้อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 2 เรื่อง)	สถาบันกัญชา สป.	กปรส. , กรมการแพทย์แผนไทยฯ , กรมสุขภาพจิต , กรมการแพทย์ , กรมวิทย์ฯ , อย.

ประเด็น	การดำเนินงาน	ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง	หน่วยงานรับผิดชอบหลัก	หน่วยงานรับผิดชอบร่วม
	การพัฒนาการห้องตรวจเชิงสุขภาพและการแพทย์	1. อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด (ร้อยละ 10) 2. ร้อยละของศูนย์เวลเนส (Wellness Center)/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรให้มีคุณค่าและมูลค่าสูงขึ้น (ร้อยละ 20 จากปีที่ผ่านมา : 36 แห่ง) 3. ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต (ร้อยละ 50)	กรม สบส. กรมการแพทย์แผนไทยฯ	
			อย.	
ประเด็นที่ 2	ระบบสุขภาพปฐมภูมิ	1. ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ (ร้อยละ 85) 2. จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 (3,500 ทีม) 3. จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน (35 ล้านคน)	สสป.	กรม สบส. , กรม คร. , กรมอนามัย , กรมการแพทย์, กรมการแพทย์แผนไทยฯ , กรมสุขภาพจิต , กปรส.

ประเด็น	การดำเนินงาน	ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง	หน่วยงานรับผิดชอบหลัก	หน่วยงานรับผิดชอบร่วม
Functional based (ระบบงานของหน่วยบริการ)				
ประเด็นที่ 1	สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ			
	1.1 กลุ่มวัย			
	มารดาและทารก	1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน (ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน) ... <i>กรมอนามัย</i> 2. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่า หรือ เท่ากับ 28 วัน ... <i>กรมการแพทย์</i>	กรมอนามัย + กรมการแพทย์	
	เด็กปฐมวัย	1. ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ 86) ... <i>กรมอนามัย</i> 2. ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ 35) ... <i>กรมสุขภาพจิต</i> 3. ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน (ร้อยละ 66) ... <i>กรมอนามัย</i> 4. ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ (ร้อยละ 75) ... <i>กรมอนามัย</i>		

ประเด็น	การดำเนินงาน	ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง	หน่วยงานรับผิดชอบหลัก	หน่วยงานรับผิดชอบร่วม
	วัยทำงาน	1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 8.0 ต่อแสนประชากร ...กรมสุขภาพจิต 2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (≥ร้อยละ 80) ...กรมสุขภาพจิต ตัวชี้วัดกำกับ ติดตาม 1. ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงตีสมนส่วน (ร้อยละ 57) ...กรมอนามัย		
	1.2 ผู้สูงอายุ	1. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ (ร้อยละ 100) ...กรมการแพทย์ 2. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหล่ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (ร้อยละ 40) ...กรมการแพทย์ 2.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (ร้อยละ 40) 2.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหล่ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (ร้อยละ 40)	กรมการแพทย์ + กรมอนามัย	กรมควบคุมโรค + กรม สบส. + กรมสุขภาพจิต

ประเด็น	การดำเนินงาน	ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง	หน่วยงานรับผิดชอบหลัก	หน่วยงานรับผิดชอบร่วม
		3. ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) (ร้อยละ 50) ...กรมอนามัย 4. ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan (ร้อยละ 95) ...กรมอนามัย 5. จำนวนชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ (1 ชมรม/ตำบล) ...กรมอนามัย 6. จำนวนผู้ที่ได้รับการใส่ฟันเทียม/รากฟันเทียม (ฟันเทียม 36,000 ราย และรากฟันเทียม 3,500 ราย ทั่วประเทศ) ...กรมอนามัย		
ประเด็นที่ 2	Digital Health (ระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์)	1. จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด ...ศูนย์ฯ ฯลฯ 2. ร้อยละของจังหวัดที่ประชาชนไทยมีดิจิทัลไอดี เพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ ...กยผ.สป. 3. ร้อยละเขตสุขภาพที่ใช้ระบบ AI DR screening ในการตรวจคัดกรองเบาหวานขึ้นจอตา ...กรมการแพทย์	ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศฯ สป. + กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป. + กรมการแพทย์	

ประเด็น	การดำเนินงาน	ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง	หน่วยงานรับผิดชอบหลัก	หน่วยงานรับผิดชอบร่วม
ประเด็นที่ 3	ลดป่วย ลดตาย และการสร้างควมมั่นคงทางสุขภาพ	1. ลดป่วย ลดตาย จากโรคหลอดเลือดหัวใจ 1.1 อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดหัวใจ (9.6 ต่อประชากรแสนคน) 1.2 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (< ร้อยละ 9) 1.3 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามกิจกรรมมีตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องดังนี้ 1.3.1 ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด หรือได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด ($\geq$ ร้อยละ 60) 1.3.2 การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ($\geq$ ร้อยละ 70) 1.3.3 ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ($\geq$ ร้อยละ 40) 1.3.4 ผู้ป่วย STEMI ที่ปัจจุบันสุขภาพสามารถเลิกบุหรี่ได้ ร้อยละ 100 1.3.5 ผู้ป่วย STEMI ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < 70 mg/dl ($\geq$ ร้อยละ 50)	กรมควบคุมโรค - กองโรคไม่ติดต่อ กรมการแพทย์ - สถาบันประสาทวิทยา - สถาบันโรคทรวงอก - สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมอนามัย - สำนักพันธุศาสตร์โมเลกุล	

ประเด็น	การดำเนินงาน	ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง	หน่วยงานรับผิดชอบหลัก	หน่วยงานรับผิดชอบรวม
		2. ลดป่วย ลดตาย จากโรคหลอดเลือดสมอง 2.1 อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดสมอง (41.1 ต่อประชากรแสนคน) 2.2 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69) (< ร้อยละ 7) 2.3 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามกิจกรรมมีตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องดังนี้ 2.3.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I63) ที่เข้าเกณฑ์ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที 2.3.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit ($\geq$ ร้อยละ 80) 2.3.3 การตรวจติดตามยืนยันวินิฉัยกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ($\geq$ ร้อยละ 93) 2.3.4 ผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ≥ 180 มม.ปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ≥ 110 มม.ปรอท จากการวัดความดันโลหิตซ้ำในโรงพยาบาล และได้รับการวินิฉัยโรค ความดันโลหิตสูง (ภายใน 7 วัน) ($\geq$ ร้อยละ 25) 2.3.5 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ($\geq$ ร้อยละ 60) 2.3.6 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ปัจจุบันสูบบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้ ร้อยละ 100 2.3.7 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < 70 mg/dl ($\geq$ ร้อยละ 50)		

ประเด็น	การดำเนินงาน	ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง	หน่วยงานรับผิดชอบหลัก	หน่วยงานรับผิดชอบร่วม
		3. การคัดกรองมะเร็ง ระดับความสำเร็ของการคัดกรองมะเร็ง 3.1 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 3.2 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy 3.3 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 3.4 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy 3.5 ร้อยละของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่ได้รับการบริการได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก 3.6 ร้อยละของผู้ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปากที่เข้าเกณฑ์ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยาได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยาที่เหมาะสม		
	ความมั่นคงด้านสุขภาพ	1. ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด - 19 ในกลุ่ม 607 (เอา 607 ไม่เอา 608) - ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด - 19 ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ (15 - 45 ปี) 2. มีระบบ Situation Awareness ที่มีประสิทธิภาพ - มีผู้ปฏิบัติงาน SAT ที่ผ่านการอบรมอย่างเพียงพอ - มีการจัดทำ CIR ระดับจังหวัดและระดับเขตที่ชัดเจน - ได้รับความเห็นชอบจาก นพ.สสจ. และผู้ตรวจราชการ	กรมควบคุมโรค - กองโรคติดต่อทั่วไป (วัคซิน) - กองควบคุมโรค และภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน (PHEM&CS&EOC) - กองระบาดวิทยา (CDCU)	

ประเด็น	การดำเนินงาน	ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง	หน่วยงานรับผิดชอบหลัก	หน่วยงานรับผิดชอบร่วม
		3. ร้อยละของผู้บริหารระดับจังหวัดที่ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS & EOC 100 4. มีทีม CDCU ที่ผ่านการฝึกอบรมไม่น้อยกว่าอำเภอละ 3 ทีม 5. มี Official document ของหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดที่ระบุภัยที่สำคัญ อย่างน้อย 3 ภัย และ resource mapping สำหรับการรับมือภัยที่สำคัญ 6. มี operational plans สำหรับ 3 ภัย ที่สำคัญ โดยระบบบัญชาการที่สอดคล้องกับภัยที่สำคัญทั้ง 3 ภัยไว้ด้วย 7. มีแผน BCP สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป ที่สอดคล้องกับ operational plan	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข - กองสาธารณสุขฉุกเฉิน	
ประเด็นที่ 4	องค์การสมรรถนะสูง			
	การเงินการคลังสุขภาพ	1. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน 2. ร้อยละของการกำกับติดตามแผนการลงทุนตามนโยบายการลงทุน	กองเศรษฐกิจสุขภาพ	
Area based				
1. การแก้ปัญหาที่สำคัญระดับพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 1-12				
2. Innovative Healthcare ระดับพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 1-12				

ประเด็น	การดำเนินงาน	ผู้เกี่ยวข้อง	หน่วยงานรับผิดชอบหลัก	หน่วยงานรับผิดชอบร่วม
การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักงานรัฐมนตรี				
	1. การพัฒนาระบบนิเวศการท่องเที่ยว		กรมอนามัย	
	2. การพัฒนาช่างวัยเรียน/วัยรุ่น		กรมการแพทย์ + กรมสุขภาพจิต + กรมอนามัย + สป.	
	3. การพัฒนาและยกระดับศักยภาพหน่วยงาน		กรม คร. + กรมอนามัย	
	4. โครงการสกัดโรคคนพลัดถิ่นจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานของศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี		กรม คร.	

Area Based (ปัญหาที่สำคัญระดับพื้นที่ และ Innovative Healthcare) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

1. ปัญหาที่สำคัญระดับพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 1-12

เขต	ปัญหาที่สำคัญระดับพื้นที่
1	TB
2	Hepatitis C (ไวรัสตับอักเสบซี)
3	อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพ (Health Adjusted Life Expectancy)
4	ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care : IMC)
	ระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมอย่างไร้รอยต่อ
5	Digital Health
6	บูรณาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
7	อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาและผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่
	การแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เขตสุขภาพที่ 7
	ภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา (Diabetic retinopathy , DR)
8	การกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เขตสุขภาพที่ 8
9	ภาวะโลหิตจางในสตรีและเด็ก
10	การจัดระบบสุขภาพแบบบูรณาการอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 10
11	Marine health region 11
12	Telemed
	Seamless Refer

2. Innovative Healthcare เขตสุขภาพที่ 1-12

เขต	Innovative Healthcare
1	AI Ratina
2	Wellness Center
3	3 refer plus
4	การพัฒนา Digital Health Platform (Nux-Doctor)
5	การพัฒนาระบบงาน ODS อย่างครบวงจร
6	ศูนย์เพาะบ่มผู้นำ เขตสุขภาพที่ 6 (Leader incubation R6)
7	การพัฒนาเพื่อเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงผู้ป่วยฉุกเฉินของศูนย์รับแจ้งเหตุ และประสานงานการแพทย์ฉุกเฉิน และหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน
8	รูปแบบการรับรองความพิการแบบเบ็ดเสร็จ R8 : NDS Nawang Model
9	R9 Health station NCDs
10	เบาหวาน
11	Virtual Hospital
12	PHR

สรุปประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

ตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็น	การดำเนินงาน	ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง	ประเด็น ตรวจราชการที่มุ่งเน้น	หน่วยงาน รับผิดชอบหลัก	หน่วยงาน รับผิดชอบร่วม
Agenda based (นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ)					
ประเด็นที่ 1	Health For Wealth	1. ร้อยละของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์และการส่งเสริมงานวิจัยด้านกัญชา 1.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ได้รับการรักษาด้วยยา姑息療法ทางแพทย์ (ร้อยละ 5) 1.2 ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑息療法ทางแพทย์ (ร้อยละ 50) 1.3 จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (งานวิจัยเขตสุขภาพละ 2 เรื่อง และการจัดการความรู้อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 2 เรื่อง)	รอบที่ 1 - จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑息療法ทางแพทย์ - จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑息療法ทางแพทย์ - แผนการดำเนินงานวิจัยหรือโครงการวิจัย และแผนการจัดกิจกรรมการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์	สถาบันกัญชา สป.	กบรส. , กรมการแพทย์แผนไทยฯ , กรมสุขภาพจิต , กรมการแพทย์ , กรมวิทย์ฯ , อย.

ประเด็น	การดำเนินงาน	ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง	ประเด็น ตรวจสอบการดำเนินงาน	หน่วยงาน รับผิดชอบหลัก	หน่วยงาน รับผิดชอบร่วม
			รอบที่ 2 - จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะ ประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑息疗 ทางการแพทย์ - จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการ รักษาด้วยยา姑息疗ทางการแพทย์ - ผลงานวิจัยและกิจกรรมการ จัดการความรู้ด้าน姑息疗ทางการแพทย์		
	การพัฒนาการท่องเที่ยว เชิงสุขภาพและการแพทย์	1. อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถาน ประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด (ร้อยละ 10)	รอบที่ 1 - ร้อยละความสำเร็จของโครงการ ตามมาตรการการท่องเที่ยว เชิงสุขภาพของพื้นที่ - ร้อยละของจำนวนบุคลากรใน พื้นที่ที่ได้รับการพัฒนาความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะ ด้านมาตรฐานสถานประกอบการ ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ	กรม สบส.	

ประเด็น	การดำเนินงาน	ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง	ประเด็น ตรวจสอบการดำเนินงาน	หน่วยงาน รับผิดชอบหลัก	หน่วยงาน รับผิดชอบร่วม
			ประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงาน - แผนปฏิบัติการด้านการส่งเสริมพัฒนามาตรฐานสถานประกอบการ เส้นทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และการส่งเสริมสร้างความรู้ ประชาชนรวมทั้งฐานข้อมูลและ เครือข่ายสถานประกอบการในพื้นที่ รอบที่ 2 - รายงานการวิเคราะห์กลุ่มผู้มี ส่วนได้ส่วนเสียในระบบการท่องเที่ยว เชิงสุขภาพในภาพรวมของพื้นที่ และ กลไก/ฉันทมติของเครือข่ายต่อการ ขับเคลื่อน ส่งเสริมพัฒนาสถาน ประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิง สุขภาพ - กระบวนการคัดเลือกสถาน ประกอบการการท่องเที่ยวเชิง สุขภาพที่มีมาตรฐานตามที่กำหนด		

ประเด็น	การดำเนินงาน	ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง	ประเด็น ตรวจสอบการดำเนินงาน	หน่วยงาน รับผิดชอบหลัก	หน่วยงาน รับผิดชอบร่วม
		2. ร้อยละของศูนย์เวลเนส (Wellness Center)/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ด้าน ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรให้มีคุณค่าและมูลค่าสูงเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 20 จากปีที่ผ่านมา : 36 แห่ง)	รอบที่ 1 - มีแนวทางการประชาสัมพันธ์ให้สถานประกอบการ และแหล่งท่องเที่ยว เข้ารับการประเมินเพื่อยกระดับและสร้างความมั่นใจแก่นักท่องเที่ยว - มีแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพฯ สมัครเข้าร่วมโครงการและประเมินตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด รอบที่ 2 - มีสถานประกอบการที่สมัครเข้าร่วมการประเมินเพื่อยกระดับให้เป็นศูนย์เวลเนส และแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพฯ - ได้รับข้อเสนอแนะและพัฒนาต่อยอดแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพฯ ร่วมกับเครือข่าย		

ประเด็น	การดำเนินงาน	ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง	ประเด็น ตรวจสอบการที่มุ่งเน้น	หน่วยงาน รับผิดชอบหลัก	หน่วยงาน รับผิดชอบร่วม
		3. ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต (ร้อยละ 50)	รอบที่ 1 เป้าหมายจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับ ได้รับการส่งเสริมในปีงบประมาณ 2566 รอบที่ 2 จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับ การส่งเสริมและได้รับการอนุญาต	อย.	
ประเด็นที่ 2	ระบบสุขภาพปฐมภูมิ	1. ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ (ร้อยละ 85)	รอบที่ 1 1. มีผลการประเมินตนเองครบ ทุกอำเภอ 2. มีการกำหนดประเด็นการพัฒนา คุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 ประเด็น ครบทุกอำเภอ 3. มีการกำหนดเป้าหมายการดูแล กลุ่มเปราะบาง (ผู้พิการ, ผู้สูงอายุ, IMC และผู้ได้รับผลกระทบจาก COVID 19) ครบทุกอำเภอ	สสป.	กรม สบส. , กรม คร. , กรมอนามัย , กรมการแพทย์ , กรมการแพทย์แผนไทยฯ , กรมสุขภาพจิต , กบรส.

ประเด็น	การดำเนินงาน	ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง	ประเด็น ตรวจสอบการที่มุ่งเน้น	หน่วยงาน รับผิดชอบหลัก	หน่วยงาน รับผิดชอบร่วม
		2. จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 (3,500 ทีม)	<u>รอบที่ 2</u> 1. มีแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ครอบคลุมอำเภอ 2. มีผลการประเมินตนเองและผู้เยี่ยมระดับจังหวัด/เขต ครอบคลุมอำเภอ 3. มีผลการดูแลกลุ่มประชากร ครอบคลุมอำเภอ <u>รอบที่ 1</u> 1. กรม กอง ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการบูรณาการความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการขับเคลื่อน การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ 2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้รับการพัฒนาให้สามารถขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562		

ประเด็น	การดำเนินงาน	ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง	ประเด็น ตรวจสอบการที่มุ่งเน้น	หน่วยงาน รับผิดชอบหลัก	หน่วยงาน รับผิดชอบร่วม
		3. จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน (35 ล้านคน)	3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ถ่ายโอนภารกิจไปสู่ท้องถิ่น มีการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างต่อเนื่องและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ถ่ายโอนภารกิจไปสู่ท้องถิ่น มีการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง <u>รอบที่ 2</u> 1. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ 2. ประชาชนมีความรู้เรื่องการจัดการสุขภาพของตนเองเพิ่มมากขึ้น <u>รอบที่ 1</u> 1. กำหนดกลุ่มเป้าหมายและกำหนดประเด็นในการดำเนินการ 2. แผนและแนวทางการพัฒนาศักยภาพหมอประจำตัว 3 คน		

ประเด็น	การดำเนินงาน	ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง	ประเด็น ตรวจสอบการดำเนินงาน	หน่วยงาน รับผิดชอบหลัก	หน่วยงาน รับผิดชอบร่วม
			3. แนวทางและรูปแบบการให้คำปรึกษากับประชาชนของ 3 หมอ 4. รูปแบบการทำงานร่วมกันของ 3 หมอในพื้นที่ 5. ประเด็นที่ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพตนเอง รอบที่ 2 1. ผลการดำเนินงาน 2. ปัญหา อุปสรรค จากการดำเนินงานที่ผ่านมา 3. ทบทวนบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน 4. ถอดบทเรียนพื้นที่ต้นแบบและขยายผลการดำเนินงานคนไทยทุกคนร่วมมือพร้อมใจกัน 3 คน		

ประเด็น	การดำเนินงาน	ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง	ประเด็น ตรวจสอบการดำเนินงาน	หน่วยงาน รับผิดชอบหลัก	หน่วยงาน รับผิดชอบร่วม
Functional based (ระบบงานของหน่วยบริการ)					
ประเด็นที่ 1	สุขภาพกลุ่มวัย และการ ยกระดับบริการผู้สูงอายุ				
	1.1 กลุ่มวัย				
	มารดาและทารก	1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการ เกิดมีชีพแสนคน (ไม่เกิน 17 ต่อการเกิด มีชีพแสนคน) ...กรมอนามัย	รอบที่ 1,2 - มีมาตรการป้องกัน PPH&PIH ทุกจังหวัด - มีมาตรการลดการตายมารดา ที่เป็นปัญหาเฉพาะในพื้นที่ - มีกลไกเชิงพื้นที่ในการป้องกัน เกิด 3D : Delay ได้แก่ Detection, Delay Decision, Delay Refer - Set Zero PPH System	กรมอนามัย + กรมการแพทย์	
		2. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่า หรือเท่ากับ 28 วัน ...กรมการแพทย์	รอบที่ 1 - ทราบสาเหตุการเสียชีวิตของ ทารก ระบุจำนวนและร้อยละของ แต่ละสาเหตุ - จำนวน NNP (Neonatal Nurse Practitioner: พยาบาลเฉพาะทาง ทารกแรกเกิด) ในทุกเขตสุขภาพ เพิ่มขึ้น		

ประเด็น	การดำเนินงาน	ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง	ประเด็น ตรวจสอบการดำเนินงาน	หน่วยงาน รับผิดชอบหลัก	หน่วยงาน รับผิดชอบร่วม
	เด็กปฐมวัย	1. ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ 86) ...กรมอนามัย 2. ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ 35) ...กรมสุขภาพจิต	รอบที่ 1 - แผนปฏิบัติการของจังหวัดและของ พชอ. มีการกำหนดประเด็นการขับเคลื่อนงานด้านเด็กปฐมวัย - การชี้แจงและคัดเลือกสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเข้าร่วมการยกระดับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D) - แผนการขับเคลื่อนการดำเนินงาน สพด. 4D ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติระดับพื้นที่ - Child project Managers (CPM) และทีมผู้ฝึกสอนภาคปฏิบัติ DSPM ระดับเขตสุขภาพ กำหนดแผนในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ - การจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะการใช้ DSPM พยาบาลหลังคลอด และ WCC ใน รพ.ศูนย์และรพ.ทั่วไป ทุกแห่งใน รพ.ชุมชนที่มี PP/WCC (รวมเขตละ 50 คน)	กรมอนามัย + กรมสุขภาพจิต	

ประเด็น	การดำเนินงาน	ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง	ประเด็น ตรวจสอบการดำเนินงาน	หน่วยงาน รับผิดชอบหลัก	หน่วยงาน รับผิดชอบร่วม
			ประเด็น ตรวจสอบการดำเนินงาน - มีการชี้แจงคัดเลือกสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเข้าร่วมกิจกรรมต้นแบบโรงเรียนพ่อแม่ - มีระบบการติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าเข้าสู่ระบบการดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์ที่กำหนด - ติดตาม รวบรวม ทบทวนความรู้ความเข้าใจของทีมของโรงพยาบาล (รพศ./รพช./รพ.สต.) เพื่อสามารถบันทึกข้อมูลได้ถูกต้องและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน และการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในพื้นที่ รอบที่ 2 - การดำเนินการตามแผนปฏิบัติการของจังหวัดและของ พชอ. มีการกำหนดประเด็นการขับเคลื่อนงานด้านเด็กปฐมวัย - ช่วยเหลือสนับสนุนและเยี่ยมเสริมพลังสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกสังกัด และการดำเนินงานกิจกรรมต้นแบบโรงเรียนพ่อแม่		

ประเด็น	การดำเนินงาน	ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง	ประเด็น ตรวจสอบการดำเนินงาน	หน่วยงาน รับผิดชอบหลัก	หน่วยงาน รับผิดชอบร่วม
		3. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงตีส้มส่วน (ร้อยละ 66) ...กรมอนามัย	การดำเนินการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ - เสริมพลัง พยาบาลหลังคลอด และ WCC ใน รพ. ศูนย์และ รพ.ทั่วไปทุกแห่ง + ใน รพ.ชุมชน ที่มี PP/WCC - มีระบบการติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าเข้าสู่ระบบการดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์ที่กำหนด - ติดตาม รวบรวม ทบทวนความรู้ ความเข้าใจของทีมของโรงพยาบาล (รพศ./รพช./รพ.สต.) เพื่อสามารถบันทึกข้อมูลได้ถูกต้องและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน และการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในพื้นที่ รอบที่ 12 - ติดตามการขับเคลื่อนงานประเด็นการส่งเสริมโภชนาการของเด็กปฐมวัย ผ่านแผนปฏิบัติการระดับจังหวัด		

ประเด็น	การดำเนินงาน	ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง	ประเด็น ตรวจสอบการดำเนินงาน	หน่วยงาน รับผิดชอบหลัก	หน่วยงาน รับผิดชอบร่วม
			การติดตามการขับเคลื่อนงานตำบล มัทศกร 1,000 วัน Plus ผู้ 2,500 วัน ผ่านคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และ ระดับตำบล - ติดตาม เฝ้าระวังการประเมิน ภาวะโภชนาการและเฝ้าระวังการ เจริญเติบโตให้เด็กแรกเกิด - 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ได้รับการชักนำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ทุก 3 เดือน		
		4. ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ปราศจาก ฟันผุ (ร้อยละ 75) ...กรมอนามัย	รอบที่ 1,2 เด็กปฐมวัยได้รับการส่งเสริม และป้องกันโรคในช่องปาก (ตรวจ สุขภาพช่องปาก ผูกแปรงฟัน แบบลงมือปฏิบัติในผู้ปกครองเด็ก 0-2 ปี และเคลือบ/ทาฟลูออไรด์)		
	รายงาน	1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 8.0 ต่อแสนประชากร ...กรมสุขภาพจิต 2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เข้าถึง บริการสุขภาพจิต (>ร้อยละ 80) ...กรมสุขภาพจิต	รอบที่ 1 จังหวัดมีการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันการทำตัวตายที่มีประสิทธิภาพ และสนับสนุนการสอบสวนโรค กรณีฆ่าตัวตายฯ	กรมสุขภาพจิต	

ประเด็น	การดำเนินงาน	ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง	ประเด็น ตรวจสอบการที่มุ่งเน้น	หน่วยงาน รับผิดชอบหลัก	หน่วยงาน รับผิดชอบร่วม
			<u>รอบที่ 2</u> กลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายและผู้ที่เคยฆ่าตัวตายในจังหวัดได้รับการติดตามเฝ้าระวัง อุบัติการณ์ฆ่าตัวตายได้รับการสอบสวนรวบรวมข้อมูลอย่างทันเวลา ผู้รอดชีวิตและผู้ได้รับผลกระทบในเหตุการณ์ฆ่าตัวตายได้รับการช่วยเหลือ		
		ตัวชี้วัดกำกับ ติดตาม 1. ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงตีสมนส่วน (ร้อยละ 57) ...<i>กรมอนามัย</i>		กรมอนามัย	
	1.2 ผู้สูงอายุ	1. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ (ร้อยละ 100) ...<i>กรมการแพทย์</i> 2. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (ร้อยละ 40) ...<i>กรมการแพทย์</i>	<u>รอบที่ 1</u> - ประเมินสถานการณ์ ข้อมูลเบื้องต้น จาก Primary Data และติดตามความก้าวหน้า ปัญหาและอุปสรรค - รพ. ทุกระดับมีการดำเนินการตามเกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์	กรมการแพทย์ + กรมอนามัย	กรมควบคุมโรค + กรม สบส. + กรมสุขภาพจิต

ประเด็น	การดำเนินงาน	ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง	ประเด็น ตรวจสอบหลัก	หน่วยงาน รับผิดชอบหลัก	หน่วยงาน รับผิดชอบร่วม
		2.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (ร้อยละ 40) 2.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (ร้อยละ 40) 3. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) (ร้อยละ 50) ...<i>กรมอนามัย</i> 4. ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan (ร้อยละ 95) ...<i>กรมอนามัย</i> 5. จำนวนชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ (1 ชมรม/ตำบล) ...<i>กรมอนามัย</i> 6. จำนวนผู้ที่ได้รับการเสียพื้นที่ยม/รากฟันเทียม (พื้นที่ยม 36,000 ราย และรากฟันเทียม 3,500 ราย ทั่วประเทศ) ...<i>กรมอนามัย</i>	มีระบบการรับส่งต่อทั้งในและนอกโรงพยาบาล ตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นจากระบบโปรแกรม LTC (3C) ของหน่วยบริการในพื้นที่ ตรวจสอบระบบการให้บริการส่งเสริมผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตาม Care Plan รอบที่ 2 สนับสนุนให้มีการคัดกรองสุขภาพ และจัดทำ แผนส่งเสริมสุขภาพดี (wellness plan) ผ่านชมรมผู้สูงอายุ การกำกับ ติดตามและเยี่ยมเสริมพลัง สอบถาม กระบวนการ ความก้าวหน้า ปัญหาและอุปสรรค ร่วมประเมินและพัฒนาคุณูปภาพนำไปสู่คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ		

ประเด็น	การดำเนินงาน	ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง	ประเด็น ตรวจสอบการดำเนินงาน	หน่วยงาน รับผิดชอบหลัก	หน่วยงาน รับผิดชอบร่วม
			- รพ. ทุกระดับมีการดำเนินการตามเกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุการแพทย์ - มีระบบการรับส่งต่อทั้งในและนอกโรงพยาบาล - ติดตาม ความก้าวหน้า ปัญหาและอุปสรรค		
ประเด็นที่ 2	Digital Health (ระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์)	1. จังหวัดที่มีบริการทางการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด ...ศูนย์ไทยฯ	- เขตสุขภาพ ตามแบบสอบถามรวบรวมและส่งรายชื่อ รพ. (รพศ./รพท./รพช.) ที่มีการให้บริการทางการแพทย์ทางไกล และที่มีแผนจะให้บริการทางการแพทย์ทางไกลให้แก่ ศพส - รพ. ตอบแบบสอบถาม 1) แบบประเมินความปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ 2) แบบสอบถามรูปแบบการให้บริการการแพทย์ทางไกลที่ใช้อยู่หรือมีแผนจะใช้ส่งให้ ศพส.. - ใช้การสื่อสารผ่านระบบ online - ประมวลผลข้อมูลจำนวนครั้งในการให้บริการ จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ	ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศฯ สป. + กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป. + กรมการแพทย์	

ประเด็น	การดำเนินงาน	ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง	ประเด็น ตรวจสอบการที่มุ่งเน้น	หน่วยงาน รับผิดชอบหลัก	หน่วยงาน รับผิดชอบร่วม
			- รพ.ตอบแบบสอบถาม 1) แบบประเมินแผนความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ขึ้นต่ำ 2) แบบสอบถามรูปแบบการให้บริการทางการแพทย์ทางไกลที่ใช้อยู่หรือมีแผนจะใช้ ส่งให้ ศทส. - คณะทำงานกรมการภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพระดับจังหวัด รวบรวมปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ส่งให้ ศทส. - ร้อยละ 50 ของบุคลากรสาธารณสุขมีดิจิทัลไอดี - ร้อยละ 25 ของประชาชนมีดิจิทัลไอดี เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล และเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ		
		2. ร้อยละของจังหวัดที่ประชาชนไทยมีดิจิทัลไอดี เพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ ...กยผ.สป.	<u>รอบที่ 1</u> ร้อยละ 50 ของเขตสุขภาพ มีการใช้ระบบ AI DR Screening ในการตรวจคัดกรองเบาหวานขึ้นจอตา		

ประเด็น	การดำเนินงาน	ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง	ประเด็น ตรวจสอบการที่มุ่งเน้น	หน่วยงาน รับผิดชอบหลัก	หน่วยงาน รับผิดชอบร่วม
		3. ร้อยละของประสิทธิภาพที่ใช้ระบบ AI DR screening ในการตรวจคัดกรองเบาหวานขึ้นจอตา ...กรมการแพทย์	รอบที่ 2 ทุกเขตสุขภาพ ใช้ระบบ AI DR Screening ในการตรวจคัดกรองเบาหวานขึ้นจอตา		
ประเด็นที่ 3	ลดป่วย ลดตาย และ การสร้างควมมั่นคงทาง สุขภาพ	1. ลดป่วย ลดตาย จากโรคหลอดเลือดหัวใจ 1.1 อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดหัวใจ (9.6 ต่อประชากรแสนคน) 1.2 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (< ร้อยละ 9) 1.3 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามกิจกรรม มีตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องดังนี้ 1.3.1 ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด หรือได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (≥ ร้อยละ 60)			
	ลดป่วย ลดตาย	1. ลดป่วย ลดตาย จากโรคหลอดเลือดหัวใจ 1.1 อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดหัวใจ (9.6 ต่อประชากรแสนคน) 1.2 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (< ร้อยละ 9) 1.3 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามกิจกรรม มีตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องดังนี้ 1.3.1 ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด หรือได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (≥ ร้อยละ 60)	รอบที่ 1, 2 ประเด็นลดป่วย มีการคัดกรองเพื่อการเข้าถึงบริการและจัดการปัจจัยเสี่ยง - ตรวจติดตามยืนยันวินิจัย กลุ่ม สงสัยป่วย DM HT ผู้ป่วย DM HT STEMI มีผลลัพธ์การดูแลรักษาที่ดี - ผู้ป่วย DM สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี - ผู้ป่วย HT สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี - ผู้ป่วย STROKE ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < 70 mg/dl	กรมควบคุมโรค - กองโรคไม่ติดต่อ กรมการแพทย์ - สถาบันประสาทวิทยา - สถาบันโรคทรูมก - สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมอนามัย - สำนักงานสาธารณสุขสุช	

ประเด็น	การดำเนินงาน	ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง	ประเด็น ตรวจสอบหลัก	หน่วยงาน รับผิดชอบหลัก	หน่วยงาน รับผิดชอบร่วม
		1.3.2 การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ($\geq$ ร้อยละ 70) 1.3.3 ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ($\geq$ ร้อยละ 40) 1.3.4 ผู้ป่วย STEMI ที่ปัจจุบันสูบบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้ ร้อยละ 100 1.3.5 ผู้ป่วย STEMI ได้รับการตรวจไขมัน LDL และ มีค่า LDL < 70 mg/dl ($\geq$ ร้อยละ 50) 2. ลดป่วย ลดตาย จากโรคหลอดเลือดสมอง 2.1 อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดสมอง (41.1 ต่อประชากรแสนคน) 2.2 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69) ($<$ ร้อยละ 7) 2.3 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามกิจกรรม มีตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องดังนี้	ผู้ป่วย STROKE มีการสูบบุหรี่ลดลง ประเด็นลดตาย - ลดอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI - ผู้ป่วย STEMI เข้าถึงบริการและได้รับการรักษาตามมาตรฐานได้และรวดเร็วในระบบเครือข่ายแต่ละเขตสุขภาพ รอบที่ 1, 2 ประเด็นลดป่วย มีการคัดกรอง เพื่อการเข้าถึงบริการ และจัดการปัจจัยเสี่ยง - ตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย DM HT ผู้ป่วย DM HT STROKE มีผลลัพธ์การดูแลรักษาที่ดี - ผู้ป่วย DM สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี		

ประเด็น	การดำเนินงาน	ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง	ประเด็น ตรวจสอบหลักฐาน	หน่วยงาน รับผิดชอบหลัก	หน่วยงาน รับผิดชอบร่วม
		2.3.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I63) ที่เข้าเกณฑ์ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที 2.3.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 - I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit ($\geq$ ร้อยละ 80) 2.3.3 การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ($\geq$ ร้อยละ 93) 2.3.4 ผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) $\geq$ 180 มม.ปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) $\geq$ 110 มม.ปรอท จากการวัดความดันโลหิตซ้ำในโรงพยาบาล และได้รับการวินิจฉัยโรค ความดันโลหิตสูง (ภายใน 7 วัน) ($\geq$ ร้อยละ 25) 2.3.5 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ($\geq$ ร้อยละ 60)	ประเด็น ตรวจสอบหลักฐาน - ผู้ป่วย HT สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี - ผู้ป่วย STROKE ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < 70 mg/dl - ผู้ป่วย STROKE มีการสูบบุหรี่ลดลง ประเด็นสุดท้าย 1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69) 2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit		

ประเด็น	การดำเนินงาน	ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง	ประเด็น ตรวจสอบหลัก	หน่วยงาน รับผิดชอบหลัก	หน่วยงาน รับผิดชอบร่วม
		2.3.6 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ปัจจุบันสามารถเลิกบุหรี่ได้ ร้อยละ 100 2.3.7 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการตรวจไขมัน LDL และ มีค่า LDL < 70 mg/dl ($\geq$ ร้อยละ 50) 3. การคัดกรองมะเร็งระดับความสำเร็ของ การคัดกรองมะเร็ง 3.1 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 3.2 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy 3.3 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 3.4 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	รอบที่ 1, 2 - ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ($\geq$ ร้อยละ 60) - ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy ($\geq$ ร้อยละ 70) - ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ($\geq$ ร้อยละ 50) - ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy ($\geq$ ร้อยละ 50)		

ประเด็น	การดำเนินงาน	ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง	ประเด็น ตรวจสอบการดำเนินงาน	หน่วยงาน รับผิดชอบหลัก	หน่วยงาน รับผิดชอบร่วม
		3.5 ร้อยละของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่ได้รับการบริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองโรคในช่องปาก 3.6 ร้อยละของผู้ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ที่เข้าเกณฑ์ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยา ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยาที่เหมาะสม	ร้อยละของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่ได้รับการบริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก ($\geq$ ร้อยละ 40) ร้อยละของผู้ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ที่เข้าเกณฑ์ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยา ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยา ที่เหมาะสม (ร้อยละ 100)		
	ความมั่นคงด้านสุขภาพ	1. ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด - 19 ในกลุ่ม 607 (เอา 607 ไม่เอา 608) - ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด - 19 ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ (15-45 ปี)	รอบที่ 1, 2 - จัดทำแนวทางและคำแนะนำการให้วัคซีนโควิด 19 - สื่อสารประชาสัมพันธ์การฉีดวัคซีนโควิด 19 - ขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการฉีดวัคซีนโควิด 19 - บริหารจัดการวัคซีนโควิด 19 ให้เกิดประโยชน์สูงสุด	กรมควบคุมโรค - กองโรคติดต่อทั่วไป (วัคซิน) - กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน (PHEM&CS&EOC) - กองระบาดวิทยา (CDCU)	

ประเด็น	การดำเนินงาน	ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง	ประเด็น ตรวจสอบที่มุ่งเน้น	หน่วยงาน รับผิดชอบหลัก	หน่วยงาน รับผิดชอบร่วม
		2. มีระบบ Situation Awareness ที่มีประสิทธิภาพ - มีผู้ปฏิบัติงาน SAT ที่ผ่านการอบรมอย่างเพียงพอ - มีการจัดทำ CIR ระดับจังหวัดและระดับเขตที่ชัดเจน ได้รับความเห็นชอบจาก นพ.สสจ. และผู้ตรวจราชการ 3. ร้อยละของผู้บริหารระดับจังหวัดที่ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS & EOC 100 4. มีทีม CDCU ที่ผ่านการฝึกอบรมไม่น้อยกว่าอำเภอละ 3 ทีม 5. มี Official document ของหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดที่ระบุภัยที่สำคัญ อย่างน้อย 3 ภัย และ resource mapping สำหรับการรับมือภัยที่สำคัญ	<u>รอบที่ 1</u> จังหวัดจัดให้ผู้ปฏิบัติงาน SAT เข้ารับการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง และ จังหวัด และเขตสุขภาพจัดทำ CIR โดยผ่านความเห็นชอบจาก นพ.สสจ. และผู้ตรวจราชการ <u>รอบที่ 2</u> จังหวัดจัดส่ง นพ.สสจ./รอง นพ.สสจ. หรือ ผอ.ว.ว./ผอ.รพศ/ผอ.รพท. เข้าร่วมการอบรมหลักสูตร ICS 100 <u>รอบที่ 1</u> จังหวัดจัดอบรมทีม CDCU ไม่น้อยกว่าอำเภอละ 3 ทีม <u>รอบที่ 1</u> จังหวัดระบุความเสี่ยงภัยที่สำคัญ อย่างน้อย 3 ภัย	สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข - กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม	

ประเด็น	การดำเนินงาน	ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง	ประเด็น ตรวจสอบที่มุ่งเน้น	หน่วยงาน รับผิดชอบหลัก	หน่วยงาน รับผิดชอบร่วม
		6. มี operational plans สำหรับ 3 ภัยที่สำคัญ โดยระบุระบบบัญชาการที่สอดคล้องกับภัยที่สำคัญทั้ง 3 ภัยไว้ด้วย 7. มีแผน BCP สำหรับสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ที่สอดคล้องกับ operational plan	รอบที่ 2 จังหวัดจัดทำ Operational plans (Hazard Specific Plan: HSP) สำหรับ 3 ภัย ที่สำคัญ รอบที่ 2 จังหวัดจัดทำ แผน BCP สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป		
ประเด็นที่ 4	องค์กรสมรรถนะสูง				
	การเงินการคลังสุขภาพ	1. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน	รอบที่ 1, 2 - พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแก่เครือข่ายและบุคลากร (Competency) - สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Division of regional health) - พัฒนาระบบบัญชี (Accounting) - การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Budgeting)	กองเศรษฐกิจสุขภาพฯ	

ประเด็น	การดำเนินงาน	ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง	ประเด็น ตรวจสอบการที่มุ่งเน้น	หน่วยงาน รับผิดชอบหลัก	หน่วยงาน รับผิดชอบร่วม
		2. ร้อยละของการกำกับติดตามการลงทุน ด้วยเงินบำรุง ตามนโยบายการลงทุน	- ติดตาม กำกับ เครื่องมือ ประสิทธิภาพทางการเงิน (Efficiency) - เพิ่มประสิทธิภาพระบบเบิกจ่าย (Claim) ของหน่วยบริการ <u>รอบที่ 1, 2</u> <u>ไตรมาส 1</u> - หน่วยบริการมีแผนการลงทุน 3 ปี (2566 - 2568) - หน่วยบริการมีแผนเงินบำรุง 3 ปี (2566 - 2568) <u>ไตรมาส 2</u> - หน่วยบริการมีแผนพัสดุ 1 ปี - หน่วยบริการมีแผนเงินบำรุง 1 ปี <u>ไตรมาส 3</u> เปรียบเทียบ ผลการดำเนินงานเทียบกับ แผน *100 ถ้าต่ำกว่าร้อยละ 10 ไม่ผ่านเป้าหมาย <u>ไตรมาส 4</u> เปรียบเทียบ ผลการดำเนินงานเทียบกับ แผน *100 ถ้าต่ำกว่าร้อยละ 30 ไม่ผ่านเป้าหมาย		

ประเด็น	การดำเนินงาน	ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง	ประเด็น ตรวจสอบการดำเนินงาน	หน่วยงาน รับผิดชอบหลัก	หน่วยงาน รับผิดชอบร่วม
การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักงานกฤษฎีกา					
	1. การพัฒนาระบบนิเวศ การท่องเที่ยว			กรมอนามัย	
	2. การพัฒนาช่วงวัยเรียน/ วัยรุ่น			กรมการแพทย์ + กรมสุขภาพจิต + กรม อนามัย + สป.	
	3. การพัฒนาและยกระดับ ศักยภาพหน่วยงาน			กรม คร. + กรมอนามัย	
	4. โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษ สุนัขบ้า ตามพระปณิธาน ของ ศาสตราจารย์ ดร. สมเด็จเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี			กรม คร.	

การดำเนินงานโครงการ เกี่ยวกับพระราชวงศ์

โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี
เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

ประเด็นสุขภาพช่องปาก ภายใต้โครงการ โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ ปีงบประมาณ 2566

คำนิยาม

บริการสุขภาพช่องปากสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถาน หมายถึง การดำเนินงานพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพช่องปากสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถาน ประกอบด้วยกิจกรรมการตรวจคัดกรองโรค การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การรักษา และฟื้นฟู สุขภาพช่องปากแก่ผู้ต้องขัง

การตรวจคัดกรองโรค หมายถึง ผู้ต้องขังได้รับการตรวจคัดกรองโรคในช่องปากเบื้องต้น เช่น โรคฟันผุ โรคเหงือก รอยโรคเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปาก เป็นต้น การตรวจคัดกรองนั้นดำเนินการโดยทันตบุคลากร พยาบาลในเรือนจำ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.)

การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หมายถึง กิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ต้องขังมีความรอบรู้ ฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองและเพื่อนผู้ต้องขัง รวมถึงการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากพื้นฐาน เช่น กิจกรรมการตรวจฟันด้วยตนเอง การแปรงฟันที่ถูกต้อง มีประสิทธิภาพ การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพร่างกายและฟัน การได้รับการทาฟลูออไรด์วานิช หรือเคลือบฟลูออไรด์ เพื่อยับยั้งการเกิดฟันผุ และหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคในช่องปาก เป็นต้น

การรักษา หมายถึง การจัดบริการทางทันตกรรมพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ที่ผู้ต้องขังไทยทุกคนที่พึงได้รับ เช่น ตรวจฟัน อุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน ผ่าฟันคุด เคลือบฟลูออไรด์ เป็นต้น โดยรูปแบบบริการนั้นอาจเป็นรูปแบบบริการ ณ คลินิกทันตกรรมในสถานพยาบาลเรือนจำ หรือ รูปแบบหน่วยบริการทันตกรรมเคลื่อนที่

การฟื้นฟู หมายถึง การจัดบริการฟื้นฟูให้ผู้ต้องขังที่มีการสูญเสียฟัน แก้ไขความพิการ หรือให้ได้รับการใส่ฟันเทียมทดแทน

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการ ที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทาง การตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ ที่ต้องการ
ผู้ต้องขังได้รับการบริการ สุขภาพช่องปาก	- มีการจัดทำแผนคัดกรองสุขภาพช่องปากตามความเหมาะสมและบริบทของแต่ละเรือนจำ - โรงพยาบาลแม่ข่ายมีการเตรียมความพร้อมในการให้บริการ ดูแล บำบัดรักษาผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก	1. โรงพยาบาลแม่ข่าย - มีแผนการคัดกรองการจัดบริการสุขภาพช่องปากในเรือนจำที่รับผิดชอบ - มีแผนการรักษาของผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก	ผู้ต้องขังได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากอย่างน้อยร้อยละ 60
	- มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเรือนจำ เช่น ผู้ต้องขังได้รับการฝึกทักษะการตรวจฟัน การแปรงฟัน อสรจ. ได้รับการอบรมเรื่องสุขภาพช่องปาก หรือการจัดอาหารว่างและเครื่องดื่มที่มีโทษต่อสุขภาพช่องปาก เป็นต้น - มีระบบรายงานข้อมูลที่เชื่อมต่อกับระบบข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (HDC)	- มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเรือนจำ 2. สำนักทันตสาธารณสุข ศอ. และสสม.มีการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน ทุกไตรมาส	ผู้ต้องขังได้รับการรักษาทางทันตกรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. ถ่ายทอดนโยบายและพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่าย 2. จัดทำแผนงานการจัดบริการสุขภาพช่องปาก	- ผู้ต้องขังได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากอย่างน้อยร้อยละ 30 - ผู้ต้องขังได้รับการรักษาทางทันตกรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 10	- ผู้ต้องขังได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากอย่างน้อย ร้อยละ 50 - ผู้ต้องขังได้รับการรักษาทางทันตกรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20	- ผู้ต้องขังได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากอย่างน้อย ร้อยละ 60 - ผู้ต้องขังได้รับการรักษาทางทันตกรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

1. ร้อยละของผู้ต้องขังที่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก

$$\text{สูตรคำนวณตัวชี้วัด} = \frac{A \times 100}{B}$$

A หมายถึง จำนวนผู้ต้องขังผู้ต้องขังที่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก (คน)

B หมายถึง จำนวนผู้ต้องขังทั้งหมด (คน)

จากเว็บไซต์กรมราชทัณฑ์ http://www.correct.go.th/rt103pdf/report_index.php

2. ร้อยละของผู้ต้องขังที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี

$$\text{สูตรคำนวณตัวชี้วัด} = \frac{A \times 100}{B}$$

A หมายถึง จำนวนผู้ต้องขังที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรม (คน)

B หมายถึง จำนวนผู้ต้องขังทั้งหมด (คน)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

กรมอนามัย สำนักทันตสาธารณสุข

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/E-mail address
ทพญ.ดร.จรัสศรี ศรีนฤพัฒน์	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ	Tel. 0 2590 4117 Mobile. 08 1442 1452 E-mail : srinarupat.j@gmail.com

ประเด็นการตรวจราชการ ที่มุ่งเน้น

ประเด็นที่ 2 ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

- จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562
- จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอปประจำตัว 3 คน
- ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (Inspection Guideline)

ประเด็นที่ 2 : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

หัวข้อ

จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

ตัวชี้วัด

จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 (จำนวน 3,500 หน่วย)

คำนิยาม

หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตร เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ

1. หลักสูตรพื้นฐานเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฐมภูมิ Basic Course of Family Medicine for Primary Care Doctor
2. หลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้น “เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว” พ.ศ. 2562

คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว

บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในบัญชีรายชื่อซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้

- (1) บริการสุขภาพแบบองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้น การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาเฉพาะที่
- (2) บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครอบคลุมทุกระบบการสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพการควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงการบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด และการปฏิบัติการฉุกเฉิน ยกเว้นกรณีการปฐมพยาบาลและการดูแลในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้รอดพ้นภาวะฉุกเฉิน

(3) บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่ การตั้งครรภ์ ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต

(4) การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโดยการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก

(5) การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อ ตลอดจนคำแนะนำที่จำเป็น เพื่อให้สามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ

(6) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว ตลอดจนสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้

(7) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้ง การป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการ ที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทาง การตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 1			
1. กรม กอง ในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข มีการบูรณาการ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ นโยบายและทิศทางการ ขับเคลื่อนการพัฒนา ระบบสุขภาพปฐมภูมิ	1. สื่อสาร ชี้แจง และประชาสัมพันธ์ นโยบาย ทิศทางการขับเคลื่อน การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ และทบทวนแผน และกำหนด เป้าหมายการจัดตั้งหน่วยฯ	1. ลงพื้นที่ติดตามสะท้อน ปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ เกี่ยวกับนโยบายและทิศทางใน การดำเนินนโยบาย	1. ประชาชนสามารถเข้าถึง บริการสุขภาพปฐมภูมิ
2. โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลได้รับการ พัฒนาให้สามารถขึ้น ทะเบียนเป็นหน่วย บริการปฐมภูมิ และ เครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิตามพระราช บัญญัติระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	2. การพัฒนาศักยภาพแพทย์และ สหวิชาชีพ เพื่อสนับสนุนการจัดตั้ง หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ	2. แผนการส่งเสริม และ สนับสนุนการจัดตั้งหน่วย บริการปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ	2. หน่วยบริการปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ปรับรูปแบบบริการและการ ดูแลประชาชนแบบองค์รวม
	3. พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลให้สามารถขึ้น ทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และมีการจัดตั้งหน่วยฯ ที่เกิดจาก ภาคส่วนอื่นๆ ในพื้นที่ร่วมจัดบริการ เช่น อปท. เอกชน เป็นต้น	3. มีข้อมูลแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัวเพื่อจัดทำแผน เพื่อทดแทนคนเดิม/จัดตั้ง หน่วยใหม่	3. หน่วยบริการที่ถ่ายโอน การกิจมีการจัด บริการปฐม ภูมิอย่างต่อเนื่องและอยู่ใน
		4. ผลการประเมินตนเอง ตามคู่มือเกณฑ์คุณภาพ มาตรฐานบริการสุขภาพ ปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 และบันทึก ในระบบ	4. หน่วยบริการทั้งที่ขึ้น ทะเบียนและยังไม่ได้ขึ้น ทะเบียนตามกฎหมาย ได้ วิเคราะห์และรับทราบผล การประเมินตนเอง

เป้าหมาย	มาตรการ ที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทาง การตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ ที่ต้องการ
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจไปสู่ท้องถิ่น มีการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง	3. พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้สามารถขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และมีการจัดตั้งหน่วยฯ ที่เกิดจากภาคส่วนอื่นๆ ในพื้นที่ร่วมจัดบริการ เช่น อปท. เอกชน เป็นต้น 4. ปรับรูปแบบการให้บริการที่เน้นการดูแลประชาชนแบบองค์รวม 5. หน่วยบริการทั้งที่ขึ้นทะเบียนและยังไม่ได้ขึ้นทะเบียน มีการประเมินตนเอง ตามคู่มือเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 6. สื่อสาร ชี้แจงกับองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นให้เกิดความชัดเจนในการปฏิบัติงาน 7. ประสานและสนับสนุนองค์ความรู้ในการปฏิบัติงานปฐมภูมิ จากกรมวิชาการในพื้นที่ เพื่อให้เกิดการบูรณาการงานบริการปฐมภูมิกับหน่วยงานในระดับพื้นที่	5. รูปแบบการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ แบบองค์รวม เป็นไปตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว	
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 2			
1. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ 2. ประชาชนมีความรู้เรื่องการจัดการสุขภาพของตนเองเพิ่มมากขึ้น	1. ส่งเสริมและขยายผลให้หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการจัดรูปแบบบริการองค์รวมโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง 2. หน่วยบริการทั้งที่ขึ้นทะเบียนและยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนตามกฎหมาย มีการทำงานร่วมกับทีมประเมินในระดับพื้นที่ ในการจัดทำแผนและมาตรการในการพัฒนาส่วนขาด เพื่อพัฒนาให้หน่วยบริการมีคุณภาพ มาตรฐานต่อไป	1. มีต้นแบบส่งเสริมและพัฒนาให้หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิมีการจัดรูปแบบการบริการที่โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางและมุ่งเน้นที่คุณภาพมากขึ้น สามารถแก้ไขและลดปัญหาสุขภาพประชาชนได้ 2. ผลการดำเนินงานที่สะท้อนผลลัพธ์การดำเนินงานปฐมภูมิในพื้นที่เชิงคุณภาพ	1. หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถเปิดให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด 2. ประชาชนมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ลดการมาโรงพยาบาลในโรคที่ไม่ร้ายแรง

เป้าหมาย	มาตรการ ที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทาง การตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ ที่ต้องการ
	3. มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ของประชาชนในระดับพื้นที่	3. มีแผนพัฒนาส่วนงานที่ ชัดเจน 4. ติดตามผล กระทบจากการ ถ่ายโอนโดยเฉพาะเรื่องการจัด บริการระบบสุขภาพปฐมภูมิ	

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
- กำหนดพื้นที่เป้าหมายจัดตั้ง หน่วยบริการปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ - ทบทวนแผนการจัดตั้งฯ - ปรับรูปแบบบริการสุขภาพ ปฐมภูมิ - วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพใน พื้นที่รับผิดชอบ	- จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิ 3,100 หน่วย - พัฒนาศักยภาพแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัวและ สหวิชาชีพ - ผลการประเมินตนเอง ตาม คู่มือเกณฑ์คุณภาพ มาตรฐานบริการสุขภาพ ปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	- จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิ 3,300 หน่วย - มีแผนพัฒนาส่วนงาน ตามคู่มือคุณภาพฯ	- จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิ 3,500 หน่วย

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 (จำนวน 3,500 หน่วย)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

สูตรการคำนวณ $C = A \div B \times 100$ เมื่อ

A = หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียน

B = หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดตามแผนการจัดตั้ง

C = ร้อยละของการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

หน่วยงานที่รับผิดชอบ:

สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ E-mail address	ประเด็น ที่รับผิดชอบ
นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร	รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุน ระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ	Tel. 0 2590 1939 Mobile 08 7979 1785 E-mail : peed.pr@hotmail.com	ระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ
นางจรรุณี จันทร์เพชร	นักวิเคราะห์นโยบายและ แผนชำนาญการพิเศษ สำนักสนับสนุนระบบ สุขภาพปฐมภูมิ	Tel. 0 2590 1939 Mobile 08 1876 7559 E-mail : jchanphet@gmail.com	ระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ E-mail address	ประเด็น ที่รับผิดชอบ
นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร	รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุน ระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักสนับสนุนระบบ สุขภาพปฐมภูมิ	Tel. 0 2590 1939 Mobile 08 7979 1785 E-mail : peed.pr@hotmail.com	ระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ
นางจรรุณี จันทร์เพชร	นักวิเคราะห์นโยบายและ แผนชำนาญการพิเศษ สำนักสนับสนุนระบบ สุขภาพปฐมภูมิ	Tel. 0 2590 1939 Mobile 08 1876 7559 E-mail : jchanphet@gmail.com	ระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (Inspection Guideline)

ประเด็นที่ 2 : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

หัวข้อ

ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ตัวชี้วัด

จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน ค่าเป้าหมาย 35 ล้านคน

คำนิยาม

ประชาชน หมายถึง จำนวนประชาชนอยู่ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ (ข้อมูลประชากรจาก สำนักบริหารงานทะเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ 30 กันยายน 2565)

หมอประจำตัว 3 คน หมายถึง ระบบบริการที่ให้คนไทยทุกคน ทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน คือ การทำให้ประชากรแต่ละครอบครัวรู้จักและเข้าถึงหมอประจำตัวทั้ง 3 คน และเมื่อมีการเจ็บป่วยหรือจำเป็นต้องได้รับบริการสุขภาพ จะได้รับคำปรึกษาจากหมอทั้ง 3 คน ตามลำดับความต้องการ

โดยหมอทั้ง 3 คนจะมีการติดต่อประสานงานกัน ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการรักษาและข้อมูลของผู้ป่วย เพื่อให้การรักษามีความต่อเนื่องและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปอย่างเป็นระบบ โดยมุ่งเน้นดูแลประชาชนกลุ่มเป้าหมายอย่างมีคุณภาพ

หมอบุคลากร 1 คือ อสม. บทบาทเป็น หมอประจำบ้าน โดยแบ่งเขตรับผิดชอบ อสม. 1 คน รับผิดชอบ 8 - 15 หลังคาเรือน และเป็นพี่เลี้ยงให้อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ดูแลสุขภาพอนามัยเบื้องต้นในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย และเชื่อมประสานกับหมอบุคลากร 2 และ หมอบุคลากร 3

หมอบุคลากร 2 คือ หมอสาธารณสุข หมายถึง เจ้าหน้าที่ทุกคนที่ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยบริการทั้ง รพ.สต. PCU/NPCU, คลินิกชุมชนอบอุ่น ครอบคลุมบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพทั้งพยาบาล เกษษกร นักวิชาการสาธารณสุข และวิชาชีพอื่นๆ มอบหมายพื้นที่ที่รับผิดชอบประชากร 1,250 - 2,500 คน หรือ 1-3 หมู่บ้าน มีหน้าที่ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข และเชื่อมต่อประสานงานกับ อสม. หมอบุคลากร 1 และหมอบุคลากร 3

หมอบุคลากร 3 คือ หมอครอบครัว หมายถึง แพทย์ที่ได้รับมอบหมาย (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์อื่น) โดยกำหนดให้หมอ 1 คน รับผิดชอบประชากร 10,000 คน หรือ 1 - 3 รพ.สต. ต้องประสานเชื่อมต่อกับหมอบุคลากร 1 และ 2 อย่างใกล้ชิด นอกจากดูแลผู้ป่วยแล้วต้องดูแลและทำให้หมอบุคลากร 1 และ 2 มีความรู้และทักษะในการทำงานดีขึ้น

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการ ที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทาง การตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 1			
<u>ระดับกรม</u> - บูรณาการการร่วมมือของกรมใน สป. - กำหนดประเด็นการตรวจราชการ <u>ระดับจังหวัด</u> - คัดเลือกประเด็นการดำเนินงานที่สอดคล้องกับตัวชี้วัดที่เป็น Service Outcome อย่างน้อย 1 ประเด็น - แผนกำหนดพื้นที่/การสรรหาแพทย์ (หมอคนที่ 3) ให้สอดคล้องกับแผนการจัดตั้ง <u>หน่วยบริการ</u> - กำหนดสภาพปัญหา - กำหนดกลุ่มเป้าหมาย (ผู้สูงอายุ ผู้พิการ IMC ผู้ได้รับผลกระทบจาก COVID) - มีช่องทางการติดต่อสื่อสารที่สามารถให้คำปรึกษาได้	1. กำหนดกลไกการดำเนินงานของแต่ละหน่วยงาน (มอบหมาย) 2. การพัฒนาศักยภาพหมอประจำตัว 3 คน 3. วิเคราะห์สถานะสุขภาพของประชาชน 4. กำหนดกลุ่มเป้าหมาย/รูปแบบการให้คำปรึกษา ของทีม (line, Application, รูปแบบอื่นๆ) 5. กำหนดการเชื่อมโยงการให้บริการ และการส่งต่อที่มีคุณภาพทั้งไป - กลับ ในพื้นที่ 6. การสื่อสารให้ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้	1. กำหนดกลุ่มเป้าหมายและกำหนดประเด็นในการดำเนินการ 2. แผนและแนวทางการพัฒนาศักยภาพหมอประจำตัว 3 คน - พัฒนาศักยภาพแพทย์ (หมอคนที่ 3) - พัฒนาศักยภาพหมอคนที่ 2 - พัฒนาศักยภาพและยกระดับ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน เพื่อเป็นกลไกในการจัดการสุขภาพชุมชน สร้างและเป็นพี่เลี้ยงอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) 3. แนวทางและรูปแบบการให้คำปรึกษา กับประชาชนของ 3 หมอ 4. รูปแบบการทำงานร่วมกันของ 3 หมอในพื้นที่ 5. ประเด็นที่ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพตนเอง	ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม

เป้าหมาย	มาตรการ ที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทาง การตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 2			
1. ประชาชนได้รับการดูแล/การได้รับคำปรึกษาจากหมอประจำตัวทั้ง 3 คน	1. พัฒนากลไกการดำเนินงานของแต่ละหน่วยงาน 2. ขยายผลและพัฒนาต้นแบบของการดำเนินงานคนไทยทุกคนรอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน	1. ผลการดำเนินงาน 2. ปัญหา อุปสรรค จากการดำเนินงานที่ผ่านมา 3. ทบทวนบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน 4. ถอดบทเรียนพื้นที่ต้นแบบและขยายผลการดำเนินงานคนไทยทุกคนรอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน	จำนวนประชาชนคนไทยที่ได้รับการดูแลจากหมอประจำตัว 3 คน และสร้างการรับรู้กับประชาชน 35 ล้านคน

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
- ระดับจังหวัดกำหนดพื้นที่ดำเนินการ 3 หมอ - แผนพัฒนาศักยภาพหมอประจำตัว 3 คน - วิเคราะห์ปัญหาสถานะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ - กลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการดูแล (ผู้สูงอายุ ผู้พิการ IMC ผู้ได้รับผลกระทบจาก COVID) - ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานสู่การปฏิบัติ	- พัฒนาศักยภาพหมอประจำตัว 3 คนตามแผนที่กำหนด - มีระบบสื่อสารการให้คำปรึกษาผ่านช่องทางต่างๆ - จัดระบบการเชื่อมโยงการให้บริการ และการส่งต่อที่มีคุณภาพทั้งไป - กลับ - ประชาชนในพื้นที่ร้อยละ 50 ของประชาชนทั้งหมดในพื้นที่ที่มีหมอประจำตัว 3 คน	- ประชาชนในพื้นที่ร้อยละ 53 ของประชาชนทั้งหมดในพื้นที่ที่มีหมอประจำตัว 3 คน - ได้รับการดูแล	- ประชาชนในพื้นที่ ร้อยละ 57 ของประชาชนทั้งหมดในพื้นที่ที่มีหมอประจำตัว 3 คน - ได้รับการดูแล

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

จำนวนประชาชนคนไทยที่มีหมอประจำตัว 3 คน ให้การดูแล 35 ล้านคน

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

1. $C = A \div B \times 100$

2. $F = D \div E \times 100$

เมื่อ

A = จำนวนประชาชนคนไทยที่มีหมอประจำตัว 3 คน ให้การดูแล

B = จำนวนประชาชนคนไทยทั้งหมดในพื้นที่

C = ร้อยละของประชาชนคนไทยที่มีหมอประจำตัว 3 คน ให้การดูแล

D = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน

E = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด

F = ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี

หน่วยงานที่รับผิดชอบ:

สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ E-mail address	ประเด็น ที่รับผิดชอบ
นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร	รองผู้อำนวยการ สำนักสนับสนุนระบบ สุขภาพปฐมภูมิ สำนักสนับสนุนระบบ สุขภาพปฐมภูมิ	Tel . 0 2590 1939 Mobile 08 1923 0536	ระบบสุขภาพปฐมภูมิ
นายจรัส รัชกุล	ผู้อำนวยการกองสนับสนุน สุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	Tel 0 2193 7000 ต่อ 18724, 18717 Mobile 08 6287 8204	สุขภาพภาคประชาชน

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ E-mail address	ประเด็น ที่รับผิดชอบ
นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร	รองผู้อำนวยการ สำนักสนับสนุนระบบ สุขภาพปฐมภูมิ สำนักสนับสนุนระบบ สุขภาพปฐมภูมิ	Tel . 0 2590 1939 Mobile 08 1923 0536	ระบบสุขภาพปฐมภูมิ
นางจรรณี จันทร์เพชร	นักวิเคราะห์นโยบาย และแผนชำนาญการพิเศษ สำนักสนับสนุนระบบ สุขภาพปฐมภูมิ	Tel. 0 2590 1939 Mobile 08 1733 3082 E-mail : jchanphet@gmail.com	ระบบสุขภาพปฐมภูมิ
นายจรัส รัชกุล	ผู้อำนวยการกองสนับสนุน สุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	Tel 0 2193 7000 ต่อ 18724, 18717 Mobile 08 6287 8204	สุขภาพภาคประชาชน
นางวิรุณศิริ อารยวงศ์	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ กองสนับสนุนสุขภาพ ภาคประชาชน	Tel. 0 2193 7000 ต่อ 18715	สุขภาพภาคประชาชน
นางจิรวรรณ หัสโรค์	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ กองสนับสนุนสุขภาพ ภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	Tel. 0 2193 7000 ต่อ 18716	สุขภาพภาคประชาชน

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (Inspection Guideline)

ประเด็นที่ 2 : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

หัวข้อ

โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ตัวชี้วัด

ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพค่าเป้าหมาย ร้อยละ 85

คำนิยาม

การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและประเมินระดับจังหวัด

อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆ ในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน 878 แห่ง

กลุ่มเปราะบาง หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ขาดความสามารถในการปกป้องสิทธิผลประโยชน์ของตนเองเนื่องจากขาดอำนาจ การศึกษา ทรัพยากร ความเข้มแข็ง มีความเสี่ยงสูงที่จะถูกคุกคามจากปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆ เช่น สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และภัยพิบัติทางธรรมชาติหรืออื่นๆ เป็นผู้ที่มีข้อจำกัดในเรื่องในการจัดการความเสี่ยงและผลกระทบที่ตามมา การช่วยเหลือตัวเอง การตัดสินใจ และอำนาจต่อรอง ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ต้องการการสนับสนุน การปกป้อง การช่วยเหลือทางกาย จิต หรือทางสังคมจากผู้อื่น ตัวอย่างกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ คนที่ถูกสังคมตีตรา ผู้ป่วยบางประเภท แรงงานต่างด้าวที่ผิดกฎหมาย ผู้ติดสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย คนพิการ คนที่ทำผิดกฎหมาย/อาชญากร และคนที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ พิจารณาจากปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสังคม อย่างน้อย 2 ใน 3 ปัจจัย ดังนี้

- 1) คนชายขอบที่ถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม เช่น คนยากจน คนไร้รัฐ ชาติพันธุ์กลุ่มน้อย แรงงานข้ามชาติ เด็กกำพร้า ผู้เคยได้รับโทษ ฯลฯ รวมถึงคนที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- 2) คนที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เช่น ผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ คนที่มีถิ่นที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล
- 3) คนที่มีความเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งหรือการถูกกระทำทารุณถ้าไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพในระยะยาว เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการทางกาย ผู้พิการทางจิตเวช ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง

กลุ่มเปราะบางที่ พขอ.ที่มีคุณภาพต้องให้การดูแล ในปีงบประมาณ 2565 คือกลุ่มผู้พิการ ผู้สูงอายุ (กลุ่มติดเตียง) ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลผู้ระยะกลาง (Intermediate Care) และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหา COVID 19

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการ ที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทาง การตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 1			
1. มีผลการประเมินตนเองครบทุกอำเภอ 2. มีการกำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างน้อย 2 ประเด็น 3. มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลกลุ่มเปราะบาง (ผู้พิการ ผู้สูงอายุ IMC และผู้ได้รับผลกระทบจาก COVID 19) ครบทุกอำเภอ	1. กลไกสนับสนุนระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ ในการขับเคลื่อนที่เชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ 2. มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เป็นปัจจุบันและคณะทำงานตามประเด็น 3. มีการประชุมคัดเลือกประเด็นสำคัญตามบริบทของพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 ประเด็น เพื่อวางแผนการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา 4. มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลกลุ่มเปราะบางตามบริบทของพื้นที่ 5. ทุกอำเภอมีการประเมินตนเองตามแบบการประเมิน UCCARE และวางแผนการพัฒนาร่วมกับจังหวัด	1. มีนโยบายสนับสนุนการขับเคลื่อน พขอ. ของผู้ตรวจราชการและ นพ.สสจ. 2. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 3. มีการจัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นพัฒนา นำมาคัดเลือกประเด็นที่สำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต และกำหนดเป้าหมายการดูแลกลุ่มเปราะบางตามบริบทของพื้นที่ 4. ติดตามการดำเนินงานประเมินผล ตามประเด็นของพขอ.ผ่าน CL UCCARE	1. มีการกำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 ประเด็น 2. มีคณะทำงานในการขับเคลื่อนประเด็นที่กำหนด มีแผนการดำเนินงานในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ 3. มีการบริหารจัดการทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและดูแลกลุ่มเปราะบาง 4. กลุ่มเปราะบาง (ผู้พิการ ผู้สูงอายุ IMC และผู้ได้รับผลกระทบจาก COVID 19) ได้รับการดูแลจาก พขอ.

เป้าหมาย	มาตรการ ที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทาง การตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ ที่ต้องการ
	6. มีการบริหารจัดการบูรณาการ ทรัพยากร (คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ในการขับเคลื่อนประเด็นฯ การ พัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน และดูแลกลุ่มเปราะบาง	5. มีการจัดทำแผนดำเนินการ พัฒนา/แก้ไขปัญหาคำคัญ ตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับ การพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 ประเด็น	
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 2			
1. มีแผนพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอ ครบ ทุกอำเภอ 2. มีผลการประเมิน ตนเองและผู้เยี่ยมระดับ จังหวัด/เขต ครบทุก อำเภอ 3. มีผลการดูแลกลุ่ม เปราะบาง ครบทุก อำเภอ	การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อย่างมีส่วนร่วม	1. จัดประชุมแบบมีส่วนร่วม เพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็น พัฒนา เพื่อการขับเคลื่อน บูรณาการการทำงานร่วมกัน เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต 2. ดำเนินการตามแผน ดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาคำคัญ ตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต 3. สรุปบทเรียนผลการ ดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาคำคัญ ตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต	1. มีการประเมินประเด็น ปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนา คุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพ ระดับอำเภอที่สามารถยก ระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือ ตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและ ผู้เยี่ยมระดับจังหวัดและเขต ร้อยละ 85 2. พขอ.ที่มีคุณภาพดูแล คุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง จำนวน 3 ล้านคน (กลุ่มผู้พิการ ผู้สูงอายุ IMC และผู้ได้รับ ผลกระทบจากCOVID 19)
	เสริมสร้างศักยภาพ พขอ. อย่างมั่นคงและยั่งยืน	1. ดำเนินการบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอแบบบูรณาการและ มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน 2. ติดตามการดำเนินงานตาม ประเด็นของ พขอ. ผ่าน CL UCCARE 3. ประเมินผลการดำเนินงาน การพัฒนา/แก้ไขปัญหาคำคัญ ตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต	

เป้าหมาย	มาตรการ ที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทาง การตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ ที่ต้องการ
		4. สรุปผลการดำเนินงาน/ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชื่นชมและ เสริมพลัง 5. สนับสนุนและส่งเสริม ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ภายในอำเภอเดียวกันเป็น บทบาทสำคัญเพื่อให้กลายเป็น ส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมท้องถิ่น	

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. มีคำสั่งคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอที่เป็นปัจจุบัน 2. มีการประชุมคัดเลือก ประเด็นสำคัญตามบริบทของ พื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนา คุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 ประเด็น เพื่อวางแผนการ พัฒนาหรือแก้ไขปัญหา 3. มีการกำหนดเป้าหมาย การดูแลกลุ่มเปราะบางตาม บริบทของพื้นที่ 4. ทุกอำเภอมีการประเมิน ตนเองตามแบบการประเมิน UCCARE และวางแผนการ พัฒนาร่วมกับจังหวัด	1. มีคณะทำงานตามประเด็น วางแผนแนวทางในการ ขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนา คุณภาพชีวิตตามที่พื้นที่ กำหนด 2. มีการบริหารจัดการบูรณา การทรัพยากร (คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ของทุกภาคส่วน ที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อน ประเด็นฯ การพัฒนาคุณภาพ ชีวิตประชาชนและดูแลกลุ่ม เปราะบาง 3. ติดตามการดำเนินงานตาม ประเด็นของ พชอ. ผ่าน CL UCCARE	1. ประเมินผลการดำเนินงาน จากระบบ CL UCCARE 2. มีการติดตามการดำเนินงาน พัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน การดูแลกลุ่มเปราะบาง โดยใช้กระบวนการเยี่ยม เสริมพลังของทีมีระดับจังหวัด และเขต	1. อำเภอมีการดำเนินงานและ ผ่านเกณฑ์การประเมินการ พัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ 85 2. พชอ. ที่มีคุณภาพดูแล คุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง จำนวน 3 ล้านคน

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพค่าเป้าหมาย ร้อยละ 85

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

$$\text{สูตรคำนวณตัวชี้วัด} = \frac{A}{B} \times 100$$

A = จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต

B = จำนวนอำเภอ 878 แห่ง

หน่วยงานที่รับผิดชอบ:

กรม สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนัก/กอง สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ E-mail address	ประเด็น ที่รับผิดชอบ
นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร	รองผู้อำนวยการสำนัก สนับสนุนระบบ สุขภาพปฐมภูมิ สำนักสนับสนุนระบบ สุขภาพปฐมภูมิ	Tel . 0 2590 1939 Mobile 08 1923 0536 E-mail : peed.pr@gmail.com	ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ E-mail address	ประเด็น ที่รับผิดชอบ
นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร	รองผู้อำนวยการ สำนักสนับสนุนระบบ สุขภาพปฐมภูมิ สำนักสนับสนุนระบบ สุขภาพปฐมภูมิ	Tel. 0 2590 1939 Mobile 08 1923 0536 E-mail : peed.pr@hotmail.com	ระบบสุขภาพปฐมภูมิ
นางเนาวรัตน์ สัจจกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักสนับสนุนระบบ สุขภาพปฐมภูมิ	Tel. 0 2590 1939 Mobile 08 7419 1404 E-mail : projdhub@gmail.com	ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ประเด็นการตรวจราชการ ที่มุ่งเน้น

ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

3.1 กลุ่มวัย

มารดาและทารก

3.1.1 อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน (ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)

เด็กปฐมวัย

3.1.2 ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ 86)

3.1.3 ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน (ร้อยละ 66)

3.1.4 ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ (ร้อยละ 75)

วัยเรียนวัยรุ่น (กำกับ ติดตาม)

3.1.5 ร้อยละเด็กอายุ 6 - 14 ปี สูงดีสมส่วน (ร้อยละ 57)

3.2 ผู้สูงอายุ

3.2.1 ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) (ร้อยละ 50)

3.2.2 ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan (ร้อยละ 90)

3.2.3 จำนวนชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ (1ชมรม/ตำบล)

3.2.4 จำนวนผู้ที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียม/รากฟันเทียม (ฟันเทียม 36,000 ราย/รากฟันเทียม 3,500 ราย)

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (Inspection Guideline)

ประเด็นที่ 3 : สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ (กลุ่มวัย)

หัวข้อ

สร้างเสริมสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรง (กลุ่มสตรีและเด็กแรกเกิด)

ตัวชี้วัด

อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน

คำนิยาม

การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่ เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์และคลอด รวมถึงการฆ่าตัวตาย แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุและฆาตกรรมต่อการเกิดมีชีพแสนคน

สถานการณ์

จากข้อมูลระบบเฝ้าระวังมารดาตาย MDSR system กรมอนามัย พบว่า อัตราส่วนการตายมารดายังไม่บรรลุตามค่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดไว้ คือ ไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ แต่มีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา โดยในปีงบประมาณ 2565 มีจำนวนมารดาตายทั้งสิ้น 129 ราย คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดาไทย เท่ากับ 25.86 ต่อแสนการเกิดมีชีพ เมื่อจำแนกสาเหตุการตายมารดาตาม ICD-MM WHO พบว่าสาเหตุการตายหลักของมารดาจากสาเหตุทางสูติกรรม ได้แก่ ตกเลือดระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดและยังพบว่า สาเหตุการตายมารดาจากสาเหตุทางอายุรกรรมมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ 2565 พบการตายมารดาจากสาเหตุทางอายุรกรรม (Non-Obstetric Complication) ถึง 57 ราย ซึ่งส่วนใหญ่ตายจากโรค NCD และการติดเชื้อโควิด 19 แต่อย่างไรก็ตาม การตายมารดาจากการติดเชื้อโควิด 19 ในปี 2565 ลดลงเหลือเพียง 14 ราย (ปี 2564 จำนวน 65 ราย) ซึ่งเป็นไปตามแนวโน้มของประเทศ

เป้าหมาย	มาตรการ ที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทาง การตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 1			
1. การตั้งครรภ์คุณภาพ	1. ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ.2565 กรมอนามัย 2. ให้บริการฝากครรภ์ตามคู่มือการฝากครรภ์ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข 3. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน 4. การป้องกันทารกคลอดก่อนกำหนด	ขับเคลื่อนนโยบาย 1. ชี้แจงนโยบายในพื้นที่ 2. ขับเคลื่อนดำเนินงานผ่าน MCH board เขต/จังหวัด/อำเภอ และอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง 3. สนับสนุนการดำเนินงาน/ข้อเสนอเชิงนโยบาย และสร้างเครือข่ายดำเนินงาน ให้บริการฝากครรภ์คุณภาพ 1. คัดหาหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน เน้น Early ANC โดย อสม./แกนนำชุมชน/FCT/คปสอ. 2. หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการประเมินคัดกรอง และจัดการความเสี่ยงเสี่ยงสูงดูแลรักษา ติดตาม โดยสูติแพทย์ทุกราย 3. ฝ้าระวัง PPH เช่น การตรวจร่างกายและซักประวัติอย่างละเอียด เช่น ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่เคยผ่าคลอดหรือผ่าตัดมดลูก Previa C/S, U/S Placenta adherens & uterine atony ฝ้าระวังเลือดออกทางช่องคลอดในไตรมาสที่ 3	Output 1. ทุกหน่วยบริการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ.2565 กรมอนามัย 2. ประชุม MCH board เขต/จังหวัด/อำเภอ และอนุกรรมการที่เกี่ยวข้องไตรมาส ละครั้ง 3. ร้อยละ 50 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ 4. ร้อยละ 30 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ 5. ร้อยละ 30 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน 6. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมไม่เกินร้อยละ 7

เป้าหมาย	มาตรการ ที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทาง การตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ ที่ต้องการ
		4. เฝ้าระวัง PIH : ครรภ์เป็นพิษ ติดตามวัดความดัน ตรวจหาโปรตีนในปัสสาวะ วัดการไหลเวียนของเส้นเลือดที่เลี้ยงมดลูก หรือตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจสอบชี้ ครรภ์เป็นพิษ 5. การดูแล ป้องกัน มารดาเจ็บ ครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามแนวทางของกรมอนามัย 6. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน	
	3. หน่วยบริการทุกระดับดำเนินงานตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาล	หน่วยบริการทุกระดับ 1. ดำเนินงานตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาล 2. ประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาลด้วยตนเอง	Output 1. ร้อยละ 25 ของหน่วยบริการผ่านการประเมินตนเองตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาล (ตั้งแต่ระดับ รพช. ขึ้นไป) 2. ร้อยละ 15 ของหน่วยบริการได้รับการประเมินจากทีมประเมินระดับเขต/จังหวัด และมีผลผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาล (ตั้งแต่ระดับ รพช. ขึ้นไป)
	4. การบังคับใช้พระราชบัญญัติควบคุม การส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2566 - 2570) เพื่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	1. หน่วยงานระดับเขต/จังหวัด ปฏิบัติตามแผนขับเคลื่อน การบังคับใช้พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2566 - 2570)	Output 1. จังหวัดมีการเฝ้าระวัง การละเมิดและบังคับใช้ พ.ร.บ. ร้อยละ 60 2. ร้อยละ 30 ของทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว

เป้าหมาย	มาตรการ ที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทาง การตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ ที่ต้องการ
		2. พนักงานเจ้าหน้าที่ระดับเขตที่ลงพื้นที่ตรวจ ร้านค้าสถานพยาบาลทั้งภาครัฐ เอกชน สถานเลี้ยงเด็ก โรงเรียน ไตรมาสละ 1 ครั้ง และรายงานการเฝ้าระวังผ่านช่องทาง online และ https://milk-code.anamai.moph.go.th/th 3. พนักงานเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัดลงพื้นที่ตรวจ ร้านค้าสถานพยาบาลทั้งภาครัฐ เอกชน สถานเลี้ยงเด็ก โรงเรียน สุ่มลงปีละ 2 ครั้ง และรายงานการเฝ้าระวังผ่านช่องทาง online และ https://milk-code.anamai.moph.go.th/th	
2. ลดการตายมารดาไทย	1. ลดการตายมารดาจาก PPH & PIH 1.1 มาตรการป้องกัน PPH & PIH ทุกจังหวัด 1.2 มาตรการลดการตายมารดาที่เป็นปัญหาเฉพาะในพื้นที่ 1.3 ขับเคลื่อนกลไกเชิงพื้นที่ในการป้องกันการเกิด 3D : Delay Detection, Delay Decision, Delay Refer 1.4 Set Zero PPH System	1.1 มีมาตรการป้องกัน PPH&PIH ทุกจังหวัด 1.2 มีมาตรการลดการตายมารดาที่เป็นปัญหาเฉพาะในพื้นที่ 1.3 มีกลไกเชิงพื้นที่ในการป้องกันการเกิด 3D : Delay Detection, Delay Decision, Delay Refer 1.4 Set Zero PPH System - ป้องกัน Uterine atony ใน LR - มีคลังเลือดคลังยาพร้อมใช้ - ใช้ถุงตวงเลือดทุกราย - Stop bleeding ให้ได้ภายใน 30 นาที สามารถผ่าตัดมดลูกหรือ fast tract Refer ให้ได้ภายใน 30 นาที (Timing ในการดูแลให้เลือดหยุดต้องไม่เกิน 30 นาที)	Outcome อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต Output 1. การตายมารดาจากสาเหตุการตกเลือดลดลงร้อยละ 15 จากปีที่ผ่านมา 2. การตายมารดาจากสาเหตุความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ลดลงร้อยละ 15 จากปีที่ผ่านมา

เป้าหมาย	มาตรการ ที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทาง การตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ ที่ต้องการ
		1.5 วางแผนการคลอดร่วมกับ ANC เน้น Early detection ในราย High of high risk preg./medical complication and placenta adherens ทุกรายต้องทำคลอดโดยสูติแพทย์ใน รพ. ที่มีความพร้อม 1.6 เยี่ยมหลังคลอด 3 ครั้งตามเกณฑ์โดยเจ้าหน้าที่เพื่อติดตามการตกเลือด ติดเชื้อ ประเมินสุขภาพทั้งแม่ลูก 1.7 Re-skill and Up-skill : ประเด็นการประเมินความเสี่ยงในห้องคลอด การดูแลรักษาภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ทุก 6 เดือน ฝึกซ้อมสถานการณ์ฉุกเฉินทางสูติกรรมปีละ 1 ครั้ง ยกกระต๊อบทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาในระดับเขต	
	2. Contraception NCD 2.1 การดำเนินงานตามแนวทางการให้คำปรึกษาการวางแผนครอบครัวและการมีบุตร แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ป่วยโรคเรื้อรัง/รุนแรงที่ไม่สามารถคุมโรคได้	1. มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแนวทางการให้คำปรึกษาการวางแผนครอบครัวและการมีบุตร แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ป่วยโรคเรื้อรัง/รุนแรงที่ไม่สามารถคุมโรคได้ (ตามความสนใจของผู้รับบริการ) 2. ให้คำปรึกษา วางแผนครอบครัวหญิงวัยเจริญพันธุ์ป่วยอายุรกรรมเรื้อรัง/ร้ายแรงที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ NCD : Heart, HT, DM, อายุรกรรมร้ายแรง CA, Autoimmune, โรคพันธุกรรมที่ควบคุมอาการไม่ได้	Output 1. มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแนวทางการให้คำปรึกษาการวางแผนครอบครัวและการมีบุตร แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ป่วยโรคเรื้อรัง/รุนแรงที่ไม่สามารถคุมโรคได้ 2. แนวทางการให้คำปรึกษาการวางแผนครอบครัวและการมีบุตร แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ป่วยโรคเรื้อรัง/รุนแรงที่ไม่สามารถคุมโรคได้

เป้าหมาย	มาตรการ ที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทาง การตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ ที่ต้องการ
			3. การตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อมลดลงร้อยละ 15 จากปีที่ผ่านมา 4. ลดการคลอดก่อนกำหนด
	3. พบพบการตายมารดาตายบุคคล ทุกราย	1. เมื่อมีการตายมารดาต้อง ดำเนินการตามแนวทางการ ดำเนินงานระเฝ้าระวังมารดา ตาย สำหรับประเทศไทยตาม ระยะเวลาที่กำหนด (เน้น พบพบและวิเคราะห์สาเหตุ การตายมารดาทุกราย และ ออกมาตรการป้องกันการตาย เหตุเกิดซ้ำ) 2. รายงานการตายมารดาผ่าน ระบบรายงานมารดาตาย ทุกราย http://mpdsr.ana-mai.moph.go.th/	Output 1. ร้อยละ 100 ของการตาย มารดาได้รับการพบพบและ วิเคราะห์สาเหตุการตาย มารดาตามขั้นตอนของ กรมอนามัย 2. ร้อยละสาเหตุการตามารดา จำแนกตาม ICD-MM Outcome 1. มาตรการป้องกันการตาย มารดาเหมาะสมในพื้นที่ และ ป้องกันเหตุเกิดซ้ำ 2. อัตราส่วนการตายมารดา ไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 2			
1. การตั้งครรภ์คุณภาพ	1. ขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม นโยบายฝากครรภ์คุณภาพสำหรับ ประเทศไทย พ.ศ.2565 กรมอนามัย 2. ให้บริการฝากครรภ์ตามคู่มือการ ฝากครรภ์ สำหรับบุคลากร สาธารณสุข 3. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจ สุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน 4. การป้องกันการตกคลอดก่อน กำหนด	ขับเคลื่อนนโยบาย 1. ขับเคลื่อนดำเนินงานผ่าน MCH board เขต/จังหวัด/ อำเภอ และอนุกรรมการที่ เกี่ยวข้อง 2. สนับสนุนการดำเนินงาน/ ข้อเสนอเชิงนโยบาย และสร้าง เครือข่ายดำเนินงาน ให้บริการฝากครรภ์คุณภาพ 1. คัดหาหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน เน้น Early ANC โดย อสม./ แกนนำชุมชน/FCT/คปสอ. 2. หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับ การประเมินคัดกรอง และ จัดการความเสี่ยง เสี่ยงสูงดูแล รักษา ติดตาม โดยสูติแพทย์ ทุกราย	Output 1. ทุกหน่วยบริการขับเคลื่อน การดำเนินงานตามนโยบาย ฝากครรภ์คุณภาพสำหรับ ประเทศไทย พ.ศ.2565 กรมอนามัย 2. ประชุม MCH board เขต/ จังหวัด/อำเภอ และ อนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง ไตรมาส ละครั้ง 3. ร้อยละ 75 ของหญิง ตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์

เป้าหมาย	มาตรการ ที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทาง การตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ ที่ต้องการ
			4. ร้อยละ 50 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ 5. ร้อยละ 50 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน 6. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมไม่เกินร้อยละ 7
	3. หน่วยบริการทุกระดับดำเนินงานตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาล	หน่วยบริการทุกระดับ 1. ดำเนินงานตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาล 2. ประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาลด้วยตนเอง	Output 1. ร้อยละ 50 ของหน่วยบริการผ่านการประเมินตนเองตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาล (ตั้งแต่ระดับ รพช. ขึ้นไป) 2. ร้อยละ 30 ของหน่วยบริการได้รับการประเมินจากทีมประเมินระดับเขต/จังหวัดและมีผลผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาล (ตั้งแต่ระดับ รพช. ขึ้นไป)
	4. การบังคับใช้พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2566 - 2570) เพื่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	1. หน่วยงานระดับเขต/จังหวัดปฏิบัติตามแผนขับเคลื่อนการบังคับใช้พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2566 - 2570)	Output 1. ร้อยละของจังหวัดมีการเฝ้าระวังการละเมิดและบังคับใช้ พรบ. ร้อยละ 60

เป้าหมาย	มาตรการ ที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทาง การตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ ที่ต้องการ
		2. พนักงานเจ้าหน้าที่ระดับเขตที่ลงพื้นที่ตรวจ ร้านค้าสถานพยาบาลทั้งภาครัฐ เอกชน สถานเลี้ยงเด็ก โรงเรียน ไตรมาสละ 1 ครั้ง และรายงานการเฝ้าระวังผ่านช่องทาง online และ https://milk-code.anamai.moph.go.th/th 3. พนักงานเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัดลงพื้นที่ตรวจ ร้านค้าสถานพยาบาลทั้งภาครัฐ เอกชน สถานเลี้ยงเด็ก โรงเรียน สุ่มลงปีละ 2 ครั้ง และรายงานการเฝ้าระวังผ่านช่องทาง online และ https://milk-code.anamai.moph.go.th/th	2. ร้อยละ 50 ของทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว
2. ลดการตายมารดาไทย	1. ลดการตายมารดาจาก PPH & PIH 1.1 มาตรการป้องกัน PPH & PIH ทุกจังหวัด 1.2 มาตรการลดการตายมารดาที่เป็นปัญหาเฉพาะในพื้นที่ 1.3 ขับเคลื่อนกลไกเชิงพื้นที่ในการป้องกันการเกิด 3D : Delay Detection, Delay Decision, Delay Refer 1.4 Set Zero PPH System	1.1 มีมาตรการป้องกัน PPH & PIH ทุกจังหวัด 1.2 มีมาตรการลดการตายมารดาที่เป็นปัญหาเฉพาะในพื้นที่ 1.3 มีกลไกเชิงพื้นที่ในการป้องกันการเกิด 3D : Delay Detection, Delay Decision, Delay Refer 1.4 Set Zero PPH System - ป้องกัน Uterine atony ใน LR - มีคลังเลือดคลังยาพร้อมใช้ - ใช้ถุงตวงเลือดทุกราย - Stop bleeding ให้ได้ภายใน 30 นาที สามารถผ่าตัดมดลูกหรือ fast tract Refer ให้ได้ภายใน 30 นาที (Timing ในการดูแลให้เลือดหยุดต้องไม่เกิน 30 นาที)	Outcome อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต Output 1. การตายมารดาจากสาเหตุการตกเลือดลดลงร้อยละ 30 จากปีที่ผ่านมา 2. การตายมารดาจากสาเหตุความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ลดลงร้อยละ 30 จากปีที่ผ่านมา

เป้าหมาย	มาตรการ ที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทาง การตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ ที่ต้องการ
		1.5 วางแผนการคลอดร่วมกับ ANC เน้น Early detection ในราย High of high risk preg./medical complication and placenta adherens ทุกรายต้องทำคลอดโดยสูติแพทย์ใน รพ. ที่มีความพร้อม 1.6 เยี่ยมหลังคลอด 3 ครั้ง ตามเกณฑ์โดยเจ้าหน้าที่เพื่อติดตามการตกเลือด ติดเชื้อ ประเมินสุขภาพทั้งแม่ลูก 1.7 Re-skill and Up-skill : ประเด็นการประเมินความเสี่ยงในห้องคลอด การดูแลรักษาภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ทุก 6 เดือน ฝึกซ้อมสถานการณ์ฉุกเฉินทางสูติกรรมปีละ 1 ครั้ง ยกระดับบทบาทและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาในระดับเขต	
	2. Contraception NCD 2.1 การดำเนินงานตามแนวทางการให้คำปรึกษาการวางแผนครอบครัวและการมีบุตร แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ป่วยโรคเรื้อรัง/รุนแรงที่ไม่สามารถคุมโรคได้	1. มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแนวทางการให้คำปรึกษาการวางแผนครอบครัวและการมีบุตร แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ป่วยโรคเรื้อรัง/รุนแรงที่ไม่สามารถคุมโรคได้ (ตามความสมัครใจของผู้รับบริการ) 2. ให้คำปรึกษา วางแผนครอบครัวหญิงวัยเจริญพันธุ์ป่วยอายุรกรรมเรื้อรัง/ร้ายแรงที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ NCD : Heart, HT, DM,	Output 1. มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแนวทางการให้คำปรึกษาการวางแผนครอบครัวและการมีบุตร แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ป่วยโรคเรื้อรัง/รุนแรงที่ไม่สามารถคุมโรคได้ 2. แนวทางการให้คำปรึกษาการวางแผนครอบครัวและการมีบุตร แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ป่วยโรคเรื้อรัง/รุนแรงที่ไม่สามารถคุมโรคได้

เป้าหมาย	มาตรการ ที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทาง การตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ ที่ต้องการ
		อายุรกรรมร้ายแรง CA, Autoimmune, โรคพันธุกรรมที่ควบคุมอาการไม่ได้	3. การตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อมลดลงร้อยละ 30 จากปีที่ผ่านมา 4. ลดการคลอดก่อนกำหนด
	3. พบพบการตายมารดาตายบุคคล ทุกราย	1. เมื่อมีการตายมารดาต้องดำเนินการตามแนวทางการดำเนินงานระเฝ้าระวังมารดาตาย สำหรับประเทศไทย ตามระยะเวลาที่กำหนด (เน้นพบพบและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาทุกราย และออกมาตรการป้องกันการตายเหตุเกิดซ้ำ) 2. รายงานการตายมารดาผ่านระบบรายงานมารดาตาย ทุกราย http://mpdsr.ana-mai.moph.go.th/	Output 1. ร้อยละ 100 ของการตายมารดาได้รับการพบพบและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาตามขั้นตอนของกรมอนามัย 2. ร้อยละสาเหตุการตายมารดาจำแนกตาม ICD-MM Outcome 1. มาตรการป้องกันการตายมารดาเหมาะสมในพื้นที่ และป้องกันเหตุเกิดซ้ำ 2. อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. ทุกหน่วยบริการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 กรมอนามัย 2. ประชุม MCH board เขต/จังหวัด/อำเภอ และอนุกรรมการที่เกี่ยวข้องไตรมาส ละครั้ง	1. ร้อยละ 50 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ 2. ร้อยละ 30 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ 3. ร้อยละ 30 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน	1. ทุกหน่วยบริการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 กรมอนามัย 2. ประชุม MCH board เขต/จังหวัด/อำเภอ และอนุกรรมการที่เกี่ยวข้องไตรมาส ละครั้ง	1. ร้อยละ 75 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ 2. ร้อยละ 50 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ 3. ร้อยละ 50 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
3. จังหวัดมีการเฝ้าระวังการละเมิดและบังคับใช้ พ.ร.บ. ร้อยละ 30 4. มีผลการวิเคราะห์สถานการณ์งานมารดาและทารก ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไข 5. มีมาตรการ/แนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อการป้องกันและลดการตายมารดา (PPH PIH Contraception NCD 6. Set Zero PPH & PIH - Zoning ผู้เชี่ยวชาญ - ระบบส่งต่อช่วยเหลือมารดาเสี่ยง - Standing Order 7. มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแนวทางการให้คำปรึกษาการวางแผนครอบครัวและการมีบุตร แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ป่วยโรคเรื้อรัง/รุนแรงที่ไม่สามารถคุมโรคได้	4. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7 5. ร้อยละ 15 ของหน่วยบริการได้รับการประเมินจากทีมประเมินระดับเขต/จังหวัด และมีผลผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาล (ตั้งแต่ระดับ รพช. ขึ้นไป) 6. ร้อยละ 25 ของหน่วยบริการผ่านการประเมินตนเองตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาล (ตั้งแต่ระดับ รพช. ขึ้นไป) 7. ร้อยละ 30 ของทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว 8. การตายมารดาจากสาเหตุการตกเลือดลดลงร้อยละ 15 จากปีที่ผ่านมา 9. การตายมารดาจากสาเหตุความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ลดลงร้อยละ 15 จากปีที่ผ่านมา 10. การตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อมลดลงร้อยละ 15 จากปีที่ผ่านมา 11. ร้อยละ 100 ของการตายมารดาได้รับการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาตามขั้นตอนของกรมอนามัย 12. ร้อยละสาเหตุการตายมารดาจำแนกตาม ICD-MM 13. อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต	3. ร้อยละ 50 ของหน่วยบริการผ่านการประเมินตนเองตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาล (ตั้งแต่ระดับ รพช. ขึ้นไป) 4. จังหวัดมีการเฝ้าระวังการละเมิดและบังคับใช้ พ.ร.บ. ร้อยละ 60 5. มีแผนและขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแนวทางการให้คำปรึกษาการวางแผนครอบครัวและการมีบุตร แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ป่วยโรคเรื้อรัง/รุนแรงที่ไม่สามารถคุมโรคได้ 6. ร้อยละ 100 ของการตายมารดาได้รับการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาตามขั้นตอนของกรมอนามัย 7. ร้อยละสาเหตุการตายมารดาจำแนกตาม ICD-MM 8. มาตรการป้องกันการตายมารดาเหมาะสมในพื้นที่ และป้องกันเหตุเกิดซ้ำ	4. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7 5. ร้อยละ 30 ของหน่วยบริการได้รับการประเมินจากทีมประเมินระดับเขต/จังหวัด และมีผลผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาล (ตั้งแต่ระดับ รพช. ขึ้นไป) 6. ร้อยละ 50 ของทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว 7. การตายมารดาจากสาเหตุการตกเลือดลดลงร้อยละ 30 จากปีที่ผ่านมา 8. การตายมารดาจากสาเหตุความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ลดลงร้อยละ 30 จากปีที่ผ่านมา 9. การตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อมลดลงร้อยละ 30 จากปีที่ผ่านมา 10. อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

1. อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ
2. ร้อยละ 50 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์
3. ร้อยละ 50 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการบริการฝากครรภ์คุณภาพ
4. ร้อยละ 70 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก
5. ร้อยละ 75 หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์
6. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมไม่เกินร้อยละ 7
7. ร้อยละ 50 ของทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

สามารถสืบค้นข้อมูลได้จาก HDC Service

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ E-mail address	ประเด็น ที่รับผิดชอบ
นายแพทย์โอฬาริก มุสิกวงศ์	หัวหน้ากลุ่มอนามัยแม่และ เด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ	Tel. 0 2590 4435 E-mail : Dr.olarik@gmail.com	อัตราส่วนการตาย มารดาไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ E-mail address	ประเด็น ที่รับผิดชอบ
นางวรรณชนก ลิ้มจำรูญ	นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ สำนักส่งเสริม สุขภาพ	Tel. 0 2590 4438 E-mail : loogjun.ph @hotmail.com	1. อัตราส่วนการตาย มารดาไม่เกิน 17 ต่อ แสนการเกิดมีชีวิต 2. ทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมไม่เกิน ร้อยละ 7 3. ร้อยละ 50 ของ ทารกแรกเกิดจนถึง อายุต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว
นางจุฬารวรรณ เขมทอง	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ สำนักส่งเสริมสุขภาพ	Tel. 0 2590 4425 E-mail : mch.julawan @gmail.com	1. ร้อยละ 50 ของ หญิงตั้งครรภ์ได้รับ การฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ 2. ร้อยละ 50 ของ หญิงตั้งครรภ์ได้รับ บริการฝากครรภ์ คุณภาพ 3. ร้อยละ 75 หญิงหลังคลอดได้รับ การดูแลครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์
นางสาวปฐมา เขาวนเมธา	ทันตแพทย์ชำนาญการ สำนักทันตสาธารณสุข	โทร 0 2590 4956 E-mail : patamasingha @gmail.com	ร้อยละ 50 ของ หญิงตั้งครรภ์ได้รับ การตรวจสุขภาพ ช่องปากและขัด ทำความสะอาดฟัน

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (Inspection Guideline)

ประเด็นที่ 3 : สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ (กลุ่มวัย)

หัวข้อ

สุขภาพเด็กปฐมวัย

ตัวชี้วัด

ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย

คำนิยาม

เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน

มีพัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กทุกคนได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการ ด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมินผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน (1B260)

คำนิยามเพิ่มเติม (ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง)

ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริง และ Type3 : อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)

มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ ด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และ ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้าส่งต่อทันที (1B262 : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)

ได้รับการติดตาม หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2

ได้รับการติดตามมีพัฒนาการสมวัย (สมวัย 2) หมายถึง เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) และ ประเมินพัฒนาการครั้งที่ 2 ด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วมีผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้าน

มีพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ไม่ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่ 2 (1B202, 1B212, 1B222, 1B232, 1B242)

เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน ที่ประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ครั้งที่ 1 แล้วพบว่าต้องส่งต่อ และเด็กอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน ที่ส่งสยล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และติดตามมาประเมินซ้ำ ด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย: DSPM ครั้งที่ 2 แล้วยังพบมีพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้านขึ้นไป ทั้งนี้ไม่นับรวมเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางพัฒนาการ ตามมาตรฐานการจำแนกโรค ICD-10 (หมวด F84.x, G80.x, Q90.x)

ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น หมายถึง การที่เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและ/หรือประเมินพัฒนาการพร้อมทั้งกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I) หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นๆ เช่น คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด - 5 ปี สำหรับบุคลากรสาธารณสุข (Developmental Skill Inventory : DSI), คู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด - 5 ปี โปรแกรมการฝึก/กระตุ้นพัฒนาการตามวิชาชีพ (นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย) เป็นต้น

ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย หมายถึง การที่เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและ/หรือประเมินพัฒนาการพร้อมทั้งกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I) หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นๆ เช่น คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด - 5 ปี สำหรับบุคลากรสาธารณสุข (Developmental Skill Inventory : DSI) คู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด - 5 ปี โปรแกรมการฝึก/กระตุ้นพัฒนาการตามวิชาชีพ (นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย) เป็นต้น ภายในระยะเวลา 3 เดือน (90 วัน) แล้วกลับมาประเมินพัฒนาการสมวัยตามช่วงอายุปัจจุบันทั้ง 5 ด้าน จากการประเมินพัฒนาการซ้ำอีกครั้งด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการ ที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทาง การตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 1			
เด็กปฐมวัยไทย สุขภาพแข็งแรง พัฒนาการสมวัย	- ขับเคลื่อนงานด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยผ่านคณะกรรมการเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด/คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/คณะกรรมการกองทุนสุขภาพระดับตำบล และสื่อสารนโยบาย/แนวทางการดำเนินงานดูแลช่วยเหลือเด็กพัฒนาการล่าช้า และเร่งรัดติดตามเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าเชิงคุณภาพในการกระตุ้นพัฒนาการให้กลับมาสมวัยร่วมกับภาคีเครือข่าย - ขับเคลื่อนกลไกความร่วมมือการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ (4D) ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย - พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ในการคัดกรองพัฒนาการเด็กด้วย คู่มือ DSPM และ TEDA4I รวมทั้งการบันทึกข้อมูลลงในระบบและการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ - พัฒนาทักษะการใช้ DSPM ของพยาบาลหลังคลอด ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ - พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดกิจกรรมเสริมสร้างทักษะการเลี้ยงดูเด็ก แก่พ่อแม่ ผู้ปกครอง และครูผู้ดูแลเด็ก	- แผนปฏิบัติการของจังหวัด และ ของ พขอ. มีการกำหนดประเด็นการขับเคลื่อนงานด้านเด็กปฐมวัย ในเรื่องความครอบคลุมการคัดกรองและการติดตามดูแลเด็กสงสัยล่าช้า มาประเมินพัฒนาการครั้งที่ 2 - การชี้แจงและคัดเลือกสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเข้าร่วมการยกระดับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D) - แผนการขับเคลื่อนการดำเนินงาน สพด. 4D ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติระดับพื้นที่ - Child project Managers (CPM) และทีมผู้ฝึกสอนภาคปฏิบัติ DSPM ระดับเขตสุขภาพ กำหนดแผนในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ - การจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะการใช้ DSPM พยาบาลหลังคลอดและ WCC ใน รพ. ศูนย์และรพ.ทั่วไปทุกแห่งใน รพ.ชุมชนที่มี PP/WCC (รวมเขตละ 50 คน)	- ความครอบคลุมการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่เขตสุขภาพได้ร้อยละ 90 - เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าในพื้นที่เขตสุขภาพได้รับการติดตามกลับมาประเมินพัฒนาการครั้งที่ 2 ได้ร้อยละ 90 - สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกสังกัดในพื้นที่เข้าร่วมการยกระดับการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ 4D ร้อยละ 80 - บุคลากรที่รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ได้รับการฝึกสอนการใช้คู่มือ DSPM ภาคปฏิบัติ และมีความรู้ทักษะที่เพียงพอต่อการกระตุ้นพัฒนาการโดยใช้เครื่องมือ TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น - พยาบาลหลังคลอดมีทักษะการใช้ คู่มือ DSPM ทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ - สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกสังกัดในพื้นที่เข้าร่วมเป็นต้นแบบโรงเรียนพ่อแม่เขตสุขภาพละ 1 แห่ง

เป้าหมาย	มาตรการ ที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทาง การตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ ที่ต้องการ
	- การสนับสนุนสื่อ/เทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง - การติดตาม รวบรวม และวิเคราะห์ผลการดำเนินงานการดูแลช่วยเหลือเด็กพัฒนาการล่าช้าจากฐานข้อมูล HDC (เขตสุขภาพที่ 1-12)	- มีการชี้แจงคัดเลือกสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเข้าร่วมกิจกรรมต้นแบบโรงเรียนพ่อแม่ - มีระบบการติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าเข้าสู่ระบบการดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์ที่กำหนดและการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าต่อเนื่อง - ติดตาม รวบรวม ทบทวนความรู้ความเข้าใจของทีมของโรงพยาบาล (รพศ./รพช./รพ.สต.) เพื่อสามารถบันทึกข้อมูลได้ถูกต้องและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน และการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในพื้นที่	- เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์ที่กำหนดและติดตามต่อเนื่องจนมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 20
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 2			
เด็กปฐมวัยไทย สุขภาพแข็งแรง พัฒนาการสมวัย	- ขับเคลื่อนงานด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยผ่านคณะกรรมการเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด/คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/คณะกรรมการกองทุนสุขภาพระดับตำบลและสื่อสารนโยบาย/แนวทางการดำเนินงานดูแลช่วยเหลือเด็กพัฒนาการล่าช้าและเร่งรัดติดตามเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าเชิงคุณภาพในการกระตุ้นพัฒนาการให้กลับมาสมวัยร่วมกับภาคีเครือข่าย - ขับเคลื่อนกลไกความร่วมมือการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ (4D) ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย	- การดำเนินการตามแผนปฏิบัติการของจังหวัดและของพขอ. มีการกำหนดประเด็นการขับเคลื่อนงานด้านเด็กปฐมวัย ในเรื่องความครอบคลุมการคัดกรอง และการติดตามเด็กสงสัยล่าช้ามาประเมินพัฒนาการครั้งที่ 2 - ช่วยเหลือสนับสนุนและเยี่ยมเสริมพลังสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกสังกัดในการดำเนินงานยกระดับการดำเนินงานให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติด้านสุขภาพ 4D	- ความครอบคลุมการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่เขตสุขภาพได้ ร้อยละ 90 - เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าในพื้นที่เขตสุขภาพได้รับการติดตามกลับมาประเมินพัฒนาการครั้งที่ 2 ได้ ร้อยละ 90 - สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติด้านสุขภาพ (4D) ร้อยละ 75 - บุคลากรที่รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่มีความรู้ทักษะการใช้คู่มือ DSPM ภาคปฏิบัติ

เป้าหมาย	มาตรการ ที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทาง การตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ ที่ต้องการ
	- พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ในการคัดกรองพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือ DSPM และ TEDA4I รวมทั้งการบันทึกข้อมูลลงในระบบและการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ - ประเมินทักษะการใช้ DSPM ของพยาบาลหลังคลอด ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ - พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดกิจกรรมเสริมสร้างทักษะการเลี้ยงดูเด็กแก่พ่อแม่ ผู้ปกครอง และครูผู้ดูแลเด็ก - การเสริมสร้างความรอบรู้ (Health Literacy) ในเฝ้าระวัง และดูแลช่วยเหลือเด็กพัฒนาการล่าช้าให้กับพ่อแม่/ผู้ปกครอง และบุคลากรเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง - การสนับสนุนสื่อ/เทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง - เพิ่มช่องทางและรูปแบบการเข้าถึงการกระตุ้นพัฒนาการในพื้นที่ห่างไกลหรือภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด - 19 - ติดตาม รวบรวม และวิเคราะห์ผลการดำเนินงานการดูแลช่วยเหลือเด็กพัฒนาการล่าช้าจากฐานข้อมูล HDC (เขตสุขภาพที่ 1-12)	- มีการดำเนินการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ในการคัดกรองพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือ DSPM และ TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นตามเกณฑ์ที่กำหนด - เสริมพลัง พยาบาลหลังคลอดและ WCC ใน รพ.ศูนย์ และ รพ.ทั่วไปทุกแห่ง + ใน รพ. ชุมชนที่มี PP/WCC ในการให้บริการแนะนำการใช้คู่มือ DSPM แก่พ่อแม่ผู้ปกครอง - ช่วยเหลือสนับสนุนและเยี่ยมเสริมพลังดำเนินงานกิจกรรมต้นแบบโรงเรียนพ่อแม่ - มีระบบการติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าเข้าสู่ระบบการดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์ที่กำหนด และการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าต่อเนื่อง - ติดตาม รวบรวม ทบทวนความรู้ความเข้าใจของทีมของโรงพยาบาล (รพศ./รพช./รพ.สต.) เพื่อสามารถบันทึกข้อมูลได้ถูกต้องและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน และการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในพื้นที่	- พยาบาลหลังคลอดมีทักษะการใช้ คู่มือ DSPM ทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ - มีต้นแบบโรงเรียนพ่อแม่ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเขตสุขภาพละ 1 แห่ง - เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์ที่กำหนดและติดตามต่อเนื่องจนมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 35

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
- มีการขับเคลื่อนงานด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยผ่านคณะกรรมการเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด/คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/คณะกรรมการกองทุนสุขภาพระดับตำบล อย่างน้อย 1 ครั้ง - มีการขับเคลื่อนกลไกความร่วมมือการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ (4D) ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย อย่างน้อย 1 แห่ง - เด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นจนมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 15	- แผนปฏิบัติการของจังหวัดและของ พชอ. มีการกำหนดประเด็นการขับเคลื่อนงานด้านเด็กปฐมวัย ในเรื่องความครอบคลุมการคัดกรอง และการติดตามเด็กสงสัยล่าช้ามาประเมินพัฒนาการครั้งที่ 2 - มีการชี้แจงคัดเลือกสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเข้าร่วมการยกระดับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D) - มีการชี้แจงคัดเลือกสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเข้าร่วมกิจกรรมต้นแบบโรงเรียนพ่อแม่ - สอนและประเมินทักษะการใช้ DSPM พยาบาลหลังคลอดและ WCC ใน รพ.ศูนย์ และ รพ.ทั่วไปทุกแห่ง + ใน รพ. ชุมชนที่มี PP/WCC (รวมเขตละ 50 คน) - เด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยTEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นจนมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 20	- พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ในการคัดกรองพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือ DSPM และพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดกิจกรรมเสริมสร้างทักษะการเลี้ยงดูเด็ก แก่พ่อแม่ ผู้ปกครอง และครูผู้ดูแลเด็กอย่างน้อย 1 ครั้ง - เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานสพด. 4D ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติระดับพื้นที่ - เด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นจนมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 25	- ความครอบคลุมการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่เขตสุขภาพได้ร้อยละ 90 - เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าในพื้นที่เขตสุขภาพได้รับการติดตามกลับมาประเมินพัฒนาการครั้งที่2ได้ร้อยละ 90 - บุคลากรที่รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ได้รับการฝึกสอนการใช้คู่มือ DSPM ภาคปฏิบัติ ร้อยละ 90 - พยาบาลหลังคลอดผ่านการประเมินทักษะการใช้ คู่มือ DSPM ทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ ร้อยละ 90 - สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกสังกัดในพื้นที่เข้าร่วมเป็นต้นแบบโรงเรียนพ่อแม่ เขตสุขภาพละ 1 แห่ง - สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติด้านสุขภาพ (4D) ร้อยละ 75 - เด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยTEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นจนมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 35

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

1. ร้อยละเด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการ
2. ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า
3. ร้อยละเด็กปฐมวัยได้รับการติดตาม
4. ร้อยละเด็กที่ได้รับการติดตามมีพัฒนาการสมวัย (สมวัย 2)
5. ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการล่าช้า
6. ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย

$$\text{สูตรคำนวณตัวชี้วัด} = \frac{(A_9+a_9) + (A_{18}+a_{18}) + (A_{30}+a_{30}) + (A_{42}+a_{42}) + (A_{60}+a_{60})}{B} \times 100$$

A = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก

a = จำนวนเด็ก 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า และได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการภายใน 30 วัน และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้าน

B = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทั้งหมด ในช่วงเวลาที่กำหนด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง)

1. ร้อยละเด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการ

$$\text{สูตรคำนวณตัวชี้วัด} = \frac{A}{B} \times 100$$

A = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง ในช่วงเวลาที่กำหนด

B = เด็กไทยอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)

2. ร้อยละเด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการ

$$\text{สูตรคำนวณตัวชี้วัด} = \frac{C + D}{A} \times 100$$

รายการข้อมูล

C = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261)

D = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ส่งต่อทันที (1B262 : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)

A = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง ในช่วงเวลาที่กำหนด

3. ร้อยละเด็กปฐมวัยได้รับการติดตาม

$$\text{สูตรคำนวณตัวชี้วัด} = \frac{E}{C} \times 100$$

รายการข้อมูล

E = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2

C = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261)

4. ร้อยละเด็กที่ได้รับการติดตามมีพัฒนาการสมวัย (สมวัย 2)

$$\text{สูตรคำนวณตัวชี้วัด} = \frac{G}{F} \times 100$$

รายการข้อมูล

G = จำนวนเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก ได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้าน ภายใน 30 วัน (สมวัยครั้งที่สอง)

F = จำนวนเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการด้วยคู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ที่ได้รับการติดตามทั้งหมด ภายใน 30 วัน

5. ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการล่าช้า

$$\text{สูตรคำนวณตัวชี้วัด} = \frac{C + G}{A} \times 100$$

รายการข้อมูล

C = จำนวนเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ที่ต้องส่งต่อทันที (เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน) (1B262)

G = จำนวนเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือ เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก ได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำภายใน 30 วัน แล้ว ผลการประเมินไม่ผ่านครบ 5 ด้าน

A = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริงในช่วงเวลาที่กำหนด

6. ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย

$$\text{สูตรคำนวณตัวชี้วัด} = \frac{C}{D} \times 100$$

รายการข้อมูล

C = จำนวนเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย

D = จำนวนเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นครบตามเกณฑ์แล้วได้รับการติดตามมาประเมินพัฒนาการซ้ำอีกครั้งด้วย DSPM

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

กรมอนามัย สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ , กรมสุขภาพจิต สถาบันราชานุกูล

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ E-mail address	ประเด็น ที่รับผิดชอบ
นพ.ธีรชัย บุญยะสิทธิ์พรหม	รองผู้อำนวยการสถาบัน พัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย	Tel. 0 2590 4417 Mobile 08 9144 4208 E-mail : teerboon @hotmail.com	เด็กปฐมวัย มีพัฒนาการสมวัย

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ E-mail address	ประเด็น ที่รับผิดชอบ
พญ.จันทร์อาภา สุขทรัพย์	นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต	Tel. 0 2248 8900 ต่อ 70390 Mobile 08 6788 9981 E-mail : janarpar@gmail.com	เด็กปฐมวัยได้รับการ คัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้น พัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือ มาตรฐานอื่นจนมี พัฒนาการสมวัย

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ E-mail address	ประเด็น ที่รับผิดชอบ
นายสุทิน ปุณทริภักดิ์	นักวิเคราะห์นโยบาย และแผนชำนาญการพิเศษ สถาบันพัฒนานามัยเด็กแห่ง ชาติ กรมอนามัย	Tel. 0 2590 4417 Mobile 08 1466 3696 E-mail : sutin.p @anamai.mail.go.th	เด็กปฐมวัย มีพัฒนาการสมวัย
พญ.นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช	ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต	Tel. 0 2248 8900 ต่อ 70390 Mobile 08 1854 5689 E-mail : noppriw @hotmail.com	เด็กปฐมวัยได้รับการ คัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้นพัฒนา การด้วย TEDA4I หรือ เครื่องมือ มาตรฐานอื่นจนมี พัฒนาการสมวัย
พญ.จันทร์อาภา สุขทรัพย์	นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต	Tel. 0 2248 8900 ต่อ 70390 Mobile 08 6788 9981 E-mail : janarpar@gmail.com	

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (Inspection Guideline)
ประเด็นที่ 3 : สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ (กลุ่มวัย)

หัวข้อ

สุขภาพเด็กปฐมวัย

ตัวชี้วัด

ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน

คำนิยาม

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

กราฟการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 0 - 5 ปี กรมอนามัย ปี พ.ศ. 2563 หมายถึง กราฟการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 0 - 5 ปี ที่ประยุกต์จากมาตรฐานการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 0 - 5 ปี ขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2558 และเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 5 -19 ปี สำนักโภชนาการ กรมอนามัย พ.ศ. 2563 โดยเริ่มใช้ในการประมวลผลในระบบฐานข้อมูล HDC ไตรมาสที่ 3 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 เป็นต้นไป

สูงดี หมายถึง ความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูง หรือสูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต ความยาวหรือส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ ของเด็กอายุ 0 - 5 ปี กรมอนามัย ปี พ.ศ. 2563 โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของความยาวหรือ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ

สมส่วน หมายถึง น้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาวหรือส่วนสูง ของเด็กอายุ 0 - 5 ปี กรมอนามัย ปี พ.ศ. 2563 โดยมีค่า -1.5 SD ถึง +1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง

สูงดีสมส่วน หมายถึง ความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน)

เป้าหมาย	มาตรการ ที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทาง การตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 1			
1) เด็กอายุ 0 – 5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง 2) เด็กอายุ 0 – 5 ปี สูงดีสมส่วน	1. ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ผ่าน กลไกตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับตำบล ทั้งหมด 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1.1 กลไกการขับเคลื่อนงานแบบ บูรณาการ ของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นแกนหลัก รวมถึงการส่งเสริมให้ ภาคีเครือข่าย ชุมชน ท้องถิ่น เกิดการมีส่วนร่วมและเป็นการ เจ้าของการดูแลเด็กปฐมวัยในชุมชน 1.2 การพัฒนาคุณภาพงาน บริการสาธารณสุขและงานบริการ ด้านสังคม 1.3 การพัฒนาสถานพัฒนา เด็กปฐมวัย 1.4 การมีส่วนร่วมของชุมชน และครอบครัว (ทีมพัฒนาเด็กและ ครอบครัว ระดับตำบล) 2. ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่าน กลไกความร่วมมือการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพ (4D) ในสถาน พัฒนาเด็กปฐมวัย (Diet) มุ่งเน้นการส่งเสริมโภชนาการการจัด อาหารตามวัยที่เหมาะสม รวมถึง การเฝ้าระวังและส่งเสริมการเจริญ เติบโต ของเด็กที่เข้าสู่ระบบการ เรียนการสอนในสถานพัฒนาเด็ก ปฐมวัยหรือโรงเรียนระดับอนุบาลใน พื้นที่ เพื่อให้เด็กปฐมวัยทุกคนได้รับ การเฝ้าระวังการเจริญเติบโต	1. ติดตามการขับเคลื่อน งานประเด็นการส่งเสริม โภชนาการของเด็กปฐมวัย ผ่านแผนปฏิบัติการระดับ จังหวัด 2. ติดตามการขับเคลื่อนงาน ตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ และระดับตำบล 3. ติดตาม เฝ้าระวังการ ประเมินภาวะโภชนาการและ เฝ้าระวังการเจริญเติบโตให้ เด็กแรกเกิด – 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัด ความ ยาว / ส่วน สูง ทุก 3 เดือน	1) ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0 – 5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง 2) ร้อยละ 66 ของ เด็กอายุ 0 – 5 ปี สูงดีสมส่วน

เป้าหมาย	มาตรการ ที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทาง การตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ ที่ต้องการ
	โดยการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ ส่วนสูง จดกราฟและแปลผลภาวะ การเจริญเติบโต รวมถึงการแจ้งผล ให้พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็กทราบภาวะ การเจริญเติบโตของบุตรหลาน และ มีการส่งเสริมให้เด็กได้กินอาหารตาม วัยที่ครบถ้วน เพียงพอ และ หลากหลาย ตลอดจนมีกิจกรรม ทางกาย ที่เหมาะสมกับการ เจริญเติบโตของแต่ละช่วงวัย 3. การส่งเสริมความรู้สุขภาพ เรื่องโภชนาการและการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย - การส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ได้รับความรู้ และทักษะการเลือกกินอาหารที่มี คุณค่าทางโภชนาการที่เหมาะสม สำหรับการเจริญเติบโตของทารก ในครรภ์ รวมถึงการกินอาหารที่ ครบถ้วน เพียงพอและหลากหลาย ของหญิงให้นมบุตร เพื่อให้สร้าง น้ำนมคุณภาพ สำหรับการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ อย่างน้อย 6 เดือน และ กินนมแม่ควบคู่กับอาหารตามวัย ต่อเนื่อง จนถึงอายุ 2 ปี - ส่งเสริมให้พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดู เด็กปฐมวัย ได้มีความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักถึงสำคัญของ การจัดอาหารตามวัยที่เหมาะสม และถูกต้องสำหรับเด็กปฐมวัย รวมถึง ความสำคัญของการเฝ้าระวังการ เจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย โดยการ ชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูงการ จดกราฟและแปลการเจริญเติบโต อย่างทุก 3 เดือน ผ่านกิจกรรม โรงเรียนพ่อแม่ ในคลินิกเด็ก สุขภาพดี (WCC)		

เป้าหมาย	มาตรการ ที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทาง การตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 2			
1) เด็กอายุ 0 – 5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง 2) เด็กอายุ 0 – 5 ปี สูงดีสมส่วน	1. ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ผ่าน กลไกตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับ ตำบล ทั้งหมด 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1.1 กลไกการขับเคลื่อนงานแบบ บูรณาการ ของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นแกนหลัก รวมถึงการส่งเสริมให้ ภาคีเครือข่าย ชุมชน ท้องถิ่น เกิดการมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของ การดูแลเด็กปฐมวัยในชุมชน 1.2 การพัฒนาคุณภาพงาน บริการสาธารณสุขและงานบริการ ด้านสังคม 1.3 การพัฒนาสถานพัฒนาเด็ก ปฐมวัย 1.4 การมีส่วนร่วมของชุมชน และครอบครัว (ทีมพัฒนาเด็กและ ครอบครัว ระดับตำบล) 2. ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่าน กลไกความร่วมมือการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพ (4D) ในสถาน พัฒนาเด็กปฐมวัย (Diet) มุ่งเน้นการส่งเสริมโภชนาการการจัด อาหารตามวัยที่เหมาะสม รวมถึง การเฝ้าระวังและส่งเสริมการเจริญ เติบโต ของเด็กที่เข้าสู่ระบบการ เรียนการสอนในสถานพัฒนาเด็ก ปฐมวัยหรือโรงเรียนระดับอนุบาลใน พื้นที่ เพื่อให้เด็กปฐมวัยทุกคนได้รับ การเฝ้าระวังการเจริญเติบโต โดย การชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง จุดกราฟและแปลผลภาวะการเจริญ เติบโต รวมถึงการแจ้งผลให้พ่อแม่	1. ติดตามการขับเคลื่อนงาน ประเด็น การส่งเสริม โภชนาการของเด็กปฐมวัย ผ่านแผนปฏิบัติการระดับ จังหวัด 2. ติดตามการขับเคลื่อนงาน ตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ และระดับตำบล 3. ติดตาม เฝ้าระวังการ ประเมินภาวะโภชนาการและ เฝ้าระวังการเจริญเติบโตให้ เด็กอายุ 0 - 5 ปี ได้รับการ ชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ ส่วนสูง ทุก 3 เดือน	1) ร้อยละ 90 ของ เด็กอายุ 0 – 5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง 2) ร้อยละ 66 ของ เด็กอายุ 0 – 5 ปี สูงดีสมส่วน

เป้าหมาย	มาตรการ ที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทาง การตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ ที่ต้องการ
	ผู้เลี้ยงดูเด็กทราบภาวะการเจริญเติบโต ของบุตรหลาน และมีการส่งเสริมให้เด็กได้กินอาหารตามวัยที่ครบถ้วน เพียงพอ และหลากหลาย ตลอดจนมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับการเจริญเติบโตของแต่ละช่วงวัย 3. การส่งเสริมความรู้สุขภาพ เรื่อง โภชนาการและการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย - การส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ได้รับความรู้และทักษะการเลือกกินอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ รวมถึงการกินอาหารที่ครบถ้วน เพียงพอและหลากหลายของหญิงให้นมบุตร เพื่อให้สร้างน้ำนมคุณภาพ สำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างน้อย 6 เดือน และกินนมแม่ควบคู่กับอาหารตามวัยต่อเนื่องจนถึงอายุ 2 ปี - ส่งเสริมให้พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ได้มีความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักถึงสำคัญของการจัดอาหารตามวัยที่เหมาะสม และถูกต้องสำหรับเด็กปฐมวัย รวมถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย โดยการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูงการจุดกราฟและแปลการเจริญเติบโตอย่างทุก 3 เดือน ผ่านกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ในคลินิกเด็กสุขภาพดี (WCC)		

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. เด็กอายุ 0 – 5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ ส่วนสูง ร้อยละ 90	เด็กอายุ 0 – 5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ ส่วนสูง ร้อยละ 90	เด็กอายุ 0 – 5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ ส่วนสูง ร้อยละ 90	เด็กอายุ 0 – 5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ ส่วนสูง ร้อยละ 90
2. เด็กอายุ 0 – 5 ปี สูงดี สมส่วน ร้อยละ 66	เด็กอายุ 0 – 5 ปี สูงดี สมส่วน ร้อยละ 66	เด็กอายุ 0 – 5 ปี สูงดี สมส่วน ร้อยละ 66	เด็กอายุ 0 – 5 ปี สูงดี สมส่วน ร้อยละ 66

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

1. เด็กอายุ 0 – 5 ปี มีภาวะเตี้ย (ไม่เกินร้อยละ 10)
2. เด็กอายุ 0 – 5 ปี มีภาวะผอม (ไม่เกินร้อยละ 5)
3. เด็กอายุ 0 – 5 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน (ไม่เกินร้อยละ 9)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

1. ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน

$$\text{สูตรคำนวณตัวชี้วัด} = \frac{A1}{B2} \times 100$$

2. ร้อยละความครอบคลุมเด็กอายุ 0 - 5 ปี ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดความยาว/ส่วนสูง

$$\text{สูตรคำนวณตัวชี้วัด} = \frac{B2}{B1} \times 100$$

A1 = จำนวนเด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน

B1 = จำนวนเด็กอายุ 0 - 5 ปี ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด

B2 = จำนวนเด็กอายุ 0 - 5 ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดความยาวหรือส่วนสูง

หน่วยงานที่รับผิดชอบ:

กรมอนามัย สำนักโภชนาการ

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ E-mail address	ประเด็น ที่รับผิดชอบ
นางสาววารีทิพย์ พึ่งพันธ์	นักโภชนาการ ชำนาญการพิเศษ สำนักโภชนาการ	Tel. 0 2590 4327 E-mail : wareethip.p @anamai.mail.go.th	เด็กอายุ 0 – 5 ปี สูงตีสมส่วน
นางสาววรารณ จิตอารี	นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ สำนักโภชนาการ	Tel. 0 2590 4902 E-mail : waraporn.ji @anamai.mail.go.th	เด็กอายุ 0 – 5 ปี สูงตีสมส่วน

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ E-mail address	ประเด็น ที่รับผิดชอบ
นางสาววรารณ จิตอารี	นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ สำนักโภชนาการ	Tel. 0 2590 4902 E-mail : waraporn.ji @anamai.mail.go.th	เด็กอายุ 0 – 5 ปี สูงตีสมส่วน
นางสาวภาพิมล บุญอึ้ง	นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ สำนักโภชนาการ	Tel. 0 2590 4901 E-mail : papimon.b @anamai.mail.go.th	เด็กอายุ 0 – 5 ปี สูงตีสมส่วน

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (Inspection Guideline)

ประเด็นที่ 3 : สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ (กลุ่มวัย)

หัวข้อ

สร้างเสริมสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรง (กลุ่มเด็กปฐมวัย)

ตัวชี้วัด

ร้อยละเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ

คำนิยาม

เด็กอายุ 3 ปี หมายถึง เด็กที่อายุ 3 ปี ถึง 3 ปี 11 เดือน 29 วัน

ปราศจากโรคฟันผุ (Caries free) หมายถึง ไม่มีรูฟันผุ ฟันถอน และอุด เนื่องจากโรคฟันผุ

สถานการณ์

สถานการณ์โรคฟันผุในเด็กไทยถือว่ายังอยู่ในระดับที่สูงมีผลต่อภาวะโภชนาการและการเจริญเติบโต เด็กไทยอายุ 3 ปี ซึ่งเป็นขวบปีแรกที่มีฟันน้ำนมขึ้นครบ มีปัญหาโรคฟันผุร้อยละ 52.9 และเมื่อเด็กอายุ 5 ปี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 75.6 และมีฟันค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดอยู่ที่ 4.5 ซี่/คน กิจกรรมการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ปีงบประมาณ 2565 พบว่าเด็กได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับต่ำ โดยเด็กอายุ 0 - 2 ปี ได้รับการตรวจฟันเพียง ร้อยละ 44.8 เด็ก 3 - 5 ปี ได้รับการตรวจฟันและทาฟลูออไรด์วานิช ร้อยละ 41.4 และ 36.2 ตามลำดับ หากเด็กได้รับการตรวจ ประเมินโรคฟันผุ ได้รับคำแนะนำ และบริการทันตกรรมป้องกันที่เหมาะสมจะนำไปสู่การลดการเกิดฟันผุและการสูญเสียฟันก่อนวัยอันควร ส่งผลให้เด็กมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เด็กปฐมวัยได้รับการส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปาก (ตรวจสุขภาพช่องปาก ฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติในผู้ปกครองเด็ก 0 - 2 ปี และเคลือบ/ทาฟลูออไรด์)

เป้าหมาย	มาตรการ ที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทาง การตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 1			
1. เด็กอายุ 0 - 2 ปี ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก 2. เด็กอายุ 0 - 2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ หรือได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติและ plaque control 3. เด็กอายุ 0 - 2 ปี เคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ 4. เด็กอายุ 3 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	1. จัดกิจกรรมส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปากใน 3 setting คือ หน่วยบริการ: คลินิกสุขภาพเด็กดี (WCC) โดยมีกิจกรรมสำคัญ คือ ตรวจสุขภาพช่องปาก ฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติในผู้ปกครองเด็ก 0 - 2 ปี และเคลือบ/ทาฟลูออไรด์ และส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ปกครองพาบุตรหลานมาตรวจสุขภาพช่องปากทุกครั้งที่มารับวัคซีน ชุมชน: กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ในชุมชน ที่มีความพร้อมในการเฝ้าระวังและส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยมีความร่วมมือของภาครัฐและชุมชน เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน รวมถึงการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากผ่านกลไกตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน plus สู่ 2,500 วัน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย: มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากภายใต้แนวคิด ปตท. คือ ป : แปรงฟันถูกวิธีด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ด : ตรวจฟันโดยครูผู้ดูแลทุกวัน ท : รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ไม่ก่อให้เกิดโรคฟันผุ ภายใต้นโยบายการพัฒนาและยกระดับคุณภาพเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D : Development and Play/Diet/Dental/Disease) ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ	1. ชุมชนมีการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากผ่านกลไกตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน plus สู่ 2,500 วัน 2. พื้นที่ที่มีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน สพด. 4D ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ 3. มีการให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากในโรงเรียนพ่อแม่อย่างต่อเนื่อง 4. ติดตามและประเมินผลการสร้างความรอบรู้ผ่าน E-learning แนวทางการคัดกรองและเฝ้าระวังโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย 5. ประเมินและติดตามการดำเนินงานตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กใน WCC 6. ติดตามผลการดำเนินงานจากระบบรายงานข้อมูล HDC report กระทรวงสาธารณสุข	1. ร้อยละ 30 ของเด็กอายุ 0 - 2 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก 2. ร้อยละ 30 ของเด็กอายุ 3 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก

เป้าหมาย	มาตรการ ที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทาง การตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ ที่ต้องการ
	2. มาตรการสร้างความรอบรู้ เรื่อง การดูแลสุขภาพช่องปาก โดยผ่าน กระบวนการให้ความรู้ในกิจกรรม โรงเรียนพ่อแม่ (ผ่านผู้ปกครอง) และ E-learning แนวทางการคัดกรอง และเฝ้าระวังโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย (ผ่านบุคลากรสาธารณสุข)		
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 2			
1. เด็กอายุ 0 - 2 ปี ได้รับบริการตรวจ สุขภาพช่องปาก 2. เด็กอายุ 0 - 2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึก แปร่งฟันแบบลงมือ ปฏิบัติ หรือได้รับการฝึก แปร่งฟันแบบลงมือ ปฏิบัติและ plaque control 3. เด็กอายุ 0 - 2 ปี เคลือบ/ทาฟลูออไรด์ เฉพาะที่ 4. เด็กอายุ 3 ปี ได้รับการ ตรวจ สุข ภาพ ช่องปาก	1. จัดกิจกรรมส่งเสริมและป้องกัน โรคในช่องปากใน 3 setting คือ หน่วยบริการ: คลินิกสุขภาพเด็กดี (WCC) โดยมีกิจกรรมสำคัญ คือ ตรวจสุขภาพช่องปาก ฝึกแปรงฟัน แบบลงมือปฏิบัติในผู้ปกครองเด็ก 0-2 ปี และเคลือบ/ทาฟลูออไรด์ และส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ปกครอง พาบุตรหลานมาตรวจสุขภาพช่อง ปากทุกครั้งที่มารับวัคซีน ในชุมชน: จัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ อาจจัดทำในสถานพยาบาลของรัฐ หรือในชุมชนที่มีความพร้อมโดยมี ความร่วมมือของภาครัฐและชุมชน เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน ขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพช่อง ปากผ่านกลไกตำบลทศวรรษ 1,000 วัน plus สู่ 2,500 วัน ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย: จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ตามหลัก ปตท. คือ แปรงฟันถูกวิธี ด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ตรวจฟัน เป็นกิจวัตร และรับประทานอาหาร ที่มีประโยชน์ไม่ก่อให้เกิดโรคฟันผุ ผ่านการพัฒนาคุณภาพเด็กปฐมวัย	1. ชุมชนมีการขับเคลื่อนงาน ส่งเสริมสุขภาพช่องปากผ่าน กลไกตำบลทศวรรษ 1,000 วัน plus สู่ 2,500 วัน 2. พื้นที่ที่มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน สพด. 4D ตาม มาตรฐานสถานพัฒนาเด็ก ปฐมวัยแห่งชาติ 3. มีการให้ความรู้เรื่องการ ดูแลสุขภาพช่องปากใน โรงเรียนพ่อแม่อย่างต่อเนื่อง 4. ติดตามและประเมินผล การสร้างความรอบรู้ผ่าน E-learning แนวทางการ คัดกรองและเฝ้าระวังโรคฟันผุ ในเด็กปฐมวัย 5. ประเมินและติดตามการ ดำเนินงานตามมาตรฐาน ออนามัยแม่และเด็กใน WCC 6. ติดตามผลการดำเนินงาน จากระบบรายงานข้อมูล HDC report กระทรวงสาธารณสุข	1. ร้อยละ 50 ของเด็ก อายุ 0 - 2 ปี ได้รับการตรวจ สุขภาพช่องปาก 2. ร้อยละ 50 ของเด็กอายุ 3 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก

เป้าหมาย	มาตรการ ที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทาง การตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ ที่ต้องการ
	ให้เป็นไปตามเกณฑ์การประเมิน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D : Development and Play/ Diet/Dental/Disease) ตาม มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย แห่งชาติ 2. มาตรการสร้างความรอบรู้ เรื่อง การดูแลสุขภาพช่องปาก โดยผ่าน กระบวนการให้ความรู้ในกิจกรรม โรงเรียนพ่อแม่ (ผ่านผู้ปกครอง) และ E-learning แนวทางการคัดกรอง และเฝ้าระวังโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย (ผ่านบุคลากรสาธารณสุข)		

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	- เด็ก 0 - 2 ปี ได้รับการตรวจ สุขภาพช่องปากไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 - เด็ก 3 ปี ได้รับการตรวจ สุขภาพช่องปากไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30		- เด็ก 0 - 2 ปี ได้รับการตรวจ สุขภาพช่องปากไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 - เด็ก 3 ปี ได้รับการตรวจ สุขภาพช่องปากไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 - เด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 75

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

- ร้อยละของเด็กอายุ 18 เดือนได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก
- ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 18 เดือนมีฟันผุในฟันน้ำนม

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

$$\text{สูตรคำนวณตัวชี้วัด} = \frac{A}{B} \times 100$$

A = จำนวนเด็กอายุ 3 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ไม่มีรูฟันผุ ฟันถอน และอุด เนื่องมาจากโรคฟันผุ

B = จำนวนเด็กอายุ 3 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

กรมอนามัย สำนักทันตสาธารณสุข

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ E-mail address	ประเด็น ที่รับผิดชอบ
นางสาวพรชนัดต์ บุญคง	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ สำนักทันตสาธารณสุข	Tel. 0 2590 4956 Mobile 08 6596 2150 E-mail : Phonchanet.b @anamai.mail.go.th	ร้อยละ เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ
นางสาวปจรรย์ภัทร นาควารี	นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ สำนักทันตสาธารณสุข	Tel. 0 2590 4956 Mobile 06 5549 1914 E-mail : pachareeyaphat.n @anamai.mail.go.th	ร้อยละ เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ E-mail address	ประเด็น ที่รับผิดชอบ
นางสาวนพวรรณ โพชนุกูล	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักทันตสาธารณสุข	Tel. 0 2590 4956 Mobile 06 1929 3651 E-mail : noppawan.p @anamai.mail.go.th	ร้อยละ เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ
นางปฐมา เชาวนเมธา	ทันตแพทย์ชำนาญการ สำนักทันตสาธารณสุข	Tel. 0 2590 4956 Mobile 08 6904 4914 E-mail : patamasingha @gmail.com	ร้อยละ เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ

ประเด็นกำกับ ติดตาม

ตัวชี้วัด : ร้อยละ 57 ของเด็กอายุ 6-14 ปี
สูงดีสมส่วน

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (Inspection Guideline) ประเด็นกำกับติดตาม

หัวข้อ

สร้างเสริมสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรง (กลุ่มเด็กวัยเรียนวัยรุ่น)

ตัวชี้วัด

(ตัวชี้วัดภายใต้ประเด็น/หัวข้อ) ร้อยละ เด็กอายุ 6 - 14 ปี สูงดีสมส่วน

คำนิยาม

เด็กอายุ 6-14 ปี หมายถึง เด็กอายุ 6 ปีเต็ม - 14 ปี 11 เดือน 29 วัน

กราฟการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19 ปี กรมอนามัย ปี พ.ศ. 2564 หมายถึง เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19 ปี สำนักโภชนาการ กรมอนามัย พ.ศ. 2564

สูงดี หมายถึง ส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูง หรือสูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ ของเด็กอายุ 6 - 19 ปี กรมอนามัย ปี พ.ศ. 2564 โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ - 1.5 SD ของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ

สมส่วน หมายถึง น้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ของเด็กอายุ 6 - 19 ปี กรมอนามัย ปี พ.ศ. 2564 โดยมีค่า - 1.5 SD ถึง + 1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง

สูงดีสมส่วน หมายถึง ส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป และมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียววัน)

สถานการณ์

จากรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข ปี 2565 ยังพบเด็กอายุ 6 - 14 ปี สูงดีสมส่วนร้อยละ 56.1 (เป้าหมาย ร้อยละ 66) ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 13.7 (เป้าหมาย ร้อยละ 10) ภาวะผอม ร้อยละ 5.1 (เป้าหมาย ร้อยละ 5) และภาวะเตี้ย ร้อยละ 10.1 (เป้าหมาย ร้อยละ 5) จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ยังพบปัญหาภาวะทุพโภชนาการของวัยเรียน การส่งเสริมให้เด็กภาวะโภชนาการที่ดี ควรให้ความสำคัญกับคุณภาพอาหาร การออกกำลังกาย และการนอนหลับที่มีคุณภาพ การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ รวมทั้งเด็กต้องได้รับการดูแลสุขภาพทุกด้าน รวมทั้งการเฝ้าระวังการเจริญเติบโต การส่งเสริม และจัดการแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการ และสุขภาพด้านอื่นๆ เพื่อจะนำไปสู่การเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดีแข็งแรงต่อไป

จากการติดตามโครงการคุณภาพอาหารกลางวันในโรงเรียนโดยสำนักโภชนาการร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน พบว่า ในตัวอย่างโรงเรียน จำนวน 18 แห่ง จาก 9 จังหวัด พบประเด็นปัญหาที่เกี่ยวกับการประเมินการเจริญเติบโต ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนักได้มาตรฐาน วิธีการชั่งไม่ถูกต้อง ไม่สอบความเที่ยงตรง ของเครื่องชั่งน้ำหนัก ร้อยละ 67 , 100 และ 100 ตามลำดับ ที่วัดส่วนไม่ได้มาตรฐาน รวมทั้งวิธีการวัดส่วนสูงไม่ได้ตามมาตรฐาน ร้อยละ 100

และมีการแปลผลที่ไม่ถูกต้อง โดยพบว่าใช้เกณฑ์อ้างอิงชุดเก่า และใช้ BMI ในการประเมินการเจริญเติบโตของเด็ก นอกจากนี้การประเมินคุณภาพการจัดอาหารกลางวัน พบว่า ขาดกลไกในการกำกับติดตาม การจัดอาหารโดยใช้โปรแกรม Thai School Lunch และไม่มีการจัดอาหารหมุนเวียน ตักอาหารในปริมาณที่ไม่เหมาะสมตามวัย และมีอาหารเหลือทิ้ง และยังพบการจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพในโรงเรียนและรอบรั้วโรงเรียน

ประเด็นกำกับ ติดตาม

1. การเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ เพื่อเด็กวัยเรียนวัยรุ่นสูงตีสมส่วน
2. คุณภาพอาหารกลางวัน เพื่อลดปัญหาภาวะทุพโภชนาการ

เป้าหมาย	มาตรการ ที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทาง การตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 1 การเฝ้าระวังโภชนาการ เพื่อเด็กวัยเรียนวัยรุ่นสูงตีสมส่วน			
เด็กอายุ 6-14 ปี สูงตี สมส่วน	1. ขับเคลื่อนการเฝ้าระวังการเจริญเติบโตเน้นการใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19 ปี พ.ศ. 2564 2. การรายงานผลการดำเนินงานผ่านระบบ HDC 3. การกำกับ ติดตามการดำเนินงานในพื้นที่	1. ติดตามการใช้เครื่องชั่งน้ำหนักเครื่องวัดส่วนสูง ที่ได้มาตรฐาน 2. ติดตามวิธีการแปลผลการเจริญเติบโต โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19 ปี พ.ศ. 2564 (ส่วนตามสูงตามเกณฑ์ และน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง) 3. การบันทึกข้อมูลน้ำหนัก ส่วนสูงในระบบรายงาน HDC 4. มีการใช้ข้อมูลจากระบบรายงาน HDC งานโภชนาการ และ HDC งานอนามัยโรงเรียน ในการติดตามและจัดการปัญหาสุขภาพในพื้นที่ 5. มีการติดตามการจัดการเด็กที่มีปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (เริ่มอ้วนและอ้วน ผอม เตี้ย) 6. มีการคัดกรอง obesity sign เด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนและมีการส่งต่อเข้าสู่สถานบริการสาธารณสุข 7. มีการบันทึกรหัส community service ในแฟ้มงานอนามัยโรงเรียน 8. ติดตามการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ	1. รายงานการติดตามการประเมินภาวะโภชนาการในพื้นที่ 2. รายงานสถานการณ์ภาวะโภชนาการ ผ่านระบบ HDC 3. มีรายงานการแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการเด็กวัยเรียน (เริ่มอ้วนและอ้วน ผอม เตี้ย) รวมทั้งการ คัดกรองส่งต่อเด็กกลุ่มเสี่ยง ส่งต่อสถานบริการสาธารณสุข 4. มีรายงานการติดตามคัดกรอง obesity sign เด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนและมีการส่งต่อเข้าสู่สถานบริการสาธารณสุข และบันทึกในระบบ HDC 5. จำนวนรายงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ เช่น โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ โรงเรียนนักเรียนสุขภาพดี ฯลฯ

เป้าหมาย	มาตรการ ที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทาง การตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น 2 คุณภาพอาหารกลางวัน เพื่อ ลดปัญหาภาวะทุพโภชนาการ			
การจัดอาหาร กลางวันมี คุณภาพตาม หลักโภชนาการ	1. ขับเคลื่อนกลไกการมีส่วนร่วม ของคณะกรรมการสถานศึกษา ที่มาจากผู้ปกครอง ผู้ทรงคุณวุฒิ และเครือข่ายเพื่อให้ส่งเสริมให้มี การจำหน่ายอาหารและ เครื่องดื่มที่ดีต่อสุขภาพและ/ หรือรอบรั้วโรงเรียน	1. ติดตามมาตรการ/วิธีการ/แนวทางใน การขับเคลื่อนส่งเสริมให้มีการจำหน่าย อาหารและเครื่องดื่มที่ดีต่อสุขภาพ และ/หรือรอบรั้วโรงเรียน 2. มีการจัดเมนูอาหารกลางวันอย่างน้อย 1 เดือน	1. มีนโยบายการดำเนินงาน เป็นลายลักษณ์อักษร 2. รายงานผลการจัดเมนู อาหารกลางวันอย่างน้อย 1 เดือน
	2. ส่งเสริมการจัดเมนูอาหาร กลางวันตามหลักโภชนาการโดย ใช้โปรแกรม Thai School Lunch 3. ให้ความรู้การดักอาหารใน ปริมาณที่เหมาะสมตามวัย 4. ส่งเสริมการดำเนินงาน โครงการอาหารเสริม (นม) โรงเรียน 5. กำกับ ติดตามและประเมิน การจัดอาหารกลางวันในสถาน ศึกษาให้ได้คุณภาพตามหลัก โภชนาการ โดยทีมกำกับติดตาม จากหน่วยงานในพื้นที่ ประกอบ ด้วย สธ. ศธ. อปท. อย่างน้อย ภาคการศึกษาละ 1 ครั้ง 6. พัฒนาศักยภาพผู้ปรุงอาหาร และผู้สัมผัสอาหาร โดยการ อบรมหลักสูตรสุขาภิบาลอาหาร และอาหารปลอดภัย 7. พัฒนาศักยภาพผู้ปรุงอาหาร และผู้สัมผัสอาหารเกี่ยวกับ อาหารและโภชนาการ	3. กำกับ ติดตามและประเมินการจัด อาหารกลางวันและโครงการอาหาร เสริม (นม) ในสถานศึกษาให้ได้คุณภาพ ตามหลักโภชนาการ 4. มีการพัฒนาศักยภาพในพื้นที่ ผู้ปรุงอาหารและผู้สัมผัสอาหารโดยการ อบรมหลักสูตรสุขาภิบาลอาหารและ อาหารปลอดภัย รวมทั้งอาหารและ โภชนาการ	3. รายงานผลการกำกับ ติดตามและประเมินการจัด อาหารกลางวันและโครงการ อาหารเสริม (นม) ในสถาน ศึกษา 4. มีแผนพัฒนาศักยภาพ บุคลากรในพื้นที่และรายงาน การพัฒนาศักยภาพบุคลากรใน พื้นที่

ตัวชี้วัด ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน (รายละเอียดตัวชี้วัด (Template) ตามแนบ)

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
-	ร้อยละของเด็กอายุ 6 - 14 ปี ร้อยละ 57 ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2565	-	ร้อยละของเด็กอายุ 6 - 14 ปี ร้อยละ 57 ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2566
-	รายงานผลการกำกับติดตาม คุณภาพอาหารกลางวัน	-	รายงานผลการกำกับติดตาม คุณภาพอาหารกลางวัน

หมายเหตุ: มีการติดตามภาวะโภชนาการในสถานศึกษา ปีละ 2 ภาคการศึกษา
ภาคการศึกษาที่ 1 พฤษภาคม - กันยายน

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

1. ร้อยละของเด็กอายุ 6 - 14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน
2. ร้อยละของเด็กอายุ 6 - 14 ปี มีภาวะเตี้ย
3. ร้อยละของเด็กอายุ 6 - 14 ปี มีภาวะผอม

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

ร้อยละของเด็กอายุ 6 - 14 ปี สูงดีสมส่วน

$$\text{สูตรคำนวณตัวชี้วัด} = \frac{A1}{B1} \times 100$$

A1 = จำนวนเด็กอายุ 6 - 14 ปี ที่มีภาวะสูงดีสมส่วน

B1 = จำนวนเด็กอายุ 6 - 14 ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

กรมอนามัย สำนักโภชนาการ

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ E-mail address	ประเด็น ที่รับผิดชอบ
นางกานต์ณัฏชา สร้อยเพชร	นักโภชนาการชำนาญ การพิเศษ สำนักโภชนาการ	Tel. 0 2590 4903 E-mail : kkannat@gmail.com	ประเด็นที่ 1 และ 2
นางสาวปัทมาภรณ์ อักษรชู	นักวิทยาศาสตร์ชำนาญการ สำนักโภชนาการ	Tel. 0 2590 4334 E-mail : paksornchu@gmail.com	ประเด็นที่ 1 และ 2
นางสาวใจรัก ลอยสงเคราะห์	นักโภชนาการชำนาญการ สำนักโภชนาการ	Tel. 0 2590 4791 E-mail : jairakloysongkroa@gmail.com	ประเด็นที่ 1 และ 2
นางสาวทิพรดี คงสุวรรณ	นักโภชนาการปฏิบัติการ สำนักโภชนาการ	Tel. 0 2590 4904 E-mail : thiparadee@gmail.com	ประเด็นที่ 1 และ 2
นางสาวนฤมล ธนเจริญวัชร	นักโภชนาการปฏิบัติการ สำนักโภชนาการ	Tel. 0 2590 4791 E-mail : Plafishy11@gmail.com	ประเด็นที่ 1 และ 2

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ E-mail address	ประเด็น ที่รับผิดชอบ
นางกานต์ณัฏชา สร้อยเพชร	นักโภชนาการชำนาญ การพิเศษ สำนักโภชนาการ	Tel. 0 2590 4903 E-mail : kkannat@gmail.com	ประเด็นที่ 1 และ 2
นางสาวปัทมาภรณ์ อักษรชู	นักวิทยาศาสตร์ชำนาญการ สำนักโภชนาการ	Tel. 0 2590 4334 E-mail : paksornchu@gmail.com	ประเด็นที่ 1 และ 2
นางสาวใจรัก ลอยสงเคราะห์	นักโภชนาการชำนาญการ สำนักโภชนาการ	Tel. 0 2590 4791 E-mail : jairakloysongkroa@gmail.com	ประเด็นที่ 1 และ 2
นางสาวทิพรดี คงสุวรรณ	นักโภชนาการปฏิบัติการ สำนักโภชนาการ	Tel. 0 2590 4904 E-mail : thiparadee@gmail.com	ประเด็นที่ 1 และ 2
นางสาวนฤมล ธนเจริญวัชร	นักโภชนาการปฏิบัติการ สำนักโภชนาการ	Tel. 0 2590 4791 E-mail : Plafishy11@gmail.com	ประเด็นที่ 1 และ 2

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆ ที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คกก.กำหนดประเด็นแต่ละประเด็น

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (Inspection Guideline)

ประเด็นที่ 3 : สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

หัวข้อ

การยกระดับบริการผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัด

1. ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)

คำนิยาม

- 1) ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
- 2) แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) หมายถึง เครื่องมือในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง “ทักษะทางปัญญาและสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของปัจเจกในการแสวงหาทำความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี”

แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) มีองค์ประกอบการส่งเสริมสุขภาพและจัดการปัจจัยเสี่ยง 6 ประเด็น ได้แก่

1. ประเด็นโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ
 2. ประเด็นการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ
 3. ประเด็นสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ
 4. ประเด็นผู้สูงอายุสมองดี
 5. ประเด็นความสุขของผู้สูงอายุ
 6. ประเด็นสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับ
- 3) ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living: ADL) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป (กลุ่มติดสังคม) ได้รับการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ และจัดทำแผนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

การจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้สูงอายุเข้าสู่กระบวนการด้วยความสมัครใจ และได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้
2. ผู้สูงอายุประเมินตนเองตามแนวทางการประเมิน เพื่อรับรู้สถานการณ์สุขภาพ และความเสี่ยงด้านสุขภาพ
3. จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ผ่านโปรแกรมที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น หรือผ่านรูปแบบอื่นๆ
4. นำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) สู่การปฏิบัติจริง
5. หลังจากปฏิบัติตามแผนฯ แล้ว ผู้สูงอายุดำเนินการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง หรือประเมินร่วมกับเจ้าหน้าที่

6. ปรับปรุง/พัฒนาแผนฯ และนำไปปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย
7. แลกเปลี่ยนเรียนรู้และบอกต่อแก่เพื่อนสมาชิกชมรม/กลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุในชุมชน หรือผู้ที่สนใจ
8. เสริมสร้างกระบวนการ และปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เพื่อการมีสุขภาพดี

2. จำนวนชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ (1 ชมรม/ตำบล)

คำนิยาม

- 1) **ชมรมผู้สูงอายุ** หมายถึง การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ตั้งแต่ 30 คนขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ซึ่งในชมรมอาจมีผู้ที่มีอายุระหว่าง 25 – 59 ปี ไม่เกิน 1 ใน 4 ของสมาชิกทั้งหมด โดยชมรมผู้สูงอายุมีการดำเนินกิจกรรมด้วยสมาชิกในชมรม เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ หรือความมุ่งมั่นของสมาชิกชมรม หรือเพื่อสังคมโดยรวม
- 2) **ชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ** หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุที่จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพทั้งทางร่างกาย และทางจิตใจ แก่สมาชิกในชมรม ได้แก่ การประเมินสุขภาพ การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย กิจกรรมสร้างความสุข กิจกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม กิจกรรมทันตสุขภาพ กิจกรรมด้านโภชนาการ และกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมมีสุขภาพที่แข็งแรง และลดการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง

3. คลินิกผู้สูงอายุ

3.1 ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ

3.2 ร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

3.2.1 ร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

3.2.2 ร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

คำนิยาม

- 1) **คลินิกผู้สูงอายุ** หมายถึง การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด
- 2) **จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ (F3-A) กำหนดแนวทาง ดังนี้**
 1. มีระบบบริการที่ครอบคลุมการประเมินและการดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ (Comprehensive Geriatric Assessment and Rehabilitation Care)
 2. มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประจำคลินิกผู้สูงอายุ
 3. มีการวินิจฉัย และ การวางแผนการดูแลผู้ป่วย
 4. มีระบบข้อมูล/เชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการรับส่งต่อทั้งในและนอกโรงพยาบาล
- 3) **เกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ แบ่งเป็น 3 ระดับ**
 1. โรงพยาบาลระดับ F3-F1
 2. โรงพยาบาลระดับ M2-M1
 3. โรงพยาบาลระดับ S-A

4) โรงพยาบาลในสังกัด สป.สธ. แบ่งตามประเภท Service Plan มีดังนี้

- ระดับ A (Advance-level Hospital): โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญและเทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพง
- ระดับ S (Standard-level Hospital): โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ
- ระดับ M1 (Middle-level Hospital): โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ
- ระดับ M2 (Middle-level Hospital): โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 120 เตียงขึ้นไป ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3-5 คน และแพทย์เฉพาะทางครบทั้ง 6 สาขาหลัก สาขาย่อยอย่างน้อย 2 คน
- ระดับ F1 (First-level Hospital): โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ ขนาด 60-120 เตียง
- ระดับ F2 (First-level Hospital): โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง ขนาด 30-90 เตียง
- ระดับ F3 (First-level Hospital): โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ขนาด 30 เตียง ที่มีแพทย์ เวชปฏิบัติทั่วไป หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวม 1-2 คน

5) การดูแลรักษา หมายถึง มีการดูแลรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษา ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ และการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้ม หรือ กลุ่มอาการผู้สูงอายุอื่นๆ (ตามระดับศักยภาพโรงพยาบาล)

6) จำนวนโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไป มีทั้งหมด 901 โรงพยาบาล (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

จำนวนโรงพยาบาล ในสังกัด สป.สธ. แบ่งตามประเภท Service Plan	
ประเภท Service Plan	จำนวน (แห่ง)
A	34
S	52
M1	40
M2	93
F1	94
F2	508
F3	80
รวม	901

7) ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง ภาวะที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มีสาเหตุจากการเสื่อมสลายของเซลล์สมอง ส่งผลต่อการทำงานของสมองหลายด้าน ความสูญเสียของสมองจะเกิดขึ้นอย่างถาวร จนส่งผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตประจำวัน และความสามารถอยู่ร่วมกันในสังคม

8) ภาวะหกล้ม หมายถึง ภาวะที่ร่างกายของบุคคลสูญเสียความสามารถในการเดินและการทรงตัว ทำให้ล้มลงไปที่พื้น หรือพื้นผิวที่ต่ำกว่าร่างกายโดยไม่ตั้งใจ

4. ร้อยละ 95 ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan

คำนิยาม

- 1) **ผู้สูงอายุ** หมายถึง ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
- 2) **ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง** หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งมีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living: ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน มี ADL 5-11 คะแนน และกลุ่มติดเตียง มี ADL 0-4 คะแนน
- 3) **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง** หมายถึง ประชาชนที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน มี ADL 5-11 คะแนน และกลุ่มติดเตียง มี ADL 0-4 คะแนน
- 4) **ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC)** หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริมพัฒนา สนับสนุน พื้นฟู และสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการดูแล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว
- 5) **ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมโครงการ LTC** หมายถึง ประชาชนทุกสิทธิ ทุกกลุ่มอายุ ที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน และอยู่อาศัยในพื้นที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมกองทุน LTC ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) จาก Care Manager/Caregiver/บุคลากรสาธารณสุข และทีมสหวิชาชีพ ตามชุดสิทธิประโยชน์
- 6) **แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)** หมายถึง แบบการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจาก Care Manager ทีมผู้เชี่ยวชาญ ครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถรับรู้ถึงความช่วยเหลือจากทีมผู้ให้การดูแลที่เกี่ยวข้อง
- 7) **การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ ประกอบด้วย**
 - 7.1) การประเมินผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพด้วยแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ทุกๆรอบ 9 เดือนและ 12 เดือน
 - 7.2) การประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้าน (ตามแนวทางที่คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดขึ้น)
 - 7.3) การประเมินพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละด้านผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย เพื่อเชื่อมกับการจัดทำ Care Plan ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)

5. จำนวนผู้ที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียม/รากฟันเทียม (ฟันเทียม 36,000 ราย และรากฟันเทียม 3,500 ราย) (ทั่วประเทศ)

คำนิยาม

- 1) **บริการฟันเทียม** หมายถึง การให้บริการในผู้ที่ไม่มีฟันทั้งปาก หรือสูญเสียฟันมากกว่า 16 ซี่ ในทุกสิทธิการรักษา
- 2) **บริการรากฟันเทียม** หมายถึง การให้บริการในผู้ที่มีฟันเทียมทั้งปากเดิม แต่ฟันเทียมหลวมไม่กระชับ เพราะสันเหงือกยุบตัว หรือมีข้อบ่งชี้จำเป็นต้องได้รับการฝังรากฟันเทียมเพื่อรองรับฟันเทียม ในผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการ ที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทาง การตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 1			
ลดปัจจัยเสี่ยงก่อน เกิดโรค (Promotion & Prevention)	- ส่งเสริมการประเมิน ความสามารถในการประกอบ กิจวัตรประจำวัน (ADL) และ คัดกรองความถดถอย 9 ด้าน ของผู้สูงอายุ - ขับเคลื่อนชมรมผู้สูงอายุที่ ดำเนินการด้านสุขภาพ - ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุจัดทำแผน ส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	ประเมินสถานการณ์ ข้อมูลเบื้องต้น การสอบถาม และการดำเนิน กระบวนการ จาก Primary Data และข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และ ติดตาม ความก้าวหน้า ปัญหาและ อุปสรรค	- ผู้สูงอายุร้อยละ 40 ได้รับส่ง เสริมการประเมินความ สามารถในการประกอบ กิจวัตรประจำวัน (ADL) และคัดกรองความถดถอย 9 ด้าน ของผู้สูงอายุ ผ่าน Blue Book Application - มีชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการ ด้านสุขภาพ จำนวน 77 แห่ง (1 ชมรม/จังหวัด) - ร้อยละ 25 ของผู้สูงอายุมี แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)
- ร้อยละ 50 ของ โรงพยาบาลที่มี คลินิกผู้สูงอายุ - ร้อยละ 30 ของ ผู้สูงอายุที่ผ่านการ คัดกรอง พบว่า เสี่ยงต่อการเกิด ภาวะสมองเสื่อม หรือภาวะหกล้ม และได้รับการ ดูแลรักษาใน คลินิกผู้สูงอายุ	รพ.แต่ละระดับมีการจัดตั้งคลินิก ผู้สูงอายุเพื่อประเมิน ดูแล รักษา ฟื้นฟู (Treatment & Rehabilitation) - มีการบริการครอบคลุมการ ประเมินและการดูแล ฟื้นฟู สุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มอาการ สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมหรือ ภาวะหกล้ม - มีบุคลากรทางการแพทย์และ สาธารณสุขประจำคลินิก ผู้สูงอายุ - มีการวินิจฉัย และ การ วางแผนการดูแลผู้ป่วย - มีระบบข้อมูล/เชื่อมโยงข้อมูล สนับสนุนการรับส่งต่อทั้งใน และนอกโรงพยาบาล	- รพ.ทุกระดับมีการดำเนินการ ตามเกณฑ์มาตรฐานคลินิก ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ - มีระบบการรับส่งต่อทั้งในและ นอกโรงพยาบาล	- การรับ-ส่งต่อผู้สูงอายุ ที่มี ความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการ สูงอายุ (Geriatric Syndromes) และปัญหาสุขภาพที่สำคัญ หลังจากที่ได้รับการคัดกรอง สุขภาพในชุมชน - ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษา ฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแล ต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อมหรือภาวะหกล้ม หรือกลุ่มอาการสูงอายุอื่นๆ อย่างเหมาะสม - ส่งเสริมหรือคงสมรรถภาพ ทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุ ป้องกันหรือลดการเกิด ภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ

เป้าหมาย	มาตรการ ที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทาง การตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ ที่ต้องการ
ป้องกันการสูญเสีย หรือพิการ (LTC & PC)	1. พัฒนาระบบการดูแลระยะ ยาว LTC + ระยะท้าย PC 2. สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ เช่น แว่นสายตา ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ฟัน เทียม/รากฟันเทียม	ประเมินจากข้อมูลเบื้องต้น - ตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นจาก ระบบโปรแกรม LTC (3C) ของ หน่วยบริการในพื้นที่ - ตรวจสอบระบบการให้บริการส่ง เสริมผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่ง พิงตาม Care Plan - วิเคราะห์กระบวนการขับเคลื่อน การดำเนินงานปัญหา/อุปสรรค	1. ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุและ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับ การดูแลตาม Care Plan 2. มีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ สำหรับผู้สูงอายุ (ผ้าอ้อม ผู้ใหญ่ แว่นตา) 3. มีการให้บริการฟันเทียมร้อยละ 40 และบริการรากฟันเทียม ร้อยละ 20 ของเป้าหมาย
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 2			
ลดปัจจัยเสี่ยงก่อน เกิดโรค (Promotion & Prevention)	1. ส่งเสริมการประเมิน ความสามารถในการประกอบ กิจวัตรประจำวัน (ADL) และ คัดกรองความถดถอย 9 ด้าน ของผู้สูงอายุ 2. ขับเคลื่อนชมรมผู้สูงอายุที่ ดำเนินการด้านสุขภาพ 3. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุจัดทำแผน ส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	- สนับสนุนให้มีการคัดกรอง สุขภาพ และจัดทำ แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness plan) ผ่านชมรมผู้สูงอายุ - การกำกับ ติดตามและเยี่ยม เสริมพลัง - สอบถามกระบวนการ ความก้าวหน้า ปัญหาและ อุปสรรค	1. ผู้สูงอายุร้อยละ 80 ได้รับส่ง เสริมการประเมิน ความสามารถในการ ประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) และคัดกรอง ความถดถอย 9 ด้าน ของผู้สูงอายุ ผ่าน Blue Book Application 2. มีชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการ ด้านสุขภาพ จำนวน 7,255 แห่ง (1 ชมรม/ตำบล) 3. ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุมี แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)
- ร้อยละ 100 ของ โรงพยาบาลที่มี คลินิกผู้สูงอายุ	เขต/สจ. ติดตามและสนับสนุน ให้รพ.แต่ละระดับมีการจัดตั้ง คลินิกผู้สูงอายุเพื่อประเมิน ดูแล รักษา ฟันฟู (Treatment & Rehabilitation) 1. มีการบริการครอบคลุมการ ประเมินและการดูแล ฟันฟู สุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มอาการ สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมหรือ ภาวะหกล้ม	การกำกับ ติดตามและเยี่ยมเสริมพลัง 1. ร่วมประเมินและพัฒนาคลินิก นำไปสู่คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ 2. รพ.ทุกระดับมีการดำเนินการ ตามเกณฑ์มาตรฐานคลินิก ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 3. มีระบบการรับส่งต่อทั้งในและ นอกโรงพยาบาล	1. ผลักดันให้เกิดคลินิกผู้สูงอายุ คุณภาพ 2. การรับ-ส่งต่อผู้สูงอายุ ที่มี ความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) และปัญหาสุขภาพที่สำคัญ หลังจากที่ได้รับการคัดกรอง สุขภาพในชุมชน

เป้าหมาย	มาตรการ ที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทาง การตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ ที่ต้องการ
- ร้อยละ 40 ของ ผู้สูงอายุที่ผ่านการ คัดกรอง พบว่า เสี่ยงต่อการเกิด ภาวะสมองเสื่อม หรือภาวะหกล้ม และได้รับการ ดูแลรักษาใน คลินิกผู้สูงอายุ	2. มีบุคลากรทางการแพทย์และ สาธารณสุขประจำคลินิก ผู้สูงอายุ 3. มีการวินิจฉัย และ การ วางแผนการดูแลผู้ป่วย 4. มีระบบข้อมูล/เชื่อมโยงข้อมูล สนับสนุนการรับส่งต่อทั้งใน และนอกโรงพยาบาล		3. ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษา ฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแล ต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อมหรือภาวะหกล้ม หรือกลุ่มอาการสูงอายุอื่นๆ อย่างเหมาะสม 4. ส่งเสริมหรือคงสมรรถภาพ ทางร่างกาย สมอง สุขภาพ จิต และสังคมของผู้สูงอายุ ป้องกันหรือลดการเกิด ภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ
ป้องกันการสูญเสีย หรือพิการ (LTC & PC)	1. พัฒนาระบบการดูแลระยะ ยาว LTC+ระยะท้าย PC 2. สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ เช่น แว่นสายตา ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ พื้นเทียม/รากพื้นเทียม	ติดตาม ความก้าวหน้า ปัญหาและ อุปสรรค	1. ร้อยละ 95 ของผู้สูงอายุและ ผู้ที่มีภาวะ พึ่งพิงได้รับ การดูแลตาม Care Plan 2. มีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ สำหรับผู้สูงอายุ (ผ้าอ้อม ผู้ใหญ่ แว่นตา) 3. มีการให้บริการพื้นเทียม และบริการรากพื้นเทียม ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. ส่งเสริมการคัดกรอง สุขภาพด้วยแบบคัดกรอง ความถดถอย 9 ด้าน 2. ขับเคลื่อนชมรมผู้สูงอายุที่ ดำเนินการด้านสุขภาพ 3. พัฒนาระบบ Digital สำหรับการคัดกรอง มาตรฐานและเครื่องมือ เดียวกัน	1. ร้อยละ 25 ของผู้สูงอายุมี แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) 2. จำนวนชมรมผู้สูงอายุที่ ดำเนินการด้านสุขภาพ (1 ชมรม/จังหวัด) 3. ร้อยละ 50 ของ รพ.ที่มี คลินิกผู้สูงอายุ	1. ร้อยละ 35 ของผู้สูงอายุมี แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) 2. จำนวนชมรมผู้สูงอายุที่ ดำเนินการด้านสุขภาพ (1 ชมรม/อำเภอ) 3. ร้อยละ 75 ของ รพ.ที่มี คลินิกผู้สูงอายุ	ที่ดำเนินการด้านสุขภาพ (1 ชมรม/ตำบล) 3. ร้อยละ 100 ของโรง พยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ 4. ร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุที่ ผ่านการคัดกรอง พบว่า เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ สมองเสื่อมหรือภาวะ หกล้ม และได้รับการดูแล รักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
4. มีแผนการดำเนินการในพื้นที่ตามแนวทางการตรวจราชการ	4. ร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ 5. มีระบบส่งต่อใน รพ.และมีการดำเนินการตามเกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 6. ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care plan 7. ผู้ที่ได้รับการบริการฟื้นฟู ร้อยละ 40 และบริการรอกฟื้นเฝ้าร้อยละ 20 ของเป้าหมาย	4. ร้อยละ 35 ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ 5. ร้อยละ 92 ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care plan 6. ผู้ที่ได้รับการบริการฟื้นฟู และบริการรอกฟื้นเฝ้าร้อยละ 80 ของเป้าหมาย	5. ร้อยละ 95 ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care plan 6. ผู้ที่ได้รับการบริการฟื้นฟู และบริการรอกฟื้นเฝ้าร้อยละ 100 ของเป้าหมาย

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

1. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)

$$\text{สูตรคำนวณตัวชี้วัด} = \frac{A \times 100}{B}$$

A = จำนวนผู้สูงอายุที่ได้เข้าสู่กระบวนการทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)

B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ

(ฐานข้อมูล HDC ณ สิ้นปีงบประมาณ พ.ศ.2565) (เอกสารแนบ 1)

2. จำนวนชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ

พิจารณาจากจำนวนชมรมผู้สูงอายุที่มีคะแนนประเมินตนเองตามเกณฑ์การดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ ตั้งแต่ 51 คะแนนขึ้นไป อย่างน้อยตำบลละ 1 แห่ง

3. คลินิกผู้สูงอายุ

3.1 ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ

$$\text{สูตรคำนวณตัวชี้วัด} = \frac{A \times 100}{B}$$

A = จำนวนโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ

B = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไป (F3-A) ทั้งหมด

(พิจารณาสัดส่วนของโรงพยาบาลแต่ละระดับ ได้แก่ F M S A)

3.2 ร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

3.2.1 ร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

$$\text{สูตรคำนวณตัวชี้วัด} = \frac{C \times 100}{D}$$

C = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุและได้รับการดูแลรักษาหรือส่งต่อ

D = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุ

3.2.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

$$\text{สูตรคำนวณตัวชี้วัด} = \frac{E \times 100}{F}$$

E = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มในคลินิกผู้สูงอายุและได้รับการดูแลรักษาหรือส่งต่อ

F = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มในคลินิกผู้สูงอายุ

4. ร้อยละ 95 ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan

$$\text{สูตรคำนวณตัวชี้วัด} = \frac{A \times 100}{B}$$

A = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการจัดทำ Care Plan และ Care Plan ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุน LTC

B = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการ LTC

5. จำนวนผู้ที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียม/รากฟันเทียม (ฟันเทียม 36,000 ราย และรากฟันเทียม 3,500 ราย) (ทั่วประเทศ)

พิจารณาตามค่าเป้าหมายฟันเทียม รากฟันเทียม รายจังหวัด (เอกสารแนบ 2) ปีงบประมาณ 2566 (เอกสารแนบ) โดยติดตามผลการดำเนินงานจากระบบรายงาน HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน การเข้าถึงบริการทันตกรรม ทันตกรรมบริการ รายงานที่ 11.5 (กลุ่มก่อนวัยสูงอายุ ได้รับบริการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปาก หรือเกือบทั้งปาก) รายงานที่ 12.5 (กลุ่มผู้สูงอายุ ได้รับบริการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปาก หรือเกือบทั้งปาก) และรายงานที่ 13.36 (การให้บริการรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมแยกตามสิทธิ) โดยผลการดำเนินงานฟันเทียม เป็นผลรวมของรายงานที่ 11.5 และรายงานที่ 12.5 ผลการดำเนินงานรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมรายงานที่ 13.36 เฉพาะสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

1. ร้อยละการให้บริการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก
2. ร้อยละการให้บริการรากฟันเทียมรองรับฟันเทียม

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ): $(A/B) \times 100$

1. ร้อยละการให้บริการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก

$$\text{สูตรคำนวณตัวชี้วัด} = \frac{A \times 100}{B}$$

A = จำนวนผู้ที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก

B = จำนวนเป้าหมายรายจังหวัด ปี งบประมาณ 2566

2. ร้อยละการให้บริการรากฟันเทียมรองรับฟันเทียม

$$\text{สูตรคำนวณตัวชี้วัด} = \frac{A \times 100}{B}$$

A = จำนวนผู้ที่ได้รับบริการรากฟันเทียมรองรับฟันเทียม

B = จำนวนเป้าหมายรายจังหวัด ปีงบประมาณ 2566

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

1. กรมอนามัย สำนักอนามัยผู้สูงอายุ สำนักทันตสาธารณสุข
2. กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ร่วมกับสำนักนิเทศระบบการแพทย์ และสถาบันทันตกรรม
3. กรมสุขภาพจิต

ผู้ประสานงานตัวชี้วัดกรมอนามัย

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ E-mail address	ประเด็น ที่รับผิดชอบ
นายแพทย์นิธิรัตน์ บุญตานนท์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ผู้อำนวยการสำนักอนามัย ผู้สูงอายุ กรมอนามัย	Tel. 02 590 4273 Mobile. 08 6879 6655 E-mail : DRNEST@hotmail.com	สุขภาพกลุ่มวัย และ การยกระดับบริการ ผู้สูงอายุ
นางสาวปิยะฉัตร พันทาส	นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย	Tel. 02 590 4499 Mobile. 09 2498 5577 E-mail : Piyachat.p @anamai.mail.go.th	สุขภาพกลุ่มวัย และ การยกระดับบริการ ผู้สูงอายุ

ผู้ประสานงานตัวชี้วัดกรมอนามัย

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ E-mail address	ประเด็น ที่รับผิดชอบ
นางรัชณี บุญเรืองศรี	นักสังคมสงเคราะห์ ชำนาญการพิเศษ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย	Tel. 0 2590 4273 Mobile. 08 6879 6655 E-mail : DRNEST@hotmail.com	ระบบการดูแลระยะยาว โปรแกรม LTC (3C) และ Blue book Application
นางสาวจุฑาทิพย์ เจนจิตร	นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย	Tel. 0 2590 4499 Mobile. 09 2498 5577 E-mail : Piyachat.p @anamai.mail.go.th	ชมรมผู้สูงอายุ และ แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)
นางสาวนพวรรณ โพชนุกูล	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย	Tel. 02 590 4117 Mobile. 06 1929 3651 E-mail : noppawan.p @anamai.mail.go.th	ฟันเทียม รากฟันเทียม

ผู้ประสานงานตัวชี้วัดกรมการแพทย์

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ E-mail : address	ประเด็น ที่รับผิดชอบ
แพทย์หญิงบุษกร โลหารขุน	ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์	Tel. 0 2590 6213 E-mail: bloharjun@gmail.com	สุขภาพกลุ่มวัย และ การยกระดับบริการ ผู้สูงอายุ
นางนิตกุล ทองน่วม	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์	Tel. 0 2590 6211 ต่อ 823 Mobile. 08 4653 3443 E-mail: fasai7sky@yahoo.com	สุขภาพกลุ่มวัย และ การยกระดับบริการ ผู้สูงอายุ
นางสาวเพ็ญพิชชา โอภาสวัฒน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์	Tel. 0 2024 8481 Mobile. 08 4660 3060 E-mail: penpicha.work@gmail.com	สุขภาพกลุ่มวัย และ การยกระดับบริการ ผู้สูงอายุ

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานกรมการแพทย์

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ E-mail : address	ประเด็น ที่รับผิดชอบ
นางสาวปณิดา มุ่งกลาง	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์	Tel. 0 2590 6211 ต่อ 818 Mobile. 09 3321 5288 E-mail: pani_tang@hotmail.com	สุขภาพกลุ่มวัย และ การยกระดับบริการ ผู้สูงอายุ
	กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ การแพทย์	Tel. 0 2590 6332 Fax 02 965 9851 E-mail: supervision.dms@gmail.com	สุขภาพกลุ่มวัย และ การยกระดับบริการ ผู้สูงอายุ

เอกสารแนบ 1
จำนวนผู้สูงอายุ รายจังหวัด ณ สิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

เขตสุขภาพ	จังหวัด	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)			
		อายุ 60-69 ปี	อายุ 70-79 ปี	อายุ 80 ปีขึ้นไป	รวม
เขตสุขภาพที่ 1	เชียงใหม่	188,021	77,695	40,048	305,764
	เชียงราย	140,048	59,253	27,726	227,027
	แพร่	58,840	28,297	11,727	98,864
	ลำพูน	58,281	25,116	11,406	94,803
	น่าน	58,320	25,509	11,965	95,794
	ลำปาง	101,235	44,881	21,380	167,496
	พะเยา	61,087	26,068	10,856	98,011
	แม่ฮ่องสอน	17,617	8,636	4,865	31,118
เขตสุขภาพที่ 2	ตาก	40,773	20,243	8,760	69,776
	อุตรดิตถ์	52,179	27,164	12,795	92,138
	พิษณุโลก	86,757	45,427	24,278	156,462
	เพชรบูรณ์	90,886	47,228	22,788	160,902
	สุโขทัย	61,166	32,938	14,778	108,882
เขตสุขภาพที่ 3	กำแพงเพชร	64,334	33,823	15,263	113,420
	นครสวรรค์	97,406	55,636	28,532	181,574
	อุทัยธานี	32,868	19,189	9,965	62,022
	ชัยนาท	37,043	20,495	10,478	68,016
	พิจิตร	54,134	29,645	14,577	98,356
เขตสุขภาพที่ 4	ปทุมธานี	81,953	39,171	18,030	139,154
	นครนายก	24,056	13,836	7,728	45,620
	สระบุรี	59,921	29,489	15,848	105,258
	ลพบุรี	65,160	35,328	18,129	118,617
	นนทบุรี	126,423	61,652	40,525	228,600
	อ่างทอง	29,771	16,509	9,212	55,492
	พระนครศรีอยุธยา	76,771	40,412	23,869	141,052
	สิงห์บุรี	24,429	14,572	7,991	46,992

เขตสุขภาพ	จังหวัด	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)			
		อายุ 60-69 ปี	อายุ 70-79 ปี	อายุ 80 ปีขึ้นไป	รวม
เขตสุขภาพที่ 5	สุพรรณบุรี	81,873	48,034	26,102	156,009
	ประจวบคีรีขันธ์	45,274	22,635	11,816	79,725
	เพชรบุรี	48,401	26,036	14,722	89,159
	กาญจนบุรี	68,472	34,848	16,715	120,035
	นครปฐม	91,246	45,888	24,697	161,831
	ราชบุรี	84,626	46,295	24,423	155,344
	สมุทรสาคร	47,070	24,870	12,839	84,779
	สมุทรสงคราม	20,192	12,575	6,463	39,230
เขตสุขภาพที่ 6	ชลบุรี	108,037	54,915	31,509	194,461
	ระยอง	54,129	26,861	13,566	94,556
	ฉะเชิงเทรา	61,285	34,500	19,589	115,374
	ปราจีนบุรี	44,247	23,256	13,062	80,565
	ตราด	20,050	10,875	5,619	36,544
	สมุทรปราการ	103,782	51,188	27,540	182,510
	สระแก้ว	45,474	22,604	10,696	78,774
	จันทบุรี	51,046	26,559	15,800	93,405
เขตสุขภาพที่ 7	กาฬสินธุ์	89,583	48,804	17,031	155,418
	ขอนแก่น	165,457	92,554	36,865	294,876
	ร้อยเอ็ด	113,408	68,390	24,125	205,923
	มหาสารคาม	87,009	51,695	17,455	156,159
เขตสุขภาพที่ 8	นครพนม	56,313	30,279	11,197	97,789
	หนองบัวลำภู	45,356	22,299	8,211	75,866
	บึงกาฬ	33,099	16,967	7,035	57,101
	หนองคาย	43,760	21,475	9,238	74,473
	สกลนคร	96,126	48,797	18,175	163,098
	อุดรธานี	134,295	69,156	26,284	229,735
	เลย	64,043	33,004	13,952	110,999
เขตสุขภาพที่ 9	นครราชสีมา	228,159	129,375	65,314	422,848
	สุรินทร์	112,136	66,389	31,585	210,110
	บุรีรัมย์	121,291	72,022	32,309	225,622
	ชัยภูมิ	102,268	56,652	23,348	182,268

เขตสุขภาพ	จังหวัด	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)			
		อายุ 60-69 ปี	อายุ 70-79 ปี	อายุ 80 ปีขึ้นไป	รวม
เขตสุขภาพ ที่ 10	ยโสธร	42,961	23,716	8,138	74,815
	อำนาจเจริญ	33,159	17,615	7,419	58,193
	อุบลราชธานี	145,858	81,168	36,793	263,819
	ศรีสะเกษ	119,317	68,004	29,259	216,580
	มุกดาหาร	28,667	14,469	6,112	49,248
เขตสุขภาพ ที่ 11	สุราษฎร์ธานี	81,491	42,229	26,247	149,967
	ภูเก็ต	20,232	10,040	4,687	34,959
	พังงา	23,627	12,347	6,931	42,905
	ชุมพร	45,764	24,103	14,717	84,584
	ระนอง	14,030	6,948	3,500	24,478
	นครศรีธรรมราช	123,837	74,767	47,353	245,957
	กระบี่	32,848	15,008	8,403	56,259
เขตสุขภาพ ที่ 12	ปัตตานี	41,113	23,074	13,525	77,712
	ตรัง	54,470	27,769	16,558	98,797
	พัทลุง	45,856	28,798	15,432	90,086
	ยะลา	30,768	16,329	8,686	55,783
	สงขลา	111,605	61,293	35,235	208,133
	นราธิวาส	43,131	22,713	11,511	77,355
	สตูล	21,825	11,133	5,880	38,838
	รวม	5,317,545	2,799,532	1,367,187	9,484,264

เอกสารแนบ 2
เป้าหมายพื้นที่ รากพื้นที่ รากพื้นที่ รายจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

เขตสุขภาพ	จังหวัด	เป้าหมายพื้นที่ จังหวัด (ราย)	เป้าหมายพื้นที่ จังหวัด (ราย)	หน่วยบริการที่ให้ บริการรากพื้นที่ (แห่ง)
เขตสุขภาพที่ 1	เชียงใหม่	1,392	120	8
	เชียงราย	951	80	1
	แพร่	418	30	2
	ลำพูน	385	30	2
	น่าน	393	30	1
	ลำปาง	707	50	4
	พะเยา	416	30	2
	แม่ฮ่องสอน	137	10	2
เขตสุขภาพที่ 2	ตาก	317	20	4
	อุดรดิษฐ์	395	50	1
	พิษณุโลก	665	100	3
	เพชรบูรณ์	733	35	2
	สุโขทัย	494	45	3
เขตสุขภาพที่ 3	กำแพงเพชร	523	85	12
	นครสวรรค์	866	110	3
	อุทัยธานี	267	45	3
	ชัยนาท	298	50	2
	พิจิตร	451	80	3
เขตสุขภาพที่ 4	ปทุมธานี	616	45	3
	นครนายก	208	15	2
	สระบุรี	446	30	2
	ลพบุรี	583	40	2
	นนทบุรี	782	45	3
	อ่างทอง	248	20	3
	พระนครศรีอยุธยา	616	40	4
	สิงห์บุรี	198	15	3

เขตสุขภาพ	จังหวัด	เป้าพันเทียมราย จังหวัด (ราย)	เป้ารากเทียมราย จังหวัด (ราย)	หน่วยบริการที่ให้ บริการรากฟันเทียม (แห่ง)
เขตสุขภาพที่ 5	สุพรรณบุรี	696	30	3
	ประจวบคีรีขันธ์	373	35	5
	เพชรบุรี	373	30	2
	กาญจนบุรี	548	30	2
	นครปฐม	654	30	2
	ราชบุรี	663	50	2
	สมุทรสาคร	363	15	1
	สมุทรสงคราม	177	15	1
เขตสุขภาพที่ 6	ชลบุรี	870	55	3
	ระยอง	399	20	1
	ฉะเชิงเทรา	503	30	4
	ปราจีนบุรี	335	30	2
	ตราด	164	15	1
	สมุทรปราการ	853	40	2
	สระแก้ว	345	30	1
	จันทบุรี	397	30	2
เขตสุขภาพที่ 7	กาฬสินธุ์	654	35	2
	ขอนแก่น	1,296	110	9
	ร้อยเอ็ด	927	40	1
	มหาสารคาม	679	35	2
เขตสุขภาพที่ 8	นครพนม	434	25	1
	หนองบัวลำภู	320	25	3
	บึงกาฬ	240	15	3
	หนองคาย	339	20	1
	สกลนคร	686	40	4
	อุดรธานี	977	60	3
	เลย	463	30	1
	นครราชสีมา	1,882	130	8
เขตสุขภาพที่ 9	สุรินทร์	929	65	4
	บุรีรัมย์	1,040	80	4
	ชัยภูมิ	842	80	3

เขตสุขภาพ	จังหวัด	เป้าพันเทียมราย จังหวัด (ราย)	เป้ารากเทียมราย จังหวัด (ราย)	หน่วยบริการที่ให้ บริการรากฟันเทียม (แห่ง)
เขตสุขภาพที่ 10	ยโสธร	377	25	1
	อำนาจเจริญ	248	20	1
	อุบลราชธานี	1,149	75	2
	ศรีสะเกษ	964	65	5
	มุกดาหาร	211	10	1
เขตสุขภาพที่ 11	สุราษฎร์ธานี	658	55	3
	ภูเก็ต	196	15	2
	พังงา	183	25	2
	ชุมพร	365	25	5
	ระนอง	113	6	1
	นครศรีธรรมราช	1,098	90	4
	กระบี่	240	25	1
เขตสุขภาพที่ 12	ปัตตานี	351	45	1
	ตรัง	421	45	2
	พัทลุง	398	35	2
	ยะลา	260	20	1
	สงขลา	912	100	9
	นราธิวาส	373	55	4
	สตูล	170	30	1
เขตสุขภาพที่ 13	กรุงเทพมหานคร		209	0
	รวม	41,613	3,500	211

(หมายเหตุ : ข้อมูล ณ วันที่ 1 ธันวาคม 2565)

ประเด็นการตรวจราชการ ที่มุ่งเน้น

ประเด็นที่ 5 ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

สาขาโรคมะเร็ง (Cancer) : มะเร็งช่องปาก

- ตัวชี้วัด 1. ร้อยละของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก
- 2. ร้อยละของผู้ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ที่เข้าเกณฑ์ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยา ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยาที่เหมาะสม

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (Inspection Guideline)

ประเด็นที่ 5 : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ

การคัดกรองมะเร็ง

ตัวชี้วัด

ระดับความสำเร็จของการคัดกรองมะเร็ง

1. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
2. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy
3. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
4. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy
5. ร้อยละของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มีารับบริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก
6. ร้อยละของผู้ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ที่เข้าเกณฑ์ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยา ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยา ที่เหมาะสม

คำนิยาม

1) การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30 - 60 ปี) ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test เป็นการตรวจหาเชื้อไวรัส HPV ความเสี่ยงสูง 14 สายพันธุ์ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีการตรวจ คือ เก็บเซลล์บริเวณปากมดลูกช่องคลอดด้านในส่งตรวจด้วยวิธีการตรวจด้วยน้ำยา เมื่อคัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จากตัวอย่างส่งตรวจแนะนำให้ เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ครั้งต่อไปในอีก 5 ปี

2) ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30-60 ปี) ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test เป็นบวก (Positive) แบ่งเป็น

- ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์ 16 และหรือ 18 หลังจากนั้นส่งตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการส่องกล้อง (Colposcopy)
- ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์อื่นๆ เช่น 31, 33, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 และ 68 เป็นต้น หลังจากนั้นนำตัวอย่างที่เหลืมาตรวจ Liquid based cytology (LBC) ต่อ ถ้าผลเป็นบวกที่มีความผิดปกติ $\geq$ ASCUS จึงจะส่งตรวจ Colposcopy ถ้าผลปกติแนะนำให้ตรวจ Pap smear ซ้ำใน 1 ปีที่โรงพยาบาล

3) การส่องกล้อง Colposcopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในปากมดลูก ช่องคลอดปากมดลูก ด้วยการส่องกล้องขยาย เพื่อการค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งและมะเร็งปากมดลูกในระยะต้น เพื่อที่จะได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วที่สุด

*ในกรณีที่หน่วยบริการยังคงให้บริการการตรวจคัดกรองด้วยวิธี Pap smear หรือ VIA ร่วมด้วย สามารถนำผลงานมาคิดเป็นภาพรวมของการดำเนินงานในปีงบประมาณนั้นได้

4) **การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง** หมายถึง ประชากรเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test ซึ่งเป็นวิธีที่อาศัยปฏิกิริยาทางอิมมูโนที่จำเพาะต่อฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงที่มีความจำเพาะของคนเท่านั้น โดยตรวจผ่านชุดตรวจที่มีค่า cut-off 100 ng/ml ผู้รับการตรวจไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหารก่อนการตรวจ วัตถุประสงค์เพื่อตรวจหาผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะต้น ซึ่งประชากรกลุ่มเป้าหมายที่คัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จะทำการตรวจคัดกรอง 1 ครั้งในรอบ 2 ปีงบประมาณ

5) **ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ** หมายถึง ประชากรเพศชายและเพศหญิง อายุ 50-70 ปี ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test เป็นบวก (Positive) คือ ตรวจพบเม็ดเลือดแดงในตัวอย่างอุจจาระ

6) **การส่องกล้อง Colonoscopy** หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในลำไส้ใหญ่ ด้วยการส่องกล้องขยายเพื่อการค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งและมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรงในระยะต้น

7) **การคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก** หมายถึง กิจกรรมการตรวจเนื้อเยื่ออ่อน ในช่องปาก 9 บริเวณ ได้แก่ 1. ริมฝีปากบนและล่าง 2. กระพุ้งแก้มด้านขวาและด้านซ้าย 3. เหงือกบนและล่าง 4. เหงือกด้านหลัง ฟันกรามล่าง 5. เพดานแข็ง 6. เพดานอ่อน 7. ลิ้นด้านบนและด้านข้าง 8. ใต้ลิ้น และ 9. พื้นปาก โดยเป็นกิจกรรมที่ทำร่วมกับการตรวจช่องปากและวางแผนการรักษา

8) **รอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก** หมายถึง ลักษณะเนื้อเยื่อสีแดง สีขาว หรือ เป็นแผลในปากนานเกินกว่า 2 สัปดาห์ หรือพบลักษณะเป็นก้อนที่ไม่ปกติ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง

1. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ($\geq$ ร้อยละ 60)
2. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy ($\geq$ ร้อยละ 70)
3. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ($\geq$ ร้อยละ 50)
4. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy ($\geq$ ร้อยละ 50)
5. ร้อยละของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก ($\geq$ ร้อยละ 40)
6. ร้อยละของผู้ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ที่เข้าเกณฑ์ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยา ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยา ที่เหมาะสม (ร้อยละ 100)

เป้าหมาย	มาตรการ ที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทาง การตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ ที่ต้องการ
ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น 1 ด้านการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก			
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	- รณรงค์ให้ความรู้ประชาชน กระตุ้นเตือนให้ประชาชนมีความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยง และเห็นความสำคัญของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก - บริหารจัดการระบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับการบริการอย่างทั่วถึง - อบรมพัฒนาบุคลากรทุกระดับในเรื่องการคัดกรองให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก โดยมีผู้เชี่ยวชาญร่วมให้ความรู้	ตรวจติดตามร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ)	ปี 2566 ≥ ร้อยละ 60 และเพิ่มขึ้น ถึง ร้อยละ 70 ในปี 2567 ตามลำดับ
ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น 2 ผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy			
ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy	- บริหารจัดการให้ได้รับการส่งกล้องปากมดลูกเร็วที่สุด - ขยายเครือข่าย และเพิ่มศักยภาพในการส่งกล้องปากมดลูก - การพัฒนาระบบส่งต่อภายในเขตสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งต่อผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติให้ได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติมและได้รับการรักษาอย่างทันทั่วถึง	ตรวจติดตามร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ)	ปี 2566 ≥ ร้อยละ 70
ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น 3 ด้านการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง			
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	- รณรงค์ให้ความรู้ประชาชน ในเรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค เพื่อให้เห็นความสำคัญของการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง - บริหารจัดการระบบการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับการบริการอย่างทั่วถึง	ตรวจติดตามร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (โดยการตรวจราชการกรณีปกติ)	ปี 2566 ≥ ร้อยละ 50 และเพิ่มขึ้น ถึง ร้อยละ 55 ในปี 2567 ตามลำดับ

เป้าหมาย	มาตรการ ที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทาง การตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ ที่ต้องการ
	3. การพัฒนาองค์ความรู้ของประชาชน เจ้าหน้าที่ และผู้ที่เกี่ยวข้อง ให้มี ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดกรอง โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยมี ผู้เชี่ยวชาญร่วมให้ความรู้		
ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น 4 ผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy			
ร้อยละของผู้ที่มีผล ผิดปกติ (มะเร็ง ลำไส้ใหญ่และไส้ผิด ปกติ) ได้รับการส่อง กล้อง Colonoscopy	1. บริหารจัดการให้ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy เร็วที่สุด 2. เพิ่มศักยภาพในการส่องกล้อง Colonoscopy	ตรวจติดตามร้อยละของผู้ที่มีผล ผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และ ไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy (โดยการ ตรวจราชการกรณีปกติ)	ปี 2566 ≥ ร้อยละ 50 และเพิ่มขึ้น ถึง ร้อยละ 55 ในปี 2567 ตามลำดับ
ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น 5 ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรค ในช่องปาก และได้รับการวินิจฉัย/ส่งต่อ/รักษา ตามความเหมาะสม			
ทุก จังหวัด มี การดำเนินงานคัดกรอง ส่งต่อรักษา และ ติดตามดูแลที่เกี่ยวข้อง กับรอยโรคเสี่ยงมะเร็ง และมะเร็งช่องปาก ในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป	3. มีระบบการคัดกรอง o การคัดกรองปัจจัยเสี่ยง o การตรวจคัดกรองรอยโรคในช่องปาก ในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง โดยทันตบุคลากร หรือแพทย์ o การลด/เลิกปัจจัยเสี่ยง โดยการให้คำ แนะนำหรือส่งต่อไปรับบริการที่ เกี่ยวข้อง เช่น คลินิกเลิกบุหรี่ คลินิก เลิกสุรา o มีระบบเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้อง 5. มีระบบการส่งต่อรักษา o ผู้ที่มีรอยโรคในช่องปาก ได้รับการ ตรวจเพิ่มเติม เพื่อยืนยันผลวินิจฉัย o มีบุคลากรหรือหน่วยบริการที่ สามารถให้การรักษาระดับจังหวัด/ เขตสุขภาพ o มีระบบเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้อง	1. หน่วยบริการมีระบบ - การคัดกรอง - ส่งต่อรักษา - ติดตามดูแลต่อเนื่อง ในระดับจังหวัด 2. มีการดำเนินงานตามระบบ 3. ติดตามผลการดำเนินงานจาก 3.1 รายงานของหน่วยบริการ และจังหวัด 3.2 รายงาน HDC Service plan สาขาสุขภาพช่องปาก รายการที่ 17.21 และ 17.22	1. มีระบบการจัดการ ที่เกี่ยวข้องกับรอยโรค เสี่ยงมะเร็งและมะเร็ง ช่องปาก ในประชาชน อายุ 40 ปีขึ้นไป ในระดับจังหวัด 2. ร้อยละ 15 ของ ประชาชนอายุ 40 ปี ขึ้นไป ที่มารับบริการ ได้รับการตรวจช่องปาก และคัดกรองรอยโรค ในช่องปาก 3. ร้อยละของประชาชน อายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็ง และมะเร็งช่องปาก

เป้าหมาย	มาตรการ ที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทาง การตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ ที่ต้องการ
	6. มีระบบการติดตามดูแลต่อเนื่อง ○ มีการรับกลับ ในผู้ป่วยที่มีรอยโรคเสี่ยงที่ต้องการการติดตามเฝ้าระวัง ○ มีการรับกลับดูแลผู้ที่ได้รับการรักษารอยโรค มะเร็งอย่างต่อเนื่อง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ		4. มีร้อยละผู้มีรอยโรคเสี่ยง มะเร็ง และ มะเร็งช่องปาก ที่เข้าเกณฑ์ได้รับการตัดชิ้นเนื้อและตรวจทางพยาธิ ที่ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยาที่เหมาะสม
ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในหน่วยบริการ ได้รับการตรวจคัดกรองรอยโรคในช่องปาก	1. มีบริการการคัดกรอง 1.1 การคัดกรองปัจจัยเสี่ยง 1.2 การตรวจคัดกรองรอยโรคในช่องปาก ในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง โดยทันตบุคลากรหรือแพทย์ 1.3 การลด/เลิกปัจจัยเสี่ยง โดยการให้คำแนะนำหรือส่งต่อไปรับบริการที่เกี่ยวข้อง เช่น คลินิกเลิกบุหรี่ คลินิกเลิกสุรา 1.4 มีระบบเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้อง	1. ความครอบคลุมการได้รับการคัดกรองของกลุ่มเป้าหมาย 2. ความก้าวหน้า ปัญหาและอุปสรรค ของการดำเนินงานตามระบบ การคัดกรอง การส่งต่อรักษา และการติดตามดูแลต่อเนื่อง	1. ร้อยละ 40 ของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการ ได้รับการตรวจช่องปาก และคัดกรองรอยโรคในช่องปาก 2. ร้อยละของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มีรอยโรคเสี่ยง มะเร็ง และ มะเร็งช่องปาก
	2. มีบริการส่งต่อรักษา 2.1 ผู้ที่มีรอยโรคในช่องปาก ได้รับการตรวจเพิ่มเติม เพื่อยืนยันผลวินิจฉัย 2.2 มีบุคลากรหรือหน่วยบริการที่สามารถให้การรักษาระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ 2.3 มีระบบเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้อง 3. มีบริการติดตามดูแลต่อเนื่อง 3.1 มีการรับกลับ ในผู้ป่วยที่มีรอยโรคเสี่ยงที่ต้องการการติดตามเฝ้าระวัง 3.2 มีการรับกลับดูแลผู้ที่ได้รับการรักษารอยโรค มะเร็งอย่างต่อเนื่องในหน่วยบริการปฐมภูมิ	3. ติดตามผลการดำเนินงานจาก 3.1 รายงานของหน่วยบริการและจังหวัด 3.2 รายงาน HDC Service plan สาขาสุขภาพช่องปาก รายการที่ 17.21 และ 17.22	3. ร้อยละผู้มีรอยโรคเสี่ยง มะเร็ง และ มะเร็งช่องปาก ที่เข้าเกณฑ์ได้รับการตัดชิ้นเนื้อและตรวจทางพยาธิ ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยา

Small Success

ตัวชี้วัด/มาตรการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	-	> ร้อยละ 20	> ร้อยละ 40	> ร้อยละ 60
2. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง colposcopy	-	> ร้อยละ 40	> ร้อยละ 60	> ร้อยละ 70
3. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	-	> ร้อยละ 30	> ร้อยละ 40	> ร้อยละ 50
4. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง colonoscopy	-	> ร้อยละ 30	> ร้อยละ 40	> ร้อยละ 50
5. ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก	-	> ร้อยละ 15	> ร้อยละ 30	> ร้อยละ 40
6. ผู้ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปากที่เข้าเกณฑ์ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยา ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยาที่เหมาะสม	-	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100
7. มีระบบการจัดการ ที่เกี่ยวข้องกับ รอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ในระดับจังหวัด	✓	✓	✓	✓

เกณฑ์การให้คะแนน

ความสำเร็จของการคัดกรองมะเร็ง คะแนนเต็ม 35 คะแนน โดยพิจารณาประเด็นดังต่อไปนี้

ตัวชี้วัด	คะแนน				
	1	2	3	4	5
ผลการคัดกรอง (30 คะแนน) = A					
1. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ($\geq$ ร้อยละ 60)	≤ 29.9	30.0 – 39.9	40.0 – 49.9	50.0 – 59.9	≥ 60
2. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง colposcopy ($\geq$ ร้อยละ 70)	≤ 39.9	40.0 – 49.9	50.0 – 59.9	60.0 – 69.9	≥ 70
3. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ($\geq$ ร้อยละ 50)	≤ 19.9	20.0 – 29.9	30.0 – 39.9	40.0 – 49.9	≥ 50

ตัวชี้วัด	คะแนน				
	1	2	3	4	5
4. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ติ่งผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง colonoscopy ($\geq$ ร้อยละ 50)	≤ 19.9	20.0 – 29.9	30.0 – 39.9	40.0 – 49.9	≥ 50
5. ร้อยละของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก ($\geq$ ร้อยละ 40)	≤ 24.9	25.0 – 29.9	30.0 – 34.9	35.0 – 39.9	≥ 40.0
6. ผู้ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ที่เข้าเกณฑ์ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยา ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยาที่เหมาะสม	50 -59.9	60.0 - 69.9	70.0 – 79.9	80.0 – 89.9	≥ 90

การดำเนินงานตามมาตรการ (5 คะแนน) = B	
มาตรการ/กิจกรรมสำคัญ	คะแนน
1. มีการรณรงค์ให้ความรู้ประชาชน กระตุ้นเตือนให้ประชาชนมีความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยง และเห็นความสำคัญของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	0.5
2. มีการบริหารจัดการระบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับการบริการอย่างทั่วถึง	0.5
3. มีการพัฒนาบุคลากรทุกระดับในเรื่องการคัดกรองให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยมีผู้เชี่ยวชาญร่วมให้ความรู้	0.5
4. มีการบริหารจัดการให้ได้รับการส่องกล้องปากมดลูก และการส่องกล้อง Colonoscopy เร็วที่สุด	1
5. มีการขยายเครือข่าย และเพิ่มศักยภาพในการส่องกล้องปากมดลูก และการส่องกล้อง Colonoscopy	0.5
6. มีการพัฒนาระบบส่งต่อภายในเขตสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งต่อผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติให้ได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติมและได้รับการรักษาอย่างทัน่วงที	1
7. มีระบบการจัดการเรื่อง การคัดกรอง การส่งต่อรักษา และติดตามดูแลต่อเนื่องที่เกี่ยวข้องกับรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ในระดับจังหวัด	0.5
8. มีระบบการวินิจฉัย/เกณฑ์/ส่งต่อ/รักษา ในผู้ที่พบรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก	0.5
การคำนวณคะแนน ระดับความสำเร็จของการคัดกรองมะเร็ง $= A+B$ ผ่านเกณฑ์ = 25 คะแนน	

ตัวชี้วัด	ระบบ	ที่อยู่/URL
1. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 2. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง colposcopy 3. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 4. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่งกล้อง colonoscopy	1. โปรแกรม HPV Cx2020 และ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข	http://hvp.nci.go.th/ https://hdcservice.moph.go.th/
5. ร้อยละของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก	2. Health Data Center (HDC) ข้อมูล Service plan สาขาสุขภาพช่องปาก รายการที่ 17.21 และ 17.22	
6. ผู้ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปากที่เข้าเกณฑ์ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยา ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยาที่เหมาะสม	รายงานของพื้นที่	

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ): $(A/B) \times 100$

ตัวชี้วัดที่ 5 ร้อยละของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก

A = ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก

B = ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการ

ตัวชี้วัดที่ 6 ผู้ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปากที่เข้าเกณฑ์ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยา ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยาที่เหมาะสม

A = จำนวนผู้ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปากที่เข้าเกณฑ์ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยาที่เหมาะสม

B = จำนวนผู้ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปากที่เข้าเกณฑ์ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
2. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

ผู้ประสานงานและรับผิดชอบตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/E-mail address
นายแพทย์สกันต์ บุณนาค	ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ	โทรศัพท์ : 0 2202 6800 โทรศัพท์มือถือ : 08 0453 7036 E-mail: sakarnbunnag@yahoo.com
นางสาวสุลีพร แสงกระจ่าง	รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	โทรศัพท์ : 0 2202 6800 โทรศัพท์มือถือ : 08 9661 0451 E-mail: suleesa@yahoo.com
นางสาวพัชรวรรณ สุขุมาลินท์	ทันตแพทย์ชำนาญการ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย	โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 0 2590 4117 โทรศัพท์มือถือ 09 2464 6251 E-mail : patcharawan.s@anamai.mail.go.th

แนวทางการตรวจราชการ แบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

- การพัฒนาระบบนิเวศการท่องเที่ยว
- การพัฒนาช่วงวัยเรียน/วัยรุ่น
- การพัฒนาและยกระดับศักยภาพวัยแรงงาน

การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. 2548 ข้อ 8 วรรคสี่ กำหนดให้สำนักนายกรัฐมนตรีเชิญหัวหน้าหน่วยงานที่มีแผนการตรวจราชการประจำปี หรือผู้ตรวจราชการที่หัวหน้าหน่วยงานมอบหมายมาร่วมประชุมปรึกษาหารือเพื่อจัดทำแผนการตรวจราชการประจำปี ให้สอดคล้องโดยไม่ซ้ำซ้อนกันและเกิดการบูรณาการ ตลอดจนทั้งการกำหนดมาตรฐานและเครื่องมือในการตรวจติดตามของผู้ตรวจราชการให้เป็นแนวทางเดียวกัน สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้ อีกทั้งยังเป็นกลไกสำคัญที่สามารถแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ อันเกิดจากการปฏิบัติราชการหรือการจัดทำภารกิจต่างๆ ของภาครัฐ เพื่อนำมาซึ่งประโยชน์สุขของประชาชนเป็นสำคัญ

สำนักนายกรัฐมนตรีได้กำหนดกรอบแนวทางการตรวจราชการแบบบูรณาการของผู้ตรวจราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติไปสู่การปฏิบัติ โดยสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) เสนอคณะรัฐมนตรี ดังนี้

1. กรอบแนวทางการตรวจราชการแบบบูรณาการของผู้ตรวจราชการ

ประกอบด้วย

1.1 การขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล (Issue) จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่

(1) การท่องเที่ยว

1) หลักการและเหตุผล

1.1) การท่องเที่ยวมีบทบาทสำคัญในระบบเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย และเป็นแหล่งสร้างรายได้สำคัญให้แก่เศรษฐกิจของประเทศทั้งทางตรงและทางอ้อม สามารถสร้างรายได้ให้กับประเทศไทย ก่อให้เกิดการจ้างงาน การเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง โดยระหว่างปี พ.ศ. 2558 – 2562 รายได้จากการท่องเที่ยวของไทยขยายตัวเฉลี่ยร้อยละ 2.3 ต่อปี อย่างไรก็ตาม การขยายตัวของรายได้จากการท่องเที่ยวดังกล่าว เป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนนักท่องเที่ยวเป็นหลัก ในขณะที่การใช้จ่ายต่อคนต่อวันของนักท่องเที่ยวในอัตราที่ลดลง และระยะเวลาท่องเที่ยวต่อทริปลดลง ซึ่งทำให้การท่องเที่ยวของไทยในระยะหลังต้องเผชิญกับความท้าทาย ด้านความยั่งยืนจากการเติบโตในเชิงปริมาณมากกว่าคุณภาพ นอกจากนี้ยังพบว่า รายได้จากการท่องเที่ยว ร้อยละ 90 ยังกระจุกอยู่ในเมืองท่องเที่ยวหลัก ไม่สามารถกระจายไปสู่เมืองท่องเที่ยวรอง จากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 ทำให้ประเทศไทยต้องเผชิญกับการหดตัวอย่างรุนแรงของเศรษฐกิจการท่องเที่ยว โดยรายได้จากการท่องเที่ยวลดลงถึงร้อยละ 71 จากปี พ.ศ. 2562 แม้ว่ารัฐบาลได้ดำเนินมาตรการต่างๆ เพื่อบรรเทาผลกระทบต่อประชาชนและผู้ประกอบการ แต่ยังไม่เพียงพอต่อการฟื้นตัวของภาคการท่องเที่ยว เนื่องจากที่ผ่านมาโครงสร้างเศรษฐกิจการท่องเที่ยวของไทยพึ่งพานักท่องเที่ยวต่างชาติ ถึงร้อยละ 63.9 ส่งผลให้ธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวได้รับผลกระทบอย่างหนัก ทั้งนี้ แนวโน้มของการแพร่ระบาดยังคงรุนแรงและยืดเยื้อ ทำให้ภาคส่วนของเศรษฐกิจการท่องเที่ยวของไทยในระยะต่อไปจะยังคงมีความไม่แน่นอน การท่องเที่ยวและการบริการหลายสาขาได้รับผลกระทบอย่างรุนแรง ซึ่งล้วนเป็นรายได้สำคัญของประเทศ นำไปสู่ปัญหาการว่างงานและการสูญเสียรายได้เพิ่มมากขึ้น

1.2) การท่องเที่ยว ได้ถูกกำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติ ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็นการท่องเที่ยว ให้ความสำคัญกับการรักษาการเป็นจุดหมายปลายทางของการท่องเที่ยวระดับโลก โดยจะต้องพัฒนาการท่องเที่ยวทั้งระบบ มุ่งเน้นนักท่องเที่ยวกลุ่มคุณภาพ สร้างความหลากหลายด้านการท่องเที่ยวให้สอดคล้องกับความต้องการของนักท่องเที่ยว และมุ่งเน้นการพัฒนาการท่องเที่ยวในสาขาที่มีศักยภาพ แต่ยังคงรักษาจุดเด่นของประเทศ ด้านขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม

อัตลักษณ์ความเป็นไทย ตลอดจนให้คุณค่ากับสิ่งแวดล้อมไว้ได้ โดยการดำเนินการในระยะแรกมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการสร้างรายได้จากการท่องเที่ยวอย่างต่อเนื่อง วางรากฐานด้านการท่องเที่ยวที่เน้นมาตรฐานและคุณภาพระดับสากล สิ่งสำคัญที่สุดคือการสร้างความเชื่อมั่นในเรื่องความปลอดภัยให้แก่นักท่องเที่ยว การบังคับใช้กฎหมายให้เกิดความปลอดภัย และไม่ให้นักท่องเที่ยวถูกเอารัดเอาเปรียบ แล้วจึงกระจายการท่องเที่ยวทั้งในมิติของพื้นที่และรายได้สู่ชุมชน ตลอดจนการให้ความสำคัญกับการพัฒนาการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายสูงสุดของการท่องเที่ยวเพื่อเป็นเครื่องมือในการลดความเหลื่อมล้ำของสังคมไทย โดยมีค่าเป้าหมายที่ต้องบรรลุภายในปี พ.ศ. 2566 ได้แก่ สัดส่วนผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศด้านการท่องเที่ยวต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศเพิ่มขึ้น ร้อยละ 22 โดยแผนแม่บทด้านการท่องเที่ยวประกอบด้วย 6 แผนย่อย ดังนี้

- การท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์และวัฒนธรรม
- การท่องเที่ยวเชิงธุรกิจ
- การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย
- การท่องเที่ยวสำราญทางน้ำ
- การท่องเที่ยวเชื่อมโยงภูมิภาค
- การพัฒนาระบบนิเวศการท่องเที่ยว

1.3) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570) หมายความว่า 2 ไทยเป็นจุดหมายของการท่องเที่ยวที่เน้นคุณภาพและความยั่งยืน และกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาระดับมหุตสาหกรรม ดังนี้

เป้าหมายที่ 1 การเปลี่ยนการท่องเที่ยวไทยเป็นการท่องเที่ยวคุณภาพสูงที่เชื่อมโยงกับอุตสาหกรรมและบริการที่มีศักยภาพอื่น

เป้าหมายที่ 2 การปรับโครงสร้างการท่องเที่ยวให้พึ่งพานักท่องเที่ยวในประเทศและมีการกระจายโอกาสทางเศรษฐกิจมากขึ้น

เป้าหมายที่ 3 การท่องเที่ยวไทยต้องมีการบริหารจัดการอย่างยั่งยืนในทุกมิติ

1.4) ร่างแผนพัฒนาการท่องเที่ยวแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2566 - 2570) ได้รับความเห็นชอบของคณะกรรมการนโยบายการท่องเที่ยวแห่งชาติ กำหนดเป้าหมายหลักคือ “การพลิกโฉมการท่องเที่ยวไทยเพื่ออนาคตที่ดีกว่าสำหรับทุกคน” ภายใต้วิสัยทัศน์ “การท่องเที่ยวของประเทศไทยเป็นอุตสาหกรรมที่เน้นคุณค่า มีความสามารถในการปรับตัว เติบโตอย่างยั่งยืนและมีส่วนร่วม” มีสาระสำคัญของแผนพัฒนาฯ ได้แก่

- 1) การเตรียมความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงและความเสี่ยงทุกรูปแบบ และพร้อมที่จะเติบโตอย่างยั่งยืน รวมถึงการสร้างความเข้มแข็งจากภายใน มุ่งส่งเสริมการท่องเที่ยวภายในประเทศ
- 2) พัฒนาการท่องเที่ยวให้มีความทันสมัย ผ่านการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และนวัตกรรม
- 3) การยกระดับบุคลากรและผู้ประกอบการในอุตสาหกรรมท่องเที่ยวให้มีคุณภาพ เข้าใจ และสามารถปรับตัวให้เข้ากับบริบทของการท่องเที่ยววิถีใหม่ (New Normal) โดยเฉพาะการฟื้นตัวจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19
- 4) ให้ความสำคัญกับการบูรณาการร่วมกันของทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่น และภาคประชาชน ในการขับเคลื่อน
- 5) ให้ความสำคัญกับแนวคิดโมเดลเศรษฐกิจ BCG

1.5) เป้าหมายและแนวทางการพัฒนาภาค (พ.ศ. 2566-2570) ในแต่ละภาคมีสาระสำคัญของเป้าหมายและแนวทางการพัฒนาภาคที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนด้านการท่องเที่ยวในแต่ละภาค ดังนี้

ภาค	เป้าหมาย	แนวทางการพัฒนา
ภาคเหนือ	- เศรษฐกิจสร้างสรรค์ (Creative) พัฒนาเศรษฐกิจ สร้างสรรค์มูลค่าสูง โดยการสร้างระบบนิเวศเมือง และพื้นที่สร้างสรรค์ ตลอดจนสามารถพัฒนาสู่การเป็นสินค้าและบริการสร้างสรรค์	- ยกระดับการท่องเที่ยวและบริการที่มีศักยภาพของภาคให้มีคุณภาพ สนับสนุนเศรษฐกิจสร้างสรรค์ และกระจายประโยชน์สู่ชุมชน
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	- การเป็นประตูเชื่อมโยงประเทศเพื่อนบ้าน (Gate) ใช้โอกาสจากการเชื่อมโยงการท่องเที่ยว และการใช้องค์ความรู้เทคโนโลยี นวัตกรรม และความคิดสร้างสรรค์ ในการพัฒนาพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สนับสนุนการท่องเที่ยวชุมชน	- พัฒนาผลิตภัณฑ์พื้นถิ่นไปสู่มาตรฐานสากล เพื่อสร้างเศรษฐกิจในชุมชน และส่งเสริมการท่องเที่ยวหลักและแหล่งท่องเที่ยวชุมชน ให้ได้มาตรฐานเพื่อสร้างรายได้ให้กับชุมชน
ภาคกลาง	- การนำศักยภาพในด้านศิลปะและความคิดสร้างสรรค์ (Art and Creativity : A) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาอุตสาหกรรมและบริการเป้าหมายให้สร้างมูลค่าเพิ่มได้สูงขึ้น	- ส่งเสริมแหล่งท่องเที่ยวสำคัญและแหล่งท่องเที่ยวชุมชนให้เป็นจุดหมายของการท่องเที่ยวคุณภาพ
ภาคตะวันออก	- การส่งเสริมและพัฒนากการท่องเที่ยวเชิงเกษตรและชุมชน (Agro and Community based Tourism: A)	- ยกระดับการท่องเที่ยวของภาคตะวันออกสู่การเป็นจุดหมายการท่องเที่ยวของโลกที่เน้นคุณภาพและความยั่งยืน
ภาคใต้	- การยกระดับการบริการด้านการท่องเที่ยวที่มีคุณภาพมาตรฐาน ปลอดภัย และมีมูลค่าสูง (Premium Services & Tourism: P)	- พัฒนาและยกระดับการท่องเที่ยวและบริการ รวมทั้งธุรกิจต่อเนื่องด้านการท่องเที่ยวให้มีมาตรฐานและมูลค่าสูง
ภาคใต้ชายแดน	- พัฒนาการท่องเที่ยวเมืองชายแดนเชื่อมโยงกับการท่องเที่ยวเชิงนิเวศและแหล่งท่องเที่ยววัฒนธรรมบริเวณพื้นที่ตอนในของภาค (Eco-tourism : E)	- พัฒนาเมืองชายแดนให้เป็นเมืองเศรษฐกิจการค้า การท่องเที่ยว สามารถเชื่อมโยงกับพื้นที่เศรษฐกิจของประเทศเพื่อนบ้านและอาเซียนตอนใต้ และพัฒนาเมืองยะลาเป็นศูนย์กลางเศรษฐกิจของภาคใต้ชายแดน

1.6) ยุทธศาสตร์จัดสรรงบประมาณ ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 สำนักงบประมาณได้จัดสรรงบประมาณรายจ่าย ประจำปี พ.ศ. 2566 จำแนกตามโครงสร้างแผนงานตามยุทธศาสตร์ โดยในส่วนของการท่องเที่ยว มีแผนงาน/โครงการที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณทั้งสิ้น 5,107.0193 ล้านบาท ดังนี้

แผนแม่บทย่อย	วงเงินงบประมาณ (ล้านบาท)
1. การท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์และวัฒนธรรม ***	1,819.4131
2. การท่องเที่ยวเชิงธุรกิจ	251.7235
3. การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย	5.7896
4. การท่องเที่ยวสำราญทางน้ำ	397.9542
5. การพัฒนาระบบนิเวศการท่องเที่ยว ***	2,632.1389
รวมทั้งสิ้น	5,107.0193

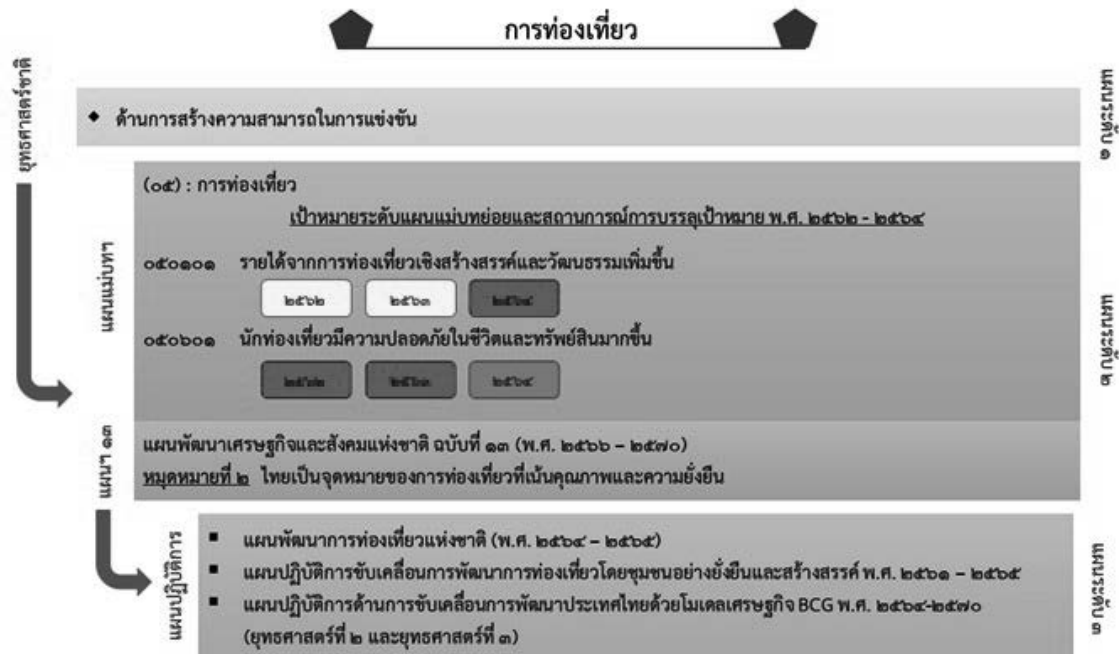
1.7) สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีพิจารณาแล้วเห็นว่า แผนพัฒนาการท่องเที่ยวแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2566 - 2570) และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติประเด็นการท่องเที่ยว เป็นแผนที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการขับเคลื่อนไปสู่วิสัยทัศน์การท่องเที่ยวไทย พ.ศ. 2579 “ประเทศไทยเป็นแหล่งท่องเที่ยวคุณภาพชั้นนำของโลกที่เติบโตอย่างมีคุณภาพบนพื้นฐานความเป็นไทย เพื่อส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และกระจายรายได้สู่ประชาชนทุกภาคส่วนอย่างยั่งยืน” ซึ่งจะช่วยขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างขีดความสามารถในการแข่งขันให้สามารถบรรลุเป้าหมายได้ตามที่กำหนด ซึ่งในเรื่องนี้ สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ได้ร่วมกับหน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการสำคัญภายใต้แผนแม่บทการท่องเที่ยว ประเมินผลลัพธ์จากการดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 พบว่า

1) การท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์และวัฒนธรรม เป็นการท่องเที่ยวที่สัมพันธ์กับประวัติศาสตร์ ศิลปวัฒนธรรม วิถีชุมชน และเอกลักษณ์ของสถานที่ จึงเป็นโอกาสให้เกิดการท่องเที่ยวในพื้นที่เมืองรอง ซึ่งหากมีการส่งเสริมที่ตรงจุด รายได้ที่เพิ่มขึ้นจากการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์และวัฒนธรรมจะสนับสนุนเป้าหมายการเพิ่มรายได้จากการท่องเที่ยวให้กับพื้นที่เมืองรอง โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 รายได้จากการท่องเที่ยวชุมชนขององค์การบริหารการพัฒนาพื้นที่พิเศษเพื่อการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน (องค์การมหาชน) (อพท.) ลดลงจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 อย่างมาก ส่งผลให้รายได้จากการท่องเที่ยวโดยรวมลดลง ร้อยละ 12.37 ทำให้หลายพื้นที่ไม่มีรายได้เสริมจากการท่องเที่ยว อีกทั้งการกำหนดแนวทางในการส่งเสริมการท่องเที่ยวยังไม่สามารถบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างแท้จริง ซึ่งหลายหน่วยงานอยู่ระหว่างการพัฒนาตัวชี้วัดให้สามารถบรรลุเป้าหมายในการสร้างรายได้จากการท่องเที่ยวให้ได้มากที่สุด

2) การพัฒนาระบบนิเวศการท่องเที่ยว มาตรฐานความปลอดภัยสำหรับนักท่องเที่ยว เป็นหนึ่งในปัจจัยสนับสนุน ด้านการท่องเที่ยวที่สำคัญ เนื่องจากความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินเป็นปัจจัยที่สร้างความเชื่อมั่นให้แก่นักท่องเที่ยว เมื่อเดินทางท่องเที่ยวในแต่ละจุดหมายปลายทาง ดังนั้น มาตรการที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความปลอดภัยให้กับนักท่องเที่ยว จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ต้องเร่งดำเนินการและให้ความสำคัญกับเครือข่ายในพื้นที่ที่ช่วยเหลือนักท่องเที่ยว ระบบรองรับการแจ้งเหตุและช่วยเหลือนักท่องเที่ยวเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินได้อย่างทันท่วงที การสร้างความตระหนักรู้ในด้านความปลอดภัยของพื้นที่และกิจกรรมการท่องเที่ยว รวมทั้ง การสร้างความพร้อมให้กับผู้ประกอบการด้านการท่องเที่ยว ให้สามารถปรับตัวและบริหารจัดการการท่องเที่ยวที่สอดคล้องกับการท่องเที่ยววิถีใหม่ (New Normal)

ดังนั้น จึงเห็นสมควรที่ผู้ตรวจราชการจะได้ร่วมตรวจราชการแบบบูรณาการ เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดการบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายของประเด็นการท่องเที่ยว ตามแผนแม่บทย่อย การท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์และวัฒนธรรม และแผนแม่บทย่อยการพัฒนาระบบนิเวศการท่องเที่ยวต่อไป

ผังความเชื่อมโยงของแผนในระดับต่าง ๆ



2) วัตถุประสงค์ในการตรวจติดตาม

2.1) เพื่อตรวจติดตามความคืบหน้าผลการดำเนินการเพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยว ตามแผนแม่บทย่อย การท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์และวัฒนธรรม และแผนแม่บทย่อยการพัฒนาระบบนิเวศ การท่องเที่ยว ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาการท่องเที่ยวแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2566 - 2570) เพื่อพัฒนาด้านการท่องเที่ยวของประเทศไทย ไปสู่วิสัยทัศน์การท่องเที่ยวไทย พ.ศ. 2579 “ประเทศไทยเป็นแหล่งท่องเที่ยวคุณภาพชั้นนำของโลกที่เติบโตอย่างมีคุณภาพบนพื้นฐานความเป็นไทย เพื่อส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และกระจายรายได้สู่ประชาชนทุกภาคส่วนอย่างยั่งยืน” ซึ่งจะช่วยขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างขีดความสามารถในการแข่งขัน ให้สามารถบรรลุเป้าหมายได้ตามที่กำหนด

2.2) เพื่อรับทราบข้อคิดเห็น ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการท่องเที่ยวในเชิงภาพรวม จากตัวแทนภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน และองค์กรมหาชน เพื่อสะท้อนให้หน่วยงานในระดับนโยบายได้รับทราบ และใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณากำหนดนโยบายภาครัฐที่เกี่ยวกับการท่องเที่ยวต่อไป

2.3) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับจากตัวแทนภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรมหาชน และประชาชน ร่วมกับสภาพข้อเท็จจริงในเชิงพื้นที่ ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งแผนพัฒนาภาค/กลุ่มจังหวัด/จังหวัด

เพื่อสรุปความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในระดับนโยบายเสนอต่อรัฐบาลเพื่อปรับปรุงให้อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวของประเทศไทย สามารถพลิกวิกฤตให้เป็นโอกาสและพัฒนาให้สอดคล้องกับภาวะความปกติถัดไป เพื่อการเติบโตอย่างครอบคลุม ด้วยการพัฒนาแบบองค์รวม สร้างความเชื่อมั่น ในเรื่องของการท่องเที่ยวคุณค่าสูง และการบริหารจัดการการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน ซึ่งจะส่งผลกระทบให้เศรษฐกิจของประเทศไทยฟื้นตัว ตลอดจนเกิดความอุดมสมบูรณ์ของธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน

3) จุดเน้นในการตรวจติดตาม

3.1) การบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรมหาชน ตามแผนแม่บทย่อย การท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์และวัฒนธรรม ปักจ้ยด้านการตลาดเพื่อการท่องเที่ยวสร้างสรรค์และวัฒนธรรม และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างรายได้จากการท่องเที่ยวสร้างสรรค์และวัฒนธรรม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายไปสู่การมีรายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์และวัฒนธรรม เพื่อขับเคลื่อนการท่องเที่ยวไปสู่เมืองรองให้เพิ่มขึ้น

3.2) การพัฒนาและยกระดับมาตรการความปลอดภัยทางการท่องเที่ยว รวมทั้งการแจ้งเตือนผ่านระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพและทันสมัย ตลอดทั้ง ห่วงโซ่คุณค่าของการพัฒนาระบบนิเวศการท่องเที่ยว ตามปัจจัยการยกระดับขีดความสามารถในการจัดการความปลอดภัยสำหรับนักท่องเที่ยว มาตรการความปลอดภัยนักท่องเที่ยว และทรัพย์สิน และคุณภาพแหล่งท่องเที่ยว เพื่อให้บรรลุเป้าหมายนักท่องเที่ยวมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินมากขึ้น

4) ประเด็นในการตรวจติดตาม

4.1) ความสำเร็จในการฟื้นฟูและส่งเสริมการท่องเที่ยวของจังหวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามประเด็น ดังนี้

1) การส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์และวัฒนธรรม

- 1.1) การส่งเสริมด้านการตลาดที่มุ่งเน้นการสร้างคุณค่าและภาพลักษณ์ของการท่องเที่ยว
- 1.2) การประชาสัมพันธ์สร้างการตระหนักรู้ต่อนักท่องเที่ยว
- 1.3) การส่งเสริมกิจกรรมการท่องเที่ยวที่สร้างสรรค์
- 1.4) การพัฒนาศักยภาพและความพร้อมของบุคลากรท่องเที่ยวในชุมชน
- 1.5) การพัฒนาฐานข้อมูลเชิงลึกที่เกี่ยวข้อง
- 1.6) การพัฒนาและส่งเสริมเทคโนโลยีและนวัตกรรม

2) มาตรการด้านความปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สินของนักท่องเที่ยว

- 2.1) เครือข่ายในพื้นที่ เพื่อช่วยเหลือนักท่องเที่ยว
- 2.2) ระบบการให้ความช่วยเหลือเยียวยานักท่องเที่ยว
- 2.3) ความตระหนักรู้ด้านความปลอดภัยในการท่องเที่ยว
- 2.4) การบริหารจัดการ ด้านสุขอนามัย และความปลอดภัยของนัก ท่องเที่ยว เพื่อให้สามารถบริหารจัดการการท่องเที่ยวในช่วง New Normal รองรับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป

4.2) ความพึงพอใจของภาคส่วนต่างๆ ต่อการฟื้นฟูการท่องเที่ยวและส่งเสริมในภาพรวม

ตารางแสดงความเชื่อมโยงประเด็นนโยบายสำคัญ
เรื่อง การท่องเที่ยว กับหน่วยงานต่าง ๆ
ตามแผนแม่บทประเด็น : การท่องเที่ยว

เชิงสร้างสรรค์และวัฒนธรรมในเชิงภาพรวมของจังหวัด

4.3) ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน และข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานหลัก	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
แผนแม่บทย่อย : การท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์และวัฒนธรรม หน่วยงานเจ้าภาพ : กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา	
<u>กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา</u> - การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย - องค์การบริหารการพัฒนาพื้นที่พิเศษเพื่อการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน (องค์การมหาชน) <u>กระทรวงมหาดไทย</u> - กรมการพัฒนาชุมชน	<u>กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา</u> - สำนักงานปลัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา - กรมการท่องเที่ยว <u>กระทรวงเกษตรและสหกรณ์</u> - กรมส่งเสริมการเกษตร <u>กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม</u> - กรมทรัพยากรธรณี <u>กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม</u> - มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย - มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ <u>กระทรวงวัฒนธรรม</u> - สำนักงานปลัดกระทรวงวัฒนธรรม - สำนักงานศิลปวัฒนธรรมร่วมสมัย
แผนแม่บทย่อย : การท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์และวัฒนธรรม หน่วยงานเจ้าภาพ : กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา	

หน่วยงานหลัก	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
<u>กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา</u> - กรมการท่องเที่ยว - องค์การบริหารการพัฒนาพื้นที่พิเศษเพื่อการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน (องค์การมหาชน) <u>กระทรวงคมนาคม</u> - กรมทางหลวงชนบท <u>กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม</u> - กรมทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่ง <u>กระทรวงมหาดไทย</u> - กรมโยธาธิการและผังเมือง	<u>กระทรวงสาธารณสุข ***</u> - กรมอนามัย กระทรวงแรงงาน - กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน <u>กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม</u> - มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ - องค์การสวนพฤกษศาสตร์

(2) การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต

2) หลักการและเหตุผล

2.1) การพัฒนาศักยภาพคนไทยเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาประเทศ และนำไปสู่การแก้ไขปัญหาของประเทศทั้งในด้านเศรษฐกิจ และสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับประชากรในช่วงวัยเรียน/วัยรุ่น และวัยแรงงาน โดยการพัฒนากำลังคนของไทยเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างที่สำคัญ ได้แก่ การเป็นสังคมสูงวัยส่งผลให้ประเทศขาดกำลังคนในเชิงปริมาณ ประกอบกับผลิตภาพแรงงานที่ลดลงในช่วงของการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ควรเพิ่มปัญหาด้านกำลังคนเชิงคุณภาพ ซึ่งได้เริ่มให้ความสำคัญกับการสรรหาและการจ้างงานตามสมรรถนะในการทำงานมากกว่าคุณวุฒิทางการศึกษา อีกทั้ง สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ส่งผลต่อวิถีการดำรงชีวิตและพฤติกรรมของคน ในการพัฒนาศักยภาพคนทุกช่วงวัยที่ผ่านมาได้มีการปรับปรุงคุณภาพการศึกษาทุกระดับ ทั้งการยกระดับมาตรฐานการศึกษา การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ การใช้เทคโนโลยี และการพัฒนานวัตกรรม การเรียน การพัฒนาพื้นที่นวัตกรรมที่เป็นแบบอย่างด้านการศึกษา การส่งเสริมภาคีการพัฒนาเข้ามามีส่วนร่วมจัดการศึกษา และการเรียนรู้มากขึ้น โดยเฉพาะการจัดการอาชีวศึกษาและการอุดมศึกษาในหลายรูปแบบ การลดความเหลื่อมล้ำทางการศึกษา โดยค้นหาเด็กและผู้เรียนที่ด้อยโอกาส และจัดสรรเงินอุดหนุนผ่านกลไกกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา

1.2) แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2566 – 2580) (ฉบับปรับปรุง) ประเด็น (11) การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต ได้กำหนดแผนแม่บทย่อยเกี่ยวกับการพัฒนาช่วงวัยเรียน/วัยรุ่น และการพัฒนาและยกระดับศักยภาพวัยแรงงาน ดังนี้

1.2.1) แผนแม่บทย่อย “การพัฒนาช่วงวัยเรียน/วัยรุ่น” มุ่งเน้นการปลูกฝังความเป็นคนดี มีวินัย และมีความรู้และทักษะในศตวรรษที่ 21 อย่างครบถ้วน รู้จักการคิด วิเคราะห์ รักการเรียนรู้ มีความสามารถในการแก้ปัญหาปรับตัว สื่อสาร และทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ พัฒนาทักษะความสามารถที่สอดคล้องกับทักษะในศตวรรษที่ 21 โดยเฉพาะทักษะด้านการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ ความสามารถในการแก้ปัญหาที่ซับซ้อน มีความคิดสร้างสรรค์ มีความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่นมีความยืดหยุ่นทางความคิด รวมถึงทักษะด้านภาษา ศิลปะ และความสามารถในการใช้เทคโนโลยี และได้รับการพัฒนาอย่างเต็มศักยภาพ สอดคล้องกับความสามารถ ความถนัด และความสนใจ พัฒนาทักษะการเรียนรู้ที่เชื่อมต่อกับโลกการทำงาน รวมถึงทักษะอาชีพที่สอดคล้องกับความต้องการของประเทศ มีทักษะชีวิต สามารถอยู่ร่วมและทำงานกับผู้อื่นได้ภายใต้สังคมที่เป็นพหุวัฒนธรรม โดยมีแนวทางการพัฒนาที่สำคัญ ดังนี้

- จัดให้มีการพัฒนาทักษะที่สอดคล้องกับทักษะในศตวรรษที่ 21 โดยเฉพาะทักษะด้านการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ ความสามารถในการแก้ปัญหาที่ซับซ้อน ความคิดสร้างสรรค์ การทำงานร่วมกับผู้อื่น
- จัดให้มีการพัฒนาทักษะด้านภาษา ศิลปะ และความสามารถในการใช้เทคโนโลยีที่สอดคล้องกับความสามารถ ความถนัด และความสนใจ โดยเน้นเด็กและเยาวชนเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ เน้นให้เกิดองค์ความรู้ได้ด้วยตัวเองตามความสนใจและความถนัดของผู้เรียน โดยผ่านการออกแบบการเรียนรู้ที่มีครูคอยเป็นผู้สนับสนุนและอำนวยความสะดวกให้แก่ ผู้เรียนเพื่อให้การเรียนรู้สามารถตอบสนองความต้องการกับเด็กทุกกลุ่ม
- จัดให้มีการพัฒนาทักษะอาชีพที่สอดคล้องกับความต้องการของประเทศ การบ่มเพาะการเป็นนักคิด นักนวัตกรรม และการเป็นผู้ประกอบการใหม่ รวมทั้งทักษะชีวิตที่สามารถอยู่ร่วมและทำงานภายใต้สังคมที่เป็นพหุวัฒนธรรม

1.2.2) แผนแม่บทย่อย “การพัฒนาและยกระดับศักยภาพแรงงาน” มุ่งเน้นให้แรงงานมีศักยภาพในการเพิ่มผลผลิต มีทักษะอาชีพสูง ตระหนักในความสำคัญที่จะพัฒนาตนเองให้เต็มศักยภาพ สามารถปรับตัวและเรียนรู้สิ่งใหม่ตามพลวัตของโครงสร้างอาชีพและความต้องการของตลาดแรงงานเพิ่มขึ้น เน้นการพัฒนาและยกระดับศักยภาพ ทักษะ และสมรรถนะแรงงานอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับความสามารถเฉพาะบุคคลและความต้องการของตลาดแรงงาน ทั้งทักษะฝีมือ ทักษะด้านเทคโนโลยี ทักษะภาษา มีการทำงานตามหลักการทำงานที่มีคุณค่าเพื่อสร้างผลิตภาพเพิ่มให้กับประเทศ มีวัฒนธรรมการทำงานที่พึงประสงค์ มีการพัฒนาระบบการพัฒนาทักษะและการอำนวยความสะดวกในการพัฒนาและยกระดับศักยภาพความรู้ ทักษะฝีมือ ความชำนาญพิเศษการเป็นผู้ประกอบการใหม่ และการพัฒนาต่อยอดความรู้ในการสร้างสรรค์งานใหม่ๆ รวมทั้งมาตรการขยายอายุการทำงาน โดยมีแนวทางการพัฒนาที่สำคัญ ดังนี้

- ยกระดับศักยภาพ ทักษะและสมรรถนะของคนในช่วงวัยทำงานให้มีคุณภาพมาตรฐานสอดคล้องกับความสามารถเฉพาะบุคคลและความต้องการของตลาดงาน รวมทั้งเทคโนโลยีสมัยใหม่ เพื่อสร้างความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจและผลิตภาพเพิ่มขึ้นในประเทศ

- ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาทักษะแรงงานฝีมือให้เป็นผู้ประกอบการใหม่ และสามารถพัฒนาต่อยอดความรู้ในการสร้างสรรค์งานใหม่ๆ เพื่อสร้างโอกาสและทางเลือกในการทำงาน

ทั้งนี้ รายงานสรุปผลการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ ประจำปี พ.ศ. 2564 จัดทำโดย สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ บ่งชี้ว่ายังคงมีประเด็นท้าทายที่ต้องดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของแผนแม่บทฯ ได้แก่

❖ **ประเด็นท้าทายที่ส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายในการพัฒนาช่วงวัยเรียน/วัยรุ่น** จากความเหลื่อมล้ำทั้งด้านการเข้าถึงและคุณภาพของการบริการทางการศึกษา การขาดความเชื่อมโยงระหว่างทักษะในการทำงานจริงและการจัดการเรียนการสอนในสถาบันการศึกษา รวมถึงการขาดการจัดการเรียนการสอนที่ให้ความสำคัญกับการตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลายของผู้เรียนรายบุคคล

❖ **ประเด็นท้าทายที่ส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายของการพัฒนาและยกระดับศักยภาพแรงงาน** จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ในปี พ.ศ. 2564 ที่ต่อเนื่องเป็นปีที่ 2 ส่งผลให้เศรษฐกิจชะลอตัวอีกครั้งจากกิจกรรมทางเศรษฐกิจที่ลดลง เนื่องจากมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดที่มีความเข้มงวดยิ่งขึ้น ทำให้การฟื้นตัวของสถานประกอบการได้รับผลกระทบ อีกทั้งทำให้เกิดการว่างงานระยะยาว ส่งผลให้กำลังแรงงานไม่ได้ใช้ทักษะที่มีเป็นระยะเวลานานจนเกิดความสูญเสียทักษะ และในปัจจุบันมีการจ้างงานอย่างไม่เต็มศักยภาพ มีแรงงานทำงานต่ำกว่าระดับเป็นจำนวนมาก ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยของแรงงานลดลงอย่างมากจากช่วงเวลาปกติ การแพร่ระบาดยังส่งผลถึงรูปแบบการทำงานที่เปลี่ยนแปลงไป

1.2.3) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 – 2570) หมายความว่า 12 กำหนดให้ประเทศไทยมีกำลังคนสมรรถนะสูง มุ่งเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ตอบโจทย์ การพัฒนาแห่งอนาคต โดยมีเป้าหมายและผลลัพธ์ของการพัฒนาระดับมหุ้ดหมาย ดังนี้

เป้าหมายที่ 1 คนไทยได้รับการพัฒนาอย่างเต็มศักยภาพในทุกช่วงวัย มีสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับโลกยุคใหม่ มีคุณลักษณะตามบรรทัดฐานที่ดีของสังคม มีคุณธรรม จริยธรรม และมีภูมิคุ้มกัน ต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างพลิกโฉมฉับพลันของโลก สามารถดำรงชีวิตร่วมกันในสังคมได้อย่างสงบสุข

เป้าหมายที่ 2 กำลังคนมีสมรรถนะสูง สอดคล้องกับความต้องการของภาค การผลิตเป้าหมาย และสามารถสร้างงานในอนาคต

เป้าหมายที่ 3 ประชาชนทุกกลุ่มเข้าถึงการเรียนรู้ตลอดชีวิต

1.2.4) เป้าหมายและแนวทางการพัฒนาภาค (พ.ศ. 2566 - 2570) ในแต่ละภาค มีสาระสำคัญของเป้าหมายและแนวทางการพัฒนาภาคที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนด้านการพัฒนาศักยภาพคนใน แต่ละภาค ดังนี้

ภาค	เป้าหมาย	แนวทางการพัฒนา
ภาคเหนือ	สุขภาวะดี (Care) ให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่องกับการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม รวมทั้งพัฒนาทักษะฝีมือแรงงาน	- พัฒนาและยกระดับคุณภาพชีวิต เพื่อแก้ไขปัญหาความยากจน พัฒนาผู้สูงอายุสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active Aging) และพัฒนาทักษะฝีมือแรงงานเพื่อรองรับการพัฒนาเศรษฐกิจสร้างสรรค์
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	การเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันและยกระดับคุณภาพชีวิตประชาชน (Growth) ใช้องค์ความรู้ เทคโนโลยี นวัตกรรม และความคิดสร้างสรรค์ในการพัฒนาพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สนับสนุนการพัฒนาศูนย์กลางบริการทางการแพทย์ พัฒนาเศรษฐกิจฐานราก การท่องเที่ยวชุมชน และยกระดับคุณภาพชีวิตของคนทุกช่วงวัย	- ยกระดับคุณภาพชีวิตของคนทุกช่วงวัย ให้ได้มาตรฐานและแก้ปัญหาคความยากจนให้กับผู้มีรายได้น้อยเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม
ภาคกลาง	- การพัฒนาศักยภาพแรงงานให้มีทักษะใหม่ที่จำเป็นในการทำงานและพัฒนายกระดับทักษะเดิมให้ดีขึ้น (Education and Training: E)	-

ภาค	เป้าหมาย	แนวทางการพัฒนา
ภาคตะวันออก	- พัฒนาทักษะฝีมือแรงงาน pskill/Reskill/New skill) ให้ตรงกับความต้องการของอุตสาหกรรมเป้าหมายในพื้นที่ภาคตะวันออก (S-curve & New S-curve Hub: S)	พัฒนาอุตสาหกรรมเป้าหมายให้เป็นกำลังหลักในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจสีเขียวของภาคตะวันออก พัฒนาผลิตภาพแรงงานของอุตสาหกรรมหลักด้วยการสร้างเครือข่ายระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อยกระดับทักษะฝีมือแรงงานด้วยการสร้างทักษะใหม่ยกระดับทักษะเดิม และปรับเปลี่ยนทักษะที่มีอยู่ให้ตรงกับความต้องการของอุตสาหกรรม เป้าหมายในพื้นที่ (New skill/Upskill/Reskill) รวมทั้งสนับสนุนการจ้างงาน ผู้สูงวัยที่มีศักยภาพ มีความรู้และความเชี่ยวชาญ เฉพาะด้าน เพื่อลดปัญหาการขาดแคลนแรงงานในภาคอุตสาหกรรม
ภาคใต้		(1)พัฒนาและยกระดับการท่องเที่ยวและบริการ รวมทั้งธุรกิจต่อเนื่องด้านการท่องเที่ยวให้มีมาตรฐานและมูลค่าสูง ด้วยการพัฒนาศักยภาพกำลังแรงงานในอุตสาหกรรมการท่องเที่ยว โดยพัฒนาหลักสูตรด้านวิชาชีพเฉพาะทักษะด้านภาษา รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อยกระดับขีดความสามารถในการแข่งขัน และตอบสนองต่อความต้องการของตลาด (2)พัฒนาพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษชายแดน และด่านพรมแดน รวมทั้งพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจภาคใต้ให้เป็นประตูการค้าการลงทุนและพื้นที่เศรษฐกิจใหม่ของภาค ด้วยการเตรียมความพร้อมกำลังแรงงานที่มีศักยภาพ เพื่รองรับสถานประกอบการในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษชายแดน โดยพัฒนาหลักสูตรระดับอุดมศึกษาที่สอดคล้องกับกลุ่มอุตสาหกรรม

ภาค	เป้าหมาย	แนวทางการพัฒนา
ภาคใต้ชายแดน	- การพัฒนาเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนให้สามารถอยู่ร่วมกันอย่างสันติสุขภายใต้สังคมพหุวัฒนธรรม (Culture of Diversity : C)	- ยกระดับรายได้ การศึกษา สมรรถนะแรงงาน และสาธารณสุขเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและสันติสุขด้วยการยกระดับทักษะฝีมือแรงงานทั้งในและนอกระบบการศึกษา โดยการเพิ่มทักษะ (Upskills) ปรับปรุงทักษะ (Reskills) และสร้างทักษะใหม่ (New skills) ให้สอดคล้องกับความต้องการของตลาด แรงงาน และส่งเสริมให้เป็นผู้ประกอบการรุ่นใหม่ เพื่อเพิ่มผลิตภาพแรงงานและสร้างรายได้ให้สูงขึ้น รวมถึงยกระดับคุณภาพการศึกษาให้เทียบเท่าเกณฑ์มาตรฐานของประเทศ โดยยกระดับคุณภาพการศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชน ขยายโอกาส
		การเข้าถึงการ ศึกษาที่มีคุณภาพของผู้เรียนทุกระดับ โดยเฉพาะเด็กยากจนและด้อยโอกาส และสนับสนุนการจัดการศึกษา การเรียนรู้ การอยู่ร่วมกันอย่างสันติสุขบนฐานสังคมพหุวัฒนธรรม สนับสนุนการพัฒนากำลังคนให้มี สมรรถนะ สูง เพื่อ ตอบ สอน อด ต่อ ความต้องการตลาดแรงงาน

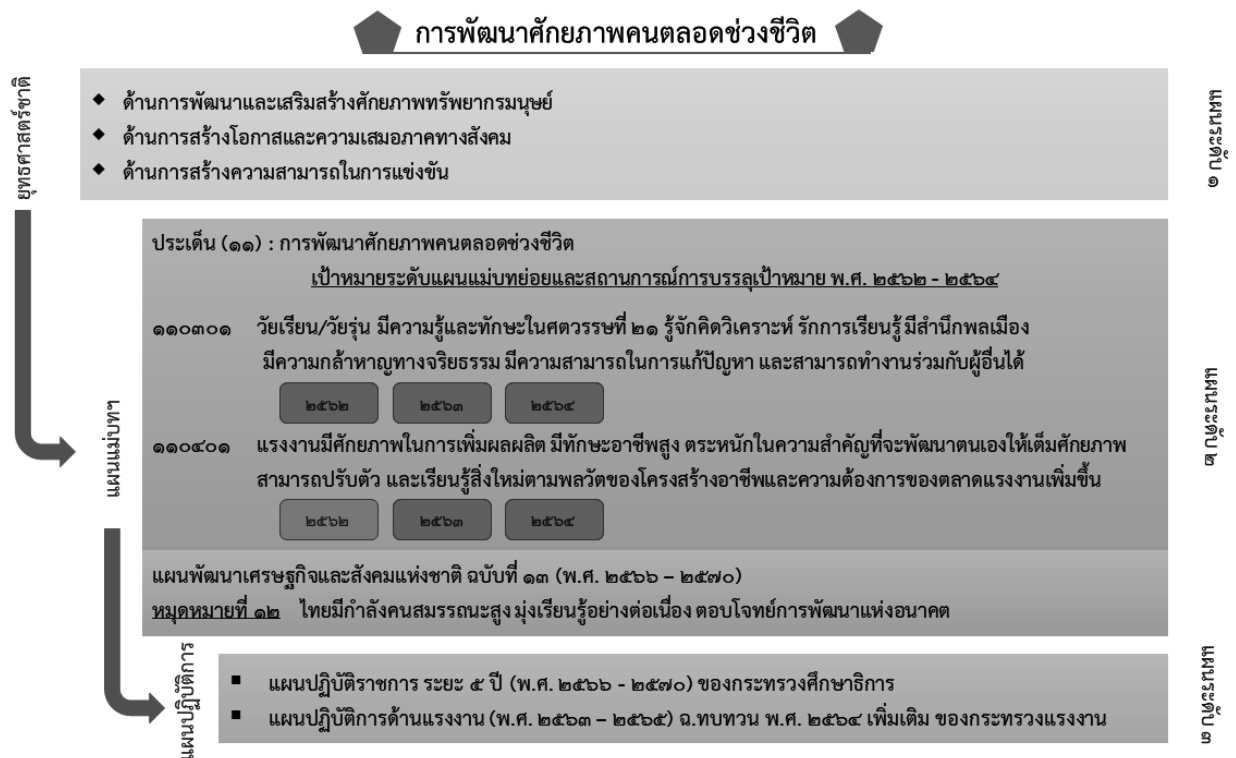
1.2.5) ยุทธศาสตร์จัดสรรงบประมาณ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 สำนักงบประมาณ ได้จัดสรรงบประมาณรายจ่าย ประจำปี พ.ศ. 2566 จำแนกตามโครงสร้างแผนงานตามยุทธศาสตร์ในส่วนของการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต มีแผนงาน/โครงการที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ ดังนี้ แผนแม่บทย่อย “การพัฒนาช่วงวัยเรียน/วัยรุ่น” วงเงินงบประมาณทั้งสิ้น จำนวน 27,610.9118 ล้านบาท และแผนแม่บทย่อย “การพัฒนาและยกระดับศักยภาพวัยแรงงาน” วงเงินงบประมาณทั้งสิ้น จำนวน 3,510.1411 ล้านบาท นอกจากนี้ สำนักงบประมาณได้จัดสรรงบประมาณ สำหรับแผนงาน/โครงการที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการเรียนรู้ การทำงานของผู้สูงอายุ วงเงินงบประมาณทั้งสิ้น จำนวน 42.5317 ล้านบาท

1.2.6) การพัฒนาศักยภาพคนไทยเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการพัฒนาประเทศ และนำไปสู่การแก้ไขปัญหาของประเทศ ทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวกับประชากร ในช่วงวัยเรียน/วัยรุ่น และ วัยแรงงาน โดยมุ่งเน้นการตรวจติดตามใน 2 ประเด็นหลัก คือ

❖ วัยเรียน/วัยรุ่น : การพัฒนาความรู้ ทักษะชีวิต ทักษะการเรียนรู้การทำงาน การประยุกต์ใช้นวัตกรรม เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของโลกในศตวรรษที่ 21 โดยมีความเชื่อมโยงกับวิถีชีวิต และเหมาะสมกับสภาพแวดล้อม/บริบทของพื้นที่

❖ วัยทำงาน : การพัฒนาฝีมือและสมรรถนะให้กับวัยแรงงาน เพื่อให้มีศักยภาพ ในการเพิ่มผลผลิต มีทักษะอาชีพสูง ตรงกับความต้องการของตลาดแรงงาน และเหมาะสมกับสภาพแวดล้อม/บริบท ของพื้นที่ รวมถึงการส่งเสริมศักยภาพการทำงานและพัฒนาอาชีพที่เหมาะสมสำหรับวัยผู้สูงอายุ

ผังความเชื่อมโยงของแผนในระดับต่าง ๆ



2) วัตถุประสงค์ในการตรวจติดตาม

2.1) เพื่อรับทราบ และติดตามสถานการณ์ภาพรวมในปัจจุบันทางการศึกษา การฝึกอบรมให้ความรู้ด้านต่างๆ เพื่อพัฒนาทักษะชีวิตให้กับวัยเรียน/วัยรุ่น การพัฒนาทักษะฝีมือ ทักษะอาชีพ ทักษะแรงงาน ให้กับวัยแรงงาน รวมถึงการส่งเสริมศักยภาพการทำงานและพัฒนาอาชีพที่เหมาะสมสำหรับวัยผู้สูงอายุของจังหวัดและกรุงเทพมหานคร

2.2) เพื่อติดตาม และเร่งรัดการบูรณาการการขับเคลื่อนการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต วัยเรียน/วัยรุ่น วัยแรงงาน รวมถึงวัยผู้สูงอายุ ของภาคส่วนต่างๆ ในระดับพื้นที่ของจังหวัดและกรุงเทพมหานคร

2.3) เพื่อรับทราบปัญหาอุปสรรค ข้อจำกัดที่ส่งผลต่อการขับเคลื่อนการดำเนินการด้านต่างๆ ที่ส่งผลต่อการพัฒนาทักษะชีวิตให้กับวัยเรียน/วัยรุ่น การพัฒนาทักษะฝีมือ ทักษะอาชีพ ทักษะแรงงาน ให้กับวัยแรงงาน รวมถึงการส่งเสริมศักยภาพการทำงานและพัฒนาอาชีพที่เหมาะสมสำหรับวัยผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต

2.4) เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายของผู้ตรวจราชการ เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเกิดการพัฒนา/ปรับปรุงการปฏิบัติงาน

3) จุดเน้นในการตรวจติดตาม

การขับเคลื่อนการดำเนินการการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต โดยมุ่งเน้นการเตรียมพร้อม การพัฒนาทักษะความรู้ การใช้ชีวิตให้กับวัยเรียน/วัยรุ่น การพัฒนาฝีมือ ทักษะอาชีพ ทักษะแรงงาน ให้กับวัยแรงงาน รวมถึงการส่งเสริมศักยภาพการทำงานและพัฒนาอาชีพที่เหมาะสมสำหรับวัยผู้สูงอายุ ของหน่วยงานที่รับผิดชอบและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด และกรุงเทพมหานคร เพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมพหุวัฒนธรรมที่มีการปรับเปลี่ยนตลอดเวลาและรวดเร็ว

4) ประเด็นในการตรวจติดตาม

4.1) สถานการณ์ภาพรวมทางการศึกษา การฝึกอบรม ให้ความรู้ด้านต่างๆ เพื่อพัฒนาทักษะชีวิต ให้กับวัยเรียน/วัยรุ่น การพัฒนาทักษะฝีมือ ทักษะอาชีพ ทักษะแรงงาน ให้กับวัยแรงงาน รวมถึงการส่งเสริมศักยภาพการทำงานและพัฒนาอาชีพที่เหมาะสมสำหรับวัยผู้สูงอายุของจังหวัด และกรุงเทพมหานคร

4.2) การดำเนินการบูรณาการการขับเคลื่อนการพัฒนาทักษะชีวิตให้กับวัยเรียน/วัยรุ่น การพัฒนาทักษะฝีมือ ทักษะอาชีพ ทักษะแรงงาน ให้กับวัยแรงงาน รวมถึงผู้สูงอายุ

4.3) ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการพัฒนาทักษะชีวิตให้กับวัยเรียน/วัยรุ่น การพัฒนาทักษะฝีมือ ทักษะอาชีพ ทักษะแรงงาน ให้กับวัยแรงงาน รวมถึงการส่งเสริมศักยภาพการทำงานและพัฒนาอาชีพที่เหมาะสมสำหรับวัยผู้สูงอายุ ของหน่วยงานในระดับพื้นที่จังหวัด และกรุงเทพมหานคร

ตารางแสดงความเชื่อมโยงประเด็นนโยบายสำคัญ
เรื่อง การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต
ตามแผนแม่บทประเด็น : การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลัก	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
การพัฒนาช่วงวัยเรียน/วัยรุ่น หน่วยงานเจ้าภาพ : กระทรวงศึกษาธิการ	
<u>กระทรวงศึกษาธิการ</u> - สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ - สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน <u>กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม</u> - มหาวิทยาลัย/สถาบันอุดมศึกษา 22 แห่งทั่วประเทศ	<u>กระทรวงสาธารณสุข ***</u> - กรมการแพทย์ - กรมสุขภาพจิต - กรมอนามัย - สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข - กรมส่งเสริมการเกษตร - สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) <u>กระทรวงแรงงาน</u> - กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน <u>กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม</u> - มหาวิทยาลัย/สถาบันอุดมศึกษา 8 แห่งทั่วประเทศ และ รัฐวิสาหกิจในสังกัด 1 แห่ง <u>กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์</u> - กรมกิจการเด็กและเยาวชน <u>กระทรวงยุติธรรม</u> - กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน <u>กระทรวงศึกษาธิการ</u> - สถาบันทดสอบทางการศึกษาแห่งชาติ (องค์การมหาชน) - สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน - สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา <u>สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ</u> (กองยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพและความเท่าเทียม ทางสังคม (กสท.)/กองยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพคน และสังคม (กมส.))
การพัฒนาและยกระดับศักยภาพวัยแรงงาน หน่วยงานเจ้าภาพ : กระทรวงแรงงาน	

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลัก	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
<u>กระทรวงแรงงาน</u> - กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน <u>กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม</u> - มหาวิทยาลัย/สถาบันอุดมศึกษา 8 แห่งทั่วประเทศ <u>สำนักนายกรัฐมนตรี</u> - สถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ (องค์การมหาชน)	<u>กระทรวงสาธารณสุข ***</u> - กรมอนามัย - กรมควบคุมโรค <u>กระทรวงแรงงาน</u> - สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน - กรมการจัดหางาน <u>กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม</u> - สำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม - มหาวิทยาลัย/สถาบันอุดมศึกษา 4 แห่งทั่วประเทศ <u>กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม</u> - บริษัท ทีโอที จำกัด (มหาชน) <u>กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์</u> - กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว <u>กระทรวงยุติธรรม</u> - กรมราชทัณฑ์ <u>กระทรวงศึกษาธิการ</u> - สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ - สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา - สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน <u>กระทรวงอุตสาหกรรม</u> - สำนักงานเศรษฐกิจอุตสาหกรรม <u>กระทรวงพาณิชย์</u> - สำนักงานปลัดกระทรวงพาณิชย์

การพัฒนาคนเป็นสิ่งจำเป็นที่ทุกภาคส่วนควรให้ความสำคัญ ทั้งนี้ ในพื้นที่ที่มีสภาพแวดล้อมต่างกัน การดำเนินการก็ต่างกันด้วย เน้นข้อจำกัดในการส่งเสริมการเตรียมคนในช่วงวัยต่างๆ ทั้งนี้ จากการตรวจติดตาม หากพบปัญหาประการใด คณะผู้ตรวจราชการจะได้ช่วยเหลือกันในพื้นที่ และเสนอแนะในระดับนโยบายเพื่อช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาอุปสรรคในภาพรวมต่อไป

2. การแก้ไขปัญหาคำขอหรือข้อร้องเรียนของประชาชน หรือการผลักดันการดำเนินโครงการ/มาตรการสำคัญในเชิงพื้นที่ของส่วนราชการ

ประกอบด้วย

1) ที่มาของเรื่องที่จะนำมาดำเนินการ

ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรีแต่ละเขตตรวจราชการ (18 เขตสำนักนายกรัฐมนตรี) เป็นผู้พิจารณา กำหนดประเด็นการตรวจราชการแบบบูรณาการในพื้นที่ร่วมกับผู้ตรวจราชการกระทรวงที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาคำขอหรือข้อร้องเรียนของประชาชนในพื้นที่เขตตรวจราชการ หรือร่วมกันผลักดันการดำเนินโครงการ/มาตรการสำคัญในเชิงพื้นที่ของส่วนราชการที่มีความสำคัญ และเกิดประโยชน์ต่อประชาชน โดยพิจารณาดำเนินการอย่างน้อยเขตตรวจราชการละ 1 เรื่อง โดยที่มาของเรื่องที่จะดำเนินการ ประกอบด้วย

1.1) ปัญหาคำขอหรือข้อร้องเรียนของประชาชนที่มีการร้องเรียนผ่านศูนย์บริการประชาชน ศูนย์ดำรงธรรมจังหวัด คณะกรรมการธรรมาภิบาลจังหวัด ฯลฯ โดยเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับประชาชนจำนวนมาก ซึ่งอาจเป็นปัญหาที่มีแนวโน้มจะเป็นปัญหามวลชน และการดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ไม่สามารถดำเนินการได้ด้วยหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง

1.2) การผลักดันการดำเนินโครงการ/มาตรการสำคัญในเชิงพื้นที่ของส่วนราชการ อาทิ การขับเคลื่อนเขตเศรษฐกิจพิเศษ และการพัฒนาด้านการค้าชายแดน เป็นต้น

2) วัตถุประสงค์ในการตรวจราชการ

เพื่อแก้ไขปัญหาคำขอหรือข้อร้องเรียนของประชาชนให้เสร็จสิ้น หรือบรรเทาความรุนแรงของปัญหาก่อนที่จะลุกลามเป็นปัญหาของมวลชน หรือเพื่อให้เกิดการผลักดันการดำเนินโครงการสำคัญในพื้นที่ที่ส่งผลต่อประชาชน หรือหน่วยงานราชการจำนวนมาก

3) แนวทางปฏิบัติและกรอบเวลาในการตรวจราชการแบบบูรณาการ

สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ได้จัดทำกรอบแนวทางปฏิบัติและกรอบระยะเวลาการตรวจราชการแบบบูรณาการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ดังนี้

กรอบแนวทางปฏิบัติและกรอบระยะเวลาการตรวจราชการแบบบูรณาการฯ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

เรื่อง	การขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล (Issue) 1. การท่องเที่ยว 2. การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต	การแก้ไขปัญหา ความเดือดร้อนของ ประชาชน/การพัฒนา เชิงพื้นที่
1. การตรวจติดตาม แบบบูรณาการ ในพื้นที่	➤ ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรีเป็นผู้กำหนดวัน เวลา และสถานที่ เพื่อให้ผู้ตรวจราชการทุกกระทรวงลงพื้นที่ตรวจราชการฯ ทั้งนี้ ขอให้ดำเนินการตรวจติดตามแบบบูรณาการ อย่างน้อยเขตตรวจราชการละ 1 จังหวัด (18 เขตสำนักนายกฯ) ** กรณีที่ผู้ตรวจราชการกระทรวงไม่สามารถร่วมตรวจราชการได้ ขอให้พิจารณามอบส่วนกลางเป็นผู้แทนของผู้ตรวจราชการท่านนั้น เช่น ผู้ตรวจราชการกรม ผู้อำนวยการสำนัก/กอง หรือผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง กับงานตรวจราชการ	- เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาคำขอหรือข้อร้องเรียนของประชาชนในพื้นที่ อย่างน้อยเขตตรวจราชการละ 1 เรื่อง

เรื่อง	การขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล (Issue) 1. การท่องเที่ยว 2. การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต	การแก้ไขปัญหา ความเดือดร้อนของ ประชาชน/การพัฒนา เชิงพื้นที่
2. วิธีการตรวจติดตาม	➤ ตรวจติดตามโดยวิธีการต่างๆ ดังนี้ 1. รับฟังรายงานและสอบถามข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและหน่วยงานอื่นๆ ตามดุลยพินิจของผู้ตรวจราชการ 2. การสังเกตการณ์การดำเนินการในพื้นที่จริง ตามดุลยพินิจของผู้ตรวจราชการ ** ให้เป็นดุลยพินิจของผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรีที่จะใช้การประชุมกับหน่วยรับตรวจผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Video/Web Conference) ในการตรวจราชการ ทั้งในส่วนของการรับฟังรายงานและการสอบถามข้อมูลจากหน่วยงานฯ และ/หรือ การสังเกตการณ์การดำเนินงานในพื้นที่จริง	- ตามดุลยพินิจของผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี
3. ระยะเวลาในการตรวจติดตาม	ตรวจติดตามแบบบูรณาการในพื้นที่ จำนวน 2 ครั้ง ดังนี้ ➤ ครั้งที่ 1 ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ – 15 มีนาคม 2566 ➤ ครั้งที่ 2 ระหว่างวันที่ 3 กรกฎาคม – 15 สิงหาคม 2566	- ตามสภาพข้อเท็จจริงของเรื่อง และตามดุลยพินิจของผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี
4. การรายงานผลการตรวจราชการ ของผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี	ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี จัดทำรายงานผลการตรวจราชการฯ ตามรูปแบบที่กำหนด เสนอปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีเพื่อทราบ/พิจารณา จำนวน 2 ครั้ง ดังนี้ ➤ ครั้งที่ 1 ภายในวันที่ 31 มีนาคม 2566 ➤ ครั้งที่ 2 ภายในวันที่ 15 กันยายน 2566	- ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของประชาชนในพื้นที่ เสนอรองนายกรัฐมนตรีที่กำกับดูแลภูมิภาค ภายในวันที่ 15 กันยายน 2566
5. การรายงานผลการตรวจราชการของ ผู้ตรวจราชการทุกกระทรวง	ผู้ตรวจราชการกระทรวง มีภารกิจเกี่ยวกับแผนงาน/โครงการตามประเด็นตรวจราชการแบบบูรณาการฯ พิจารณาจัดทำรายงานผลการตรวจราชการในลักษณะภาพรวมการดำเนินงานในความรับผิดชอบของกระทรวงตามรูปแบบที่สำนักนายกรัฐมนตรีกำหนด เสนอปลัดกระทรวง และส่งให้สำนักนายกรัฐมนตรี จำนวน 2 ครั้ง ดังนี้ ➤ ครั้งที่ 1 ภายในวันที่ 31 มีนาคม 2566 ➤ ครั้งที่ 2 ภายในวันที่ 15 กันยายน 2566	- ไม่มี -

เรื่อง	การขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล (Issue) 1. การท่องเที่ยว 2. การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต	การแก้ไขปัญหา ความเดือดร้อนของ ประชาชน/การพัฒนา เชิงพื้นที่
4. การรายงานผลการตรวจติดตาม ในลักษณะภาพรวม ทั้งประเทศ	สำนักนายกรัฐมนตรี จัดทำรายงานผลการตรวจราชการฯ ตามรูปแบบที่กำหนด เสนอปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีเพื่อทราบ/พิจารณา จำนวน 2 ครั้ง ดังนี้ ➤ จัดทำสรุปรายงานผลการตรวจราชการ โดยสรุปผลการดำเนินงานประมวลปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะของผู้ตรวจราชการนำเสนอนายกรัฐมนตรี ครั้งที่ 1 ภายในวันที่ 28 เมษายน 2566 ครั้งที่ 2 ภายในวันที่ 29 กันยายน 2566	
** หากเกิดสถานการณ์ที่อาจส่งผลกระทบต่อ การตรวจติดตามของผู้ตรวจราชการ ซึ่งหากมีการปรับเปลี่ยนหรือขยายกรอบเวลาดังกล่าว ให้เป็นดุลยพินิจของสำนักนายกรัฐมนตรี และแจ้งทุกกระทรวงเพื่อทราบต่อไป		

ประเด็นที่เกี่ยวกับกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

1. กรอบประเด็นการตรวจราชการแบบบูรณาการ ปี 2566

1.1 การขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล (Issue)

1) การท่องเที่ยว	แผนแม่บทย่อย การพัฒนากระบวนนิเวศการท่องเที่ยว (กรมอนามัย)
แผนแม่บทย่อย	
1. การพัฒนาช่วงวัยเรียน/วัยรุ่น (กรมการแพทย์, กรมสุขภาพจิต, กรมอนามัย, สป.สธ)	2) การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต
2. การพัฒนาและยกระดับศักยภาพหน่วยงาน (กรมควบคุมโรค, กรมอนามัย)	

1.2 การแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนหรือข้อร้องเรียนของประชาชน หรือการผลักดันการดำเนินโครงการ/มาตรการสำคัญในเชิงพื้นที่ของส่วนราชการ (ทุกกระทรวง)

2. กรณีพิเศษ

โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานของศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี (กรม คร.)

❖ กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการ ภายใต้แผนบูรณาการยุทธศาสตร์ที่ 3 : ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม และดูแลรักษาโรคพิษสุนัขบ้าในคน ตั้งแต่ปี 2564 – 2568 (โครงการ 5 ปี)

ตรวจราชการแบบบูรณาการ ครั้งที่ 1

สำนักงานคณะกรรมการตรวจราชการ

เดือนกุมภาพันธ์ – มีนาคม พ.ศ. 2566

ภายในวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2566

ตรวจราชการแบบบูรณาการ ครั้งที่ 2

สำนักงานคณะกรรมการตรวจราชการ

เดือนกรกฎาคม – สิงหาคม พ.ศ. 2566

ภายในวันที่ 15 กันยายน พ.ศ. 2566

หมายเหตุ : ประเด็นตรวจราชการแบบบูรณาการ รวมนโยบายจากสำนักนายกรัฐมนตรี (เดือนเมษายน 2566)

ประเด็นนโยบาย	จุดเน้นการตรวจติดตาม	ประเด็นการตรวจติดตาม	หน่วยงานหลัก	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. การพัฒนาระบบนิเวศการท่องเที่ยว : มาตราฐานความปลอดภัยสำหรับนักท่องเที่ยวเป็นหนึ่งในปัจจัยสนับสนุนด้านการท่องเที่ยวที่สำคัญ ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินเป็นปัจจัยที่สร้างความเชื่อมั่นให้แก่ นักท่องเที่ยว ดังนั้น จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต้องเร่งดำเนินการและให้ความสำคัญกับเครือข่าย สร้างระบบรองรับการแจ้งเหตุ และช่วยเหลือนักท่องเที่ยว เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินได้อย่างทันท่วงที สอดคล้องกับการท่องเที่ยววิถีใหม่ (New Normal)	รวมทั้งการแจ้งเตือนผ่านระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพและทันสมัย ตลอดทั้งห่วงโซ่คุณค่าของการพัฒนาระบบนิเวศการท่องเที่ยวตามปัจจัยการยกระดับขีดความสามารถ การจัดการความปลอดภัยสำหรับการท่องเที่ยวและคุณภาพแหล่งท่องเที่ยว เพื่อให้บรรลุเป้าหมายนักท่องเที่ยวมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินมากขึ้น	1.6 การพัฒนาและส่งเสริมเทคโนโลยีและนวัตกรรม 2. มาตราการด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของนักท่องเที่ยว 2.1 เครือข่ายในพื้นที่เพื่อช่วยเหลือนักท่องเที่ยว 2.2 ระบบการให้ความช่วยเหลือเยี่ยวยานักท่องเที่ยว 2.3 ความตระหนักรู้ด้านความปลอดภัยในการท่องเที่ยว 2.4 การบริหารจัดการด้านสุขอนามัยและความปลอดภัยของนักท่องเที่ยว เพื่อให้สามารถบริหารจัดการการท่องเที่ยว New Normal รับรองพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป 2) ความพึงพอใจของภาคส่วนต่างๆ ต่อการฟื้นฟูการท่องเที่ยวและส่งเสริมในภาพรวมเชิงสร้างสรรค์และวัฒนธรรมในเชิงภาพรวมของจังหวัด 3) ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน และข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ	1. กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา 2. กระทรวงคมนาคม 3. กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม 4. กระทรวงมหาดไทย	1. กระทรวงสาธารณสุข 2. กระทรวงแรงงาน 3. กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

ประเด็นนโยบาย	จุดเน้นการตรวจติดตาม	ประเด็นการตรวจติดตาม	หน่วยงานหลัก	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
1.2 การพัฒนาศักยภาพตลอดช่วงชีวิต : แผนแม่บทย่อย 1) การพัฒนาช่วงวัยเรียน/วัยรุ่น : มีการพัฒนาทักษะความรู้ การใช้ชีวิตให้กับวัยเรียน/วัยรุ่น เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของโลก ในศตวรรษที่ 21 โดยมีความเชื่อมโยงกับวิถีชีวิต และเหมาะสมกับสภาพแวดล้อม/บริบทของพื้นที่ 2) การพัฒนาและยกระดับศักยภาพวัยแรงงาน : มีการพัฒนาฝีมือและสมรรถนะให้กับวัยแรงงาน เพื่อให้มีศักยภาพในการเพิ่มผลผลิต มีทักษะอาชีพสูง ตรงกับความต้องการของตลาด แรงงาน และเหมาะสมกับสภาพแวดล้อม / บริบทของพื้นที่ รวมถึงการส่งเสริมศักยภาพการทำงานและพัฒนาอาชีพที่เหมาะสมสำหรับวัยผู้สูงอายุ	➢ การขับเคลื่อนการดำเนินการพัฒนาศักยภาพตลอดช่วงชีวิต โดยมุ่งเน้นการเตรียมพร้อมการพัฒนาทักษะความรู้ การใช้ชีวิตให้กับวัยเรียน/วัยรุ่น การพัฒนาฝีมือ ทักษะอาชีพ ทักษะแรงงาน ให้กับวัยแรงงาน รวมถึงการส่งเสริมศักยภาพการทำงานและพัฒนาอาชีพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุของหน่วยงานที่รับผิดชอบและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด และกรุงเทพมหานคร เพื่อรองรับการเข้าสู่สังคม พหุวัฒนธรรม ที่มีการปรับเปลี่ยนตลอดเวลาและรวดเร็ว	1) สถานการณ์ภาพรวมทางการศึกษา การฝึกอบรมให้ความรู้ด้านต่างๆ เพื่อพัฒนาทักษะชีวิตให้กับวัยเรียน/วัยรุ่น การพัฒนาทักษะฝีมือ ทักษะอาชีพ ทักษะแรงงาน ให้กับวัยแรงงาน รวมถึงการส่งเสริมศักยภาพการทำงานและพัฒนาอาชีพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุของจังหวัดและกรุงเทพมหานคร 2) การดำเนินการบูรณาการขับเคลื่อนการพัฒนาทักษะชีวิตให้กับวัยเรียน/วัยรุ่น การพัฒนาทักษะฝีมือ ทักษะอาชีพ ทักษะแรงงาน ให้กับวัยแรงงาน รวมถึงผู้สูงอายุ 3) ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการพัฒนาทักษะชีวิตให้กับวัยเรียน/วัยรุ่น การพัฒนาทักษะฝีมือ ทักษะอาชีพ ทักษะแรงงาน ให้กับวัยแรงงาน รวมถึงการส่งเสริมศักยภาพการทำงานและพัฒนาอาชีพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุของหน่วยงานในระดับพื้นที่จังหวัดและกรุงเทพมหานคร	1. กระทรวงศึกษาธิการ 2. กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม 3. กระทรวงสาธารณสุข 4. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 5. กระทรวงยุติธรรม	1. กระทรวงสาธารณสุข 2. กระทรวงแรงงาน 3. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม 4. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 5. กระทรวงยุติธรรม 6. กระทรวงศึกษาธิการ 7. กระทรวงอุตสาหกรรม 8. กระทรวงพาณิชย์

ประเด็นนโยบาย	จุดเน้นการตรวจติดตาม	ประเด็นการตรวจติดตาม	หน่วยงานหลัก	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. การแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนหรือข้อร้องเรียนของประชาชน หรือการผลักดันการดำเนินโครงการ/มาตรการสำคัญในเชิงพื้นที่ของส่วนราชการ				
➤ การแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนหรือข้อร้องเรียนของประชาชนในพื้นที่ หรือร่วมกันผลักดันการดำเนินโครงการ/มาตรการสำคัญเชิงพื้นที่ของส่วนราชการ และเกิดประโยชน์ต่อประชาชน โดยพิจารณาดำเนินการอย่างน้อยเขตตรวจราชการละ 1 เรื่อง (18 เขต สำนักนายกรัฐมนตรี (ทุกกระทรวง)	➤ การขับเคลื่อนการดำเนินการพัฒนาศักยภาพตลอดห่วงโซีชีวิต โดยมุ่งเน้นการเตรียมพร้อมการพัฒนาทักษะความรู้ การใช้ชีวิตให้ กับวัยเรียน/วัยรุ่น การพัฒนาฝีมือ ทักษะอาชีพ ทักษะแรงงาน ให้กับวัยแรงงาน รวมถึงการส่งเสริมศักยภาพการทำงานและการส่งเสริ้มศักยภาพการทำงานและพัฒนาอาชีพที่เหมาะสมสำหรับวัยผู้สูงอายุ ของหน่วยงานที่รับผิดชอบ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด และกรุงเทพมหานคร เพื่อรองรับการเข้าสู่สังคม พหุวัฒนธรรม ที่มีการปรับเปลี่ยนตลอดเวลาและรวดเร็ว	1) ปัญหาความเดือดร้อนของประชาชน ที่ร้องเรียนผ่านศูนย์บริการประชาชน ศูนย์ดำรงธรรมจังหวัด คณะกรรมการธรรมภิบาลจังหวัด ซึ่งอาจเป็นปัญหาที่มีแนวโน้มจะเป็นปัญหามวลชน โดยต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกหน่วยงาน 2) ผลักดันการดำเนินโครงการ/มาตรการสำคัญในเชิงพื้นที่ของส่วนราชการ อาทิ การขับเคลื่อนเขตเศรษฐกิจพิเศษ การพัฒนาด้านการค้าชายแดน เป็นต้น	- สำนักนายกรัฐมนตรี	- ทุกกระทรวง

ประเด็นนโยบายสำคัญ : การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต

แผนแม่ย่อย : การพัฒนาช่วงวัยเรียน/วัยรุ่น

การจัดทำแผนปฏิบัติการการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็นการดำเนินงาน : การส่งเสริมสุขภาพวัยเรียนวัยรุ่น กรมอนามัย

Cluster/หน่วยงาน : วัยเรียนวัยรุ่น

1. สถานการณ์การดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย ประกอบด้วย

1.1 การขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล (Issue) จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่

1.1 สถานการณ์และผลการดำเนินงาน :

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ในประเทศไทยอยู่ในช่วงคลี่คลาย กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงศึกษาธิการมีมาตรการเปิดเรียน On-Site ปลอดภัย อยู่ได้กับโควิด - 19 ในสถานศึกษา ตั้งแต่ ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2565 ตามหลักการ 3T1V “ตัดความเสี่ยง เพิ่มภูมิคุ้มกัน” และมาตรการ 6 - 6 - 7 เน้นโรงเรียนประจำ ดำเนินการตาม Sandbox Safety zone in School (SSS) และเคร่งครัดตามมาตรการ 1) เร่งฉีดวัคซีนให้นักเรียน ได้รับวัคซีนตามความสมัครใจให้ครอบคลุม 2) สถานศึกษาประเมิน Thai Stop COVID Plus ผ่านการประเมินมากกว่า ร้อยละ 95 3) ชักซ้อมและปฏิบัติตามแผนเผชิญเหตุ กรณีพบผู้ติดเชื้อหรือเป็นผู้สัมผัสเสี่ยงสูง สามารถปิดห้องเรียน หรือเปิดห้องเรียนตามความเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด ไม่แนะนำให้ปิดโรงเรียน ซึ่งนักเรียนควรได้รับการเรียนรู้อย่างเต็มศักยภาพที่โรงเรียน และ 4) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปฏิบัติตามมาตรการ โดยมีศูนย์อนามัยในเขตพื้นที่เป็นพี่เลี้ยง และหลังเปิดภาคเรียนที่ 1 พบว่า ยังพบการติดเชื้อโควิด - 19 ในโรงเรียนเป็น กลุ่มก้อน (Cluster) เป็นความเสี่ยงที่นักเรียนจะเป็นผู้กระจายโรคสู่ครอบครัว มาตรการในการป้องกันและลดการแพร่ กระจายเชื้อมีความสำคัญในโรงเรียน กอปรกับนโยบายรัฐบาล ให้ความสำคัญมุ่งสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ส่งเสริมให้ เด็กไทยได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด - 19 ตามความสมัครใจของผู้ปกครองและเด็ก ดังนั้น จึงควรเร่งให้เด็กได้รับวัคซีน โควิด-19 ในทุกพื้นที่ให้ครอบคลุมมากขึ้น อันจะช่วยลดความรุนแรงจากอาการป่วยของโรค สร้างความมั่นใจ อยู่ได้กับ โควิด-19 อย่างปลอดภัย ดังนั้น จึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องขับเคลื่อนนโยบาย แนวทาง กระบวนการสู่การปฏิบัติ และมีการติดตามผลอย่างจริงจังและต่อเนื่อง มุ่งให้เด็กวัยเรียน/วัยรุ่นเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการ แพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 สถานศึกษามีการจัดการระบบตามมาตรการอย่างเคร่งครัดและมีประสิทธิภาพ

จากข้อมูล Health Data Center (HDC) ณ 14 กรกฎาคม 2565 รายงานสถานการณ์ภาวะโภชนาการ เด็กวัยเรียน ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2565 พบว่า ร้อยละของเด็กวัยเรียนสูงตีสัดส่วน (อายุ 6 - 14 ปี) แนวโน้มลดลง สูงตีสัดส่วน ร้อยละ 55 เริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 14.2 สูงขึ้นและเกินกว่าเป้าหมาย (ร้อยละ 10) ผอม ร้อยละ 5.3 (สูงขึ้นและเกินกว่าเป้าหมาย ร้อยละ 5) และเตี้ย ร้อยละ 10.4 (สูงขึ้นและเกินกว่าเป้าหมาย ร้อยละ 5) ส่วนสูงเฉลี่ยของ เด็กอายุ 12 ปีสูงขึ้น แต่ยังคงต่ำกว่าค่าเป้าหมาย ชาย 148.4 (เป้าหมาย 154 ซม.) หญิง 149.2 เซนติเมตร (เป้าหมาย 15 ซม.) โดยปี 2563 เท่ากับ ร้อยละ 65.7 ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (ร้อยละ 66) และปัญหาทุพโภชนาการด้านอื่น ได้แก่ ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน พบว่า ปี 2559 - 2563 มีแนวโน้มที่สูงขึ้นและเกินกว่าเป้าหมาย (ร้อยละ 10) ปี 2563 เท่ากับ ร้อยละ 12.5 สำหรับภาวะเตี้ย พบว่า ปี 2563 เท่ากับ ร้อยละ 6 สูงกว่าค่าเป้าหมาย (ร้อยละ 5) ภาวะผอม พบว่า ปี 2563 เท่ากับร้อยละ 4.4 ผ่านค่าเป้าหมาย (ร้อยละ 5) ทั้งนี้ การเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็กวัยเรียนยังไม่ครอบคลุม จำนวนเด็กนักเรียนทั้งประเทศ จากสถานการณ์ภาวะโภชนาการดังกล่าว เป็นการประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้ เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโต พ.ศ. 2538 แต่เมื่อเทียบกับสถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กอายุ 6-14 ปี ปี 2564 มีการเปลี่ยนมาใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตชุดใหม่ (ปี 2564) จะเห็นว่า เด็กสูงตีสัดส่วน เริ่มอ้วนและอ้วน มีค่าลดลง แต่ยังคงไม่ผ่านค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ ขณะที่ภาวะเตี้ยมีมากขึ้น กล่าวคือ เด็กอายุ 6-14 ปี สูงตีสัดส่วน ร้อยละ 58.0

(ลดลง) เริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 11.6 ผอม ร้อยละ 3.9 และเตี้ย ร้อยละ 10.4 (เพิ่มขึ้น) ส่วนสูงเฉลี่ยของเด็กอายุ 12 ปี ชาย 147.3 เซนติเมตร (เป้าหมาย 154 ซม.) หญิง 148.5 เซนติเมตร (เป้าหมาย 155 ซม.) ซึ่งกลไกการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาภาวะโภชนาการ พื้นที่ให้ความสำคัญในการแก้ปัญหาบ่อย ขาดความครอบคลุมและคุณภาพของข้อมูลภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียน อีกทั้งจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้เด็กต้องเรียน Online พฤติกรรมเนือยนิ่งมากขึ้น สอดคล้องกับการสำรวจระดับกิจกรรมทางกายในประชากรไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล ระหว่างปี 2555-2563 พบว่า คนไทยมีแนวโน้มการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งสูง โดยพบว่า ในสถานการณ์ด้านกิจกรรมทางกาย พบว่าคนไทยมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ โดยพบว่ากลุ่มเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ ร้อยละ 24.9, 20.9, 27.6, 23.2, 26.4, 25.3, 26.2, 24.4 17.1 และ 24.2 ตามลำดับ

สถานการณ์สุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียน พบว่า ร้อยละของเด็กอายุ 6 - 12 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ปี 2560 - 2565 พบ ร้อยละ 46.1, 54.14 , 36.5 , 57.4 , 46.6 และ 22.7 ตามลำดับ สำหรับร้อยละเด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันผุ (Caries free) มีแนวโน้มดีขึ้นปี 2560 - 2565 พบ ร้อยละ 60.6, 69.8 , 69.2, 71.2, 70.0 และ 75.2 ตามลำดับ แต่เมื่อพิจารณาในเรื่องความครอบคลุมของการตรวจสุขภาพช่องปากในเด็กวัยเรียน พบว่า มีเพียงครึ่งหนึ่งของเด็กทั้งหมด และจากรายงานการสำรวจสถานะทันตสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง ปีงบประมาณ 2564 โดยสำนักทันตสาธารณสุข ยังพบว่าเด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์ด้านการแปรงฟันและการบริโภคอาหาร ยังน้อยอยู่มาก โดยมีการแปรงฟันแบบ 2-2-2 (แปรงฟันอย่างน้อย 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน ด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ นาน 2 นาที และงดกินอาหารหลังแปรงฟัน 2 ชั่วโมง) เพียงร้อยละ 34.3 ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า เด็กดื่มน้ำอัดลม ร้อยละ 45.1 ดื่มน้ำหวาน ร้อยละ 45.9 และกินขนมกรุบกรอบมากกว่า 2 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 48.7 ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในช่องปากยังคงเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนางานด้านสุขภาพช่องปากในเด็กวัยเรียน

การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นและเยาวชนเป็นประเด็นปัญหาที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ องค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10 - 14 ปี และ 15 - 19 ปี เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของเป้าหมาย การพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ตัวชี้วัดที่ 3.7 ว่าด้วยการสร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพและส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของคนทุกเพศ ทุกวัย ซึ่งตั้งเป้าหมายการบรรลุได้ภายในปี พ.ศ. 2573 ปัจจุบันสถานการณ์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของประเทศไทยพบว่า อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี มีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ โดยอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10 - 14 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 10 - 14 ปีพันคน ลดลงจาก 1.3 ต่อพัน ในปี 2560 เหลือ 0.9 ในปี 2565 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปีพันคน ลดลงจาก 39.6 ในปี 2560 เหลือ 25.1 ในปี 2565 ส่วนการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ยังคงอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 13.8 ในปี 2565)

ข้อมูลจากรายงานเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2564 ชี้ให้เห็นว่ามีแม่วัยรุ่นที่เป็นนักเรียน/นักศึกษา ไม่ตั้งใจตั้งครรภ์ถึงร้อยละ 77 โดยมีแม่วัยรุ่นที่ไม่ได้คุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์ ร้อยละ 44.2 สาเหตุ 3 อันดับแรกคือ มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ตั้งใจ ร้อยละ 47.5 ไม่รู้จักวิธีคุมกำเนิด ร้อยละ 28.8 และมีเพศสัมพันธ์ขณะมึนเมา ร้อยละ 10 นอกจากนี้ แม่วัยรุ่นกลุ่มนี้หลังคลอดแล้วยังไม่คุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่ง ร้อยละ 6.7 ส่วนข้อมูลจากการสำรวจความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตในเด็กอายุ 10 - 19 ปี พบว่า ความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต อยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 26.0) และระดับดี (ร้อยละ 59.2) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า องค์ประกอบด้านการตัดสินใจและการชักถาม อยู่ในระดับน้อย เท่ากับร้อยละ 13.8 และ 19.4 ตามลำดับ ส่วนทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ อยู่ในระดับต่ำสุด (ร้อยละ 10.2)

ผลการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ จากโปรแกรมประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในโรงเรียน พบว่า โรงเรียนเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาฯ จำนวน 3,899 แห่ง นักเรียนผ่านการประเมินความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ระดับ NuPETHS ร้อยละ 67 (21,796 คน) และนักเรียนที่ผ่านการประเมินตามแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ ระดับ Super Hero NuPETHS ร้อยละ 28.3 (9,221คน) จากสถานการณ์ดังกล่าวมีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ปัจจัยสำคัญ คือ ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองหรือเรียกว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) จากการประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเด็กและเยาวชน ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องสุขบัญญัติในระดับพอใช้ ร้อยละ 59.94 และระดับดีมาก ร้อยละ 36.97 เพียงส่วนน้อยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ ร้อยละ 3.09 และส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดีมาก ร้อยละ 45.08 รองลงมา คือ ระดับพอใช้ ร้อยละ 36.72 มีเพียงส่วนน้อยที่มีพฤติกรรมสุขภาพระดับไม่ดี ร้อยละ 18.20 (กองสุศึกษา, 2557) และผลการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของเด็กวัยเรียน ปี 2562 กรมอนามัย พบว่า เด็กวัยเรียนส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมระดับพอใช้ ร้อยละ 57.9 มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ 3 ด้าน ทัศนสุขภาพ การบริโภคอาหาร และกิจกรรมทางกาย เพียงร้อยละ 0.1 มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านทัศนสุขภาพ ร้อยละ 21.7 พฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านกิจกรรมทางกาย ร้อยละ 12.3 พฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านการบริโภคอาหาร ร้อยละ 6.1 (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2562)

รวมถึงนโยบายการขับเคลื่อนโครงการเด็กไทยสายตาสี มุ่งให้นักเรียนได้รับโอกาสในการดูแลสุขภาพและได้รับการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพสายตา จากการที่นักเรียนสายตาผิดปกติ มองเห็นไม่ชัด มองไม่เห็น ไม่สามารถเรียนหนังสือได้ ส่งผลต่อพัฒนาการการเรียนรู้เด็ก ด้านสติปัญญา ดังนั้น จึงควรใส่ใจให้ความสำคัญและส่งเสริมให้มีการดำเนินงานอนามัยโรงเรียน นักเรียนได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพและการดูแลสุขภาพอย่างมีคุณภาพ จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด - 19 เป็นสาเหตุให้สถานศึกษาส่วนใหญ่ปิดเรียนหรือเรียนออนไลน์ ในรอบปีที่ผ่านมา จึงมีการตรวจคัดกรองสุขภาพนักเรียน ตรวจคัดกรองสายตาศูนย์นักเรียนไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร พบว่า เดือนมกราคม ถึงธันวาคม 2564 มีนักเรียนสายตาผิดปกติได้รับแว่นสายตา จำนวน 2,929 ราย และระหว่างเดือนมกราคมถึงมิถุนายน 2565 ตรวจพบนักเรียนสายตาผิดปกติ 532 ราย จึงควรส่งเสริมการตรวจคัดกรองสุขภาพเป็นประจำทุกปีอย่างต่อเนื่อง

แนวทางการรายงานผล การตรวจราชการ

แบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566

ประเด็นที่ :

หัวข้อ

เขตสุขภาพที่ รอบที่/2566

1. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก.....

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม.....

2. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
1.....	1.1.....	1.1.....
	1.2.....	1.2.....
2.....	2.1.....	2.1.....
	2.2.....	2.2.....
3.....	3.1.....	3.1.....
	3.2.....	3.2.....

3. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

.....

4. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

4.1 สำหรับพื้นที่

.....

4.2 สำหรับส่วนกลาง

.....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

E-mail.....

แบบฟอร์มสรุปผลการตรวจราชการภาพรวมประเทศ (รายประเด็น)
 รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2566 รอบที่.....
 ประเด็นที่..... :

1. ประเด็นตรวจราชการ :
2. หัวข้อ/ตัวชี้วัด :
3. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)
 หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก.....
 หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม.....
4. สถานการณ์ (เหตุผลความจำเป็นที่ต้องมีการดำเนินการเรื่องนี้/Gaps การดำเนินการที่ผ่านมา/มาตรการที่กำหนดให้ดำเนินการรอบนี้)
5. ผลการประเมิน (รอบที่.....)
 - 5.1 กราฟแท่ง/แผนภูมิ/ตาราง แยกรายเขตฯ และผลรวมทุกเขต
 - 5.2 คำอธิบายผลการดำเนินงาน จากข้อ 1
 - 5.3 สรุปผล ภาพรวม ผ่าน/ไม่ผ่านเกณฑ์ เขตที่ดำเนินการได้ดีที่สุด
 - 5.4 นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)
6. ปัญหา/สาเหตุ/สิ่งสะท้อนความสำเร็จ
 - 6.1 ภาพรวมของพื้นที่ แยกเป็นตามกรอบ 6 BB
 - 6.2 แยกตามรายเขตฯ/พื้นที่ (ถ้ามี)
7. ข้อเสนอแนะ
 - 7.1 สำหรับพื้นที่ (แต่ละข้อน่าจะต้องระบุว่า เขต/จังหวัด/อำเภอ/ตำบล/ชุมชน ที่จะเป็นผู้ดำเนินการ)
 - 7.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (จำแนกตาม 6 BB หรืออื่นๆ)
8. แผนการติดตาม (จากผู้นิเทศ)

ผู้รายงาน.....
 ตำแหน่ง.....
 วัน/เดือน/ปี.....
 E-mail.....

แบบรายงานข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ 2566
เขตสุขภาพที่ รอบที่..... จังหวัด.....

ลำดับ	ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของผู้ตรวจราชการ	ผลการดำเนินการตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ	หมายเหตุ

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
เขตสุขภาพที่.....
วันที่.....

ภาคผนวก

ปฏิทินการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

กิจกรรม	กำหนดเวลา	ผู้รับผิดชอบ
ขั้นที่ 1 จัดทำแผนการตรวจราชการฯ (ต.ค. – พ.ย. 65)		
1.1 ประชุม สตร. : - กำหนด/มอบหมายประธาน รองประธาน และเลขานุการ คกก. กำหนดประเด็นในแต่ละคณะ - กำหนดกรอบประเด็น แนวทางการตรวจราชการ	สัปดาห์ที่ 3 - 4 ของ ต.ค. 65	สตร., กองตรวจฯ, กรมวิชาการ
1.2 ประชุมร่วมกับกรม กอง เพื่อเตรียมพร้อมการตรวจราชการ และนิเทศงานปี 2566	สัปดาห์ที่ 3 - 4 ของ พ.ย. 65	สตร., กองตรวจฯ, กรมวิชาการและ สำนักใน สป.
1.3 รวบรวมรายชื่อจัดทำคำสั่ง คกก.กำหนดประเด็น/คกก.แต่ละ คณะประชุมเพื่อกำหนดรายละเอียดประเด็น/แนวทางการตรวจราชการ	7 - 30 พ.ย. 65	กองตรวจฯ ,คกก. กำหนดประเด็นฯ
1.4 ประสานจัดเตรียมทีม และเตรียมความพร้อมผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ และนิเทศงาน	พ.ย. 65	กองตรวจฯ, เขตสุขภาพที่ 1-12, กรมวิชาการและสำนัก ใน สป.
1.5 จัดทำคำสั่งแต่งตั้งผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงานระดับกรม และหน่วยงานใน สป.	พ.ย. 65	กองตรวจฯ
1.6 เสนอแผนการตรวจราชการปี 2566 ต่อปลัดกระทรวงฯ เพื่อยื่นอนุมัติแผน	สัปดาห์ที่ 3 ของ พ.ย. 65	หัวหน้าผู้ตรวจฯ
1.7 จัดทำคู่มือแผน - แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2566	พ.ย. - ธ.ค. 65	กองตรวจฯ
1.8 ประชุมเตรียมความพร้อมการตรวจราชการและนิเทศงาน ประจำปี 2566	14 ธ.ค. 65	สตร./กองตรวจฯ
1.9 ประชุมชี้แจงแผนการตรวจราชการ ประจำปี 256	23 ธ.ค. 65	สตร./กองตรวจฯ
1.10 การประชุมชี้แจงและเตรียมความพร้อมในการตรวจราชการ ของเขตสุขภาพที่ 1-12	สัปดาห์ที่ 3 - 4 ของ ธ.ค. 65	เขตสุขภาพที่ 1-12
1.11 กองตรวจราชการ กรมวิชาการและสำนักที่เกี่ยวข้อง อบรมเตรียมความพร้อมผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงานกรมและหน่วยงาน ใน สป. และทีมสนับสนุนการตรวจราชการ	22 ธ.ค. 65	กองตรวจฯ กรมวิชาการและ หน่วยงานใน สป.

กิจกรรม	กำหนดเวลา	ผู้รับผิดชอบ
ขั้นที่ 2 ดำเนินการตรวจราชการ		
2.1 การตรวจราชการ ระดับจังหวัด (2 ครั้ง/ปี) รอบที่ 1 (ไตรมาส 1 - 2) รอบที่ 2 (ไตรมาส 3 - 4)	ธ.ค. 65 - มี.ค. 66 พ.ค. - ส.ค. 66	ทีมตรวจราชการ
ขั้นที่ 3 รายงานผลการตรวจราชการ		
3.1 รายงานผลการตรวจราชการฯ ปีละ 2 รอบ (1) ทีมตรวจราชการจัดทำรายงานผลการตรวจราชการเสนอต่อหัวหน้าทีมภายใน 7 วันหลังการตรวจราชการเสร็จสิ้นในแต่ละรอบหรือแต่ละไตรมาส (ตามความเหมาะสมของประเด็นตรวจราชการ)		
(2) หัวหน้าทีมตรวจราชการจัดทำรายงานสรุปผลการตรวจราชการเสนอต่อผู้บริหารภายใน 15 วัน หลังการตรวจราชการเสร็จสิ้นในแต่ละรอบ	รอบ 1 : เม.ย. 66 รอบ 2 : ส.ค. 66	ผู้ตรวจราชการ กระทรวง
(3) หัวหน้ากลุ่มตรวจราชการรวบรวมรายงานตรวจราชการ ส่งให้กองตรวจราชการ เพื่อส่งให้ คกก.กำหนดประเด็นฯ แต่ละคณะ ประมวลผลในภาพรวมประเทศ	รอบ 1 ภายใน 20 เม.ย. 66 รอบ 2 ภายใน 15 ส.ค. 66	หัวหน้า กลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ 1 - 12
(4) กองตรวจราชการ รวบรวมรายงาน เพื่อประมวลผลในภาพรวมประเทศ	รอบ 1 : เม.ย. 66 รอบ 2 : ส.ค. 66	กองตรวจราชการ
(5) คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พิจารณา กลั่นกรองประมวล สรุป และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย จากผลการตรวจราชการในภาพรวมประเทศ	รอบ 1 : เม.ย. - พ.ค. 66 รอบ 2 : ส.ค. - ก.ย. 66	คกก. กำหนด ประเด็นฯ
3.2 ประชุมสรุปผลการตรวจราชการฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (หมายเหตุ สรุปผลรอบที่ 1 จัดภายในกระทรวงฯ (ในรูปแบบออนไลน์และออนไลน์) สรุปผลรอบที่ 2 จัดภายในกระทรวงฯ (ในรูปแบบออนไลน์และออนไลน์)	รอบ 1 : สัปดาห์ที่ 1 - 2 ของ พ.ค. 66 รอบ 2 : สัปดาห์ที่ 1 - 2 ของ ก.ย. 66	กองตรวจราชการ
3.3 เสนอข้อเสนอเชิงนโยบายต่อผู้บริหาร	รอบ 1 : พ.ค. 66 รอบ 2 : ก.ย. 66	กองตรวจราชการ
3.4 จัดทำเอกสารสรุปผลการตรวจราชการฯ ปีงบประมาณ 2566 และเผยแพร่	รอบ 1 : มิ.ย. 66 รอบ 2 : ต.ค. 66	คกก.กำหนดประเด็นฯ/ กองตรวจฯ

กิจกรรม	กำหนดเวลา	ผู้รับผิดชอบ
ขั้นที่ 4 การพัฒนาและขับเคลื่อนระบบตรวจราชการ		
4.1 ทบทวนและปรับปรุงคำสั่งคณะกรรมการพัฒนา/ขับเคลื่อนระบบตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข	พ.ย. 65	กองตรวจราชการ
4.2 ประชุมคณะกรรมการพัฒนา/ขับเคลื่อนระบบการตรวจราชการ <u>หมายเหตุ</u> ประเด็นสำคัญที่ขับเคลื่อน ได้แก่ 1. ระบบการจัดทำแผนแนวทางการตรวจราชการ 2. ระบบการรายงานผลการตรวจราชการ และระบบสนับสนุนการตรวจราชการ - การจัดเตรียมทีมและเตรียมความพร้อมของผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงาน ของกรม/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - การพัฒนาศักยภาพผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงาน (ดำเนินการโดย กองตรวจราชการ) - การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศสนับสนุนการตรวจราชการ 3. สัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงาน/หน่วยรับตรวจที่มีต่อระบบตรวจราชการประจำปี 2566 4. จัดทำข้อเสนอแนะและแก้ไขปัญหาที่พบจากการตรวจราชการ พร้อมทั้งพัฒนาระบบตรวจราชการให้มีความทันสมัย	ไตรมาสละ 1 ครั้ง	กองตรวจฯ/คกก. พัฒนาระบบตรวจฯ/คกก.ขับเคลื่อนระบบตรวจฯ

กำหนดการตรวจราชการกรณีปกติ

ระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

เขตสุขภาพที่	จังหวัด	กำหนดการตรวจราชการ กรณีปกติ รอบที่ 1	กำหนดการตรวจราชการ กรณีปกติ รอบที่ 2
1	เชียงราย	24 - 26 มกราคม 2566	7 - 9 มิถุนายน 2566
	แม่ฮ่องสอน	1 - 3 กุมภาพันธ์ 2566	14 - 16 มิถุนายน 2566
	เชียงใหม่-ลำพูน	7 - 10 กุมภาพันธ์ 2566	20 - 23 มิถุนายน 2566
	ลำปาง	15 - 17 กุมภาพันธ์ 2566	28 - 30 มิถุนายน 2566
	แพร่	20 - 22 กุมภาพันธ์ 2566	3 - 5 กรกฎาคม 2566
	น่าน	22 - 24 กุมภาพันธ์ 2566	5 - 7 กรกฎาคม 2566
	พะเยา	8 - 10 มีนาคม 2566	12 - 14 กรกฎาคม 2566
2	พิษณุโลก	15 - 17 กุมภาพันธ์ 2566	12 - 14 กรกฎาคม 2566
	อุตรดิตถ์	22 - 24 กุมภาพันธ์ 2566	14 - 16 มิถุนายน 2566
	ตาก	8 - 10 มีนาคม 2566	19 - 21 กรกฎาคม 2566
	สุโขทัย	15 - 17 มีนาคม 2566	21 - 23 มิถุนายน 2566
	เพชรบูรณ์	22 - 24 มีนาคม 2566	7 - 9 มิถุนายน 2566
3	พิจิตร	17 - 19 มกราคม 2566	4 - 6 กรกฎาคม 2566
	อุทัยธานี	1 - 3 กุมภาพันธ์ 2566	11 - 13 กรกฎาคม 2566
	ชัยนาท	7 - 9 กุมภาพันธ์ 2566	6 - 8 มิถุนายน 2566
	กำแพงเพชร	14 - 16 กุมภาพันธ์ 2566	20 - 22 มิถุนายน 2566
	นครสวรรค์	8 - 10 มีนาคม 2566	13 - 15 มิถุนายน 2566
4	สิงห์บุรี	27 - 29 มีนาคม 2566	3 - 5 กรกฎาคม 2566
	อ่างทอง	13 - 15 มีนาคม 2566	17 - 19 กรกฎาคม 2566
	ลพบุรี	20 - 22 มีนาคม 2566	10 - 12 กรกฎาคม 2566
	นครนายก	8 - 10 มีนาคม 2566	25 - 27 กรกฎาคม 2566
	สระบุรี	1 - 3 มีนาคม 2566	9 - 11 สิงหาคม 2566
	อยุธยา	22 - 24 มีนาคม 2566	12 - 14 กรกฎาคม 2566
	ปทุมธานี	29 - 31 มีนาคม 2566	5 - 7 กรกฎาคม 2566
	นนทบุรี	15 - 17 มีนาคม 2566	19 - 21 กรกฎาคม 2566

เขตสุขภาพที่	จังหวัด	กำหนดการตรวจราชการ กรณีปกติ รอบที่ 1	กำหนดการตรวจราชการ กรณีปกติ รอบที่ 2
5	สมุทรสงคราม	23 - 27 มกราคม 2566	
	สุพรรณบุรี	30 มกราคม – 3 กุมภาพันธ์ 2566	
	นครปฐม	6 - 10 กุมภาพันธ์ 2566	
	สมุทรสาคร	13 - 17 กุมภาพันธ์ 2566	
	ประจวบคีรีขันธ์	20 - 24 กุมภาพันธ์ 2566	
	กาญจนบุรี	27 กุมภาพันธ์ – 3 มีนาคม 2566	
	ราชบุรี	13 - 17 มีนาคม 2566	
	เพชรบุรี	20 - 24 มีนาคม 2566	
6	ตราด	25 - 27 มกราคม 2566	22 - 23 พฤษภาคม 2566
	จันทบุรี	1 - 3 กุมภาพันธ์ 2566	24 - 26 พฤษภาคม 2566
	สระแก้ว	8 - 10 กุมภาพันธ์ 2566	12 - 13 มิถุนายน 2566
	ปราจีนบุรี	15 - 17 กุมภาพันธ์ 2566	14 - 16 มิถุนายน 2566
	ระยอง	22 - 24 กุมภาพันธ์ 2566	19 - 20 มิถุนายน 2566
	ชลบุรี	1 - 3 มีนาคม 2566	21 - 23 มิถุนายน 2566
	สมุทรปราการ	8 - 10 มีนาคม 2566	3 - 4 กรกฎาคม 2566
	ฉะเชิงเทรา	15 - 17 มีนาคม 2566	5 - 7 กรกฎาคม 2566
7	กาฬสินธุ์	11 - 13 มกราคม 2566	7 - 9 มิถุนายน 2566
	ร้อยเอ็ด	25 - 27 มกราคม 2566	21 - 23 มิถุนายน 2566
	มหาสารคาม	8 - 10 กุมภาพันธ์ 2566	5 - 7 กรกฎาคม 2566
	ขอนแก่น	15 - 17 กุมภาพันธ์ 2566	19 - 21 กรกฎาคม 2566
8	อุดรธานี	23 - 24 กุมภาพันธ์ 2566	13 - 14 กรกฎาคม 2566
	หนองบัวลำภู	11 - 12 มกราคม 2566	1 - 2 มิถุนายน 2566
	หนองคาย	16 - 17 กุมภาพันธ์ 2566	29 - 30 มิถุนายน 2566
	สกลนคร	19 - 20 มกราคม 2566	8 - 9 มิถุนายน 2566
	เลย	2 - 3 มีนาคม 2566	20 - 21 กรกฎาคม 2566
	บึงกาฬ	9 - 10 มีนาคม 2566	3 - 4 สิงหาคม 2566
	นครพนม	2 - 3 กุมภาพันธ์ 2566	22 - 23 มิถุนายน 2566
9	ชัยภูมิ	8 - 10 กุมภาพันธ์ 2566	28 - 30 มิถุนายน 2566
	นครราชสีมา	15 - 17 กุมภาพันธ์ 2566	5 - 7 กรกฎาคม 2566
	สุรินทร์	22 - 24 กุมภาพันธ์ 2566	12 - 14 กรกฎาคม 2566
	บุรีรัมย์	1 - 3 มีนาคม 2566	19 - 21 กรกฎาคม 2566

เขตสุขภาพที่	จังหวัด	กำหนดการตรวจราชการ กรณีปกติ รอบที่ 1	กำหนดการตรวจราชการ กรณีปกติ รอบที่ 2
10	มุกดาหาร	15 – 17 กุมภาพันธ์ 2566	7 – 9 มิถุนายน 2566
	อำนาจเจริญ	22 – 24 กุมภาพันธ์ 2566	14 – 16 มิถุนายน 2566
	ยโสธร	1 – 3 มีนาคม 2566	21 – 23 มิถุนายน 2566
	ศรีสะเกษ	8 – 10 มีนาคม 2566	5 – 7 กรกฎาคม 2566
	อุบลราชธานี	15 – 17 มีนาคม 2566	12 – 14 กรกฎาคม 2566
11	กระบี่	25 - 27 มกราคม 2566	7 - 9 มิถุนายน 2566
	พังงา	1 - 3 กุมภาพันธ์ 2566	14 - 16 มิถุนายน 2566
	ภูเก็ต	8 - 10 กุมภาพันธ์ 2566	21 - 23 มิถุนายน 2566
	ระนอง	15 - 17 กุมภาพันธ์ 2566	28 - 30 มิถุนายน 2566
	ชุมพร	22 - 24 กุมภาพันธ์ 2566	5 - 7 กรกฎาคม 2566
	สุราษฎร์ธานี	1 - 3 มีนาคม 2566	12 - 14 กรกฎาคม 2566
	นครศรีธรรมราช	8 - 10 มีนาคม 2566	19 - 21 กรกฎาคม 2566
12	นราธิวาส	11 - 13 มกราคม 2566	10 - 12 พฤษภาคม 2566
	ปัตตานี	18 - 20 มกราคม 2566	17 - 19 พฤษภาคม 2566
	ตรัง	25 - 27 มกราคม 2566	24 - 26 พฤษภาคม 2566
	สตูล	1 - 3 กุมภาพันธ์ 2566	31 พฤษภาคม – 2 มิถุนายน 2566
	พัทลุง	8 - 10 กุมภาพันธ์ 2566	7 - 9 มิถุนายน 2566
	สงขลา	15 - 17 กุมภาพันธ์ 2566	14 - 16 มิถุนายน 2566
	ยะลา	22 - 24 กุมภาพันธ์ 2566	21 - 23 มิถุนายน 2566

หมายเหตุ : กำหนดการอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสม

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566
(Inspection Guideline)

ประเด็นที่ :

หัวข้อ

ตัวชี้วัด : (ตัวชี้วัดภายใต้ประเด็น/หัวข้อ)

คำนิยาม

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการ ที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทาง การตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 1			
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 2			

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

1.
2.

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กรม สำนัก/กอง

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/E-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
	ตำแหน่ง..... สำนัก/กอง.....	Tel. Mobile..... E-mail :	
	ตำแหน่ง..... สำนัก/กอง.....	Tel. Mobile..... E-mail :	

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/E-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
	ตำแหน่ง..... สำนัก/กอง.....	Tel. Mobile..... E-mail :	
	ตำแหน่ง..... สำนัก/กอง.....	Tel. Mobile..... E-mail :	

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆ ที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ กก.กำหนดประเด็นแต่ละประเด็น

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ 2566 รอบ

เขตสุขภาพที่ จังหวัด

ประเด็นที่ :

ประเด็นตรวจราชการ :

หัวข้อ/ตัวชี้วัด :

1) เป้าหมาย และผลงาน

.....
.....

2) สรุปสถานการณ์

.....
.....

3) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

.....
.....

4) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

.....
.....

5) ปัจจัยความสำเร็จ

.....
.....

6) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

.....
.....

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ 2566 รอบ

เขตสุขภาพที่

ประเด็นที่ :

ประเด็นตรวจราชการ :

หัวข้อ/ตัวชี้วัด :

1) เป้าหมาย และผลงาน

.....
.....

2) สรุปสถานการณ์

.....
.....

3) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

.....
.....

4) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

.....
.....

5) ปัจจัยความสำเร็จ

.....
.....

6) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ

.....
.....

แบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประเด็นที่ :

หัวข้อ

เขตสุขภาพที่ จังหวัด รอบที่/2566

5. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม

6. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
1	1.1	1.1
	1.2	1.2
2	2.1	2.1
	2.2	2.2
3	3.1	3.1
	3.2	3.2

7. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

.....

.....

8. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

8.1 สำหรับพื้นที่

.....

.....

8.2 สำหรับส่วนกลาง

.....

ผู้รายงาน

ตำแหน่ง

วัน/เดือน/ปี

E-mail

แบบฟอร์มสรุปผลการตรวจราชการภาพรวมประเทศ (รายประเด็น)
 รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2566 รอบที่
 ประเด็นที่ :

1. ประเด็นตรวจราชการ :
2. หัวข้อ/ตัวชี้วัด :
3. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)
 หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก
 หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม
4. สถานการณ์ (เหตุผลความจำเป็นที่ต้องมีการดำเนินการเรื่องนี้/Gaps การดำเนินการที่ผ่านมา/มาตรการที่กำหนดให้ดำเนินการรอบนี้)
5. ผลการประเมิน (รอบที่)
 5.4 กราฟแท่ง/แผนภูมิ/ตาราง แยกรายเขตฯ และผลรวมทุกเขต
 5.5 คำอธิบายผลการดำเนินงาน จากข้อ 1
 5.6 สรุปผล ภาพรวม ผ่าน/ไม่ผ่านเกณฑ์ เขตที่ดำเนินการได้ดีที่สุด
 5.4 นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)
6. ปัญหา/สาเหตุ/สิ่งสะท้อนความสำเร็จ
 6.1 ภาพรวมของพื้นที่ แยกเป็นตามกรอบ 6 BB
 6.2 แยกตามรายเขตฯ/พื้นที่ (ถ้ามี)
7. ข้อเสนอแนะ
 7.1 สำหรับพื้นที่ (แต่ละข้อน่าจะต้องระบุว่า เขต/จังหวัด/อำเภอ/ตำบล/ชุมชน ที่จะเป็นผู้ดำเนินการ)
 7.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (จำแนกตาม 6 BB หรืออื่นๆ)
8. แผนการติดตาม (จากผู้นิเทศ)

ผู้รายงาน
 ตำแหน่ง
 วัน/เดือน/ปี
 E-mail

แบบรายงานข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ 2566
เขตสุขภาพที่ รอบที่ จังหวัด

ลำดับ	ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของผู้ตรวจราชการ	ผลการดำเนินการตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ	หมายเหตุ

ลงชื่อ
(.....)
ตำแหน่ง
เขตสุขภาพที่
วันที่

ระเบียบและคำสั่งที่เกี่ยวข้อง



คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข

ที่ ๓๒ /๒๕๖๖

เรื่อง กำหนดเขตสุขภาพ และมอบหมายให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๖๑๘/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๗ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ได้กำหนดเขตสุขภาพ และมอบหมายให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและรักษาการในตำแหน่งผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข นั้น เพื่อให้การปฏิบัติราชการของกระทรวงสาธารณสุขเป็นไปด้วยความคล่องตัว สะดวก รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ จึงเห็นควรปรับปรุงคำสั่งดังกล่าว

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๑ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๕ และมาตรา ๖๘ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๕๑ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงมีคำสั่งไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ กำหนดเขตสุขภาพ และมอบหมายให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

๑.๑ นายพุลลาภ ฉันทวิจิตรวงศ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานหรือบริหารจัดการ (CEO) ในเขตสุขภาพที่ ๑ (เขตตรวจราชการที่ ๑๕ และ ๑๖) ประกอบด้วย ๘ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน เชียงราย น่าน พะเยา และจังหวัดแพร่

๑.๒ นายภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานหรือบริหารจัดการ (CEO) ในเขตสุขภาพที่ ๒ (เขตตรวจราชการที่ ๑๗) ประกอบด้วย ๕ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดตาก พะเยา พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย และจังหวัดอุตรดิตถ์

๑.๓ นางสาววิพรรณ สังคหะพงศ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานหรือบริหารจัดการ (CEO) ในเขตสุขภาพที่ ๓ (เขตตรวจราชการที่ ๑ และ ๑๘) ประกอบด้วย ๕ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดชัยนาท กำแพงเพชร นครสวรรค์ พิจิตร และจังหวัดอุทัยธานี

๑.๔ นายสุโชค ต่างวิวัฒน์ รักษาการในตำแหน่งผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานหรือบริหารจัดการ (CEO) ในเขตสุขภาพที่ ๔ (เขตตรวจราชการที่ ๑, ๒ และ ๙) ประกอบด้วย ๘ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง นนทบุรี ปทุมธานี และจังหวัดนครนายก

๑.๕ นางอัจฉรา นิธิภิญญาสกุล รักษาการในตำแหน่งผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานหรือบริหารจัดการ (CEO) ในเขตสุขภาพที่ ๕ (เขตตรวจราชการที่ ๒, ๓ และ ๔) ประกอบด้วย ๘ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครปฐม กาญจนบุรี ราชบุรี สุพรรณบุรี ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี สมุทรสงคราม และจังหวัดสมุทรสาคร

๑.๖ นายสุเทพ เพชรมาก ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานหรือบริหารจัดการ (CEO) ในเขตสุขภาพที่ ๖ (เขตตรวจราชการที่ ๒, ๘ และ ๙) ประกอบด้วย ๘ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด ปราจีนบุรี และจังหวัดสระแก้ว

๑.๗ นาย...

๑.๗ นายธนรักษ์ พลิพัฒน์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานหรือบริหารจัดการ (CEO) ในเขตสุขภาพที่ ๗ (เขตตรวจราชการที่ ๑๒) ประกอบด้วย ๔ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดกาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และจังหวัดร้อยเอ็ด

๑.๘ นายปรามโทย์ เสถียรรัตน์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานหรือบริหารจัดการ (CEO) ในเขตสุขภาพที่ ๘ (เขตตรวจราชการที่ ๑๐ และ ๑๑) ประกอบด้วย ๗ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดบึงกาฬ เลย หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี นครพนม และจังหวัดสกลนคร

๑.๙ นายภูวเดช สุระโคตร รักษาการในตำแหน่งผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานหรือบริหารจัดการ (CEO) ในเขตสุขภาพที่ ๙ (เขตตรวจราชการที่ ๑๓) ประกอบด้วย ๔ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ และจังหวัดสุรินทร์

๑.๑๐ นายสมฤกษ์ จึงสมาน ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานหรือบริหารจัดการ (CEO) ในเขตสุขภาพที่ ๑๐ (เขตตรวจราชการที่ ๑๑ และ ๑๔) ประกอบด้วย ๕ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดมุกดาหาร ยโสธร ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ และจังหวัดอุบลราชธานี

๑.๑๑ นายกิตติศักดิ์ อักษรวงศ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานหรือบริหารจัดการ (CEO) ในเขตสุขภาพที่ ๑๑ (เขตตรวจราชการที่ ๕ และ ๖) ประกอบด้วย ๗ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดชุมพร นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี กระบี่ พังงา ภูเก็ต และจังหวัดระนอง

๑.๑๒ นายสวัสดิ์ อภิวัจนีวงศ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานหรือบริหารจัดการ (CEO) ในเขตสุขภาพที่ ๑๒ (เขตตรวจราชการที่ ๕, ๖ และ ๗) ประกอบด้วย ๗ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดพัทลุง สงขลา ตรัง สตูล นราธิวาส ปัตตานี และจังหวัดยะลา

ข้อ ๒ ให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้รับมอบหมายตามข้อ ๑ ปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบอำนาจจากปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตรวจราชการและติดตามประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตตรวจราชการตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. ๒๕๔๘ และตามระเบียบ หรือมติคณะรัฐมนตรี โดยเคร่งครัด

ข้อ ๓ ในกรณีตำแหน่งผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพว่างลง หรือผู้ดำรงตำแหน่งผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ราชการได้ และมีได้แต่งตั้งรักษาการในตำแหน่งผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขไว้ ให้สาธารณสุขนิเทศก์ปฏิบัติหน้าที่แทนผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ตนได้รับมอบหมาย

ข้อ ๔ ให้ยกเลิกคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๖๑๘/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๗ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เรื่อง กำหนดเขตสุขภาพ และมอบหมายให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายโอภาส การย์กวินพงศ์)
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ระเบียบและคำสั่งที่เกี่ยวข้อง

1. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. 2548

QR Code



<https://moph.cc/Lv1QYg6Pv>

2. คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 1590/2565 ลงวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2565
เรื่อง แต่งตั้งผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงาน ประจำเขตสุขภาพที่ 1-12 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

QR Code



<https://moph.cc/4BVvCnEfW>

3. คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 4/2566 ลงวันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2566
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดประเด็น และติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

QR Code



<https://moph.cc/kfyPBVKRB>

4. คำสั่งคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ที่ 1/2566 ลงวันที่ 4 มกราคม 2566
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการ จำนวน 6 คณะ และคณะกรรมการการตรวจราชการแบบบูรณาการ

QR Code



<https://moph.cc/lsGr8p4t4>

5. คำสั่งกรมอนามัยที่ 1271/2565 ลงวันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2565
เรื่อง แต่งตั้งผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงานกรมอนามัย ประจำเขตสุขภาพที่ 1-12
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

QR Code



<https://moph.cc/z7hcFOwk>

แบบฟอร์มรายงานผลการตรวจราชการ กรณีปกติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

QR Code



<https://bit.ly/3YUz2fW>



กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

คู่มือแนวทางการตรวจราชการ กรมอนามัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

DOH Inspection Handbook 2023

