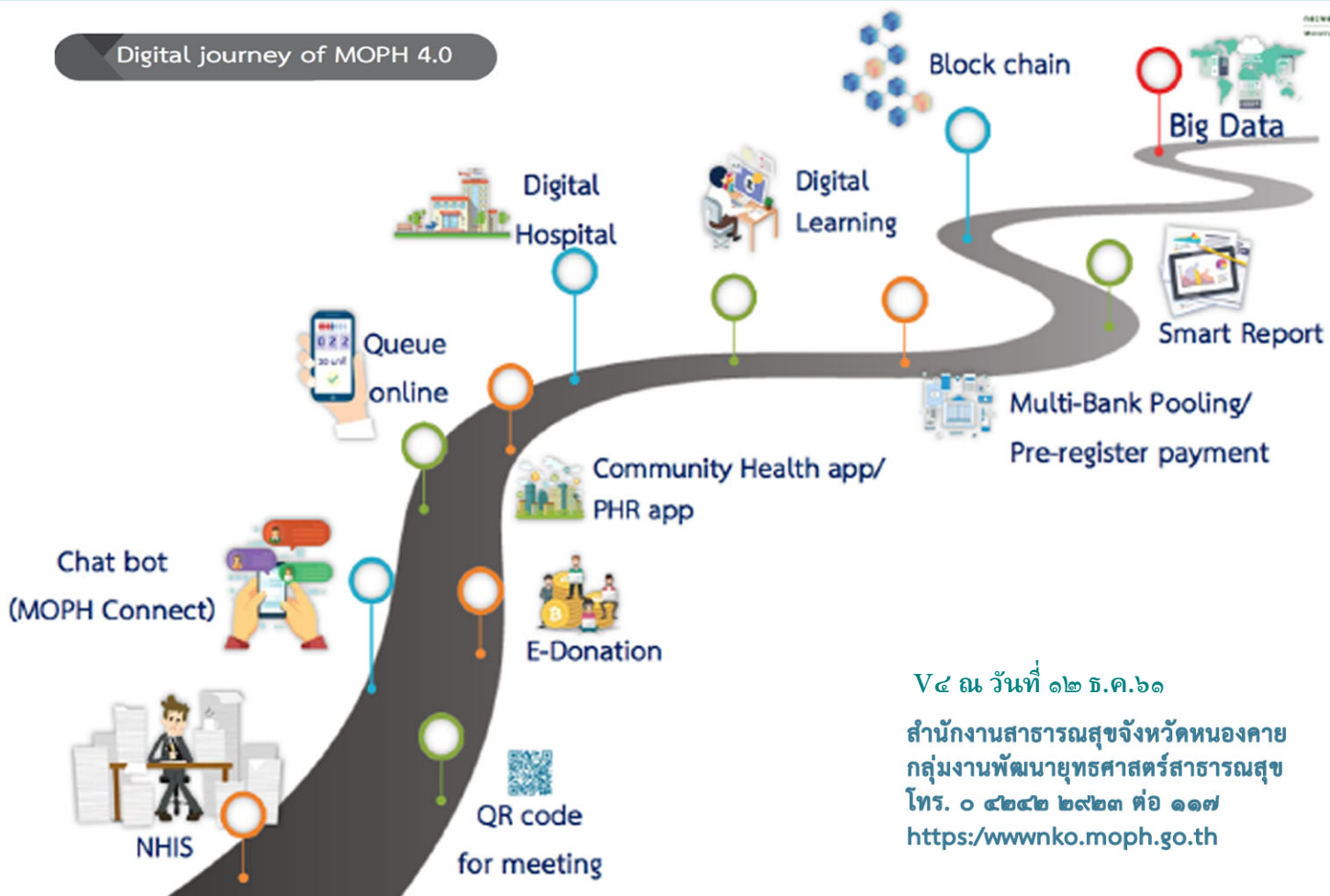


แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพ จังหวัดหนองคาย พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕ (รอบปี ๒๕๖๒)

เป็นองค์กรที่มีระบบบริหารจัดการที่มีคุณภาพ ระบบบริการสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภคที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน
โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อคนหนองคายสุขภาพดี



Digital journey of MOPH 4.0



V๔ ณ วันที่ ๑๒ ธ.ค.๖๑

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
กลุ่มงานพัฒนาศักยภาพสาธารณสุข
โทร. ๐ ๔๒๔๒ ๒๙๒๓ ต่อ ๑๑๗
<https://www.nko.moph.go.th>

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	๑
ส่วนที่ ๑ สภาพทั่วไปและสถานการณ์การพัฒนาด้านสาธารณสุข	๕
๑.๑ นโยบายและทิศทางการพัฒนาประเทศ	๖
๑. นโยบายรัฐบาล	๖
๒. การปฏิรูปประเทศ	๖
๓. ร่างกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๗๙)	๘
๔. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)	๑๕
๕. Thailand ๔.๐	๒๑
๑.๒ นโยบายและทิศทางการพัฒนางานสาธารณสุข	๒๒
๑. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข)	๒๒
๒. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒	๒๓
๓. เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs)	๒๔
๑.๓ สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อระบบสุขภาพ	๒๕
๑. การเปลี่ยนแปลงปัจจัยภายนอกที่สำคัญ	๒๕
๒. สถานะสุขภาพประชาชน	๔๕
๓. ปัญหาสุขภาพตามกลุ่มวัย	๕๒
๔. สถานการณ์ระบบบริการสุขภาพ	๕๕
๕. สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ	๕๙
๖. การอภิบาลระบบสุขภาพ	๖๐
ส่วนที่ ๒ การวิเคราะห์สถานการณ์และศักยภาพ	๖๔
๒.๑ ข้อมูลการวิเคราะห์ความต้องการและศักยภาพของประชาชนในพื้นที่	๖๔
๒.๒ ข้อมูลการวิเคราะห์ศักยภาพการดำเนินงานด้านสาธารณสุข	๖๖
๒.๓ เครื่องมือการวิเคราะห์ทางการบริหารประเมินสถานการณ์และสภาพแวดล้อมด้านสาธารณสุข	๑๗๖
ส่วนที่ ๓ สรุปข้อมูลแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ จังหวัดหนองคาย ปี พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๖๔	๑๙๔
(รอบปี พ.ศ.๒๕๖๒)	
๑. วิสัยทัศน์ (Vision)	๑๙๔
๒. พันธกิจ (Mission)	๑๙๔
๓. เป้าประสงค์รวม	๑๙๔
๔. ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายรวม	๑๙๔
๕. ค่านิยม	๑๙๔
๖. เป้าประสงค์ (Goal)	
๗. ประเด็นยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัด	๑๙๕
๘. กลยุทธ์ตามประเด็นยุทธศาสตร์	๑๙๕
ส่วนที่ ๔ ความสัมพันธ์ประเด็นยุทธศาสตร์ แผนงาน ตัวชี้วัด ค่าเป้าหมายและสรุปบัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea) ภายใต้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ จังหวัดหนองคาย ปี พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๔ (รอบปี พ.ศ.๒๕๖๒)	๒๐๓
ความสัมพันธ์ประเด็นยุทธศาสตร์ แผนงาน ตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย	๒๐๕
สรุปบัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)	๒๑๒

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร (Executive Summary)

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทั้งจากปัจจัยภายนอก ด้านสภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี พฤติกรรมสุขภาพของประชาชน และปัจจัยภายใน ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพและวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน ทำให้สถานะสุขภาพของคนหนองคาย เปลี่ยนไปจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อที่เรื้อรัง และภัยสุขภาพมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพของประชาชน ทำให้อัตราป่วย อัตราตายด้วยโรคที่ป้องกันได้เพิ่มสูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย

จังหวัดหนองคายมีการจัดบริการครอบคลุมทุกระดับ ตั้งแต่ทั้งระดับปฐมภูมิ ที่อยู่ในใกล้บ้าน ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวก รวดเร็ว เป็นจุดเชื่อมต่อในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน มีการจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยทั้งภายในและภายนอกเครือข่ายมายังโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ระดับตติยภูมิ และศูนย์ความเป็นเลิศ ที่เป็นหน่วยให้บริการโรคที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน และมีการพัฒนาทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยในการให้บริการประชาชน รวมถึงการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ ในด้านบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ให้บริการที่มีไม่เพียงพอในการจัดบริการ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการผลิต พัฒนาศักยภาพ เพื่อสนับสนุนการทำงานในพื้นที่ รวมถึงการธำรงรักษาศักยภาพให้อยู่ในระบบ นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้มีการทบทวนกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบให้มีความทันสมัย สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน และจัดทำกฎหมายใหม่เพื่อคุ้มครองสิทธิของประชาชน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ได้ดำเนินการทบทวนแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๕ (รอบปี ๒๕๖๒) เพื่อเป็นกรอบทิศทางพัฒนางานสาธารณสุขของจังหวัดหนองคาย การจัดทำแผนงาน โครงการ และค่าของงบประมาณ เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของประชาชน สรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

๑. วิสัยทัศน์ (Vision)

“เป็นองค์กรที่มีระบบบริหารจัดการที่มีคุณภาพ ระบบบริการสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภคที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อคนหนองคายสุขภาพดี”

๒. พันธกิจ (Mission)

- ๒.๑ พัฒนาระบบการบริหารจัดการตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ
- ๒.๒ พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขตามมาตรฐานและคุ้มครองผู้บริโภคให้มีคุณภาพ
- ๒.๓ สร้างเสริมสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

๓. เป้าประสงค์รวม

ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

๔. ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายระดับองค์กร

- ๔.๑ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) ไม่น้อยกว่า ๘๕ ปี
- ๔.๒ อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) ไม่น้อยกว่า ๗๕ ปี
- ๔.๓ สถานบริการได้รับรองมาตรฐาน HA (Hospital Accreditation) ร้อยละ ๑๐๐
- ๔.๔ ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๐
- ๔.๕ ดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๗๐
- ๔.๖ หน่วยงานในสังกัดผ่านการประเมิน ITA ร้อยละ ๑๐๐

๕. ค่านิยม : MOPH เป็นนายตนเอง เร่งสร้างสิ่งใหม่ ใส่ใจประชาชน ถ่อมตนอ่อนน้อม

M : Mastery เป็นนายตนเอง

O : Originality เร่งสร้างสิ่งใหม่

P : People Center approach ใส่ใจประชาชน

H : Humility ถ่อมตนอ่อนน้อม

๖. เป้าประสงค์ (Goal)

๖.๑ อัตราตายและอัตราป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อลดลง

๖.๒ สถานบริการสุขภาพและการจัดบริการตามกลุ่มวัยได้มาตรฐาน

๖.๓ ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และได้รับการคุ้มครองผู้บริโภค

๖.๔ อัตราตายและอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อลดลง

๖.๕ ระบบการบริหารจัดการมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ โปร่งใส

๗. ประเด็นยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัด

๗.๑ ยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมการสร้างสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ยกกระดับมาตรฐานสถานบริการสุขภาพ และพัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกกลุ่มวัยให้ได้มาตรฐาน

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพการคุ้มครองผู้บริโภคและความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาและยกกระดับมาตรฐานการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ พัฒนาระบบการบริหารจัดการให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ โปร่งใส

๗.๒ จุดยืนทางยุทธศาสตร์ (Positioning)

(๑) สร้างเสริมสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย

(๒) ยกกระดับมาตรฐานสถานบริการสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภค

(๓) พัฒนาระบบการบริหารจัดการให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ โปร่งใส

๘. กลยุทธ์ตามประเด็นยุทธศาสตร์

๘.๑ ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมการสร้างสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ

กลยุทธ์ที่ ๑ สร้างสุขภาพและป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ ๒ เพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ

๘.๒ ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ยกกระดับมาตรฐานสถานบริการสุขภาพ และพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ทุกกลุ่มวัยให้ได้มาตรฐาน

กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาและยกกระดับมาตรฐานสถานบริการสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ ๒ พัฒนาระบบบริการตาม Service Plan ให้ได้มาตรฐาน

กลยุทธ์ที่ ๓ พัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกกลุ่มวัยให้ได้มาตรฐาน

กลยุทธ์ที่ ๔ เสริมสร้างศักยภาพการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในการจัดการด้านสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ ๕ การเฝ้าระวังป้องกันปัญหาสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและโรคจากการประกอบอาชีพ

กลยุทธ์ที่ ๖ การเฝ้าระวังป้องกันและพัฒนาระบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด

**๘.๓ ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพการคุ้มครองผู้บริโภคและความรอบรู้ด้าน
สุขภาพ**

กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคให้มีคุณภาพ

กลยุทธ์ที่ ๒ ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

๘.๔ ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาและยกระดับมาตรฐานการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ

**กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนามาตรฐานการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนว
ชายแดน**

**กลยุทธ์ที่ ๒ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการจัดการ
ปัญหาสุขภาพ**

๘.๕ ยุทธศาสตร์ที่ ๕ พัฒนาระบบการบริหารจัดการให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ โปร่งใส

กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริหารจัดการด้วยหลักธรรมาภิบาล

กลยุทธ์ที่ ๒ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังด้านสุขภาพ

แนวทางการแปลงยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ

๑. สร้างการรับรู้เกี่ยวกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดหนองคาย พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๖๕ (รอบปี ๒๕๖๒) ให้บุคลากรสาธารณสุข ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ มีความรู้ ความเข้าใจในทิศทางเดียวกัน

๒. สร้างการมีส่วนร่วม รับฟังความคิดเห็นของบุคลากรด้านสาธารณสุข ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน เพื่อ
ร่วมกำหนด แผนงาน โครงการ กิจกรรมที่สามารถนำสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม

๓. จัดทำแผนปฏิบัติการ โครงการระดับหน่วยงานย่อยให้มีความเชื่อมโยง สอดคล้องเป็นไปในทิศทาง
เดียวกัน รวมถึงการบูรณาการแผนงาน โครงการ กิจกรรม งบประมาณและกำหนดกรอบระยะเวลาการ
ปฏิบัติงานและการเบิกจ่ายงบประมาณให้ชัดเจน

๔. การแลกเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติในระดับอำเภอ ตำบล เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้กลยุทธ์ แนวทางปฏิบัติ
ที่ดี (Best Practice) ที่ส่งผลให้เกิดผลผลิต ผลลัพธ์ตามเป้าหมาย

๕. พัฒนาระบบการติดตามควบคุมกำกับ ประเมินผลงานด้านสาธารณสุข และการบริหารงบประมาณ
ที่มีประสิทธิภาพ

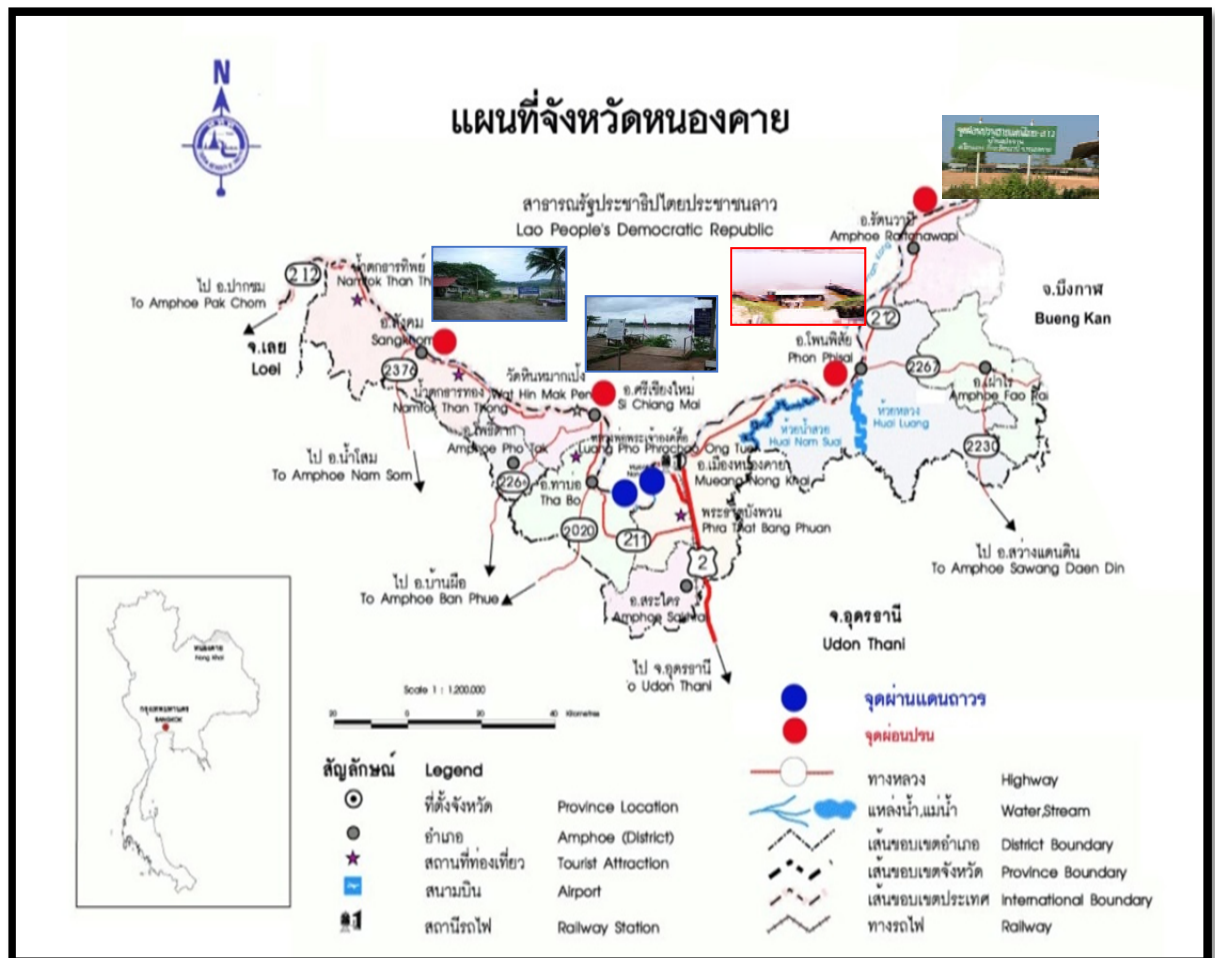
๖. พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการ การควบคุมกำกับ
งาน และการตัดสินใจของผู้บริหาร

ส่วนที่ ๑

สภาพทั่วไปและสถานการณ์การพัฒนาด้านสาธารณสุข

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๖๕ เพื่อเป็นกรอบแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ จังหวัดหนองคาย ไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ จึงได้มีการทบทวนแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๖๕ (รอบปี พ.ศ.๒๕๖๒) เพื่อให้แผนยุทธศาสตร์มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน และทิศทางการพัฒนาประเทศที่มีการเปลี่ยนแปลงไป

แผนภาพที่ ๑-๑ แผนที่จังหวัดหนองคาย



๑.๑ นโยบายและทิศทางการพัฒนาประเทศ

๑. นโยบายรัฐบาล : คณะรัฐมนตรีของพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ได้แถลงนโยบายการบริหารราชการแผ่นดินต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๑๒ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๗ มี ๑๑ ด้าน ดังนี้

- (๑) การปกป้องและเชิดชูสถาบันพระมหากษัตริย์
- (๒) การรักษาความมั่นคงของรัฐและการต่างประเทศ
- (๓) การลดความเหลื่อมล้ำของสังคมและการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ
- (๔) การศึกษาและเรียนรู้การทำนุบำรุงศาสนา ศิลปะ และวัฒนธรรม
- (๕) การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชน
- (๖) การเพิ่มศักยภาพทางเศรษฐกิจของประเทศ
- (๗) การส่งเสริมบทบาทและการใช้โอกาสในประชาคมอาเซียน
- (๘) การพัฒนาและส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี การวิจัยและพัฒนาและนวัตกรรม
- (๙) การรักษาความมั่นคงของฐานทรัพยากรและการสร้างสมดุลระหว่างการอนุรักษ์กับการใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืน
- (๑๐) การส่งเสริมการบริหารราชการแผ่นดินที่มีธรรมาภิบาลและการป้องกันปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบในภาครัฐ
- (๑๑) การปรับปรุงกฎหมายและกระบวนการยุติธรรม

๒. การปฏิรูปประเทศ

การจัดทำแผนการปฏิรูปประเทศนั้น คณะกรรมการปฏิรูปประเทศในแต่ละด้านได้นำร่างยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐–๒๕๗๙) ซึ่งเป็นฉบับที่รัฐบาล พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา จัดทำขึ้น รวมทั้งรายงานผลการศึกษาและข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูปประเทศของคณะรักษาความสงบแห่งชาติ สภานิติบัญญัติแห่งชาติ สภาพัฒนาแห่งชาติ สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ คณะกรรมการบริหารราชการแผ่นดินตามกรอบการปฏิรูปประเทศ ยุทธศาสตร์ชาติ และการสร้างความสามัคคีปรองดอง มาประกอบการจัดทำแผนการปฏิรูปประเทศ โดยการดำเนินการตามแผนการปฏิรูปประเทศทั้ง ๑๑ ด้าน จะก่อให้เกิดประโยชน์ในภาพรวมของประเทศ

ทิศทางการปฏิรูปประเทศ ๑๑ ด้าน สรุปได้ดังนี้

ด้านที่ ๑. ด้านการเมือง

การธำรงไว้ซึ่งการปกครองในระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุขที่มีความมั่นคง มีความชอบธรรม มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ก่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประเทศชาติ บ้านเมืองและประชาชน สร้างการมีส่วนร่วม รู้จักยอมรับความเห็นที่แตกต่างกัน พรรคการเมืองดำเนินกิจกรรมโดยเปิดเผย และตรวจสอบได้และพัฒนาเป็นสถาบันทางการเมืองของประชาชน ผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมืองปฏิบัติหน้าที่ด้วยความซื่อสัตย์สุจริต และรับผิดชอบต่อประชาชนในการปฏิบัติหน้าที่ของตน และสร้างให้เกิดการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งทางการเมือง โดยสันติวิธี

ด้านที่ ๒. การบริหารราชการแผ่นดิน

มุ่งสร้าง “ภาครัฐของประชาชนเพื่อประชาชน” บนหลักธรรมาภิบาลเพื่อให้ภาครัฐได้รับความเชื่อถือไว้วางใจจากประชาชน (Public Trust)

ด้านที่ ๓ ด้านกฎหมาย

กฎหมายเป็นเครื่องมือสนับสนุนการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศให้ทันต่อการพัฒนาตามกระแสโลกาภิวัตน์ เป็นธรรม และจัดความเหลื่อมล้ำในสังคม

ด้านที่ ๔ กระบวนการยุติธรรม

กระบวนการยุติธรรมเป็นภารกิจสำคัญที่ต้องดำเนินการเพื่อวางรากฐานระบบสังคมการเมืองของประเทศ เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนและสร้างกระบวนการยุติธรรมที่ประชาชนเชื่อมั่น และเกิดความรู้สึกว่าเป็นเจ้าของกระบวนการยุติธรรมอย่างแท้จริง ด้วยการได้รับปฏิบัติอย่างเท่าเทียมและไม่มี ความเหลื่อมล้ำในการบังคับใช้กฎหมาย การสร้างระบบการสอบสวนและงานนิติวิทยาศาสตร์ที่ประชาชนเชื่อมั่นใน ความรวดเร็วและถูกต้อง ขจัดวัฒนธรรมองค์กรที่เป็นอุปสรรคต่อการอำนวยความสะดวกยุติธรรมโดยนำเทคโนโลยีมา ใช้และระบบการลงโทษกับการดูแลสอดส่องผู้พ้นโทษที่ทำให้สังคม เกิดความปลอดภัยอย่างยั่งยืน ตลอดจน การมีกระบวนการยุติธรรมมีประสิทธิภาพเอื้อต่อการแข่งขันทางเศรษฐกิจของประเทศ

ด้านที่ ๕ ด้านเศรษฐกิจ

ยกระดับผลิตภาพ (higher productivity) และความสามารถในการแข่งขันในระดับประเทศให้ สูงขึ้น (more competitive) มีการเติบโตอย่างครอบคลุมทุกภาคส่วนอย่างยั่งยืน (more inclusive) มุ่งเน้นการใช้ระบบมาตรฐานและนวัตกรรมในการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ (more sustainable) ลด ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจของประชาชนกลุ่มต่างๆ และสถาบันทางเศรษฐกิจมีสมรรถนะสูงขึ้น (high performance economic institution)

ด้านที่ ๖ ด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมได้รับการรักษาฟื้นฟูให้สมบูรณ์และยั่งยืน เป็นรากฐานในการ พัฒนาประเทศอย่างสมดุลทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม มีการใช้ประโยชน์ทรัพยากรที่เป็นมิตรกับ สิ่งแวดล้อมและสังคม เกิดความสมดุลระหว่างการคุ้มครองรักษาและการใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืน รวมทั้งมี ระบบการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ

ด้านที่ ๗ ด้านสาธารณสุข

ประชาชนทุกภาคส่วนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีส่วนร่วมในการวางระบบในการดูแลสุขภาพ ได้รับ โอกาสที่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะ ตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ภายใต้ระบบสาธารณสุขที่เป็นเอกภาพและการอภิบาลระบบที่ดี

ด้านที่ ๘ ด้านสื่อสารมวลชน เทคโนโลยีสารสนเทศ

มุ่งเน้นการสร้างดุลยภาพระหว่างเสรีภาพของการทำหน้าที่ของสื่อับความรับผิดชอบต่อสังคมกับการกำกับที่มี ความชอบธรรม และการใช้พื้นที่ดิจิทัลเพื่อการสื่อสารอย่างมีจรรยาบรรณ ดำรงรักษาเสรีภาพของการ แสดงออก การรับรู้ของประชาชน ด้วยความเชื่อว่าเสรีภาพของการสื่อสารคือเสรีภาพของประชาชน ตาม แนวทางของประชาธิปไตย และการให้สื่อเป็นโรงเรียนของสังคม ในการให้ความรู้แก่ประชาชน ปลุกฝัง วัฒนธรรมของชาติ และปลูกฝังทัศนคติที่ดี

ด้านที่ ๙ ด้านสังคม

ให้คนไทยมีหลักประกันทางรายได้ในวัยเกษียณที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพและมีการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่การมีจิตสาธารณะเพิ่มขึ้น สังคมไทยเป็นสังคมแห่งโอกาสและไม่แบ่งแยก ภาครัฐมี

ข้อมูลและสารสนเทศด้านสังคมที่บูรณาการทุกหน่วยงานและเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ และให้ชุมชนท้องถิ่นมีความเข้มแข็ง โดยสามารถบริหารจัดการชุมชนได้ด้วยตนเอง

ด้านที่ ๑๐ ด้านพลังงาน

ปรับปรุงการบริหารจัดการพลังงานสร้างแผนจัดหาที่ได้รับการยอมรับ ส่งเสริมพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน และกำหนดทิศทางการพัฒนาและการลงทุนเทคโนโลยีใหม่ของประเทศ ตลอดจนเพื่อให้การบริหารจัดการด้านพลังงานมีธรรมาภิบาล มีการลงทุนโครงสร้างพื้นฐานตามแผนการจัดหาที่ปรับปรุงใหม่ กระตุ้นการลงทุนด้านพลังงานและเพิ่มขีดความสามารถของประเทศได้อย่างมีนัยสำคัญ

ด้านที่ ๑๑ ด้านการป้องกันและปราบปรามการทุจริต

ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการทุจริต มีมาตรการควบคุมการบริหารจัดการของหน่วยงานภาครัฐและเอกชน และยกระดับการบังคับใช้มาตรการทางวินัยและกฎหมายต่อเจ้าพนักงานของรัฐ

๓. ร่างกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๗๙)

คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ ๓๐ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๕๘ เห็นชอบให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ มีอำนาจหน้าที่ในการจัดทำร่างยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี เพื่อใช้ในการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืนและให้เสนอร่างยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ให้คณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบเพื่อใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานในระยะที่ ๒ ของรัฐบาล (ปี พ.ศ.๒๕๕๘-๒๕๕๙) และกรอบการปฏิรูปในระยะที่ ๓ (ปี พ.ศ.๒๕๖๐ เป็นต้นไป)

สาระสำคัญของยุทธศาสตร์ชาติซึ่งคณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติกำลังดำเนินการยกร่างอยู่ในขณะนี้ประกอบด้วย วิสัยทัศน์และเป้าหมายของชาติที่คนไทยทุกคนต้องการบรรลุร่วมกัน รวมทั้งนโยบายแห่งชาติและมาตรการเฉพาะซึ่งเป็นแนวทาง ทิศทาง และวิธีการที่ทุกองค์กรและคนไทยทุกคนต้องมุ่งดำเนินการไปพร้อมกันอย่างประสานสอดคล้อง เพื่อให้บรรลุซึ่งสิ่งที่คนไทยทุกคนต้องการ คือ ประเทศไทยมั่นคง มั่งคั่ง และ ยั่งยืน ในทุกสาขาของกำลังอำนาจแห่งชาติ อันได้แก่การเมืองภายในประเทศ การเมืองต่างประเทศ เศรษฐกิจ สังคมจิตวิทยา การทหารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี การพลังงาน ทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม และเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

วิสัยทัศน์

“ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้วด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” หรือเป็นคติพจน์ประจำชาติว่า “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” ทั้งนี้ วิสัยทัศน์ดังกล่าวจะต้องสนองต่อผลประโยชน์แห่งชาติ อันได้แก่ การมีเอกราช อธิปไตย และบูรณภาพแห่งเขตอำนาจรัฐ การดำรงอยู่อย่างมั่นคง ยั่งยืนของสถาบันหลักของชาติ การดำรงอยู่อย่างมั่นคงของชาติและประชาชนจากภัยคุกคามทุกรูปแบบ การอยู่ร่วมกันในชาติอย่างสันติสุขเป็นปึกแผ่นมีความมั่นคงทางสังคมท่ามกลางพหุสังคมและการมีเกียรติและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ความเจริญเติบโตของชาติ ความเป็นธรรมและความอยู่ดีมีสุขของประชาชนความยั่งยืนของฐานทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อม ความมั่นคงทางพลังงานและอาหาร ความสามารถในการรักษาผลประโยชน์ของชาติภายใต้การเปลี่ยนแปลงของสภาวะแวดล้อมระหว่างประเทศ และการอยู่ร่วมกันอย่างสันติประสานสอดคล้องกัน ด้านความมั่นคงในประชาคมอาเซียนและประชาคมโลกอย่างมีเกียรติและศักดิ์ศรีไม่เป็นภาระของโลกและสามารถเกื้อกูลประเทศที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจที่ต่ำกว่า

มั่นคง

- การมีความมั่นคงปลอดภัย จากภัยและการเปลี่ยนแปลง ทั้งภายในประเทศและภายนอกประเทศในทุกระดับ ทั้งระดับประเทศ สังคม ชุมชน ครอบครัว และปัจเจกบุคคล และมีความมั่นคงในทุกมิติ ทั้งมิติเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และการเมือง
- ประเทศ มีความมั่นคงในเอกราชและอธิปไตยมีสถาบันชาติ ศาสนา พระมหากษัตริย์ที่เข้มแข็งเป็นศูนย์กลาง และเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของประชาชน ระบบการเมืองที่มั่นคงเป็นกลไกที่นำไปสู่การบริหารประเทศที่ต่อเนื่องและโปร่งใสตามหลักธรรมาภิบาล
- สังคม มีความปรองดองและความสามัคคี สามารถผนึกกำลังเพื่อพัฒนาประเทศ ชุมชนมีความเข้มแข็ง ครอบครัวมีความอบอุ่น
- ประชาชน มีความมั่นคงในชีวิต มีงานและรายได้ที่มั่นคงพอเพียงกับการดำรงชีวิต มีที่อยู่อาศัย และความปลอดภัยใน ชีวิตทรัพย์สิน
- ฐานทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม ประชาชนมีความมั่นคง ของอาหาร พลังงาน และน้ำ

มั่นคง

- ประเทศไทยมีการขยายตัวของเศรษฐกิจ อย่างต่อเนื่องจนเข้าสู่กลุ่มประเทศรายได้สูง ความเหลื่อมล้ำของการพัฒนาลดลง ประชากรได้รับ ผลประโยชน์จากการพัฒนาอย่างเท่าเทียมกันมากขึ้น
- เศรษฐกิจมีความสามารถในการแข่งขันสูง สามารถสร้างรายได้ทั้งจากภายในและภายนอกประเทศ สร้างฐานเศรษฐกิจและสังคมแห่งอนาคต และเป็นจุดสำคัญของการเชื่อมโยงในภูมิภาคทั้งการคมนาคมขนส่ง การผลิต การค้า การลงทุน และการทำธุรกิจ มีบทบาท สำคัญในระดับภูมิภาคและระดับโลก เกิดสายสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจและการค้าอย่างมีพลัง
- ความสมบูรณ์ในทุนที่จะสามารถสร้าง การพัฒนาต่อเนื่อง ได้แก่ ทุนมนุษย์ ทุนทางปัญญา ทุนทางการเงิน ทุนที่เป็นเครื่องมือเครื่องจักร ทุนทางสังคม และทุนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

ยั่งยืน

- การพัฒนาที่สามารถสร้างความเจริญ รายได้ และคุณภาพชีวิตของประชาชนให้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องซึ่งเป็นการเจริญเติบโตของเศรษฐกิจที่ไม่ใช้ทรัพยากรธรรมชาติเกินพอดี ไม่สร้างมลภาวะต่อสิ่งแวดล้อม จนเกินความสามารถในการ รองรับและเยียวยาของระบบนิเวศน์
- การผลิตและการบริโภคเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และ สอดคล้องกับกฎระเบียบของประชาคมโลกซึ่งเป็นที่ยอมรับ ร่วมกัน ความอุดมสมบูรณ์ขอทรัพยากรธรรมชาติและ สิ่งแวดล้อมมีคุณภาพดีขึ้น คนมีความรับผิดชอบต่อสังคม มี ความเอื้ออาทร เสียสละเพื่อผลประโยชน์ส่วนรวม
- มุ่งประโยชน์ส่วนรวมอย่างยั่งยืน ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกภาคส่วน เพื่อการพัฒนาในทุกระดับ อย่างสมดุล มีเสถียรภาพ และยั่งยืน
- ประชาชนทุกภาคส่วนในสังคมยึดถือและปฏิบัติตาม ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

อนาคตประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๗๙ : ร่วมมือกันขับเคลื่อนประเทศให้ก้าวไปสู่ประเทศพัฒนาแล้ว เศรษฐกิจและสังคมไทยมีการพัฒนาอย่างมั่นคงและยั่งยืน โดยสถาบันหลักของชาติดำรงอยู่อย่างมั่นคงเป็นจุดยึดเหนี่ยวของสังคม มีความสามัคคีของคนในชาติมีความสงบและอยู่ร่วมกันอย่างสันติสุขในทุกพื้นที่ และมีระดับรายได้ในกลุ่มประเทศรายได้สูง มีความเป็นธรรมในสังคมและความเหลื่อมล้ำลดลงในทุกมิติ ประเทศไทยมีบทบาทสำคัญในภูมิภาคและโลก

ระบบเศรษฐกิจมีความเป็นชาติดีการคำนวณฐานการขยายตัวของการค้าส่งค้าปลีกและเศรษฐกิจดิจิทัลที่เข้มข้นขึ้น มีการเติบโต อย่างมีคุณภาพ กระจายฐานการผลิตและบริการไปในพื้นที่ต่างๆ อย่างทั่วถึง มีเสถียรภาพ แข่งขันบนฐานการพัฒนานวัตกรรม และมีฐานการผลิต บริการ และลงทุนที่เชื่อมโยงในอาเซียน เพื่อให้ประเทศไทยเข้าสู่การมีรายได้สูงภายในปี พ.ศ.๒๕๗๙ และกลายเป็นประเทศพัฒนาแล้วโดย

- ภาคเกษตร เป็นฐานการผลิต bio-bases ที่สำคัญ เป็นฐานการผลิตอาหารที่มั่นคงและปลอดภัย และเป็นฐานการผลิตที่มีผลผลิตสูง มีระบบบริหารจัดการที่ดีด้านการประมง
- ภาคอุตสาหกรรม ฐานอุตสาหกรรมเดิมมีศักยภาพสูงขึ้น มีอุตสาหกรรมอนาคตที่ได้รับการพัฒนาให้เป็นฐานรายได้ใหม่ โดยมุ่งสู่การเป็น ศูนย์กลางการผลิต การค้า และการลงทุนในอนุภูมิภาคและภูมิภาคอาเซียน เช่น ศูนย์การผลิตรถยนต์และชิ้นส่วนและศูนย์ทดสอบ และวิจัยพัฒนารถยนต์และชิ้นส่วนของเอเชีย ศูนย์กลางการผลิตพลังงาน/วัสดุชีวภาพของภูมิภาคอาเซียน ศูนย์กลางการผลิตอุตสาหกรรม ดิจิทัล เป็นต้น
- ภาคบริการ ธุรกิจบริการเดิมได้รับการพัฒนาระดับคุณภาพและศักยภาพให้สูงขึ้น เช่น การขนส่งทั้งทางบก ทางอากาศ และทางทะเล และส่งเสริมธุรกิจบริการอนาคตให้เป็นฐานรายได้ใหม่ โดยมุ่งสู่การเป็นศูนย์กลางการลงทุนและการให้บริการของภูมิภาคอาเซียน เช่น ศูนย์กลางการให้บริการสุขภาพของภูมิภาคอาเซียน เมืองหลวงแห่งการท่องเที่ยวและบริการของอาเซียน ศูนย์บริการทางการเงิน การศึกษานานาชาติ และบริการด้านโลจิสติกส์ เป็นต้น
- วิสาหกิจและการดำเนินธุรกิจ วิสาหกิจขนาดกลาง ขนาดย่อมเข้มแข็ง เป็นฐานการผลิตและบริการที่สำคัญของประเทศ

คนไทยในอนาคต มีศักยภาพในการร่วมกันพัฒนาประเทศ สามารถปรับตัวรองรับบริบทการพัฒนาในอนาคต มีความพร้อมทั้งกาย ใจ สติปัญญา มีทักษะในการวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล มีการเรียนรู้ตลอดชีวิต มีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลง มีจิตสำนึกวัฒนธรรม ที่ดีงาม รู้คุณค่าความเป็นไทย และมีความรับผิดชอบเป็นรากฐานที่มั่นคงของชุมชนสังคม รักชาติ และสถาบันพระมหากษัตริย์

สังคมไทยเป็นสังคมที่เป็นธรรม มีความเหลื่อมล้ำน้อย อัตราความยากจนต่ำ มีการกระจายโอกาสการเข้าถึงทรัพยากร การสร้างฐานอาชีพ บริการทางสังคมที่มีคุณภาพ และกระบวนการยุติธรรมอย่างทั่วถึงไม่คอรัปชั่น โดยที่ประชาชนทุกช่วงวัย มีคุณภาพชีวิตที่ดี ครอบครัวอยู่ดีมีสุข

เศรษฐกิจและสังคมพัฒนาอย่างเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม เป็นประเทศที่มีระบบเศรษฐกิจสีเขียว ระดับการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ต่ำ มีพื้นที่สีเขียวใหญ่ขึ้น ประชาชนมีพฤติกรรมการผลิตและการบริโภคที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม

ระบบการบริหารภาครัฐมีประสิทธิภาพ ทันสมัย รับผิดชอบ โปร่งใส ตรวจสอบได้และประชาชนมีส่วนร่วม การกระจายอำนาจและแบ่งภารกิจรับผิดชอบที่เหมาะสมระหว่างส่วนกลาง/ส่วนภูมิภาค/ส่วนท้องถิ่น

ยุทธศาสตร์การพัฒนาระยะยาว เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์

๑. ยุทธศาสตร์ด้านความมั่นคง

- เสริมสร้างความมั่นคงของสถาบันหลักของชาติ และการปกครองระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข สร้างจิตสำนึกของคนในชาติให้มีความจงรักภักดี และธำรงรักษาสถาบันชาติ ศาสนา พระมหากษัตริย์

- ปฏิรูปกลไกการบริหารประเทศ จัดคอร์รัปชัน สร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ กระจายอำนาจ และ สร้างความเชื่อมั่นในกระบวนการยุติธรรม
- ป้องกันและแก้ไขการก่อความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เน้นเสริมสร้างกระบวนการสันติสุข และ แนวทางสันติวิธี จัดความขัดแย้ง ลดความรุนแรง ตามแนวทาง “เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา”
- บริหารจัดการความมั่นคงชายแดนและชายฝั่งทะเล โดยพัฒนาความร่วมมือเป็นหุ้นส่วนยุทธศาสตร์ ความ มั่นคง และการพัฒนาการก่อการร้าย พัฒนาพื้นที่ชายแดนและชายฝั่งทะเล เสริมสร้างความสัมพันธ์ด้าน วัฒนธรรม เร่งรัดจัดทำหลักเขตแดน แก้ไขปัญหาพื้นที่ทับซ้อน และปัญหาการ ลักลอบเข้าเมืองทั้งระบบ
- พัฒนาระบบ กลไก มาตรการและความร่วมมือระหว่างประเทศทุกระดับ รักษาคุณภาพของ ความสัมพันธ์กับประเทศมหาอำนาจ เพื่อรักษาผลประโยชน์ของชาติ สามารถป้องกันและแก้ไข ปัญหาภัยคุกคามข้ามชาติลดผลกระทบจากภัยก่อการร้าย และเสริมสร้างความมั่นคงทางเทคโนโลยี สารสนเทศและไซเบอร์
- พัฒนาเสริมสร้างศักยภาพการฝึกกำลังป้องกันประเทศและกองทัพ พัฒนาโครงสร้างกำลังและ ยุทธโธปกรณ์ที่เหมาะสม พัฒนาระบบงานข่าวกรองให้มีประสิทธิภาพ พร้อมสร้างความร่วมมือกับ ประเทศเพื่อนบ้านและ มิตรประเทศ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการรักษาสันติภาพในกรอบสหประชาชาติ
- พัฒนาระบบการเตรียมพร้อมแห่งชาติ รักษาความมั่นคงของฐานทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และ การปกป้องรักษาผลประโยชน์แห่งชาติทางทะเล รวมทั้งเสริมสร้างความมั่นคงทางอาหาร พลังงาน และน้ำ
- ปรับกระบวนการทำงานของกลไกที่เกี่ยวข้องจากแนวตั้งสู่แนวนานมากขึ้น กำหนดการบริหาร จัดการที่ ครบวงจรและยั่งยืน /พัฒนาปรับปรุงกฎหมายให้เอื้อต่อการดำเนินงาน และให้ความสำคัญ กับการติดตาม ประเมินผลอย่างเป็นระบบ

๒. ยุทธศาสตร์การสร้างความสามารถในการแข่งขัน

- รักษาเสถียรภาพทางเศรษฐกิจและสร้างความเชื่อมั่น โดยดำเนินนโยบายการคลังและการเงินให้มีความ สอดคล้องกัน รักษาวินัยการเงินการคลังและเสถียรภาพของอัตราแลกเปลี่ยน และสร้างความ เชื่อมั่นใน ต่างประเทศ พัฒนาระบบการเงินของประเทศให้มีประสิทธิภาพและสามารถให้บริการ ประชาชนทุกระดับเพื่อส่งเสริมความสามารถในการแข่งขันของภาคธุรกิจ และโอกาสในการเข้าถึง แหล่งเงินทุนของประชาชน
- ส่งเสริมการค้าและการลงทุน ทั้งภาครัฐและเอกชน ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ประเทศ และ ยุทธศาสตร์ จังหวัดที่สะท้อนความต้องการและศักยภาพของพื้นที่ และให้อยู่บนการแข่งขันที่เป็น ธรรม และมีความรับผิดชอบต่อสังคม
- พัฒนาประเทศสู่ความเป็นชาติการค้า โดยใช้ฐานเศรษฐกิจดิจิทัล และการพัฒนานวัตกรรม ปรับปรุง ประสิทธิภาพการทำธุรกิจของผู้ประกอบการ จัดอุปสรรค และอำนวยความสะดวก ทางด้านโครงสร้างและระบบ ด้านปัจจัยสนับสนุน และด้านบุคลากร

ภาคเกษตร

- เสริมสร้างฐานการผลิตการเกษตรให้เข้มแข็งและยั่งยืน
- เพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของภาคเกษตร
- ส่งเสริมเกษตรกรรายย่อยให้ปรับไปสู่รูปแบบเกษตรยั่งยืนที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และรวมกลุ่ม เกษตรกรในการพัฒนาอาชีพ

- พัฒนาสินค้าเกษตรและอาหารที่มีศักยภาพในการแข่งขัน

ภาคอุตสาหกรรม

- พัฒนาอุตสาหกรรมศักยภาพ

ภาคบริการ

- สร้างรายได้จากการท่องเที่ยว
- ผลักดันประเทศไทยสู่การเป็นศูนย์กลางการให้บริการสุขภาพ
- ส่งเสริมธุรกิจบริการที่มีศักยภาพ

พัฒนาผู้ประกอบการ/เศรษฐกิจชุมชน

- พัฒนาทักษะและองค์ความรู้ของผู้ประกอบการไทย ในการสร้างสรรค์สินค้าและบริการรูปแบบใหม่ ให้มีจุดเด่น เพื่อตอบสนองความต้องการของตลาด และก้าวทันต่อกระแสการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก ตลอดจน ส่งเสริมสถาบันการศึกษาในท้องถิ่น ให้เป็นแหล่งรวบรวมและศึกษาเกี่ยวกับภูมิปัญญาชาวบ้าน ในการพัฒนา ผลิตภัณฑ์ที่มีความเป็นเอกลักษณ์ และพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่มีความหลากหลาย เพื่อสนองตอบผู้บริโภคทุกระดับ และรณรงค์ส่งเสริมประชาสัมพันธ์ให้ผู้ประกอบการ เห็นความสำคัญในการสร้างเครื่องหมายการค้าของตนเอง และสร้างภาพลักษณ์สินค้าไทยให้เป็นที่ยอมรับของคนทั่วโลกสนับสนุนผู้ประกอบการเดิมให้สามารถปรับตัว และเตรียมความพร้อมสำหรับรูปแบบการดำเนินธุรกิจใหม่ๆ และมาตรการทางการค้าในรูปแบบต่างๆ
- พัฒนาและยกระดับผลิตภาพแรงงาน เพื่อส่งเสริมขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ
- พัฒนาวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมสู่สากล ให้มีการรวมกลุ่มคลัสเตอร์ที่เข้มแข็งเพื่อเป็นพลังขับเคลื่อน เศรษฐกิจไทยด้วยการพัฒนาปัจจัยแวดล้อมให้เอื้อต่อการดำเนินธุรกิจ และเสริมสร้างขีดความสามารถในการ แข่งขันส่งเสริมการพัฒนาต่อยอดอุตสาหกรรมและบริการเพื่อเข้าสู่การเป็นศูนย์กลางการผลิตบริการและอุตสาหกรรมดิจิทัล
- ยกย่องศักยภาพของสินค้าหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ (OTOP) ไทยให้ก้าวไกลสู่สากล
- พัฒนาวิสาหกิจชุมชนและสถาบันเกษตรกร เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและกลุ่มประชาชน/เกษตรกรในชุมชน ให้เป็นฐานรากสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม

การพัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษและเมือง

- เขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดน พัฒนาเป็นฐานการผลิตใหม่ กระจายกิจกรรมเศรษฐกิจและความเจริญสู่ภูมิภาค สร้างความ มั่นคงในพื้นที่ชายแดน เชื่อมโยงกับประเทศเพื่อนบ้านทั้งในด้านการผลิตร่วมกัน และช่องทางการตลาดร่วมกัน
- พื้นที่เศรษฐกิจบริเวณชายฝั่งทะเลตะวันออก พัฒนาเป็นฐานการผลิตที่ใช้เทคโนโลยีสูง มีบริการทันสมัย ใช้ทรัพยากร อย่างประหยัด เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมและชุมชน
- พื้นที่เมืองศูนย์กลางความเจริญ พัฒนาเป็นเมืองที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยและน่าอยู่ใช้พลังงานและทรัพยากรอย่าง ประหยัด จัดการสิ่งแวดล้อมเมืองอย่างเหมาะสม รองรับกิจกรรมทางเศรษฐกิจที่มีอนาคต มีระบบรางเชื่อมโยงเมือง ศูนย์กลางความเจริญทั่วประเทศ บริหารจัดการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีขีดความสามารถสูง

การเชื่อมโยงกับภูมิภาคและเศรษฐกิจโลก

- สร้างความเป็นหุ้นส่วนการพัฒนา กับประเทศในอนุภูมิภาค ภูมิภาค และนานาชาติ ทั้งในระดับทวิภาคี และ พหุภาคี เพื่อส่งเสริมความมั่นคง เพื่อสร้างความเจริญก้าวหน้าและลดความเหลื่อมล้ำอย่างยั่งยืนร่วมกัน
- ส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นฐานของการประกอบธุรกิจ การให้บริการทางการศึกษา การให้บริการด้านการเงิน การให้บริการด้านสุขภาพ การให้บริการด้านโลจิสติกส์ และการลงทุนเพื่อการวิจัยและพัฒนา รวมทั้งเป็นฐานความร่วมมือในเอเชีย
- ส่งเสริมและสนับสนุนการลงทุนและการดำเนินธุรกิจของนักลงทุนและผู้ประกอบการไทยในต่างประเทศ
- ส่งเสริมความร่วมมือกับภูมิภาคและนานาชาติ ในการสร้างความมั่นคงด้านพลังงานด้านอาหาร ด้านสิ่งแวดล้อม และการบริหารจัดการภัยพิบัติในรูปแบบต่างๆ รวมทั้งการป้องกันภัยในทุกรูปแบบ
- ส่งเสริมบทบาทการเป็นผู้ประสานประโยชน์ในการเชื่อมโยงและถ่วงดุลระหว่างกลุ่มอำนาจต่างๆ และแก้ไข ปัญหาความแตกต่างทางเศรษฐกิจของประเทศในภูมิภาค โดยการดำรงความสัมพันธ์ที่ดีกับประเทศและองค์กรระหว่างประเทศทั้งในและนอกภูมิภาคอย่างต่อเนื่อง บนหลักของการรักษาดุลยภาพของการปฏิสัมพันธ์กับกลุ่ม มหาอำนาจต่างๆ
- เพิ่มบทบาทและการมีส่วนร่วมของไทยในองค์การระหว่างประเทศ ในการผลักดันการพัฒนา ในอนุภูมิภาค และภูมิภาค รวมทั้งประเทศกำลังพัฒนาในภูมิภาคอื่นๆ และให้ความช่วยเหลือทั้งในด้านการเงิน และทางเทคนิคกับประเทศกำลังพัฒนาในการพัฒนาความเชื่อมโยงทางเศรษฐกิจสังคม และการพัฒนาทุนมนุษย์
- สนับสนุนการเปิดเสรีทางการค้า ทั้งในระดับทวิภาคี ภูมิภาค และพหุภาคี และส่งเสริมการค้ากับกลุ่มประเทศ กำลังพัฒนาในภูมิภาคเดียวกัน (Intra-Regional Trade) มากขึ้น เร่งรัดการใช้ประโยชน์จากข้อตกลงที่มีผลบังคับ ใช้แล้ว ตลอดจนใช้โอกาสจากการเปิดเสรีการค้าและการลงทุน รวมทั้งวางแนวทางป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น
- สร้างองค์ความรู้ด้านการต่างประเทศ และให้ความรู้ความเข้าใจด้านการต่างประเทศและผลประโยชน์ที่มีต่อการพัฒนาประเทศต่อภาคส่วนต่างๆ และสาธารณชนไทย รวมทั้งดำเนินการเชิงรุกในการสร้างความเข้าใจ ความเชื่อมั่นและภาพลักษณ์ที่ดีและศักยภาพทางเศรษฐกิจ และด้านอื่นๆ ของประเทศไทย

๓. ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน

- การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิตให้สนับสนุนการเจริญเติบโตของประเทศ โดยพัฒนาเริ่มตั้งแต่ในครรภ์และ ต่อเนื่องไปตลอดช่วงชีวิต ได้แก่ (๑) ช่วงการตั้งครรภ์/แรกเกิด/ปฐมวัย (๒) วัยเรียน (๓) วัยรุ่น/นักศึกษา (๔) วัยแรงงาน และ(๕) วัยผู้สูงอายุ
- การยกระดับคุณภาพการศึกษาและการเรียนรู้ให้ มีคุณภาพเท่าเทียมและทั่วถึงโดยการปฏิรูปโครงสร้างและระบบ บริหารจัดการการศึกษาในทุกระดับ การเข้าถึงการศึกษาอย่างเท่าเทียมและทั่วถึง และการยกระดับสถาบันการศึกษาใน สาขาที่มีความเชี่ยวชาญสู่ความเป็นเลิศ ปฏิรูประบบการคลังด้านการศึกษาเพื่อเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพการจัด การศึกษา ส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากภาคเอกชนในการจัดการศึกษา ปรับระบบการผลิตและพัฒนาครูผู้สอน พัฒนา ระบบการประเมินและการรับรองคุณภาพ รวมทั้งให้มีการปฏิรูประบบการเรียนรู้

- การสร้างเสริมให้คนมีสุขภาวะที่ดี โดยมุ่งเน้นการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
- การพัฒนาสภาพแวดล้อม ที่เอื้อต่อสุขภาพ การส่งเสริมรูปแบบการดำเนินชีวิตที่สนับสนุนการมีสุขภาพกายและจิตที่ดี สร้างและเผยแพร่ความรู้ ด้านสุขภาพเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พัฒนารูปแบบการกีฬาเพื่อสุขภาพที่เหมาะสมกับแต่ละช่วงวัย
- การสร้างความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวไทย เสริมสร้างศักยภาพและบทบาทหน้าที่ของสถาบันครอบครัวในการบ่มเพาะวางรากฐานการพัฒนาจิตใจให้เข้มแข็ง มีคุณธรรม จริยธรรม ความซื่อสัตย์ สุจริต จิตสำนึกสาธารณะ ควบคู่ไปกับ การสร้างค่านิยมหลักของไทยให้สมาชิกในครอบครัว สร้างความอบอุ่นและมั่นคงให้สมาชิกในครอบครัว

๔. ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม

- การสร้างความมั่นคงและการลดความเหลื่อมล้ำทางด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยสร้างความมั่นคงทางด้านรายได้และ การออม กระจายทรัพยากรให้ทั่วถึงเป็นธรรมทั้งในด้านบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน ฐานทรัพยากรต่างๆ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้มีรายได้น้อยและกลุ่มด้อยโอกาส ความเป็นธรรมในการเข้าถึงกระบวนการยุติธรรม
- การพัฒนาระบบบริการและระบบบริหารจัดการสุขภาพ บูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ๓ กองทุน เพื่อให้เกิดความเป็นเอกภาพในการบริหารจัดการ และลดความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพ การส่งเสริมการอภิบาล ระบบสุขภาพในลักษณะเครือข่าย รวมทั้งการพัฒนา รูปแบบการกีฬาเพื่อสุขภาพ
- การสร้างสภาพแวดล้อมและนวัตกรรมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตในสังคมสูงวัย โดยเตรียมการด้านโครงสร้างพื้นฐานและ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุและผู้ด้อยโอกาส
- การสร้างความเข้มแข็งของสถาบันทางสังคมและทุนทางวัฒนธรรมและความเข้มแข็งของชุมชนโดยการฟื้นฟู บทบาทสถาบันศาสนา การธำรงรักษาวัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณีเพื่อเป็นฐานรากที่เข้มแข็งในสังคม ตลอดจนการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนเพื่อให้ชุมชนสามารถจัดการตนเองได้อย่างยั่งยืน
- พัฒนาการสื่อสารมวลชนให้เป็นกลไกในการสนับสนุนการพัฒนา ส่งเสริมจรรยาบรรณของสื่อมวลชน มีการปรับปรุง ระบบตรวจสอบสื่อ มีการกำหนดบทลงโทษ และพัฒนาภาคประชาชนให้มีความรู้เท่าทันสื่อโดยเฉพาะสื่อออนไลน์

๕. ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม จัดระบบอนุรักษ์ พื้นฟู และป้องกัน การทำลายทรัพยากรธรรมชาติ

- ปกป้องรักษาและฟื้นฟูทรัพยากรป่าไม้ ดำเนินการปราบปรามและป้องกันการบุกรุกทำลายป่าอย่างเข้มงวด
- ส่งเสริมการปลูกป่าเศรษฐกิจ บริหารจัดการการใช้ประโยชน์ที่ดินในพื้นที่ป่าไม้บนพื้นฐานให้คนและชุมชนสามารถอยู่กับป่าได้ และส่งเสริมแนวทางประเมินมูลค่าการให้บริการของระบบนิเวศและการสร้างรายได้จากการอนุรักษ์
- วางระบบป้องกันการกัดเซาะชายฝั่ง
- เสริมสร้างความเข้มแข็งและความร่วมมือในภูมิภาคอาเซียนด้านการจัดการทรัพยากร ธรรมชาติและ สิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน

๔. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)

ในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔) ประเทศไทยจะยังคงประสบภาวะแวดล้อมและบริบทของการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงทั้งจากภายในและภายนอกประเทศ อาทิ กระแสการเปิดเศรษฐกิจเสรี ความท้าทายของเทคโนโลยีใหม่ๆ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเกิดภัยธรรมชาติที่รุนแรง ประกอบกับสถานการณ์ด้านต่างๆ ทั้งเศรษฐกิจ สังคม ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมของประเทศในปัจจุบันที่ยังคงประสบปัญหาในหลายด้าน เช่น ปัญหาผลิตภาพการผลิตความสามารถในการแข่งขัน คุณภาพการศึกษา ความเหลื่อมล้ำทางสังคม เป็นต้น ทำให้การพัฒนาในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๒ จึงจำเป็นต้องยึดกรอบแนวคิดและหลักการในการวางแผนที่สำคัญ ดังนี้

- (๑) การน้อมนำและประยุกต์ใช้หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง
- (๒) คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม
- (๓) การสนับสนุนและส่งเสริมแนวทางการปฏิรูปประเทศ
- (๔) การพัฒนาสู่ความ “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” สังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

แนวทางการพัฒนา มีดังนี้

- (๑) การยกระดับศักยภาพการแข่งขันและการหลุดพ้นกับดักรายได้ปานกลางสู่รายได้สูง
- (๒) การพัฒนาศักยภาพคนตามช่วงวัยและการปฏิรูประบบเพื่อสร้างสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ
- (๓) การลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม
- (๔) การรองรับการเชื่อมโยงภูมิภาคและความเป็นเมือง
- (๕) การสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม
- (๖) การบริหารราชการแผ่นดินที่มีประสิทธิภาพ

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้กำหนด ๑๐ ยุทธศาสตร์ในแผนพัฒนาฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔) นับเป็นแผนแรกที่จะล้อไปกับยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๗๙) ในช่วง ๕ ปีแรกวางโครงสร้างประเทศไทยสู่การพัฒนาอย่างมั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืน เปลี่ยนผ่านประเทศไทยจากประเทศรายได้ปานกลางไปสู่ประเทศที่มีรายได้สูง

ยึดคนเป็นศูนย์กลาง : แผนพัฒนาฉบับที่ ๑๒ จะเป็นแผนฉบับแรกที่ยึดโยงยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๗๙) ในช่วงของ ๕ ปีแรก คือ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ ซึ่งในยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี วางเป้าหมายให้ไทยเป็นประเทศที่มีรายได้สูงระดับ ๑๒,๗๓๕ ดอลลาร์สหรัฐฯ ต่อคนต่อปี จากที่ในแผนฯ ๑๑ วางไว้ ๖,๐๐๐ ดอลลาร์สหรัฐฯ ต่อคนต่อปี และ ๘,๒๐๐ ดอลลาร์สหรัฐฯ ต่อคนต่อปี ในช่วงปลายแผนฯ ๑๒ โดยหลักของการวางแผนฯ ๑๒ ได้น้อมนำและประยุกต์ใช้หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ยึดคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม การพัฒนาที่ยึดหลักสมดุล ยั่งยืน โดยวิสัยทัศน์ของการพัฒนา ให้ความสำคัญกับการกำหนด ทิศทางการพัฒนาที่มุ่งสู่การเปลี่ยนผ่านจากประเทศที่มีรายได้ปานกลางไปสู่ประเทศที่มีรายได้สูง มีการกระจายรายได้ และการพัฒนาอย่างเท่าเทียม มีระบบนิเวศที่ดี สังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข และนำไปสู่การบรรลุวิสัยทัศน์ระยะยาว “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” รวมมีแนวทางการพัฒนาที่สำคัญ ๑๐ ยุทธศาสตร์ประกอบด้วย

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทุนมนุษย์ เนื่องจากโครงสร้างประชากรไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ เมื่อสิ้นสุดแผนฯ ฉบับที่ ๑๒ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๑๙.๘ ขณะที่วัยแรงงานเริ่มลดลง ส่งผลต่อการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ จึงให้

ความสำคัญกับการวางรากฐานการพัฒนาคนให้มีความสมบูรณ์ มุ่งพัฒนาเชิงคุณภาพในแต่ละช่วงวัยบนพื้นฐานของการมีสถาบันทางสังคมที่เข้มแข็ง เพื่อเตรียมคนไทยให้มีความพร้อมในการดำรงชีวิตในโลกศตวรรษที่ ๒๑

ลดความเหลื่อมล้ำ

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในสังคมเพื่อขยายโอกาสทางเศรษฐกิจและสังคมให้กลุ่มประชากร ร้อยละ ๔๐ ที่มีรายได้ต่ำสุด ให้ทุกคนเข้าถึงบริการทางสังคมที่มีคุณภาพได้ทั่วถึง จากเดิมมีความความเหลื่อมล้ำด้านสินทรัพย์และการถือครองที่ดินและปัญหาการกระจายบริการภาครัฐที่มีคุณภาพยังไม่ทั่วถึง

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การสร้างความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจและแข่งขันได้อย่างยั่งยืนคือให้ความสำคัญกับการบริหารเศรษฐกิจมหภาคให้มีเสถียรภาพ เพิ่มประสิทธิภาพภาคการเงินและดูแลวินัยการเงินการคลังควบคู่ไปกับการสร้างความเข้มแข็งให้เศรษฐกิจรายสาขา มีเป้าหมายให้เศรษฐกิจขยายตัวอย่างมีเสถียรภาพโดยขยายตัวเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๕% มีรายได้ต่อหัวเป็น ๘,๒๐๐ เหรียญสหรัฐฯ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ การเติบโตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืนมีแนวทางการพัฒนาที่สำคัญ ได้แก่ รักษาพื้นที่ทรัพยากรธรรมชาติ สร้างสมดุลของการอนุรักษ์และใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืน และเป็นธรรม การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำและการแก้ไขปัญหาวิกฤตสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ ความมั่นคง จะเห็นว่าช่วงของแผนฯ ๑๒ มีการก่อการร้ายมากขึ้น ซึ่งต้องดูแลไม่ให้เกิดกระทบกับเศรษฐกิจและสังคม และเป็นแผนที่ต้องเตรียมรับมือกับอาชญากรรมข้ามชาติ

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ การบริหารจัดการภาครัฐ การป้องกันการทุจริตประพตมิชอบและธรรมาภิบาลในสังคมไทย มีเป้าหมายเพื่อลดสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการและการให้บริการของภาครัฐและประสิทธิภาพการประกอบธุรกิจของประเทศให้อยู่ในอันดับ ๒ ของอาเซียน รวมทั้งลดปัญหาการทุจริตประพตมิชอบของประเทศเพื่อเพิ่มคะแนน ดัชนีภาพลักษณ์คอร์รัปชัน (CPI) ให้อยู่สูงกว่า ๕๐% เมื่อสิ้นสุดแผนฯ ๑๒ ปัจจุบันอยู่ที่ร้อยละ ๓๘ และใน ๒๐ ปี ตั้งเป้าให้การคอร์รัปชันหมดไปจากประเทศ

พัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน

ยุทธศาสตร์ที่ ๗ การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและระบบโลจิสติกส์ มีเป้าหมายสำคัญคือการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและระบบโลจิสติกส์ในภาพรวม เช่น เพิ่มปริมาณการขนส่งสินค้าทางรางจาก ๒% เป็นไม่น้อยกว่า ๔% และปริมาณการขนส่งสินค้าทางน้ำเพิ่มจาก ๑๕% เป็นไม่น้อยกว่า ๑๙% ขณะที่การพัฒนาเศรษฐกิจดิจิทัล เช่น ขยายโครงข่ายอินเทอร์เน็ตความเร็วสูงให้ได้ ๘๕% ของหมู่บ้านทั่วประเทศและมีผู้ประกอบการธุรกิจดิจิทัลรายใหม่เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า ๑,๐๐๐ ราย โดยช่วงแผนฯ ๑๒ คาดว่าการพัฒนาระบบรถไฟทางคู่ขนาดราง ๑ เมตร ระยะแรกจะแล้วเสร็จทุกเส้นทางและเริ่มสร้างโครงข่ายรถไฟทางคู่ระยะที่ ๒ ได้และเริ่มก่อสร้างระบบไฟฟ้าความเร็วสูงเพื่อเป็นเครื่องมือกระจายความเจริญสู่ภูมิภาค โดยทำควบคู่ไปกับการวางแผนพัฒนาพื้นที่เมืองบริเวณสถานีรถไฟ และเริ่มพัฒนาระบบขนส่งมวลชนสาธารณะในเมืองหลัก และพัฒนาโครงข่ายถนน เส้นทางหลวงพิเศษระหว่างเมือง เป็นต้น

ยุทธศาสตร์ที่ ๘ วิทยาศาสตร์เทคโนโลยี วิจัยและนวัตกรรม มีเป้าหมายเพิ่มสัดส่วนค่าใช้จ่ายการลงทุนเพื่อการวิจัยและพัฒนาสู่ ๑.๕% ของจีดีพี และสัดส่วนการลงทุนวิจัยและพัฒนาภาคเอกชนต่อภาครัฐ เป็น ๗๐:๓๐เพิ่มบุคลากรด้านวิจัยและพัฒนาเป็น ๒๕ คนต่อประชากร ๑๐,๐๐๐ คน และเพิ่มอันดับความสามารถการแข่งขันโครงสร้างพื้นฐานด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่จัดโดยไอเอ็มดีให้อยู่ในลำดับ ๑ ใน ๓๐

พัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจ

ยุทธศาสตร์ที่ ๙ การพัฒนาภาค เมืองและพื้นที่เศรษฐกิจ วางแนวทางพัฒนาที่สำคัญคือ พัฒนาภาคเหนือให้เป็นฐานเศรษฐกิจสร้างสรรค์มูลค่าสูง พัฒนาภาคตะวันออกเฉียงเหนือให้หลุดพ้นจากความยากจน ก้าวสู่เป้าหมาย “อีสาน พึ่งตนเอง” พัฒนาภาคกลางให้เป็นฐานเศรษฐกิจชั้นนำ เป็นศูนย์กลางอุตสาหกรรมของอาเซียน เป็นฐานการผลิตอาหารและสินค้าเกษตรที่มีคุณภาพ พัฒนาภาคใต้เป็นฐานสร้างรายได้ที่หลากหลาย เป็นศูนย์กลางผลิตภัณฑ์ยางพาราและปาล์มน้ำมันของภูมิภาค เป็นแหล่งผลิตภัณฑ์อาหารทะเลที่ได้มาตรฐานสากล รวมทั้งพื้นที่บริเวณชายฝั่งทะเลตะวันออก หรืออีสเทิร์นซีบอร์ด มีเป้าหมายฟื้นฟูและพัฒนาให้ขยายตัวอย่างสมดุล ส่วนพื้นที่เศรษฐกิจใหม่ชายแดนจะเป็นประตูเศรษฐกิจเชื่อมโยงกับประเทศเพื่อนบ้านที่เติบโตอย่างยั่งยืนและเกิดผล เป็นรูปธรรม นอกจากนี้ กำหนดให้พัฒนาเมืองศูนย์กลางของจังหวัดให้เป็นเมืองน่าอยู่สำหรับคนทุกกลุ่มในสังคม อย่างเท่าเทียม

ยุทธศาสตร์ที่ ๑๐ การต่างประเทศ ประเทศเพื่อนบ้านและภูมิภาค ได้แก่ การเตรียมความพร้อม ให้ไทยเป็นประตูภาคตะวันตกและภาคตะวันออกของเอเชีย โดยดำเนินยุทธศาสตร์เชิงรุกในการส่งเสริมผู้ประกอบการไทยไปลงทุนในต่างประเทศ เพื่อใช้ประโยชน์จากจุดเด่นของทำเลที่ตั้งของไทยเป็นจุดเชื่อมโยงสำคัญให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มศักยภาพในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมไทย

๔. สถานการณ์และความเปลี่ยนแปลงของบริบทความมั่นคงในระยะ ๗ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๘- ๒๕๖๕)

(๑) ความเปลี่ยนแปลงของบริบทความมั่นคงในระดับโลก การเมืองโลกมีแนวโน้ม ที่จะเปลี่ยนแปลงไปสู่หลายขั้วอำนาจ โดย สหรัฐฯ ต้องเผชิญกับการท้าทายจากรัสเซียและจีน นอกจากนี้ การเกิดขึ้นของขั้วอำนาจใหม่ทางเศรษฐกิจโลก คือ กลุ่ม BRICs ประกอบด้วย บราซิล รัสเซีย อินเดีย จีนและแอฟริกาใต้ซึ่งกำลังมีบทบาทในเวทีระหว่างประเทศเพิ่มมากขึ้นและมีท่าทีต้องการมีส่วนร่วมกำหนดกรอบกติกาของโลก โดยมีความเคลื่อนไหวที่สำคัญ ในด้านเศรษฐกิจและการเงินระหว่างประเทศ ซึ่งเป็นการท้าทายและสร้างดุลอำนาจใหม่ และมีแนวโน้มส่งผลต่อ การเปลี่ยนแปลงระเบียบโลกทั้งการเมืองและเศรษฐกิจ สภาพการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ประเทศไทยต้องดำเนินนโยบายด้วยความอ่อนตัว ในการกำหนดท่าทีเพื่อรักษาดุลยภาพทางความสัมพันธ์ระหว่างไทยกับประเทศมหาอำนาจต่างๆ นอกจากนี้ ปัจจัยความมั่นคงด้านพลังงาน สิ่งแวดล้อม และภัยธรรมชาติ ถือเป็นปัญหาสำคัญของโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การแสวงหาแหล่งพลังงานใหม่อาจนำไปสู่ความขัดแย้งระหว่างประเทศในขณะที่ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม อาทิ การเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศซึ่งส่งผลโดยตรงต่อภัยธรรมชาติที่มีระดับความรุนแรงมากขึ้น ทำให้จำเป็นต้องมีความร่วมมือในระดับนานาชาติเพื่อเผชิญกับภัยพิบัติ ที่เกิดขึ้น รวมถึงจะนำมาสู่การกำหนดกรอบกติกาใหม่ที่มหาอำนาจอาจเข้ามาแทรกแซงประเทศอื่นๆ และใช้เป็นมาตรการกีดกันทางการค้า

(๒) ความเปลี่ยนแปลงของบริบทความมั่นคงในระดับภูมิภาค

(๒.๑) การขยายอิทธิพลและบทบาทของประเทมหาอำนาจต่อภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีการปรับเปลี่ยนนโยบายที่แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของการแข่งขันและการขยายอิทธิพลของชาติมหาอำนาจ ทั้งในรูปแบบของการใช้พลังอำนาจทางทหารและทางเศรษฐกิจเพื่อให้ได้มาซึ่งประโยชน์ของตนและการเข้ามาแทรกแซงกิจการภายในของประเทศต่างๆ ในภูมิภาค ซึ่งหากเกิดความขัดแย้งขึ้นก็อาจส่งผลกระทบต่อความมั่นคงและผลประโยชน์ของไทยซึ่งอยู่ในภูมิภาคนี้ได้

(๒.๒) การขยายตัวของความสัมพันธ์ระหว่างประเทศในระดับภูมิภาค พัฒนาการของกลุ่มประเทศอาเซียนที่กำหนดการจัดตั้ง “ประชาคมอาเซียน” ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ จะทำให้อาเซียนมีความเชื่อมโยงกันมากขึ้น ทั้งทางการเมือง ความมั่นคง เศรษฐกิจ และสังคม อันจะนำไปสู่การเสริมสร้างพัฒนาการทางการเมือง และเศรษฐกิจของประเทศสมาชิก รวมทั้งเพิ่มโอกาสการติดต่อเชื่อมโยงผ่านเส้นทางคมนาคมในภูมิภาค อย่างไร ก็

ตาม การเป็นประชาคมเป็นความท้าทาย โดยเฉพาะการที่ประเทศสมาชิกยังมีลักษณะการปกครองและเศรษฐกิจ ที่แตกต่างกัน การสร้างความเป็นประชาคมและการเปิดกว้างของการติดต่อระหว่างกันอย่างเสรี ทำให้มีความเสี่ยง ที่จะเกิดผลกระทบต่อนามั่งคั่งของชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นการย้ายถิ่นฐานของประชากรในภูมิภาค และ การขยายตัวของอาชญากรรมข้ามชาติและเศรษฐกิจนอกระบบ

(๒.๓) ความขัดแย้งทางดินแดนและการใช้กำลังทางการทหาร ยังคงมีปัญหาความไม่เข้าใจและความหวาดระแวงที่อาจทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน แต่สามารถจำกัดขอบเขตและระดับความรุนแรงให้อยู่ในเฉพาะพื้นที่ โดยเป็นผลจากการเสริมสร้างความสัมพันธ์และความร่วมมือที่ใกล้ชิด และการเสริมสร้างความสัมพันธ์ทางการทูตเชิงป้องกัน รวมถึงทิศทางการร่วมมือของประเทศในภูมิภาค ที่มุ่งสู่การเป็นประชาคมอาเซียน อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ข้อพิพาทในภูมิภาค สถานการณ์ภายในของประเทศเพื่อนบ้าน และบทบาทของประเทศมหาอำนาจที่เกี่ยวข้องกับภูมิภาค และการที่ประเทศไทยมีชายแดนทั้งทางบกและทางทะเลติดกับประเทศเพื่อนบ้านหลายประเทศโดยยังมีปัญหาความไม่ชัดเจนของเส้นเขตแดนและอาณาเขตทางทะเลระหว่างกัน รวมถึงมีสิ่งบ่งชี้ถึงการเพิ่มงบประมาณทางทหารของประเทศในภูมิภาค จึงยังคงมีความเสี่ยงที่จะนำไปสู่การใช้กำลังทหารต่อกันหากเกิดความขัดแย้งรุนแรงและไม่มีการบริหารจัดการปัญหาร่วมกันที่มีประสิทธิภาพ

(๒.๔) ความมั่นคงและผลประโยชน์ทางทะเล ปัจจุบันผลประโยชน์ทางทะเลของประเทศไทย มีมูลค่าสูง และในเชิงภูมิรัฐศาสตร์ประเทศไทยเป็นจุดยุทธศาสตร์เส้นทางการเดินเรือที่สำคัญในภูมิภาคและ เป็นแหล่งทรัพยากรธรรมชาติทางทะเล ส่งผลให้มหาอำนาจต่าง ๆ มุ่งที่จะรักษาและแผ่ขยายอิทธิพลของตนเอง ในพื้นที่ดังกล่าว ทั้งนี้ ภัยคุกคามต่อความมั่นคงทางทะเลของประเทศไทยที่สำคัญ ได้แก่ ปัญหาการอ้างสิทธิทับซ้อนทางทะเล ปัญหาการทำลายสิ่งแวดล้อมโดยมนุษย์ กฎหมายและการบังคับใช้กฎหมายทางทะเล ปัญหาอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับทะเล ปัญหาลักลอบขนส่งสิ่งผิดกฎหมายทางทะเลโดยเฉพาะสินค้าและวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้สองทางที่มีความเสี่ยง จะนำไปใช้ในการผลิตอาวุธทำลายล้างสูง การลักลอบเข้าเมืองผิดกฎหมาย และการกระทำ อันเป็นโจรสลัด อันอาจส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการสร้างดุลยภาพในการรักษาความมั่นคงและผลประโยชน์ของชาติทางทะเล

(๓) ความเปลี่ยนแปลงของบริบทความมั่นคงภายในประเทศ

(๓.๑) ความมั่นคงของสถาบันพระมหากษัตริย์ ความเคลื่อนไหวที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสถาบันฯ ได้เพิ่มระดับและขอบเขตที่กว้างขวาง ทั้งที่มีลักษณะเชื่อมโยงสถาบันฯ มาแสวงหาผลประโยชน์ทางการเมือง ตลอดจนมีการกล่าวอ้างความเท็จเพื่อดูหมิ่นใส่ร้ายอันเป็นการบ่อนทำลายต่อสถาบันฯ และการปรากฏแนวความคิดในเชิงปฏิรูปรวมถึงการวิพากษ์วิจารณ์ประเด็นการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการหมิ่นสถาบันฯ ที่ขัดต่อหลักสิทธิและเสรีภาพและสิทธิมนุษยชน ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวเป็นประเด็นที่มีความอ่อนไหวนำมาซึ่งความขัดแย้งระหว่างกลุ่มต่าง ๆ ในสังคม ประกอบกับความผูกพันเชื่อมโยงของประชาชนบางส่วน โดยเฉพาะในหมู่เยาวชนรุ่นใหม่ที่มีต่อสถาบันฯ ถูกลดทอนลง เนื่องจากขาดความเข้าใจ ความตระหนักรู้อย่างถูกต้อง แท้จริงถึงความสำคัญ ของสถาบันพระมหากษัตริย์ในฐานะที่เป็นศูนย์รวมจิตใจและจุดยึดเหนี่ยวของสังคมไทย

(๓.๒) ความขัดแย้งของคนภายในประเทศ พัฒนาการทางการเมืองของไทยที่ผ่านมามีทิศทาง ที่นำสังคมไทยวิวัฒน์ไปสู่วัฒนธรรมการเมืองที่ประชาชนต้องการมีส่วนร่วมตัดสินใจในนโยบายของรัฐมากขึ้น โดยเฉพาะการกระจายความมั่นคงและอำนาจจัดการทรัพยากรสำคัญ โดยประชาชนแสดงออกด้วยการใช้สิทธิทางการเมืองและเสรีภาพพลเมืองในการเลือกตั้ง และการปกป้องสิทธิของตนหรือสิทธิของชุมชนท้องถิ่น ในขณะที่สังคมไทยกำลังอยู่ในกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง โดยที่

ยังคงมีปัญหาเชิงโครงสร้างจาก ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ สังคม และการเข้าถึงทรัพยากรธรรมชาติ รวมถึงโลกทัศน์ที่แตกต่างกันของกลุ่มคนในสังคม เป็นปัจจัยผลักดันให้เกิดความแตกแยกทางความคิดระหว่างคนกลุ่มต่างๆ ในห้วงที่ผ่านมา การเคลื่อนไหวทางการเมืองถูกขับเคลื่อนด้วยเป้าหมายสุดโต่งทางการเมือง ส่งผลให้สถานการณ์เปลี่ยนแปลงดังกล่าวนำไปสู่ความขัดแย้งทางการเมืองที่มีความรุนแรงและซับซ้อนมากขึ้น และโดยที่ความอดทนอดกลั้นของกลุ่มต่างๆ ในสังคมมีแนวโน้มลดต่ำลง ทำให้สถานการณ์ความขัดแย้งทางการเมืองยังเป็นจุดเปราะบางในการรักษาเอกภาพของชาติและการสร้างภูมิคุ้มกันของสังคมไทย หากการสร้างความสมานฉันท์ปรองดองและการแก้ไขรากเหง้าของปัญหาความขัดแย้งยังคงไม่บรรลุผล

(๓.๓) ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ปัญหาความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่เกิดขึ้นมาอย่างยาวนานเป็นปัญหาที่มีพัฒนาการที่มีความซับซ้อน ละเอียดย่อย และมีความเชื่อมโยงกันหลายมิติ โดยมีใจกลางของปัญหา คือ เรื่องอัตลักษณ์ชาติพันธุ์มาลายู ศาสนาอิสลาม และประวัติศาสตร์น้ำเงี้ยวอัตลักษณ์เฉพาะมาขยายผลในการใช้ความรุนแรง ทำให้เกิดบรรยากาศความกลัว ไม่ไว้วางใจระหว่างรัฐกับประชาชนและประชาชนกับประชาชน เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ ได้ปรากฏภูมิปัญหาใหม่ที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ คือ ปัญหายาเสพติด ปัญหาแทรกซ้อน บทบาทของภาคประชาสังคมโดยเฉพาะเยาวชนที่เห็นต่างจากรัฐ และถูกดึง เข้ามามีส่วนร่วมในการเคลื่อนไหวที่สอดคล้องกับอุดมการณ์ของผู้เห็นต่างจากรัฐ การเข้ามามีบทบาทและแทรกแซงขององค์กรระหว่างประเทศ ที่เป็นการเพิ่ม ความซับซ้อนของปัญหามากยิ่งขึ้น

(๓.๔) ความไม่เชื่อมั่นในการบริหารประเทศตามหลักนิติธรรม ประเทศไทยยังคงมีปัญหาเชิงโครงสร้างที่ไม่เอื้อต่อการบริหารตามหลักนิติธรรม ความไม่เชื่อมั่นในการบริหารประเทศและวิกฤตศรัทธาของผู้นำ รวมถึงโครงสร้างทางการเมืองการบริหารซึ่งแม้จะมีการกระจายอำนาจมากขึ้นแต่ในภาพรวมยังคงมีลักษณะรวมศูนย์อำนาจที่ส่วนกลาง เป็นข้อจำกัดต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในสังคมประกอบกับการทุจริตคอร์รัปชันในภาครัฐขยายตัวออกไปทุกระดับ ส่งผลให้เกิดความไม่เชื่อมั่นของประชาชนในขณะเดียวกัน ประชาชนบางส่วนยอมรับกระบวนการทางทุจริตคอร์รัปชันเพื่อแสวงหาประโยชน์ส่วนตน โดยยังกล่าวได้ก่อกร่อนพื้นฐานทางคุณธรรมจริยธรรมของสังคม

(๓.๕) ปัญหายาเสพติด ปัจจุบันสถานการณ์ยาเสพติดของประเทศไทยมีแนวโน้มรุนแรงเพิ่มขึ้น มาต่อเนื่อง โดยเฉพาะการแพร่ระบาดของยาเสพติดในกลุ่มของเยาวชนซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อเนื่องไปยังปัญหาอื่นๆ เช่น ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาการทำลายศักยภาพของประชากร และปัญหาการขยายตัวขององค์กรอาชญากรรม นอกจากนี้ ประเทศไทยต้องเผชิญกับการลักลอบค้ายาเสพติดจากประเทศเพื่อนบ้าน โดยเป็นประเทศทางผ่านและประเทศปลายทางในขณะที่ การลักลอบขนยาเสพติดและแหล่งพักยาเสพติดอยู่บริเวณพื้นที่ชายแดนฝั่งไทยและประเทศเพื่อนบ้าน โดยพื้นที่ชายแดนภาคเหนือเป็นพื้นที่สำคัญ รองลงมา คือ พื้นที่ชายแดนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นอกจากนี้ กลุ่มนักค้าจากนอกภูมิภาคเข้ามามีบทบาทสำคัญในการค้ายาเสพติดระหว่างประเทศในการลำเลียงยาเสพติดจากหลายแหล่งผลิตทั้งในและนอกภูมิภาค ซึ่งการจับกุมกระทำได้ยากขึ้นเนื่องจากลักษณะเฉพาะตัวของการจัดองค์กรและรูปแบบและวิธีการค้ายาเสพติดที่ปรับเปลี่ยนอยู่เสมอ

(๓.๖) ความเสี่ยงภัยพิบัติทางธรรมชาติ สภาพการเปลี่ยนแปลงของโลกที่เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและสภาวะโลกร้อนเกิดขึ้นพร้อมกับการเพิ่มจำนวนของประชากรโลก รวมถึงการพัฒนาประเทศ ที่เน้นการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจเป็นหลัก นำไปสู่การใช้ทรัพยากรธรรมชาติโดยขาดความสมดุลทำให้สิ่งแวดล้อมเสื่อมโทรมลง ส่งผลกระทบต่อระบบนิเวศน์ จนนำไปสู่ภัยพิบัติธรรมชาติเพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น โดยพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดอุทกภัย วาตภัย รวมถึงสถานการณ์แผ่นดินไหวที่เพิ่มมากขึ้น ประเทศไทยจำเป็นต้องพัฒนาความสามารถ ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ และการเตรียมความพร้อมใน

ลักษณะที่สามารถบริหารจัดการวิกฤติการณ์และภัยพิบัติให้มีประสิทธิภาพตั้งแต่ขั้นป้องกันการแก้ไขและ การฟื้นฟูสถานการณ์ผลกระทบจากวิกฤติการณ์ภัยพิบัติทางธรรมชาติในระดับรุนแรงมากขึ้นควบคู่กับการขยายความร่วมมือกับประชาคมโลกเพื่อจัดการกับภัยพิบัติดังกล่าว

(๔) ความเปลี่ยนแปลงของบริบทความมั่นคงข้ามพรมแดน

(๔.๑) การเคลื่อนตัวของภัยคุกคามข้ามชาติ ปัจจุบันภัยคุกคามข้ามชาติได้ขยายตัวอย่างรวดเร็วตามสภาวะโลกาภิวัตน์ที่ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ การเมือง สังคม และความมั่นคงของชาติโดยรวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบจากการก่อการร้ายและอาชญากรรมข้ามชาติ ในด้านปัญหาการก่อการร้าย แรงขับเคลื่อนของการต่อสู้เชิงอุดมการณ์ยังคงมีอยู่อย่างเข้มข้น และขยายอุดมการณ์ความเชื่อไปสู่คนในกลุ่มบุคคลในพื้นที่ที่มีเงื่อนไขพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองเป็นผู้ก่อการร้ายในหลายรูปแบบโดยเงื่อนไขที่เป็นปัจจัยผลักดัน ที่สำคัญ ได้แก่ ความคับแค้นอันเนื่องมาจากปัญหาการไม่ได้รับความเป็นธรรม ทั้งในทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และอัตลักษณ์ทางเชื้อชาติและวัฒนธรรม และการแปรเปลี่ยนความเชื่อทางศาสนาให้เป็นพลังผลักดัน นอกจากนี้ การเผยแพร่แนวคิดรุนแรงของกลุ่มก่อการร้ายสากลและกลุ่มหัวรุนแรงในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ยังคงดำรงอยู่ทั้งการก่อการร้ายจากกลุ่มหัวรุนแรงในพื้นที่ที่ได้รับแรงบัลดาลใจจากต่างประเทศและการแทรกซึม เข้ามาปฏิบัติภารกิจจากกลุ่มก่อการร้ายนอกภูมิภาค โดยอาศัยช่องว่างด้านมาตรการการรักษาความปลอดภัย และชายแดนที่เป็นเปราะบางของประเทศในภูมิภาค รวมถึงการเชื่อมโยงติดต่อและการเผยแพร่ความคิดอุดมการณ์ของกลุ่มก่อการร้ายผ่านทางอินเทอร์เน็ตและสังคมออนไลน์ ทั้งนี้ แม้ว่าประเทศไทยจะไม่ใช่เป้าหมายการโจมตีโดยตรงของกลุ่มก่อการร้ายสากล แต่ยังคงมีความจำเป็นที่ต้องเฝ้าระวังความเสี่ยงโดยเฉพาะการใช้เป็นสถานที่ พักพิงและอำนวยความสะดวกในการก่อการร้ายจากกลุ่มก่อการร้ายทั้งในและนอกภูมิภาคและการก่อความรุนแรงในเมือง

สำหรับปัญหาอาชญากรรมข้ามชาติ อันประกอบด้วย การค้ายาเสพติด การค้ามนุษย์ การค้าอาวุธ การฟอกเงิน การกระทำความผิดเป็นโจรสลัด อาชญากรรมทางเศรษฐกิจ และอาชญากรรมคอมพิวเตอร์มีแนวโน้มที่จะขยายตัวและควบคุมได้ยากโดยมีการพัฒนารูปแบบและวิธีการที่ซับซ้อนจากการใช้ประโยชน์จากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี รวมถึงปัญหาการบังคับใช้กฎหมาย ทำให้การก่ออาชญากรรมข้ามชาติทำได้สะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้น มีการพัฒนาเป็นเครือข่ายที่เข้มแข็งและมีเจ้าหน้าที่ของรัฐเกี่ยวข้อง นอกจากนี้ ยังพบว่า ความเชื่อมโยงระหว่างการก่อการร้ายและอาชญากรรมข้ามชาติมีแนวโน้มขยายตัวมากขึ้นและมีขีดความสามารถสูงขึ้น โดยคาดการณ์ว่าภัยคุกคามทั้งจากการก่อการร้ายและอาชญากรรมข้ามชาติจะทวีความรุนแรงมากขึ้นเมื่อมีการจัดตั้งประชาคมอาเซียนใน ปี ๒๕๕๘ เนื่องจากการเปิดเสรีด้านการเดินทาง การขยายการท่องเที่ยวการแพร่ขยายแนวความคิดหัวรุนแรงและการรวมกลุ่มบุคคลที่มีความคิดดังกล่าว ในขณะที่ประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายของประเทศสมาชิกยังมีความแตกต่างกัน และการบูรณาการความร่วมมือด้านความมั่นคงเป็นไปอย่างล่าช้า

(๔.๒) การย้ายถิ่นฐานของประชากร การย้ายถิ่นฐานของประชากรจากประเทศรอบบ้านเข้าสู่ประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการย้ายถิ่นในลักษณะเข้าเมืองผิดกฎหมายที่ส่งผลให้เกิดปัญหาการผลักดันส่งกลับส่งผลให้มีผู้ย้ายถิ่นฐานจำนวนมากยังตกค้างอยู่ในประเทศไทย และเกิดปัญหาการเมืองระหว่างประเทศโดยเฉพาะกลุ่มที่ขัดแย้งกับรัฐบาลของประเทศต้นทาง สาเหตุการย้ายถิ่นฐานที่สำคัญ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านการเมือง คือ สถานการณ์ภายในประเทศเพื่อนบ้าน และปัจจัยด้านเศรษฐกิจ คือ ระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตของประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้านที่แตกต่างกัน ส่งผลให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา เช่น ปัญหาสาธารณสุข ปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคลตามกฎหมาย ปัญหาการศึกษา ปัญหาความขัดแย้งกับชุมชนชาวไทย ตลอดจนปัญหาศักยภาพในการแข่งขันของประเทศไทยในระยะยาว นอกจากนี้

ปรากฏการณ์ที่ประเทศไทยเป็นทางผ่านเพิ่มมากขึ้น โดยปัญหาดังกล่าวมีความละเอียดอ่อนและส่งผลกระทบต่อหลายมิติ ทั้งความมั่นคงของมนุษย์ ประเด็นด้านสิทธิมนุษยชน และความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ

(๔.๓) บริบทการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่ภัยคุกคามรูปแบบใหม่อื่นๆ ปัจจุบันภัยคุกคามความมั่นคงมีขอบเขตที่กว้างขวาง มีความเชื่อมโยง ซับซ้อน และส่งผลกระทบต่อประชาชนโดยตรงมากขึ้นภัยคุกคามความมั่นคงรูปแบบใหม่ประกอบด้วยทั้งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่เชื่อมโยงกับบริบทโลกในมิติต่างๆ ทั้งมิติด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศของโลกและผลจากการพัฒนาประเทศที่ผ่านมาประกอบกับการใช้ทรัพยากรธรรมชาติโดยขาดความสมดุล ได้ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของมนุษย์ ปัญหา ความมั่นคงทางอาหาร ปัญหาความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมและปัญหาความขัดแย้ง แย่งชิงทรัพยากรที่ส่งผลต่อเนื่องเป็นความขัดแย้งระหว่างประชาชนและความขัดแย้งกับหน่วยงานภาครัฐ นอกจากนี้ ความต้องการพลังงานของโลกที่เพิ่มสูงขึ้นส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางพลังงานของไทยในการแข่งขันแสวงหาแหล่งพลังงาน โดยเฉพาะการที่ประเทศไทยต้องพึ่งพิงแหล่งพลังงานจากภายนอกในสัดส่วนที่สูง

กระแสโลกาภิวัตน์ที่ทำให้การเชื่อมโยงมนมิติต่างๆ เป็นไปอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ ในขณะที่ ความมั่นคงที่เกี่ยวกับเทคโนโลยีสารสนเทศและเครือข่ายมีแนวโน้มจะเป็นประเด็นที่มีความเสี่ยง ทั้งการโจมตีและการจารกรรมทางไซเบอร์ เนื่องจากการกำหนดมาตรการป้องกันทำได้ยากและไม่ทันต่อความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทั้งนี้ ประเทศกำลังพัฒนาจะตกเป็นเป้าหมายการโจมตีมากขึ้นเพราะ มีความล้าหลังทางเทคโนโลยีและขาดความรู้ในการกำหนดมาตรการป้องกันที่ต้องใช้ผู้ที่มีความชำนาญเฉพาะทาง นอกจากนี้ อิทธิพลของสื่อประเภทเครือข่ายสังคมเป็นเครื่องมือสำคัญของประชาชนในการรวมตัวดำเนินกิจกรรมทางสาธารณะและการเคลื่อนไหวกิจกรรมทางการเมืองสื่อดังกล่าวมีโอกาสถูกนำมาใช้ในทางที่ผิด เพื่อโจมตี บ่อนทำลาย หรือบิดเบือนข้อเท็จจริง รวมถึงการแพร่กระจายข้อมูลเท็จสร้างความเกลียดชังที่มาจากอคติ และการเลือกปฏิบัติ ซึ่งอาจทำให้เกิดความเกลียดชังและปัญหาความแตกแยกภายในประเทศ รวมถึงส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างประเทศในกรณีที่มีการใช้สื่อประเภทนี้โจมตีหรือบ่อนทำลายประเทศอื่น

๕. Thailand ๔.๐

ประเทศไทย ๔.๐ โมเดลใหม่ของการขับเคลื่อนเศรษฐกิจประเทศไทยที่มุ่งปรับเปลี่ยนโครงสร้างเศรษฐกิจไปสู่ ‘เศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม’ (Value-Based Economy) เพื่อก้าวข้ามกับดักประเทศรายได้ปานกลาง เมื่อบริบททางเศรษฐกิจเกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้ประกอบการโดยเฉพาะผู้ประกอบการในภาคอุตสาหกรรมการผลิตต้องปรับตัว เพื่อให้ธุรกิจอุตสาหกรรมสามารถเติบโตท่ามกลางบริบทใหม่ทางเศรษฐกิจได้อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน

สำหรับการปรับโครงสร้างเศรษฐกิจของประเทศ เพื่อก้าวสู่การเป็น ‘ประเทศไทย ๔.๐’ นั้น จะต้องเปลี่ยนจากความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบของประเทศที่มีอยู่ ๒ ด้าน คือ ความหลากหลายทางชีวภาพและความหลากหลายเชิงวัฒนธรรมไปสู่ความได้เปรียบทางการแข่งขัน ขณะเดียวกันยังต้องเปลี่ยนโครงสร้างเศรษฐกิจอุตสาหกรรมที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม มุ่งเน้นการเพิ่มมูลค่า (Value Added) ไปสู่การสร้างมูลค่า (High Value) หรือการสร้างผลิตภาพ (Productivity) นั่นเอง

ทั้งนี้ การขับเคลื่อนโครงสร้างเศรษฐกิจแบบใหม่ดังกล่าว ต้องเติมเต็มด้วยวิทยาการความคิดสร้างสรรค์ นวัตกรรม วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีการวิจัยและพัฒนา โดยมุ่งเน้น ๕ กลุ่มอุตสาหกรรมเป้าหมาย ดังนี้

วิจัยและพัฒนา โดยมุ่งเน้น ๕ กลุ่มอุตสาหกรรมเป้าหมาย ดังนี้

กลุ่มที่ ๑ กลุ่มอาหาร เกษตร และเทคโนโลยีชีวภาพ (Food, Agriculture & Bio-Tech)

กลุ่มที่ ๒ กลุ่มสาธารณสุข สุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Health, Wellness & Bio-Med)

กลุ่มที่ ๓ กลุ่มเครื่องมืออุปกรณ์อัจฉริยะ หุ่นยนต์ และระบบเครื่องกล ที่ใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์

ควบคุม (Smart Devices, Robotics & Mechatronics)

กลุ่มที่ ๔ กลุ่มดิจิทัล เทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตที่เชื่อมต่อการทำงานของอุปกรณ์ต่างๆ ปัญญาประดิษฐ์ และเทคโนโลยีสมองกลฝังตัว (Digital, Internet of Things, Artificial Intelligence & Embedded Technology)

กลุ่มที่ ๕ กลุ่มอุตสาหกรรมสร้างสรรค์ วัฒนธรรม และบริการที่มีมูลค่าสูง (Creative, Culture & High Value Services)

โดยทั้ง ๕ กลุ่มเทคโนโลยีและอุตสาหกรรมเป้าหมายนี้ เป็นส่วนหนึ่งของ ‘๑๐ อุตสาหกรรมแห่งอนาคต’ หรือ S-Curve และ New S-Curve

การขับเคลื่อนเศรษฐกิจและภาคธุรกิจอุตสาหกรรม ภายใต้ โมเดล ‘ประเทศไทย ๔.๐’ นั้น จะต้องเริ่มจากสร้างความเข้มแข็งจากภายใน คือ การยกระดับนวัตกรรม เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้แก่ผู้ประกอบการ ชุมชน และเครือข่ายในทุกภาคส่วนของประเทศ เมื่อโครงสร้างเศรษฐกิจและสังคมภายในประเทศเข้มแข็งแล้ว สิ่งที่ต้องดำเนินการควบคู่กันไป คือ การเชื่อมโยงกับภายนอก ทั้งในรูปแบบภูมิภาค เช่น กลุ่มประเทศอาเซียน และการเชื่อมโยงกับเศรษฐกิจโลกต่อไป

ทั้งนี้ เป้าหมายการขับเคลื่อน ‘ประเทศไทย ๔.๐’ คือ การก้าวไปสู่การเป็น ‘ประเทศที่มีรายได้สูง’ ด้วยนวัตกรรมที่มีการนำเทคโนโลยีเข้ามาประยุกต์ใช้ซึ่งหากประเทศไทยสามารถขับเคลื่อนไปได้จริง จะทำให้ภาพรวมเศรษฐกิจไทยหลุดพ้นจากกับดักประเทศที่มีรายได้ปานกลาง และสามารถลดการพึ่งพาต่างชาติ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำต่างๆ เป็นการสร้างความสมดุลทางเศรษฐกิจและสังคมให้เกิดความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน ได้อย่างแท้จริง

๑.๒ นโยบายและทิศทางการพัฒนางานสาธารณสุข

๑. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข)

หลังจากที่นายกรัฐมนตรี (พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา) ได้มีข้อสั่งการเมื่อวันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๕๙ ให้ทุกส่วนราชการจัดทำแผนงานในภารกิจหลักของหน่วยงานระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ.๒๕๖๐–๒๕๗๙) เพื่อให้สอดคล้องกับการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ในการจัดทำยุทธศาสตร์และกรอบการปฏิรูป และจัดทำร่างกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี เพื่อใช้ในการขับเคลื่อนและพัฒนาประเทศ ให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” กระทรวงสาธารณสุขในฐานะส่วนราชการ จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ขึ้นตามข้อสั่งการของนายกรัฐมนตรีฯ อีกทั้งระบบสุขภาพไทยกำลังเผชิญกับสิ่งที่ท้าทายจากรอบด้าน อาทิ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนจากสังคมชนบทสู่สังคมเมือง การเชื่อมต่อการค้าการลงทุนทั่วโลก ตลอดจนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ส่งผลให้ประชาชนมีความคาดหวังต่อคุณภาพของระบบบริการมากขึ้น ขณะที่งบประมาณภาครัฐเริ่มมีจำกัด ไม่เพียงพอต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข ทำให้ระบบสุขภาพไทยต้องเตรียมเพื่อรับมือกับสิ่งต่างๆ เหล่านี้ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขในฐานะหน่วยงานหลักของประเทศ จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการกำหนดยุทธศาสตร์ระยะ ๒๐ ปี เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี และส่งผลต่อการใช้จ่ายภาครัฐด้านสุขภาพของประเทศต่อไป สอดรับ

กับการปฏิรูปประเทศไทยและการปฏิรูปด้านสาธารณสุข เพื่อสร้างความเข้มแข็งและมั่นคงยั่งยืนให้กับระบบสุขภาพ ทัดเทียมกับนานาประเทศในเอเชียได้จึงได้วางทิศทางการวางแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) เป็น ๔ ระยะ ระยะละ ๕ ปี และมีจุดเน้นหนักแต่ละระยะ คือ ระยะที่ ๑ พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔ ปฏิรูประบบ ระยะที่ ๒ พ.ศ.๒๕๖๕-๒๕๖๙ สร้างความเข้มแข็ง ระยะที่ ๓ พ.ศ.๒๕๗๐-๒๕๗๔ สู่อำนาจยั่งยืน ระยะที่ ๔ พ.ศ.๒๕๗๕-๒๕๗๙ เป็น ๑ ใน ๓ ของเอเชีย โดยยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ประกอบด้วย

วิสัยทัศน์ : เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี

พันธกิจ : พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน

เป้าหมาย : ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ ๔ Excellence : ประกอบด้วย

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ปู่อกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence)

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

๒. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔) อยู่ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ เป็นแผนพัฒนาระยะ ๕ ปี และเป็นกลไกเชื่อมต่อเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ ด้านสุขภาพ ให้สามารถนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม จึงได้ยึดหลักการ ดังนี้ (๑) ยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (๒) ยึดคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา เพื่อให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี (๓) ยึดเป้าหมายอนาคตประเทศไทยปี ๒๕๗๙ ควบคู่กับกรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) (๔) การปรับโครงสร้างประเทศไทยไปสู่ประเทศไทย ๔.๐ (๕) ประเด็นการปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข (๖) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (๗) กรอบแนวทางแผนระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข เพื่อวางฐานรากของระบบสุขภาพในระยะ ๕ ปี ให้เข้มแข็งเพื่อคนไทยมีสุขภาพแข็งแรง สามารถสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ ประกอบด้วย

วิสัยทัศน์ : ระบบสุขภาพไทยเข้มแข็ง เป็นเอกภาพ เพื่อคนไทยสุขภาพดีสร้างประเทศให้มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน

พันธกิจ : เสริมสร้าง สนับสนุนและประสานให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน นักวิชาการและภาคประชาสังคม ในการอภิบาลและพัฒนาระบบสุขภาพไทยให้เข้มแข็ง รองรับกับบริบทของการเปลี่ยนแปลงในอนาคต

เป้าประสงค์ :

๑. ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วย และตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง

๒. คนไทยทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพที่ดี ลดการตายก่อนวัยอันควร

๓. เพิ่มขีดความสามารถของระบบบริการสุขภาพทุกระดับ ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก เหมาะสม

๔. มีบุคลากรด้านสุขภาพที่ดูแลประชาชน ในสัดส่วนที่เหมาะสม

๕. มีกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ : ประกอบด้วย

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เร่งการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ สร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาและสร้างกลไกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งในการอภิบาลระบบสุขภาพ

๓. เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs)

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ Sustainable Development Goals: SDGs นั้น ริเริ่มโดยสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ (United Nations General Assembly: UN) เมื่อปี ค.ศ.๒๐๑๐ โดยเป็นการดำเนินงานต่อเนื่องจากเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ หรือ Millennium Development Goals: MDGs มีเป้าหมายเพื่อกระตุ้นให้ประเทศต่างๆ พัฒนาประเทศเพื่อขจัดความยากจน ความหิวโหย ส่งเสริมสิทธิมนุษยชน ความเท่าเทียม เทคโนโลยีที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และพร้อมรับมือต่อการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ ซึ่งได้สิ้นสุดลงเมื่อปี ค.ศ.๒๐๑๕ หลังจากนั้น UN จึงได้ริเริ่มกระบวนการหารือเพื่อกำหนดวาระการพัฒนาภายหลังปี ค.ศ.๒๐๑๕ (The Post-๒๐๑๕ Development Agenda) ตามกระบวนการทศน์ “การพัฒนาที่ยั่งยืน” โดยประเด็นสำคัญของการจัดทำเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ Sustainable Development Goals : SDGs ประกอบไปด้วย ๑๗ เป้าหมายหลัก ที่ต้องบรรลุและดำเนินการให้ได้ภายในปี ค.ศ.๒๐๓๐ ดังนี้

เป้าหมายที่ ๑ ยุติความยากจนทุกรูปแบบทุกหนแห่ง

เป้าหมายที่ ๒ ยุติความหิวโหยสร้างความมั่นคงทางอาหารยกระดับโภชนาการและส่งเสริมเกษตรกรรมยั่งยืน

เป้าหมายที่ ๓ สร้างหลักประกันสุขภาพและส่งเสริมสุขภาวะของทุกคนทุกวัย

เป้าหมายที่ ๔ สร้างหลักประกันถ้วนหน้าความเท่าเทียมด้านคุณภาพการศึกษาและส่งเสริมโอกาสในการเรียนรู้ตลอดชีวิตสำหรับทุกคน

เป้าหมายที่ ๕ บรรลุความเท่าเทียมทางเพศและสร้างความเข้มแข็งแก่ผู้หญิงและเด็กหญิง

เป้าหมายที่ ๖ สร้างหลักประกันให้มีการบริหารจัดการน้ำและการสุขาภิบาลอย่างยั่งยืนสำหรับทุกคน

เป้าหมายที่ ๗ สร้างหลักประกันการเข้าถึงพลังงานยุคใหม่ที่มีราคาซื้อหาได้ที่เชื่อถือได้และมีความยั่งยืนสำหรับทุกคน

เป้าหมายที่ ๘ ส่งเสริมความยั่งยืนความเท่าเทียมและการเติบโตทางเศรษฐกิจที่ยั่งยืนรวมทั้งโอกาสในการทำงานที่ดีและมีประสิทธิภาพสำหรับทุกคน

เป้าหมายที่ ๙ เร่งสร้างระบบสาธารณูปโภคพื้นฐานส่งเสริมการพัฒนาอุตสาหกรรมที่เท่าเทียมและยั่งยืนและสนับสนุนนวัตกรรม

เป้าหมายที่ ๑๐ ลดความเหลื่อมล้ำในประเทศและระหว่างประเทศต่างๆ

เป้าหมายที่ ๑๑ ทำให้เมืองและที่ตั้งถิ่นฐานของประชาชนมีความเท่าเทียมปลอดภัยมั่นคงและยั่งยืน

เป้าหมายที่ ๑๒ สร้างหลักประกันแก่ระบบการบริโภคและการผลิตที่ยั่งยืน

เป้าหมายที่ ๑๓ ดำเนินการเร่งการเปลี่ยนแปลงสภาวะภูมิอากาศและผลกระทบอย่างเร่งด่วน

เป้าหมายที่ ๑๔ อนุรักษ์และใช้ทรัพยากรทางทะเลอย่างยั่งยืนเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

เป้าหมายที่ ๑๕ ปกป้องฟื้นฟูและส่งเสริมการใช้ระบบนิเวศภาคพื้นดินอย่างยั่งยืนการจัดการป่าไม้
อย่างยั่งยืนต่อสู้กับการแปรสภาพเป็นทะเลทรายหยุดยั้งและฟื้นฟูความเสื่อมโทรมของ
พื้นดินและหยุดยั้งการสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพ

เป้าหมายที่ ๑๖ ส่งเสริมสังคมที่มีสันติภาพและความเท่าเทียมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนสนับสนุนให้ทุก
คนเข้าถึงความยุติธรรมสร้างสถาบันทางสังคมที่มีประสิทธิภาพเชื่อถือได้และมีความ
เท่าเทียมในทุกระดับ

เป้าหมายที่ ๑๗ เสริมสร้างความเข้มแข็งแก่การปฏิบัติและฟื้นฟูความร่วมมือของพันธมิตรระดับโลก
เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

จากประเด็นที่ได้กล่าวมาข้างต้น ถือได้ว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญในการกำหนดแผนยุทธศาสตร์
กระทรวงสาธารณสุข โดยในระยะ ๕ ปีแรกนี้มีจุดเน้นคือ การปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการ
พัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ โดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย และสร้างความรู้ด้านสุขภาพที่
ถูกต้องให้แก่ประชาชนตั้งแต่ผู้ที่ยังมีร่างกายแข็งแรงไปจนถึงผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาโดยควบคู่ไปกับการ
ให้บริการด้านสุขภาพในเชิงรุก ปรับเปลี่ยนโครงสร้างการพัฒนาศูนย์สุขภาพ เพื่อเพิ่มกำลังคนและเพิ่ม
ประสิทธิภาพในการดูแลคนไทย พร้อมทั้งนำนวัตกรรมเดิมเสริมนวัตกรรมใหม่โดยใช้เทคโนโลยีที่มีอยู่ใน
ปัจจุบันมาพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพให้สามารถเข้าถึงได้ง่ายและครอบคลุมทั้งประเทศ สอดรับ
กับการเป็นประเทศไทย ๔.๐ โดยเป็นไปอย่างมีธรรมาภิบาล โปร่งใส และมีคุณธรรม

๑.๓ สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อระบบสุขภาพ

สังคมในปัจจุบันนั้นมีความเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วในทุกมิติ โดยเฉพาะมิติทางสังคมและ
สิ่งแวดล้อม อันเนื่องมาจากกระแสโลกาภิวัตน์ที่เข้มข้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการเคลื่อนย้ายของประชากร
และสังคมอย่างเสรีมากขึ้นกว่าเดิม อีกทั้งยังส่งผลถึงบริบททางเศรษฐกิจของประเทศไทยอีกด้วย จากเดิม
ที่เคยเป็นเศรษฐกิจสังคมอุตสาหกรรมก็กำลังจะเปลี่ยนผ่านเป็นเศรษฐกิจสังคมดิจิทัล ดังนั้นบริบททางสังคม
ในแง่ของการดำรงชีวิตของประชากรไทยก็ต้องมีการปรับเปลี่ยนตามไปด้วย จึงจะเห็นได้ว่าสังคมไทยนั้นได้มี
การพลวัตอยู่อย่างต่อเนื่อง ในทางกลับกันคุณภาพชีวิตของคนไทยและการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
อย่างรวดเร็วและเข้มข้นนี้กลับยังไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร ด้วยเหตุเหล่านี้จึงได้ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ
ของคนไทยทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยปัจจัยหลักๆ ที่มีผลกระทบต่อบริบทสุขภาพคนไทย มีดังต่อไปนี้

๑. การเปลี่ยนแปลงปัจจัยภายนอกที่สำคัญ

๑.๑ ด้านการเมือง

จากสถานการณ์ทางการเมืองที่มีความขัดแย้งในช่วงเวลากว่า ๑๐ ปีที่ผ่านมา จากความเห็นต่างเชิง
การเมืองของกลุ่มผู้ขัดแย้งหลายๆ ฝ่าย ทั้งภาคประชาชน เอกชน กลุ่มธุรกิจและเครือข่ายวิชาชีพต่างๆ ได้ทวี
ความรุนแรงมากขึ้นจนก่อให้เกิดความสูญเสียต่อชีวิตและทรัพย์สินเป็นจำนวนไม่น้อย หลังจากนั้นจึงได้นำไปสู่
การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองอีกครั้งในปี ๒๕๕๗ โดยการนำของ พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา ซึ่งได้ยึดอำนาจ
การปกครองเมื่อวันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๕๗ เพื่อเป็นการยุติความขัดแย้งและนำประเทศไปสู่การปรองดอง
แต่จากเหตุการณ์ที่ผ่านมาได้สร้างความเสียหายทางด้านสุขภาพของประชาชนไว้มากมาย ไม่ว่าจะเป็นปัญหา
ทางด้านสุขภาพจิตและความเครียดที่เกิดขึ้นจากความตึงเครียดด้านการเมืองที่สะสมมาเรื่อยๆ รวมไปถึงปัญหา
ทางด้านสภาพร่างกายที่เกิดจากการชุมนุมประท้วงที่มีความยืดเยื้อ ยาวนาน และนำไปสู่ความขัดแย้งรุนแรง
ก่อให้เกิดการบาดเจ็บทางร่างกายจนถึงขั้นเสียชีวิต

นอกจากนี้ปัญหาจากความตึงเครียดทางการเมืองและการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพ เกิดการชะงักตัวขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ เช่น สปสช. และ สสส. เป็นต้น อันเนื่องมาจากการถูกตรวจสอบการใช้จ่ายงบประมาณจนนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงคณะผู้บริหารในที่สุด ส่งผลกระทบให้องค์กรต่างๆ รวมถึงภาคประชาสังคม ไม่สามารถดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพได้เป็นระยะเวลาหนึ่ง รวมทั้ง ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ กำหนดให้มีการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยให้มีการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว เพื่อให้บริการเชิงรุกแก่ประชาชนทำให้ได้รับการบริการด้านสุขภาพอย่างทั่วถึง รวดเร็ว มีคุณภาพ รวมไปถึงหัวข้อของการลดความเหลื่อมล้ำของระบบประกันสุขภาพ ซึ่งจะทำให้คนไทยทุกคน สามารถเข้าถึงการรักษาอย่างเท่าเทียมกันต่อไปในอนาคต

๑.๒ ด้านเศรษฐกิจ

ในช่วง ๕ ทศวรรษที่ผ่านมา ทิศทางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔) การพัฒนาเศรษฐกิจไทยประสบความสำเร็จในระดับที่น่าพอใจ การขยายตัวทางเศรษฐกิจในช่วงปี ๒๕๐๔-๒๕๕๘ ขยายตัวเฉลี่ยร้อยละ ๖.๑ สูงเป็นอันดับที่ ๒๒ ของโลก (จากทั้งหมด ๒๐๕ ประเทศ) ส่งผลให้รายได้ประชาชาติต่อหัวของประชาชน (GNI Per Capita) เพิ่มขึ้นเป็น ๒๓,๖๖๖ บาท (๙๕๐ ดอลลาร์ สหรัฐ) ในปี ๒๕๓๐ เพิ่มขึ้นเป็น ๑๘๕,๘๕๘ บาท (๕,๖๒๐ ดอลลาร์ สหรัฐ) ต่อคนต่อปี ในปี ๒๕๕๘ ซึ่งทำให้ธนาคารโลกได้ขยับฐานะประเทศไทยเป็นประเทศรายได้ปานกลางตอนบน (Upper Middle Income Country) และในปี ๒๕๕๗ รายได้ประชาชาติต่อหัวของไทยเพิ่มขึ้นเป็น ๑๘๕,๔๑๔ บาท ในขณะที่ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศต่อหัวอยู่ที่ ๒๐๒,๗๙๕ บาท

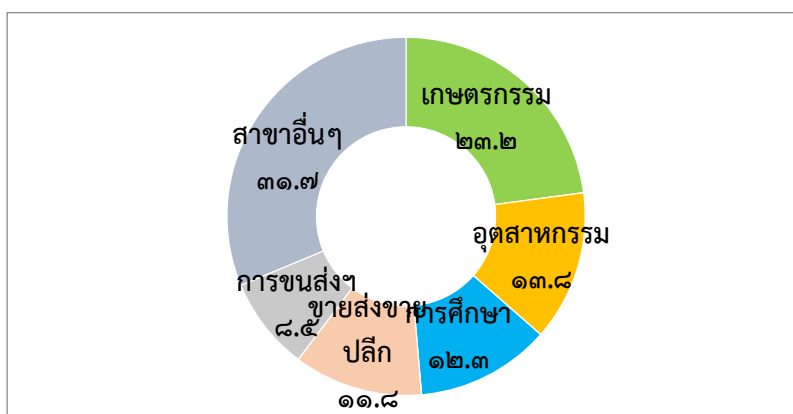
ข้อมูลด้านเศรษฐกิจจังหวัดหนองคาย

๑. ผลิตภัณฑ์มวลรวม แบบ Top Down

ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดหนองคาย ปี พ.ศ.๒๕๕๘ แบบ Top Down (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ)

- (๑) ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดหนองคาย พ.ศ.๒๕๕๘ มีมูลค่า ๓๕,๓๑๗ ล้านบาท (ราคาประจำปี)
- (๒) รายได้ต่อหัวของประชากรเท่ากับ ๗๘,๕๕๘ บาท/คน/ปี
 - ลำดับที่ ๕๐ ของประเทศ
 - ลำดับที่ ๓ ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองจากขอนแก่น และนครราชสีมา
 - ลำดับที่ ๑ ของกลุ่มจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ๑
- (๓) โครงสร้างทางเศรษฐกิจขึ้นอยู่กับ ๕ สาขาการผลิตที่สำคัญ ดังนี้

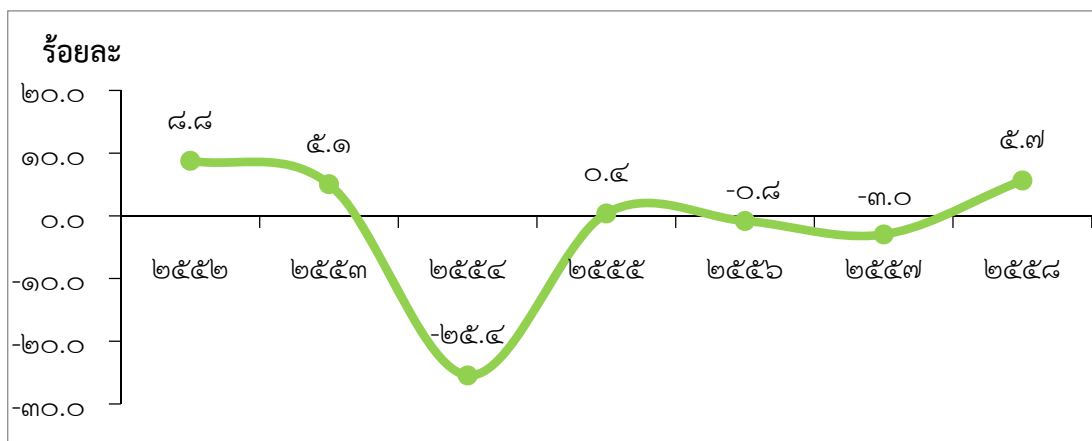
แผนภูมิที่ ๑ แสดงโครงสร้างทางเศรษฐกิจจังหวัดหนองคายใช้ข้อมูล GPP แบบ Top Down (ราคาประจำปี)



ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

(๔) อัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจ ปี พ.ศ.๒๕๕๘ ขยายตัวร้อยละ ๕.๗ (ราคาคงที่) เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา มาจากภาคนอกเกษตรขยายตัวร้อยละ ๗.๔ จากการขยายตัวของสาขาการขนส่ง (๔๐.๑%) สาขาอุตสาหกรรม (๘.๓%) สาขาบริหารราชการฯ (๒๓.๖%) สาขาการขายส่งขายปลีก (๖.๓%) สาขาตัวกลางทางการเงิน (๑๐.๒%) สาขาก่อสร้าง (๑๒.๑%) แต่สาขาการศึกษาหดตัวในอัตราที่เพิ่มขึ้น (-๑๑.๒%) สำหรับภาคเกษตรขยายตัว ร้อยละ ๑.๑ มาจากการขยายตัวของสาขาเกษตรกรรม (๑.๒%)

แผนภูมิที่ ๒ อัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจจังหวัดหนองคาย ปี ๒๕๕๐-๒๕๕๘ ใช้ข้อมูล GPP แบบ Top Down (ราคาคงที่)



ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

๑.๓ ด้านสังคม

๑) โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย แต่ยังคงมีปัญหาทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพของประชากรในทุกช่วงวัย ขณะที่ครัวเรือนโดยเฉลี่ยมีขนาดลดลงและมีรูปแบบ ที่หลากหลาย จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยปี ๒๕๕๓ - ๒๕๘๓ ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) พบว่า ปัจจุบันอัตราการเจริญพันธุ์รวมของประชากรไทยต่ำกว่าระดับทดแทนอยู่ที่อัตรา ๑.๖๒ และคาดการณ์ว่าในปี ๒๕๘๓ อัตราการเจริญพันธุ์รวมอาจลดลงเหลือเพียง ๑.๓ คน ส่งผลให้โครงสร้างประชากรไทยมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย

ขณะที่ประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานจะมีจำนวนลดลง โดยกลุ่มวัยเด็กจะลดลงอย่างรวดเร็วจาก ๑๑.๗๙ ล้านคนในปี ๒๕๕๔ เหลือเพียง ๘.๑๗ ล้านคนในปี ๒๕๘๓ ส่วนกลุ่มวัยทำงานมีแนวโน้มลดลงจาก ๔๓.๐ ล้านคน เป็น ๓๕.๒ ล้านคนในช่วงเวลาเดียวกัน และยังมีปัญหาผลผลิตจากแรงงานต่ำ นอกจากนี้คนไทยไม่นิยมทำงานระดับล่าง ทำให้ต้องพึ่งการนำเข้าแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้าน เป็นช่องทางทำให้เกิดปัญหาโรคและภัยสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก ๑๐.๓ ล้านคน (ร้อยละ ๑๖.๒) ในปี ๒๕๕๔ เป็น ๒๐.๕ ล้านคน (ร้อยละ ๓๒.๑) ในปี ๒๕๘๓ ทำให้มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เพิ่มขึ้น สะท้อนภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ ขณะเดียวกันผู้สูงอายุจำนวนมากมีรายได้ไม่พอต่อการยังชีพ และส่งผลให้อัตราการพึ่งพิงของประชากรวัยแรงงานต้องแบกรับการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยในปี ๒๕๕๓ มีประชากรวัยแรงงาน ๕ คนที่มีศักยภาพแบกรับภาระดูแลผู้สูงอายุ ๑ คน และคาดการณ์ว่าในปี ๒๕๘๓ จะเหลือประชากรวัยแรงงานเพียง ๑.๗ คน แบกรับภาระดูแลผู้สูงอายุ ๑ คน อีกทั้งการพัฒนาด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพมากขึ้น เป็นผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น แต่คุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุบางกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ติดบ้าน ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีเพิ่มขึ้น และแนวโน้มที่จะมีผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังก็เพิ่ม

สูงขึ้น ด้วยบริบทสังคม ที่เปลี่ยนไป เน้นอนว่าเป็นผลให้ค่าใช้จ่ายของรัฐและครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นประเด็น ที่สำคัญอีกประเด็นหนึ่งนับจากนี้

ตารางที่ ๑ ข้อมูลร้อยละผู้สูงอายุ ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๐ เปรียบเทียบภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, ประเทศ

ข้อมูล	หนองคาย		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ประเทศ	
	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๕๙	๒๕๖๐
ร้อยละผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป	๑๓.๖๘	๑๔.๓๐	๑๔.๓๕	๑๔.๙๓	๑๕.๑๘	๑๕.๗๘
ร้อยละผู้สูงอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป	๙.๑๑	๙.๕๐	๙.๗๕	๑๐.๑๗	๑๐.๓๑	๑๐.๗๕

(ที่มา : รายงานประจำปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย, ข้อมูลประชากรทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ได้ดำเนินการตรวจคัดกรองประเมินสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ในด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL : Activities of Daily Living) และได้จัดกลุ่มสภาวะสุขภาพออกเป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่ ติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง ดังนี้

ตารางที่ ๒ ข้อมูลผลการตรวจคัดกรองประเมินสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ในด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL : Activities of Daily Living) พ.ศ.๒๕๖๐

ข้อมูล	หนองคาย			ประเทศ		
	ติดสังคม	ติดบ้าน	ติดเตียง	ติดสังคม	ติดบ้าน	ติดเตียง
ผลการประเมินสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ในด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL)	๙๕.๓๔	๔.๑๙	๐.๔๗	๙๖.๔๒	๒.๙๓	๐.๖๓

(ที่มา : รายงานประจำปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย)

จากการประเมินสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ในด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) พบว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม (ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้) ร้อยละ ๙๕.๓๔ กลุ่มติดบ้าน (ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง) ร้อยละ ๔.๑๙ และกลุ่มติดเตียง (ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกุล หรือทุพพลภาพ) ร้อยละ ๐.๔๗ เมื่อเทียบกับประเทศ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านของจังหวัดหนองคายสูงกว่าระดับประเทศ ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องมีผู้ดูแลและได้รับการดูแลเป็นพิเศษ

๒) คนไทยมีความมั่นคงทางสังคมมากขึ้น แต่ยังมีปัญหาเชิงคุณภาพทั้งด้านสุขภาพ การเรียนรู้และคุณธรรมจริยธรรมคนไทยมีหลักประกันสุขภาพครอบคลุมกว่าร้อยละ ๙๙.๙ โดยอยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ ๗๓.๘ ระบบประกันสังคมร้อยละ ๑๖.๗ และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจร้อยละ ๗.๑ ขณะที่กลุ่มผู้ด้อยโอกาส มีหลักประกันทางรายได้มั่นคงขึ้นและมีความครอบคลุมมากขึ้น โดยในปี ๒๕๕๘ ผู้สูงอายุได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพเพิ่มขึ้นเป็นแบบขั้นบันไดตามช่วงอายุ ๘.๓ ล้านคน จากผู้สูงอายุทั้งประเทศ ๑๐.๔ ล้านคน

ข้อมูลความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพ

ความครอบคลุมสิทธิในระบบประกันสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยประชากรผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิประกันสังคม สิทธิสวัสดิการข้าราชการหรือสวัสดิการรักษายาบาลอื่นที่รัฐจัดให้มีการ

ลงทะเบียนในระบบประกันสุขภาพจำนวนทั้งสิ้น ๕๖๘,๖๕๗ คน คิดเป็นความครอบคลุมในระบบประกันสุขภาพ ร้อยละ ๙๙.๙๗ (จากประชากร ๕๖๘,๘๑๔ คน) เมื่อเทียบกับภาพรวมประเทศมีความครอบคลุมในระบบประกันสุขภาพ ร้อยละ ๙๙.๙๕ (จากประชากร ๖๖,๐๔๗,๐๐๐ คน)

ตารางที่ ๓ สิทธิประกันสุขภาพ จำแนกตามประเภทสิทธิ จังหวัดหนองคายเปรียบเทียบกับประเทศปี ๒๕๖๐

สิทธิประกันสุขภาพ	หนองคาย		ประเทศ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
๑. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง)	๔๔๕,๖๘๕	๗๘.๓๕	๔๘,๑๑๐,๐๐	๗๒.๘๔
๒. ประกันสังคม	๘๕,๙๖๖	๑๕.๑๑	๑๑,๘๕๘,๐๐๐	๑๗.๙๕
๓. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	๒๕,๗๗๓	๔.๕๓	๔,๙๔๐,๐๐๐	๗.๔๘
๔. พนักงานส่วนท้องถิ่น	๕,๐๐๓	๐.๘๘	๖๐๘,๐๐๐	๐.๙๒
๕. สิทธิอื่นๆ	๖,๒๓๐	๑.๑๐	๔๗๐,๐๐๐	๐.๗๒
๖. ผู้ประกันตนคนพิการ	-	-	๒๘,๐๐๐	๐.๐๔
๗. ผู้ที่ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิ	๑๕๗	๐.๐๓	๓๓,๐๐๐	๐.๐๕
รวม	๕๖๘,๘๑๔	๑๐๐	๖๖,๐๔๗,๐๐๐	๑๐๐

(ที่มา : รายงานประจำปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย, รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สปสช., ๒๕๖๐)

เมื่อพิจารณาถึงคุณภาพของคนไทย พบว่า แม้ว่าอายุคาดเฉลี่ยจะสูงขึ้น โดยอายุคาดเฉลี่ย เมื่อแรกเกิดเพศชาย ๗๑.๓ ปี และเพศหญิง ๗๘.๒ ปี ในปี ๒๕๕๗ แต่กลับเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรค ไม่ติดต่อและอุบัติเหตุเป็นจำนวนมาก

อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดประชาชนจังหวัดหนองคาย พบว่า เพศหญิงมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy at Birth: LE) และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health-adjusted life expectancy : HALE) สูงกว่าเพศชาย และเมื่อเทียบกับค่าของประเทศ พบว่าอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีของประชาชนจังหวัดหนองคายสูงกว่าค่าของประเทศทั้งเพศชายและเพศหญิง ดังตารางที่ ๔

ตารางที่ ๔ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy at Birth) และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) เมื่อแรกเกิด จังหวัดหนองคายเปรียบเทียบกับอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy at Birth) และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health-adjusted life expectancy : HALE) เมื่อแรกเกิด ประเทศ ปี ๒๕๖๐

ข้อมูล	หนองคาย	ประเทศ LE (๒๕๕๗), HALE (๒๕๕๖)
๑. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy at Birth: LE)		
ชาย	๗๓.๔๙	๗๑.๓
หญิง	๘๐.๐๙	๗๘.๒
๒. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี เมื่อแรกเกิด (HALE)		
ชาย	๖๕.๔๙	๖๔.๓
หญิง	๗๐.๑๙	๖๙.๒

(ที่มา : ๑. ข้อมูลอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเมื่อแรกเกิด, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ๒. ข้อมูลอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ประเทศไทย, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ๓. ข้อมูลอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเมื่อแรกเกิด, สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (HISO))

๓) **ความเป็นสังคมเมืองมากขึ้น** การขยายตัวของเมืองเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว จากข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะในปี ๔๐ ปี (พ.ศ.๒๕๒๓-๒๕๕๓) พบว่า จำนวนประชากรเมืองเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๒๖.๔ ในปี ๒๕๒๓ เป็นร้อยละ ๔๔.๑ ในปี ๒๕๕๓ ปัจจุบันนี้ ประเทศไทยมีความเป็นสังคมเมืองมากขึ้น ส่งผลต่อวิถีชีวิตของคนในสังคมก็เปลี่ยนแปลงไปตามสังคมด้วย ทั้งนี้ ปัญหาในเรื่องระดับคุณภาพชีวิตของคนไทยก็ยังคง มีอยู่ตลอดมา และยังคงเป็นปัญหาสะสมของประเทศไทยอยู่ตอนนี้ ปัจจัยความเป็นสังคมเมืองที่ส่งผลกระทบถึงปัญหาด้านสุขภาพของคนไทยถือว่าเป็นปัจจัยหลักในขณะนี้และมีแนวโน้มที่จะมีปัญหามากขึ้นอีกในอนาคต และการเปลี่ยนแปลงพื้นที่ชนบทไปสู่ความเป็นเมืองมีแนวโน้มสูงขึ้น เพื่อลดความแออัดของเมืองหลวง และเมืองหลัก อันเป็นการกระจายความเจริญสู่พื้นที่อื่นๆ จึงจำเป็นต้องมีการลงทุนโครงสร้างพื้นฐาน การจัดการบริหารสาธารณะเพื่อรองรับการเจริญเติบโตของเมือง การใช้ประโยชน์ของทรัพยากรท้องถิ่นทั้งปัจจัยการผลิตและแรงงานไปสู่ภาคการค้า บริการ และอุตสาหกรรม มีการอพยพเคลื่อนย้ายจากชนบทเข้าสู่เมืองเพิ่มมากขึ้น มีแรงงานต่างด้าวเข้ามาทำงานเป็นจำนวนมาก คนในเขตเมืองมีวิถีชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยงต่อปัญหาโรคและภัยสุขภาพ นอกจากนี้รูปแบบการปกครองส่วนท้องถิ่นและแบบพิเศษยังไม่สามารถตอบสนองต่อการแก้ปัญหาโรคและภัยสุขภาพของคนในเขตเมือง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๔) **การจัดตั้งเขตเศรษฐกิจพิเศษ** ที่เชื่อมโยงกับการที่ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน และประเทศไทยมีสภาพทางภูมิศาสตร์เป็นศูนย์กลางของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีประโยชน์อย่างมากต่อประเทศไทย เพราะเป็นการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและส่งเสริมความสามารถในการแข่งขัน ส่งผลให้เกิดการส่งเสริมการลงทุนในประเทศ การส่งออก เกิดการจ้างงานเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามการพัฒนาเหล่านี้ก็ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนในหลายๆ ด้าน เช่น ผลกระทบทางด้านสิ่งแวดล้อม ปัญหาขยะและของเสียอุตสาหกรรม มลพิษทางน้ำ อากาศ และมีฝุ่นละอองมากขึ้น รัฐบาลได้กำหนดนโยบายในการจัดตั้งเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษของไทยขึ้น เพื่อส่งเสริมการค้า และการลงทุนของประเทศโดยใช้ประโยชน์จากความเชื่อมโยงด้านคมนาคมขนส่งของภูมิภาคอาเซียนตามข้อตกลงการค้าเสรีภายใต้กรอบอาเซียนและข้อตกลงภายใต้กรอบเศรษฐกิจอื่น และจากการค้าขายบริเวณพรมแดนระหว่างประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน

(๑) **เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ (Special Economic Zone)** หมายถึง บริเวณพื้นที่ส่วนหนึ่งของประเทศที่คณะกรรมการนโยบายเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ประกาศให้เป็นเขตเศรษฐกิจพิเศษที่มีขอบเขตจำกัดชัดเจน ซึ่งภายในพื้นที่ผู้ประกอบการจะมีสิทธิได้รับสิทธิประโยชน์ในรูปแบบต่างๆ มากกว่าอยู่นอกเขตเพื่ออำนวยความสะดวกและจูงใจให้เกิดการลงทุนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยจะมีการดำเนินการบริหารจัดการ และประกอบกิจกรรมทางเศรษฐกิจภายในพื้นที่อย่างบูรณาการ เพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ ของการพัฒนาประเทศที่เฉพาะเจาะจงทั้งในส่วนของการสร้างความสามารถในการแข่งขัน และการพัฒนาพื้นที่เฉพาะของประเทศแบบบูรณาการ

(๒) **วัตถุประสงค์การจัดตั้งเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ**

๑. เพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน
 ๒. ดึงดูดเงินลงทุนโดยตรงจากต่างประเทศ (Foreign direct investment : FDI)
 ๓. กระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน
 ๔. ยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน
 ๕. สร้างความมั่นคงในพื้นที่เชื่อมโยงกับประเทศเพื่อนบ้าน
- (๓) **การดำเนินงานเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดหนองคาย**

จังหวัดหนองคายได้รับการประกาศเป็นเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษหนองคายในพื้นที่ ๒ อำเภอ ๑๓ ตำบล ประกอบด้วย อำเภอเมืองหนองคาย จำนวน ๑๒ ตำบล อำเภอสระใคร จำนวน ๑ ตำบล การดำเนินงาน จนถึง ณ ปัจจุบันเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษหนองคาย มีความก้าวหน้าในการดำเนินงานแล้ว ดังนี้

๑. การจัดเตรียมพื้นที่ : คณะรักษาความสงบแห่งชาติได้มีคำสั่งเพิกถอนสภาพที่ดินเพื่อใช้เป็นพื้นที่ให้เอกชนและหน่วยงานภาครัฐใช้ประโยชน์ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษหนองคาย จำนวน ๑ แปลง คือ ที่เลี้ยงสัตว์ บ้านไชยาสาธารณประโยชน์ หมู่ที่ ๔ ตำบลสระใคร อำเภอสระใคร เนื้อที่ถอนสภาพ ๗๑๘-๐-๐ ไร่ นอกจากนี้ จังหวัดยังได้จัดเตรียมพื้นที่เพื่อให้เอกชนเช่าและหน่วยงานภาครัฐใช้ประโยชน์ในพื้นที่อำเภอเมืองหนองคาย อีก ๔ แปลง โดยไม่ต้องมีการถอนสภาพ

๒. การเตรียมความพร้อมด้านสาธารณูปโภค

๒.๑ ระบบไฟฟ้า การไฟฟ้าส่วนภูมิภาคได้กำหนดพื้นที่สำหรับใช้เป็นพื้นที่ในการพัฒนาระบบไฟฟ้าเพื่อรองรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ จำนวน ๒ แห่ง คือ

- การก่อสร้างสถานีไฟฟ้าหนองคาย ๒ ตำบลสระใคร อำเภอสระใคร
- การก่อสร้างสถานีไฟฟ้าหนองคาย ๓ ตำบลหินโงม อำเภอเมืองหนองคาย

๒.๒ ระบบประปา การประปาส่วนภูมิภาคได้กำหนดแผนการก่อสร้างระบบผลิตน้ำประปา เพื่อรองรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๙ ณ บริเวณบ้านโคกป่าฝาง หมู่ที่ ๓ ตำบลปะโค อำเภอเมืองหนองคาย เนื้อที่ ๑๐๐-๐-๐ ไร่ กำลังผลิต ๑,๕๐๐ ลูกบาศก์เมตรต่อชั่วโมง เพื่อส่งต่อน้ำประปาไปยังพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษบ้านไชยา หมู่ที่ ๔ ตำบลสระใคร อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย ใช้งบประมาณในการก่อสร้าง จำนวน ๔๐๐,๐๐๐,๐๐๐ บาท

๓. การเตรียมความพร้อมกิจการเป้าหมาย

๔. การเตรียมความพร้อมแรงงาน แรงงานภายในจังหวัด และแรงงานต่างด้าวเพื่อเข้ามาทำงานในลักษณะมาเข้า/กลับเย็น (มาตรา ๑๔)

๕. ศูนย์บริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จด้านการลงทุน (One Stop Service)

๖. แผนการเสนอขยายพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจหนองคาย (เพิ่มเติม)

จังหวัดหนองคาย ได้เสนอขอขยายพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษหนองคาย (เพิ่มเติม) ในพื้นที่อำเภอโพนพิสัย ๓ ตำบล อำเภอท่าบ่อ จำนวน ๓ ตำบล และ อำเภอศรีเชียงใหม่ จำนวน ๓ ตำบล รวมเนื้อที่ ๒๖๓,๕๗๒ ไร่

ผลกระทบทางสังคม วัฒนธรรม วิถีชีวิต และแนวทางการแก้ไข

ผลกระทบ : ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในด้านต่างๆ ในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษหนองคาย สามารถจำแนกหรือจัดกลุ่มปัญหาผลกระทบได้ดังนี้

๑. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การแข่งขันทางด้านเศรษฐกิจ การค้า การลงทุนซึ่งผู้ประกอบการท้องถิ่นยังไม่มีขีดความสามารถเพียงพอและยังไม่พร้อมที่จะเข้าสู่เวทีการแข่งขัน ทั้งการแข่งขันทางด้านราคาและคุณภาพการขยายตัวของระบบเศรษฐกิจ และการพัฒนาอสังหาริมทรัพย์และการค้าขายที่กำลังเติบโต

๒. ผลกระทบด้านสังคมและกฎหมาย ได้แก่ ความเข้าใจในบริบททางสังคม หรือกฎหมายที่แตกต่างกัน รวมทั้งวิถีชีวิตชุมชนที่แตกต่างกันอาจก่อให้เกิดปัญหาการปรับตัวและการใช้ชีวิตร่วมกันรวมทั้งระบบ

๓. ผลกระทบด้านการเมืองและความมั่นคง ได้แก่ การก่อตัวของกลุ่มแรงงานข้ามชาติจำนวนมากที่รวมตัวกันเป็นกลุ่มที่มีอำนาจต่อรองและนำไปสู่ปัญหาความมั่นคง และนำไปสู่การมีส่วนร่วมของระบบในการแสวงหาประโยชน์ของภาคการเมือง

๔. ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ขยะ การบุกรุกทำลายทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม การปล่อยน้ำเสียลงในแม่น้ำลำคลอง หนองบึง หรือการปล่อยมลพิษ

๕. ผลกระทบด้านขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม และการสื่อสาร ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงขนบธรรมเนียมประเพณี หรือวัฒนธรรม รวมทั้งการใช้ภาษาในการสื่อสาร รวมทั้งวิถีในการดำรงชีวิต ที่อาจมีรูปแบบที่เปลี่ยนแปลงหรือผิดเพี้ยนไปจากเดิม

๖. ผลกระทบด้านสาธารณูปโภค ได้แก่ ความต้องการสาธารณูปโภคด้านไฟฟ้า ประปา ขนส่ง ถนนที่มีปริมาณเพิ่มมากขึ้น

๗. ผลกระทบด้านสาธารณสุข ได้แก่ การรักษาผู้ป่วยที่มีปริมาณเพิ่มขึ้น และการแพร่ระบาดของโรค รวมทั้งการควบคุมโรค

๘. ผลกระทบด้านแรงงานและความยากจน ได้แก่ การขยายตัวของกลุ่มแรงงานผิดกฎหมายและการแย่งชิงงาน และภาวะคนล้นงาน และปัญหาความยากจน หรือตกงาน เป็นต้น

๙. ผลกระทบจากความขัดแย้งในเรื่องการจัดการทรัพยากร สิทธิที่ดิน สิทธิในการทำงาน

๑๐. ผลกระทบด้านงบประมาณรายจ่ายภาครัฐ ได้แก่ งบประมาณด้านการบริหารสาธารณะ การคมนาคม การสาธารณสุข การศึกษาพยาบาล การป้องกันอาชญากรรมและการดูแลรักษาความปลอดภัย

สำหรับแนวทางในการแก้ไขผลกระทบข้างต้น จังหวัดหนองคายจะต้องมีการเตรียมการในด้านการลงทุน การเตรียมความพร้อมรองรับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมวัฒนธรรมวิถีชีวิต ดังนี้

๑. ด้านเศรษฐกิจ ควรมีการจัดตั้งศูนย์พัฒนาผู้ประกอบการเพื่อสร้างความมั่นคงและความมั่นใจให้กับผู้ประกอบการใหม่ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในที่จะเข้าสู่เวทีการแข่งขัน และควรมีการจัดตั้งศูนย์บริการแบบเบ็ดเสร็จเพื่อบริการข้อมูลและประสานงานในด้านต่างๆ ให้ผู้ประกอบการในจังหวัดหนองคาย

๒. ด้านสังคมและกฎหมาย ควรจัดตั้งศูนย์ให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชน ที่ประสบปัญหาต่างๆ อันเกิดจากการพัฒนาเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ตลอดจนการให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาทางด้านกฎหมายเพื่อช่วยเหลือประชาชนผู้ด้อยโอกาส ตลอดจนแก้ปัญหาความขัดแย้ง ภายในสังคมและชุมชน อันเกิดจากการอยู่ร่วมกันที่หลากหลายของผู้คนที่เข้ามาทำงานภายในจังหวัดหนองคาย

๓. ด้านการเมืองและความมั่นคง ควรให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังปัญหาการรวมกลุ่มของแรงงานข้ามชาติที่อาจรวมตัวกันในการสร้างอำนาจต่อรองและนำไปสู่ปัญหาความมั่นคง รวมทั้งอาจนำไปสู่การมีส่วนร่วมในระบบในทางการเมือง

๔. ด้านผลกระทบและสิ่งแวดล้อม ควรให้ความสำคัญกับการจัดการขยะในชุมชนที่เกิดขึ้นใหม่การบุกรุกทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม การบำบัดน้ำเสียภายในพื้นที่โดยรอบเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ และในชุมชนหนาแน่นซึ่งจะเกิดขึ้นใหม่ รวมทั้งการเฝ้าระวังการปล่อยมลพิษในรูปแบบต่างๆ ของอุตสาหกรรมที่อาจเกิดขึ้นในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ควรประชาสัมพันธ์สร้างความเข้าใจให้กับชุมชนและประชาชนในจังหวัดหนองคายได้เข้าใจถึงการพัฒนานำความเจริญมาสู่จังหวัดจัดทำแผนผังแบ่งพื้นที่ให้ชัดเจนเกี่ยวกับโครงการใหญ่ที่อาจกระทบกับสิ่งแวดล้อมและให้มีกองทุนเพื่อบำบัดเยียวยาแก่ผู้ที่ได้รับผลกระทบที่ไม่สามารถแก้ไขหรือช่วยเหลือตัวเองได้

๕. ด้านขนบธรรมเนียมประเพณีวัฒนธรรมและการสื่อสาร ควรมีการอนุรักษ์และสืบสานประเพณีวัฒนธรรมที่สำคัญในชุมชนท้องถิ่น รมรงค์การใช้ภาษาเพื่อการสื่อสารควบคู่กันไปทั้งในระดับสากลและภาษาประจำถิ่น การใช้ศิลปะประจำถิ่นมากำหนดเป็นรูปแบบอาคารสถานที่ต่างๆ ที่ปลูกสร้างขึ้นใหม่ภายใน และโดยรอบเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ การวางรากฐานการศึกษาให้แก่เยาวชนได้เรียนรู้ เข้าใจและสืบทอดวัฒนธรรมอันดีที่มีอยู่โดยรอบพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ

๖. ด้านสาธารณสุข โภค นอกจากจะมีการพัฒนาระบบสาธารณสุขโดยสมบูรณ์ภายในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษแล้วควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาสาธารณสุขโภชนาการโดยรอบเพื่อรองรับแรงงานที่จะเข้ามาพำนักอยู่โดยรอบเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ

๗. ด้านการสาธารณสุข ควรปรับปรุงระบบการรักษาพยาบาลการแพร่ระบาดและการควบคุมโรครองรับประชากรที่จะมีเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลโดยรอบเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ

๘. ด้านแรงงาน ควรเฝ้าระวังการขยายตัวของกลุ่มแรงงานผิดกฎหมายการแย่งชิงงานภาวะคนล้นงาน ปัญหาความยากจนโดยจัดให้มีศูนย์ช่วยเหลือแรงงานที่ประสบปัญหาให้มีทางเลือกในการประกอบอาชีพที่หลากหลาย การจัดให้มีการพัฒนาทักษะให้กับชุมชนให้มีทักษะใหม่อาชีพใหม่รองรับบริบทของหนองคายที่เปลี่ยนแปลงไป

๙. ด้านความขัดแย้งในเรื่องการจัดการทรัพยากรธรรมชาติสิทธิในที่ดินสิทธิในการทำงานควรจัดให้มีศูนย์ช่วยเหลือประชาชนที่ได้รับผลกระทบเพื่อไกล่เกลี่ยแก้ไขปัญหาข้อพิพาท

๑๐. ด้านงบประมาณรายจ่ายภาครัฐ ควรให้ความสำคัญกับการบริหารสาธารณะโดยรอบพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษเพื่อพัฒนาระบบคมนาคมสาธารณสุขการรักษาพยาบาล การป้องกันอาชญากรรมการรักษาความปลอดภัยโดยอาจจัดตั้งเป็นกองทุนในการพัฒนาพื้นที่รอบเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษเป็นต้น

ภัยคุกคามและแนวทางการแก้ไข : ภัยคุกคามที่อาจเกิดขึ้นในจังหวัดหนองคายมีดังนี้

๑. ภัย ความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สินซึ่งกระทำโดยชาวต่างประเทศ
๒. ภัย การก่อการร้าย ได้แก่ การแฝงตัวเข้ามาสืบสวนหาข่าวการเกิดเครือข่ายหรือการสร้างกลุ่มที่มีแนวคิดหรือมุมมองที่แตกต่างการร่วมมือกับกลุ่มก่อการร้ายเพื่อปฏิบัติการตามแนวชายแดน การค้าอาวุธสงคราม
๓. ภัย ยาเสพติด ได้แก่ การลักลอบหรือค้ายาเสพติด การแพร่ระบาดของยาเสพติด
๔. ภัย อาชญากรรมทางเศรษฐกิจ ได้แก่ การกระทำความผิดเกี่ยวกับกฎหมายคอมพิวเตอร์ การหลอกลวงหรือฉ้อโกง ที่ใช้ระบบคอมพิวเตอร์เป็นเครื่องมือ
๕. ภัย พิบัติทางธรรมชาติ ได้แก่ อุทกภัย วาตภัย ภัยแล้ง อัคคีภัย
๖. ภัย โรคอุบัติใหม่ที่ชาวต่างชาติเป็นพาหะ
๗. ภัย การค้าแรงงานผิดกฎหมาย ผู้หลบหนีเข้าเมือง และการค้ามนุษย์ ได้แก่ การลักลอบเข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย การหลอกลวงแรงงาน การบังคับใช้แรงงาน การค้าทาส การค้ามนุษย์ การหลีกเลียงการขออนุญาตทำงานตามกฎหมาย
๘. ภัย ผู้มีอิทธิพล ได้แก่ การรวมตัวเพื่อใช้อำนาจของกลุ่มเพื่อต่อรองผลประโยชน์ การรวมกลุ่มของคนเพื่อสร้างอิทธิพลและกระทำความผิดกฎหมาย การเรียกเงินค่าคุ้มครองหรือค่านายหน้าในการทำงานโดยผิดกฎหมาย

แนวทางแก้ไขมาตรการป้องกันและเตรียมความพร้อมรับมือกับภัยคุกคามที่สำคัญ ประกอบด้วย

๑. ด้านอาชญากรรมข้ามชาติต้องคัดกรองอาชญากรรมและการกระทำความผิดอาญาซึ่งกระทำโดยชาวต่างประเทศ ควรจัดระบบเฝ้าระวังทางอิเล็กทรอนิกส์เช่นที่วีจอร์ปิดในสถานที่สำคัญที่เป็นจุดเสี่ยงในพื้นที่ตัวเมืองและชุมชนที่มีความเจริญการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับโรงแรมสถานบริการโดยเคร่งครัดในเรื่องการตรวจสอบจัดเก็บเอกสารหลักฐานของชาวต่างชาติที่เข้ามาพำนักและใช้บริการ ตลอดจนการสร้างอาสาสมัครเฝ้าระวังให้มีความเข้มแข็งในการปฏิบัติหน้าที่ เสริมสร้างความเป็นหุ้นส่วนระหว่างชุมชนในการแจ้งข่าวอาชญากรรมและ การป้องกันตนเอง

๒. ด้านการก่อการร้าย ควรมีชุดเฉพาะกิจเฝ้าระวังสืบสวนหาข่าวความเคลื่อนไหวของกลุ่มชาวต่างชาติที่มีพฤติการณ์การใช้ความรุนแรงการค้าอาวุธสงคราม ให้มีการบังคับใช้กฎหมายโดยเคร่งครัดมีการตรวจตราอาวุธและสิ่งผิดกฎหมายเป็นประจำ ให้มีการแลกเปลี่ยนข่าวสารระหว่างหน่วยงานภายใน และระหว่างประเทศ การตรวจสอบในบริเวณด่านพรมแดนและพื้นที่ที่เป็นช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศรวมทั้งจุดเสี่ยงต่างๆควรจัดให้มีเครื่องมือป้องกันบรรเทาสาธารณภัยอันเนื่องมาจากการ ก่อวินาศกรรมด้วยการใช้สารเคมีสารพิษต่างๆ

๓. ด้านการแก้ไขปัญหายาเสพติด ควรมีมาตรการในการป้องกัน ป้องปราม และปราบปรามผู้ค้าและผู้เสพ รวมถึงสถานประกอบการในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษควรจะเป็นสถานประกอบการสีขาว มีการตรวจสอบยาเสพติดผู้ที่ทำงานในพื้นที่ทุกคนเป็นประจำ กวดขันมิให้มีการลักลอบจำหน่ายยาเสพติดโดยการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด จัดตั้งกองทุนเพื่อสนับสนุนหน่วยงานของรัฐในการแก้ไขปัญหายาเสพติดภายในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษและพื้นที่หมู่บ้านชุมชนโดยรอบ รวมทั้งให้มีการจัดตั้งอาสาสมัครในการเฝ้าระวังแจ้งข่าวสารให้หน่วยงานภาครัฐ

๔. ด้านอาชญากรรมทางเศรษฐกิจ ควรให้มีศูนย์เฝ้าระวังการกระทำความผิดที่เกี่ยวกับกฎหมายคอมพิวเตอร์ ลิขสิทธิ์ การให้ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนภาคเอกชนผ่านสื่อต่างๆ เพื่อมิให้ถูกหลอกลวงหรือฉ้อโกง

๕. ด้านการป้องกันภัยพิบัติทางธรรมชาติและภัยอันเกิดจากมนุษย์ ควรให้ความสำคัญกับการจัดเตรียมเครื่องมือที่ทันสมัยรองรับภัยทุกชนิดที่อาจเกิดขึ้นภายในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ให้ครอบคลุมพื้นที่ภายในและพื้นที่โดยรอบ การให้การศึกษาเกี่ยวกับประเภทภัยต่างๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้นเพื่อให้ความรู้ ความเข้าใจ แก่แรงงานและประชาชนรอบบริเวณ จัดให้มีระบบการแจ้งเตือนภัยที่มีประสิทธิภาพ และมีการฝึกซ้อมเป็นประจำทุกระยะ

๖. ด้านการป้องกันโรคอุบัติใหม่ ควรให้มีการเฝ้าระวังติดตามข่าวสารโรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นในประเทศข้างเคียงและที่ชาวต่างชาติที่อาจเป็นพาหะ ให้มีระบบการสอบสวนโรคที่มีประสิทธิภาพค้นหาผู้ป่วย ได้อย่างฉับไว พร้อมทั้งมีการเตรียมความพร้อมไว้ ณ สถานพยาบาลทุกแห่ง

๗. ด้านการคุ้มครองงานผิดกฎหมายผู้ลักลอบหลบหนีเข้าเมืองและการค้ามนุษย์ควรจัดให้มีศูนย์ เฝ้าระวังและดำเนินการเยียวยาผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ด้านแรงงาน พัฒนฐานความเข้มแข็งของเครือข่ายคุ้มครองแรงงาน และการบังคับใช้กฎหมายแก่ผู้กระทำความผิดโดยเคร่งครัด ให้มีข้อตกลงกับประเทศเพื่อนบ้านในการปราบปรามผู้กระทำความผิดในลักษณะดังกล่าวให้มีการตรวจตราสถานบริการพื้นที่เสี่ยงประกอบอาชีพที่ผิดกฎหมายเป็นประจำโดยต่อเนื่อง เปิดบริการการขออนุญาตทำงานภายในประเทศให้มีความสะดวก รวดเร็วและเกิดความมั่นคง

๘. ด้านการปราบปรามผู้มีอิทธิพล ให้มีการดำเนินการบังคับใช้กฎหมายโดยเคร่งครัดทั้งในด้านการตรวจตรา การตรวจค้น การพิจารณาอนุญาต ให้มีอาวุธปืน การติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมของบุคคลที่ประกอบอาชีพไม่สุจริตซึ่งอาจกลายเป็นผู้มีอิทธิพลอย่างใกล้ชิด

๑.๔ ด้านเทคโนโลยี

๑) สถานการณ์การพัฒนาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัยและนวัตกรรมของประเทศ ได้รับการยกระดับขึ้นแต่ยังต่ำกว่ากลุ่มประเทศรายได้สูง จากการฉีกกำลังของหน่วยงานด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัย และนวัตกรรมเชื่อมโยงให้เกิดความมั่นใจของภาคธุรกิจเอกชน แต่ยังคงอยู่ในระดับต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่มีรายได้สูง โดยในปี ๒๕๕๘ อันดับความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์อยู่ที่ ๔๗ และด้านเทคโนโลยี อยู่ที่ ๔๔ จาก ๖๑ ประเทศที่จัดอันดับโดย IMD (International Institute for Management Development) และตลอดช่วงระยะเวลา ๑๔ ปีที่ผ่านมา (ปี ๒๕๔๓-๒๕๕๖) ค่าเฉลี่ยการลงทุนด้านการวิจัยและพัฒนาต่อ GDP ยังคงอยู่ในระดับร้อยละ ๐.๒๗ ต่อ GDP ส่วนประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น เกาหลีใต้ ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย มีค่าใช้จ่ายเพื่อการวิจัยและพัฒนาอยู่ร้อยละ ๔.๑๕, ๓.๔๗, ๒.๘๑ และ ๒.๑๘ ต่อ GDP ในปี ๒๕๕๖ ตามลำดับ และในประเด็นด้านความพร้อมทางเทคโนโลยีสารสนเทศของแต่ละประเทศ World Economic Forum ได้จัดทำ "ดัชนีบ่งชี้ระดับความพร้อมของการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (The Networked Readiness Index : NRI)" ได้จัดอันดับ ในปี ๒๕๕๗ และ

๒๕๕๘ ประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ ๖๗ ดีขึ้นจากปี ๒๕๕๖ ที่ประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ ๗๔ จากทั้งหมด ๑๔๘ ประเทศ แสดงถึงความก้าวหน้าและโอกาสในการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร (Information and Communication Technology : ICT) จากการกระตุ้นให้เกิดการตระหนักถึงความสำคัญของการแพร่หลาย รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีเพื่อส่งเสริมความสามารถในการแข่งขัน และความอยู่ดีมีสุขทางสังคมในระยะยาว โดยมีการรายงาน ใน Global Information Technology Report เป็นประจำทุกปี NRI ประกอบด้วย องค์ประกอบ ๔ ด้าน ดังนี้

องค์ประกอบที่ ๑ ดัชนีประเมินสภาวะแวดล้อม (Environment) ได้แก่ สภาพแวดล้อม ทางการเมือง และกฎระเบียบ (Political and regulatory environment) ธุรกิจและสภาพแวดล้อมในการสร้างสรรค์นวัตกรรม (Business and innovation environment)

องค์ประกอบที่ ๒ ดัชนีประเมินความพร้อมทางเทคโนโลยี (Readiness) ได้แก่ โครงสร้างพื้นฐานและดิจิทัลคอนเทนต์ (Infrastructure and digital content) ความสามารถในการใช้จ่าย (Affordability) ทักษะ (Skills)

องค์ประกอบที่ ๓ ดัชนีที่ประเมินการใช้เทคโนโลยี (Usage sub-index) ได้แก่ การใช้งานของแต่ละบุคคล (Individual usage) การใช้งานทางธุรกิจ (Business usage) การใช้งานของรัฐบาล (Government usage)

องค์ประกอบที่ ๔ ดัชนีประเมินผลกระทบ (Impact) ได้แก่ ผลกระทบทางเศรษฐกิจ (Economic impacts) ผลกระทบทางสังคม (Social impacts)

๒) ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อการรักษาโรคก้าวหน้ามากที่สุดๆ ได้แก่ ๑) สเต็มเซลล์มีศักยภาพที่จะพัฒนาไปเป็นเซลล์อวัยวะใดก็ได้ใน ๒๒๐ ชนิด ถ้าสามารถเอาไปใส่ในคนที่อวัยวะเสื่อมเพราะโรค และบังคับให้แบ่งตัวขึ้นมาทำงานแทนที่หรือซ่อมแซมอวัยวะที่เสียหายได้ก็จะสามารถใช้รักษาโรคได้ ๒) นาโนเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Nanomedicine) ปัจจุบันห้องปฏิบัติการวิจัยหลายประเทศ ทั่วโลก กำลังแข่งขันกันอย่างหนัก เพื่อคิดค้นและออกแบบระบบนำส่งยาที่ใช้นาโนเทคโนโลยีเพื่อให้การรักษา มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ๓) หุ่นยนต์ทางการแพทย์ เช่น หุ่นยนต์ดาวินชี (Da Vinci) แขนกลของหุ่นยนต์จะถูกควบคุมโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญผ่านทางก้านควบคุม (joystick) ทำให้การผ่าตัดเป็นไปอย่างแม่นยำ ลดความเจ็บปวดจากการผ่าตัด ทำให้เสียเลือดน้อยกว่า และระยะเวลาพักฟื้นเร็วขึ้น หุ่นยนต์ช่วยเสริมสร้างสมรรถภาพคนพิการเพื่อช่วยในการเดินหรือการเคลื่อนไหวที่ดีขึ้นสำหรับผู้พิการ การใช้สัญญาณทางชีวภาพ (Biological signal) ของร่างกายส่วนอื่น เพื่อนำมาใช้ควบคุมหุ่นยนต์

๑.๕ ด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

๑) การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Climate Change) จะส่งผลกระทบซ้ำเติมต่อสถานการณ์ความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมให้มีความรุนแรงมากขึ้น อุณหภูมิของโลกเพิ่มขึ้นทำให้เกิดความแห้งแล้งเป็นระยะเวลายาวนาน เกิดฝนขาดช่วง และมีฤดูกาลเปลี่ยนไป ส่งผลกระทบต่อความอุดมสมบูรณ์ของดิน ป่าไม้เกิดความเสื่อมโทรม แหล่งน้ำขาดแคลน ผลผลิตทางการเกษตรลดลง เกิดโรคระบาดในพืชและสัตว์ และส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์ เกิดความเสี่ยงต่อการสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพ ในปัจจุบันนี้ ปฏิเสธไม่ได้เลยว่าภาวะโลกร้อนเป็นปัญหาที่ได้รับผลกระทบไปทั่วโลก และต้องตระหนักถึงความสำคัญในการแก้ปัญหาเป็นลำดับแรกๆ เพราะสภาพภูมิอากาศที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรุนแรง ทำให้เกิดผลกระทบต่อวิถีชีวิตประจำวันของผู้คนรวมถึงการดำเนินการค้าการลงทุนเป็นอย่างมาก ไม่เว้นแม้กระทั่งประเทศไทย ที่เห็นได้อย่างชัดเจนคือความผันผวนของภูมิอากาศในแต่ละฤดู ส่งผลกระทบต่างๆ ต่อประชาชน ไม่ว่าจะเป็น การประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรมที่ต้องพึ่งพาน้ำที่ได้จากการเกิดฝน แต่เมื่อฝนไม่ตก

ต้องตามฤดูกาล ก็ต้องเลื่อนการทำเกษตรออกไป เมื่อเข้าฤดูน้ำหลากก็จะทำให้พืชผลทางการเกษตรเกิดความเสียหาย ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อความอยู่รอด อีกทั้งเรื่องปัญหามลพิษ ทั้งจากหมอกควันและการปล่อยมลพิษจากโรงงาน เกิดเป็นผลกระทบทางด้านสุขภาพที่ทำให้ทั่วโลกต้องตระหนักหาทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว ก่อให้เกิดข้อตกลงระหว่างประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศทวีความเข้มข้นเรื่อยๆ และการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ก็เป็นอีกเครื่องมือหนึ่งในการจัดการปัญหาดังกล่าว เพื่อเป็นการเฝ้าระวังผลกระทบด้านสุขภาพจากสิ่งแวดล้อม เป็นกลไกเฝ้าระวังความเสียหาย แก่ประชาชนได้อย่างทันท่วงที

๒) ปัญหาสิ่งแวดล้อมเพิ่มสูงขึ้นตามการขยายตัวของเศรษฐกิจและชุมชนเมือง : ปัญหาขยะมูลฝอยยังไม่ได้มีการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ ขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นในปี ๒๕๕๗ มีประมาณ ๒๖.๒ ล้านตัน โดยแนวโน้มอัตราการเกิดขยะมูลฝอยเฉลี่ยต่อคนต่อวันเพิ่มสูงขึ้นจาก ๑.๐๔ กิโลกรัม/คน/วัน ในปี ๒๕๕๓ เป็น ๑.๑๑ กิโลกรัม/คน/วัน ในปี ๒๕๕๗ การกำจัดอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการมีเพียงร้อยละ ๓๐ และมีการนำขยะมูลฝอยกลับไปใช้ประโยชน์เพียงร้อยละ ๑๘ ทำให้มีปริมาณขยะสะสมตกค้างเพิ่มสูงขึ้น ๓๐.๘ ล้านตัน ในปี ๒๕๕๗ ขยะอิเล็กทรอนิกส์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๐ ต่อปี เนื่องจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้องค์กรต้องประสบปัญหาการจัดการกำจัดของเสียเหล่านี้

การบริหารจัดการขยะมูลฝอย

จังหวัดหนองคายโดยสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดหนองคายได้มอบหมาย ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง สำรวจและรายงานข้อมูล พบว่า จังหวัดหนองคายมีปริมาณขยะมูลฝอยเกิดขึ้นจริง ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ จำนวน ๒๕๕.๕ ตันต่อวัน หรือ ๙๓,๒๕๗.๕ ตันต่อปี (สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดหนองคาย,๒๕๕๙) แต่ถ้าประมาณการโดยพิจารณาจากปริมาณที่เกิดขึ้น ณ แหล่งกำเนิด มีประมาณ ๓๕๖.๕๕ ตันต่อวันหรือประมาณ ๑๒๙,๙๔๐ ตันต่อปี ซึ่งเป็นปริมาณที่ได้จากการคาดประมาณตามหลักวิชาการ โดยพิจารณาจากอัตราการก่อให้เกิดขยะมูลฝอยของประชากรในแต่ละพื้นที่ จังหวัดหนองคายกำหนดให้อัตราการก่อให้เกิดขยะมูลฝอยของประชากรในเขตเทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล เท่ากับ ๑.๑๕ , ๐.๗๑ และ ๐.๕๐ กิโลกรัมต่อคนต่อวัน ตามลำดับ

ตารางที่ ๕ การคาดประมาณปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น ณ ครั้วเรือน พื้นที่จังหวัดหนองคาย

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	ประชากรตามทะเบียนราษฎร์ (คน)	ประชากรแฝง (๔-๕%) + ประชากรจริง (๕%) (คน)	ประชากรรวม (คน)	อัตราการก่อให้เกิดขยะมูลฝอย (กิโลกรัม/คน/วัน)	การคาดการณ์ปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น ณ ครั้วเรือน	
					ต่อวัน (ตัน)	ต่อปี (ตัน)
อบต. (๔๘ แห่ง)	๓๔๔,๕๗๐	๓๑,๐๑๒	๓๗๕,๕๘๒	๐.๕๐ ^(๒)	๑๘๗.๗๙	๖๘,๕๕๓.๓๕
ทต. (๑๗ แห่ง)	๑๐๘,๕๑๓	๑๐,๘๕๒	๑๑๙,๓๖๕	๐.๗๑ ^(๒)	๘๔.๗๕	๓๐,๙๓๓.๗๕
ทม. (๒ แห่ง)	๖๖,๔๐๘	๖,๖๔๑	๗๓,๐๔๙	๑.๑๕ ^(๓)	๘๔.๐๑	๓๐,๖๖๓.๖๕
รวม	๕๑๙,๔๙๑ ^(๑)	๕๑,๙๕๐	๕๗๑,๔๔๑		๓๕๖.๕๕	๑๓๐,๑๔๐.๗๕

ที่มา : ^(๑) ข้อมูลประชากรจังหวัดหนองคาย,สำนักงานปกครองจังหวัดหนองคาย, ๒๕๕๙

^(๒) มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ศึกษาในพื้นที่ อ.โพนพิสัย อ.เฝ้าไร่ และอ.รัตนวาปี จังหวัดหนองคาย, ๒๕๕๗

^(๓) กรมควบคุมมลพิษ,๒๕๕๙

ปริมาณขยะมูลฝอยตกค้างสะสม คือ ปริมาณขยะมูลฝอยที่ถูกทิ้งกองไว้หรืออยู่ในบ่อของสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยที่มีการกำจัดไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ เช่น การเทกอง (Open Dump) หรือพื้นที่ลักลอบทิ้ง เป็นต้น สามารถคำนวณได้จากปริมาตรขยะมูลฝอยตกค้างสะสมในสถานที่กำจัดขยะมูลฝอย คูณด้วยความหนาแน่นของขยะมูลฝอย เท่ากับ ๐.๓ ตันต่อลูกบาศก์เมตร (กรมควบคุมมลพิษ, ๒๕๕๙)

จังหวัดหนองคาย ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ มีปริมาณขยะมูลฝอยสะสมในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๑๘ แห่ง ประมาณ ๑๗,๒๓๗ ตัน และในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ มีปริมาณขยะมูลฝอยสะสม ประมาณ ๑๕,๘๓๘ ตัน (สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ ๙ อุดรธานี, ๒๕๕๘) ซึ่งจะเห็นว่า มีปริมาณลดลงประมาณ ๑,๓๙๙ ตัน เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่ง ได้ดำเนินการปรับปรุงสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยของตนเองตามศักยภาพงบประมาณที่มี ในระดับจังหวัดอยู่ระหว่างสนับสนุนวิชาการในการจัดการขยะตกค้างสะสม รวมทั้งการประสานแหล่งงบประมาณให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างต่อเนื่องและตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๑๒ พฤษภาคม ๒๕๕๘ ให้กระทรวงมหาดไทยเป็นเจ้าภาพในการบริหารจัดการขยะมูลฝอยในภาพรวมของประเทศ ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างกำหนดแนวทางและหลักเกณฑ์ดำเนินการขอรับการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการ ตามระเบียบข้อกฎหมาย

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดหนองคาย อยู่ระหว่างการสำรวจศึกษาปริมาณและรูปแบบกิจกรรมการลดขยะมูลฝอยในพื้นที่ชุมชนต่าง ๆ จนถึงการศึกษา ณ สถานที่กำจัดขยะมูลฝอยอย่างเป็นระบบหรืออย่างเป็นทางการ ที่ผ่านมามีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือชุมชนหลายแห่งดำเนินกิจกรรมลดขยะมูลฝอยที่ต้นทาง อาทิเช่น การจัดตั้งธนาคารขยะรีไซเคิล ตลาดนัดรับซื้อขยะรีไซเคิล การหมักปุ๋ยอินทรีย์/ปุ๋ยน้ำหมัก การเลี้ยงสัตว์และ การคัดแยกในครัวเรือนเพื่อขายเป็นขยะรีไซเคิลให้คนรับซื้อของเก่า เป็นต้น โดยกิจกรรมที่ชุมชนให้ความสนใจอีกกิจกรรมหนึ่ง คือ การส่งเสริมการลดปริมาณขยะมูลฝอยที่ต้นทางในชุมชน ด้วยการจัดตั้ง “กองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์จากขยะรีไซเคิล” ได้เริ่มนำร่องในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ ในพื้นที่องค์กรบริหารส่วนตำบลสีกาย อำเภอเมืองหนองคาย ซึ่งเป็นกิจกรรมด้านสิ่งแวดล้อมอีกรูปแบบหนึ่งที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชนชาวอีสานที่อยู่ด้วยกันแบบพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน การดำเนินงานเป็นไปตามความต้องการและเงื่อนไขข้อตกลงของคนในชุมชน ส่งผลให้การเปลี่ยนแปลงคณะผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่เป็นหน่วยงานสนับสนุนการดำเนินงาน ไม่มีผลต่อการดำเนินงานตามกิจกรรม โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงาน ภาครัฐระดับต่าง ๆ สนับสนุนการดำเนินงาน มีวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งกองทุน คือ เพื่อลดปริมาณขยะมูลฝอยในชุมชนและเป็นการออมเงินจากการจำหน่ายขยะรีไซเคิลเพื่อใช้เป็นเงินฌาปนกิจสงเคราะห์หรือเงินสวัสดิการช่วยเหลือกรณีสมาชิกในครัวเรือนเสียชีวิต ปัจจุบันได้ขยายรูปแบบไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอีก ๒๗ แห่ง มอบเงินฌาปนกิจสงเคราะห์จากขยะรีไซเคิลแล้ว จำนวนมากกว่า ๗๘ ราย คิดเป็นวงเงินมากกว่า ๑,๓๐๐,๐๐๐ บาท ณ วันนี้ช่วยส่งเสริมการลดปริมาณขยะมูลฝอยได้ประมาณ ๕๐ ตันต่อเดือน (ข้อมูล ณ เดือนเมษายน ๒๕๖๐) และอยู่ระหว่างการขยายผลการดำเนินงานไปยังชุมชนที่สนใจอย่างต่อเนื่อง

มีปริมาณขยะมูลฝอยที่เข้าสู่ขั้นตอนการกำจัดประมาณ ๒๒๙.๒ ตันต่อวัน คิดเป็นร้อยละ ๖๔.๔ ของปริมาณขยะมูลฝอยที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ณ ครัวเรือนทั้งหมดโดยมีสถานที่กำจัดขยะมูลฝอย จำนวน ๒๐ แห่ง จำแนกเป็น ๒ รูปแบบ ดังนี้

- สถานที่กำจัดที่ถูกหลักวิชาการ (ศูนย์จัดการขยะมูลฝอยรวม) จำนวน ๓ ศูนย์ ได้แก่ ศูนย์ฯ เทศบาลตำบลศรีเชียงใหม่ ศูนย์ฯ เทศบาลเมืองท่าบ่อ และศูนย์ฯ เทศบาลเมืองหนองคาย มีอัตราขยะมูลฝอยที่ได้รับการกำจัด เฉลี่ยประมาณ ๑๑๑.๐ ตันต่อวัน คิดเป็นร้อยละ ๓๑.๒ ของปริมาณขยะมูลฝอยที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ณ ครัวเรือนทั้งหมด โดยมีเป้าหมายจัดตั้งอีก ๑ ศูนย์ คือ ศูนย์ฯ เทศบาลตำบลโพน

พิสัย อำเภอโพธิ์พิสัย และมีเป้าหมายจัดตั้งสถานีขนถ่ายขยะมูลฝอย ๒ แห่ง (อำเภอสังคม/อำเภอเฝ้าไร่)

- สถานที่กำจัดที่ไม่ถูกหลักวิชาการ มีวิธีกำจัด คือ การเทกองกลางแจ้ง (Open Dumping) จำนวน ๑๗ แห่ง มีอัตราขยะมูลฝอยที่ได้รับการกำจัด เฉลี่ยประมาณ ๑๑๘.๒ ตันต่อวัน คิดเป็นร้อยละ ๓๓.๒ ของปริมาณขยะมูลฝอยที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ณ ครึ่งเรือนทั้งหมด

ตารางที่ ๖ แสดงสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยในพื้นที่จังหวัดหนองคาย จำนวน ๒๐ แห่ง

ลำดับที่	ชื่ออำเภอ	รายชื่อ อปท. ในอำเภอ	วิธีการกำจัดขยะของ อปท.	ขนาดพื้นที่ สถานที่กำจัดฯ	ที่ตั้งสถานที่ กำจัดขยะฯ
๑	เฝ้าไร่	ทต.เฝ้าไร่	กองกลางแจ้ง/เผา	๖ ไร่	ม.๓ ต.เฝ้าไร่
๒	เฝ้าไร่	อบต.นาดี	กองกลางแจ้ง/เผา	๘ ไร่	ม.๓ ต.นาดี
๓	เฝ้าไร่	อบต.วังหลวง	กองกลางแจ้ง/เผา	๔ ไร่	ม.๓ ต.วังหลวง
๔	เฝ้าไร่	อบต.หนองหลวง	กองกลางแจ้ง	๓๐ ไร่	ม.๘ ต.หนองหลวง
๕	โพธิ์พิสัย	ทต.โพธิ์พิสัย	กองกลางแจ้ง/เผา	๑๐ ไร่	ม.๑๓ ต.จุมพล
๖	โพธิ์พิสัย	ทต.สร้างนางขาว	กองกลางแจ้ง	๓ ไร่	ม.๘ ต.สร้างนางขาว
๗	โพธิ์พิสัย	อบต.วัดหลวง ^(๑)	ฝังกลบแบบควบคุม (เป้าหมายตั้งศูนย์ฯ ๗๐ ไร่)	๕ ไร่	ม.๑๔ ต.วัดหลวง
๘	โพธิ์พิสัย	อบต.ชุมช้าง	กองกลางแจ้ง		ม.๓ ต.ชุมช้าง
๙	โพธิ์พิสัย	อบต.นาหนัง	กองกลางแจ้ง/เผา	๓๐ ไร่	ม.๑๓ ต.นาหนัง
๑๐	โพธิ์พิสัย	อบต.เซิม	กองกลางแจ้ง/เผา	๔.๕ ไร่	ม.๗ ต.เซิม
๑๑	โพธิ์พิสัย	อบต.บ้านโพธิ์	กองกลางแจ้ง/เผา	๖ ไร่	ม.๙ ต.บ้านโพธิ์
๑๒	โพธิ์พิสัย	อบต.บ้านฝือ	กองกลางแจ้ง/เผา	๖ ไร่	ม.๔ ต.บ้านฝือ
๑๓	โพธิ์พิสัย	อบต.กุดบง	กองกลางแจ้ง/เผา	๒๒ ไร่	ม.๑๑ ต.กุดบง
๑๔	เมือง	ทม.หนองคาย ^(๑)	ศูนย์ฯ ทม.หนองคาย	๗๗ ไร่	ม.๘ ต.สระใคร
๑๕	เมือง	ทต.เวียงคุก	กองกลางแจ้ง/เผา	๘ ไร่	ม.๗ ต.บ้านถ่อน อ.ท่าบ่อ
๑๖	สระใคร	อบต.สระใคร	กองกลางแจ้งแบบมีคัน ดิน/เผา	๔ ไร่	ม.๘ ต.สระใคร
๑๗	ท่าบ่อ	ทม.ท่าบ่อ ^(๑)	ศูนย์ฯทม.ท่าบ่อ (ฝังกลบอย่างถูกหลักสุขาภิบาล)	๔๖ ไร่	ม.๖ ต.บ้านเดื่อ อ.ท่าบ่อ
๑๘	ศรีเชียงใหม่	ทต.ศรีเชียงใหม่ ^(๑)		๑๑๗ ไร่	ม.๕ ต.หนองปลาปาก
๑๙	สังคม	อบต.แก้งไก่	กองกลางแจ้ง/เผา	๒๗ ไร่	ม.๒ ต.แก้งไก่
๒๐	สังคม	อบต.นาจั่ว	กองกลางแจ้ง/เผา	๔ ไร่	ม.๑ ต.นาจั่ว

ที่มา : สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดหนองคาย, ๒๕๕๙.

หมายเหตุ : ^(๑) เป้าหมายจัดตั้งศูนย์กำจัดขยะมูลฝอยของจังหวัดหนองคาย ตามที่ได้ร่วมจัดทำ MOU เมื่อปี ๒๕๔๙ มีเป้าหมายทั้งหมดจำนวน ๔ แห่ง

แนวทางการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของจังหวัด

เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์การจัดการขยะมูลฝอยของจังหวัด ภายใต้บันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) การแบ่งกลุ่มพื้นที่ในการบริหารจัดการขยะมูลฝอย ปี ๒๕๕๙ จำนวน ๔ กลุ่ม สำนักงานสิ่งแวดล้อม ภาคที่ ๙ ได้จัดกลุ่มพื้นที่ (Cluster) ในการบริหารจัดการขยะมูลฝอยแบบรวมกลุ่มพื้นที่ใหม่ ออกเป็น ๔ กลุ่ม โดยพิจารณาจากปริมาณขยะมูลฝอยที่มีการรวบรวมไปกำจัด และสภาพพื้นที่ ดังนี้

กลุ่มที่ ๑ กลุ่มเทศบาลเมืองหนองคาย วางแนวทางดำเนินงานโดยครอบคลุมพื้นที่ ๒ อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอเมืองหนองคายและอำเภอสระใคร และครอบคลุมพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมกลุ่ม จำนวน ๑๙ แห่ง ปัจจุบันมีปริมาณขยะมูลฝอยที่รวบรวมไปกำจัดจากเทศบาลเมืองหนองคายและองค์การบริหารส่วนตำบลสระใคร จำนวนประมาณ ๔๘-๕๕ ตันต่อวัน โดยมีเทศบาลเมืองหนองคายเป็นหน่วยงานหลักในการบริหารจัดการ มีการกำจัดขยะมูลฝอยด้วยการฝังกลบแบบ Sanitary Landfill และควรยกระดับให้เป็นศูนย์กำจัดขยะมูลฝอยเพื่อแปลงเป็นพลังงาน (Waste to Direct Power Plant) ในอนาคต

กลุ่มที่ ๒ กลุ่มเทศบาลเมืองท่าบ่อ วางแนวทางดำเนินงานโดยครอบคลุมพื้นที่อำเภอท่าบ่อ และครอบคลุมพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมกลุ่ม จำนวน ๑๒ แห่ง ปัจจุบันมีปริมาณขยะมูลฝอยที่รวบรวมไปกำจัดจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๑๐ แห่ง จำนวนประมาณ ๒๔ ตันต่อวัน โดยมีเทศบาลเมืองท่าบ่อ เป็นหน่วยงานหลักในการบริหารจัดการ มีการกำจัดขยะมูลฝอยด้วยการฝังกลบแบบ Sanitary Landfill และ ควรกำหนดให้ระบบกำจัดขยะมูลฝอยของกลุ่มเทศบาลเมืองท่าบ่อ เป็นศูนย์ย่อยหรือเป็นสถานีขนถ่ายเพื่อนำไปเป็นขยะเชื้อเพลิง

กลุ่มที่ ๓ กลุ่มเทศบาลตำบลศรีเชียงใหม่ วางแนวทางดำเนินงานโดยครอบคลุมพื้นที่ ๓ อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอศรีเชียงใหม่ อำเภอโพนพิสัย และอำเภอสว่าง และครอบคลุมพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมกลุ่ม จำนวน ๑๔ แห่ง ปัจจุบันมีปริมาณขยะมูลฝอยที่รวบรวมไปกำจัดจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๒๙ แห่ง จำนวนประมาณ ๑๔๐ ตันต่อวัน โดยมีเทศบาลตำบลศรีเชียงใหม่ เป็นหน่วยงานหลักในการบริหารจัดการ ซึ่งปัจจุบัน มีระบบกำจัดขยะมูลฝอยแบบถูกหลักสุขาภิบาลเป็นระบบผสมผสานโดยมีสายพานคัดแยกขยะมูลฝอยเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ระบบหมักขยะเป็นปุ๋ยแบบเติมอากาศและฝังกลบ แบบ Sanitary Landfill

กลุ่มที่ ๔ กลุ่มเทศบาลตำบลโพนพิสัยร่วมกับ อบต. วัดหลวง มี ๓ อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอ โพนพิสัย อำเภอเฝ้าไร่ และอำเภอรันทวนาปี โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมกลุ่ม จำนวน ๒๒ แห่ง มีที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ อบต.วัดหลวง โดยในเบื้องต้นวางแนวทางให้เทศบาลตำบลโพนพิสัยเป็นหน่วยงานหลักในการบริหารจัดการ

นอกจากนี้ยังมีแผนก่อสร้างสถานีขนถ่ายขยะมูลฝอยอีก ๒ แห่ง ได้แก่ สถานีฯ พื้นที่อำเภอสว่าง และพื้นที่อำเภอเฝ้าไร่ เพื่อรวบรวมขยะมูลฝอยจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นข้างเคียง นำส่งกำจัด ณ ศูนย์จัดการขยะมูลฝอยรวมฯ ในโซนพื้นที่ต่อไป

การส่งเสริมภาคเอกชนลงทุนหรือดำเนินการจัดการขยะมูลฝอยและของเสียอันตรายจากชุมชน

ตามมติคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ในการประชุมเมื่อวันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๕๗ ได้เห็นชอบแนวทางการดำเนินการจัดการขยะมูลฝอยและของเสียอันตราย (Roadmap) โดยมีแนวทางปฏิบัติ ๔ ขั้นตอน และในขั้นตอนที่ ๒ สร้างรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยและของเสียอันตรายที่เหมาะสมที่เน้นการลดและคัดแยกขยะมูลฝอยตั้งแต่ต้นทาง การกำจัดโดยเทคโนโลยีแบบผสมผสาน และเน้นการแปรรูปเป็นพลังงานหรือทำให้เกิดประโยชน์สูงสุด และแนวทางดำเนินงาน ข้อ ๓ ให้ส่งเสริมภาคเอกชนลงทุนหรือดำเนินการจัดการขยะมูลฝอยและของเสียอันตรายจากชุมชน จังหวัดหนองคาย ตระหนักในความสำคัญของการ

ดำเนินงานตามแนวทางดังกล่าว จากการประสานทุกภาคส่วนเพื่อจัดทำแผนการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของ จังหวัด ตามยุทธศาสตร์ที่ ๒ ได้บรรจุการส่งเสริมการลงทุนหรือดำเนินงานของภาคเอกชนโดยมีเทศบาลเมือง หนองคายและองค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองคายเป็นหน่วยงานร่วมดำเนินการหรือสนับสนุน

สถานการณ์ของเสียอันตรายจากชุมชน

ของเสียอันตรายจากชุมชน (Hazardous waste) คือ ขยะมูลฝอยจากชุมชนที่มีองค์ประกอบหรือ ปนเปื้อนวัตถุอันตรายชนิดต่างๆ ซึ่งได้แก่ วัตถุระเบิด วัตถุไวไฟ วัตถุออกซิไดซ์ วัตถุมีพิษ วัตถุที่ทำให้เกิดโรค วัตถุแก๊มอันตราย วัตถุที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรม วัตถุกัดกร่อน วัตถุที่ก่อให้เกิดการระคายเคือง วัตถุอย่างอื่นไม่ว่าจะเป็นเคมีภัณฑ์หรือสิ่งอื่นใดที่อาจทำให้เกิดอันตรายแก่บุคคล สัตว์ พืช ทรัพย์สินหรือ สิ่งแวดล้อม เช่น ถ่านไฟฉาย หลอดฟลูออเรสเซนต์ แบตเตอรี่โทรศัพท์เคลื่อนที่ ภาชนะบรรจุสารกำจัดศัตรูพืช กระป๋องสเปรย์บรรจุสีหรือสารเคมี เป็นต้น (กรมควบคุมมลพิษ, ๒๕๔๘)

ในภาพรวมของจังหวัดหนองคาย คาดประมาณปริมาณของเสียอันตรายจากชุมชนที่ปนเปื้อน ในขยะมูลฝอยจากชุมชน มีประมาณ ๑๑๘ กิโลกรัมต่อวัน หรือประมาณ ๔๓ ตันต่อปี ปัจจุบันมีปัญหาในการ บริหารจัดการ ได้แก่ ยังไม่มีระบบรวบรวม เก็บขน และกำจัด รวมทั้งระบบบริหารจัดการของเสียอันตราย จากชุมชนในจังหวัด โดยในปี พ.ศ.๒๕๕๙ วางแนวทางดำเนินการ ดังนี้

(๑) ขอกการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองคาย พิจารณาจัดหาสถานที่เก็บรวบรวม ของเสียอันตรายจากชุมชน ที่เป็นจุดศูนย์รวมของจังหวัดหนองคาย ในเบื้องต้นอาจเป็นอาคารชั่วคราว และ ขอสนับสนุนงบประมาณในการก่อสร้างอาคารถาวรในโอกาสต่อไป

(๒) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดระบบคัดแยกและรวบรวมของเสียอันตราย ออกจากขยะมูล ฝอยทั่วไปและนำส่งเก็บรวบรวมที่สถานที่เก็บรวบรวมของเสียอันตรายจากชุมชนของจังหวัด

สถานการณ์มูลฝอยติดเชื้อ

มูลฝอยติดเชื้อ หมายความว่า มูลฝอยที่มีเชื้อโรคปะปนอยู่ในปริมาณหรือมีความเข้มข้นซึ่งถ้ามีการ สัมผัสหรือใกล้ชิดกับมูลฝอยนั้นแล้ว สามารถทำให้เกิดโรคได้ (กฎกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการกำจัดมูลฝอย ติดเชื้อ, ๒๕๔๕)

จังหวัดหนองคาย มีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ ประมาณ ๒๑๙ ตันต่อปี หรือ ๐.๖ ตันต่อวัน โดยจำแนกเป็นมูลฝอยติดเชื้อจากสถานพยาบาลของหน่วยงานราชการ ประมาณ ๐.๔๖ ตันต่อวัน คิดเป็นร้อยละ ๗๖ และเป็นมูลฝอยติดเชื้อจากสถานพยาบาลของภาคเอกชน (โรงพยาบาล คลินิก คลินิกรักษาสัตว์ ฯลฯ) ประมาณ ๐.๑๔ ตันต่อวัน คิดเป็นร้อยละ ๒๔ และปัจจุบันมูลฝอยติดเชื้อจากสถานพยาบาลของหน่วยงาน ราชการ มีจัดการโดยมีเอกชนมารับจ้างนำไปกำจัดทั้งหมด

: มลพิษทางอากาศยังเกินมาตรฐานหลายแห่ง แต่มีแนวโน้มที่ดีขึ้น ในปี ๒๕๕๗ พบมลพิษทาง อากาศเกินมาตรฐานในหลายพื้นที่ของประเทศ และที่เป็นปัญหาสำคัญได้แก่ ฝุ่นละออง ก๊าซโอโซน และ สารอินทรีย์ระเหยง่าย (Volatile organic compounds, VOCs) โดยมีพื้นที่วิกฤติในเขตพื้นที่มาบตาพุด จังหวัดระยอง ที่ยังคงประสบปัญหาสารอินทรีย์ระเหยง่าย ในพื้นที่อื่น เช่น กรุงเทพมหานคร ปทุมธานี เชียงใหม่ ขอนแก่น พบสารเบนซินเกินค่ามาตรฐาน แต่ส่วนใหญ่มีปริมาณลดลงจากปีที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม ปัญหามลพิษทางอากาศในพื้นที่มาจากสาเหตุหลักคือ ปริมาณรถยนต์จำนวนมาก สำหรับมลพิษจากหมอกควัน ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน พบว่า สถานการณ์ดีขึ้นเป็นลำดับ โดยความร่วมมือและการทำงานระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และประชาชนดีขึ้น

จังหวัดหนองคาย ในภาพรวมคุณภาพอากาศยังคงอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่จะมีปัญหาในบางจุดและเฉพาะช่วงเวลา ได้แก่ ปัญหาฝุ่นละอองจากโรงสีข้าวในช่วงฤดูแล้ง ฝุ่นละอองจากถนนที่มีการขนส่งทรายจากแม่น้ำโขง ปัญหาควันจากการเผาในที่โล่ง อย่างไรก็ตามจำเป็นต้องเตรียมการเฝ้าระวังสถานการณ์มลพิษทางอากาศไว้ ทั้งนี้ด้วยการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากร การขยายตัวทางเศรษฐกิจ และการเพิ่มขึ้นของจำนวนยานพาหนะในทุกๆ ปี สำหรับประเด็นสำคัญที่ต้องสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในสังคม คือ การดำเนินการเพื่อลดภาวะโลกร้อน อาทิเช่น การปลูกต้นไม้ การเลือกใช้สิ่งของเครื่องใช้ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม การลดปริมาณขยะมูลฝอย เป็นต้น ในภาพรวมคุณภาพอากาศยังคงอยู่ในเกณฑ์ปกติ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ กรมควบคุมมลพิษได้สุ่มตรวจคุณภาพอากาศ ในช่วงวันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ - ๖ มีนาคม ๒๕๕๙ รวมระยะเวลา ๒๕ วัน ณ บริเวณบริษัท เมกาโฮม เซ็นเตอร์ จำกัด (เอียงแยกพญานาค) อยู่ในเขตเทศบาลเมืองหนองคาย พบว่า ค่าฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า ๑๐ ไมครอน (PM-๑๐) ตลอดเวลา ๒๔ ชั่วโมง มีค่าเฉลี่ยทั้ง ๒๕ วัน เท่ากับ ๐.๑๐๑ มิลลิกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ซึ่งไม่เกินมาตรฐานที่กำหนด (มาตรฐานฯ ต้องไม่เกิน ๐.๑๒ มิลลิกรัมต่อลูกบาศก์เมตร) อย่างไรก็ตามจำเป็นต้องเตรียมการเฝ้าระวังสถานการณ์มลพิษทางอากาศไว้ ทั้งนี้ด้วยการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากร การขยายตัวทางเศรษฐกิจ และการเพิ่มขึ้นของจำนวนยานพาหนะในทุกๆ ปี

ส่วนมลพิษทางเสียงยังอยู่ในระดับที่ปกติแต่จะมีปัญหาในบางจุด ส่วนใหญ่มลพิษทางเสียงเกิดจากยานพาหนะโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากรถบรรทุก รถยนต์ จักรยานยนต์และสามล้อรับจ้าง ที่สัญจรไปมาและจะเกิดจากสถานบริการซ่อมรถยนต์ อยู่ซ่อมเคาะพ่นสีรถยนต์และโรงงานทำเฟอร์นิเจอร์ซึ่งมีผลกระทบที่ไม่รุนแรง

๑.๖ ด้านพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

ผลการศึกษาแนวโน้มปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ พ.ศ.๒๕๔๘-๒๕๕๘ ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงความชุกปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อระหว่าง พ.ศ.๒๕๔๘ ถึง พ.ศ.๒๕๕๘ พบว่าความชุกของภาวะน้ำหนักเกิน, ภาวะอ้วน, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบ heavy drink ภายใน ๓๐ วันที่ผ่านมา, และการรับประทานผักและผลไม้เฉลี่ยมากกว่า ๕ หน่วยมาตรฐานต่อวัน ภายใน ๗ วันที่ผ่านมา มีความชุกเพิ่มสูงขึ้นตามลำดับ ขณะที่ความชุกการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน, และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบ Binge drink ภายใน ๓๐ วันที่ผ่านมา มีความชุกลดลงในปี ๒๕๕๓ และกลับเพิ่มขึ้นในปี ๒๕๕๘ ส่วนการมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอตามมาตรฐานแบบสำรวจขององค์การอนามัยโลก(GPAQ)พบความชุกลดลงตามลำดับระหว่าง พ.ศ.๒๕๔๘-๒๕๕๓ สำหรับการสำรวจครั้งล่าสุด ปี ๒๕๕๘ พบว่าความชุกภาวะน้ำหนักเกิน ๓๐.๕%, ภาวะอ้วน ๗.๕%, การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ๒๑.๓%, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน ๓๖.๒%, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบ Heavy drink ภายใน ๓๐ วันที่ผ่านมา ๗.๓%, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบ Binge drink ภายใน ๓๐ วันที่ผ่านมา ๑๓.๖%, และการรับประทานผักและผลไม้เฉลี่ยมากกว่า ๕ หน่วยมาตรฐานต่อวัน ภายใน ๗ วันที่ผ่านมา ๒๔.๓%

๑.๗ ข้อมูลเชิงสถิติสำคัญเชิงพื้นที่

๑.๗.๑ ข้อมูลตัวชี้วัดระดับการพัฒนา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้กำหนดตัวชี้วัดการพัฒนาจังหวัดเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเชื่อมโยงการพัฒนาจากระดับนโยบายสู่ระดับพื้นที่ และใช้เป็นเครื่องมือที่จะเปรียบเทียบให้เห็นถึงสถานการณ์พัฒนาในแต่ละพื้นที่ รวมทั้งใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามประเมินผลการพัฒนาที่เชื่อมโยงจากนโยบายส่วนกลางสู่จังหวัดและกลุ่มจังหวัด โดยได้กำหนดตัวชี้วัดการพัฒนาจังหวัดออกเป็น ๔ มิติ ประกอบด้วย (๑) การพัฒนาแบบทั่วถึง จำนวน ๖ ตัวชี้วัด (๒) การเติบโตทาง

เศรษฐกิจ จำนวน ๖ ตัวชี้วัด (๓) การเติบโตทางเศรษฐกิจสีเขียว จำนวน ๖ ตัวชี้วัด และ (๔) ประสิทธิภาพของภาครัฐ รวม ๒๔ ตัวชี้วัด และจากการประเมินผลตัวชี้วัดทั้ง ๔ ด้าน รวม ๒๔ ตัวชี้วัดของจังหวัดหนองคายเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยประเทศ ดังนี้

ตารางที่ ๗ แสดงตัวชี้วัดการพัฒนาจังหวัด ๔ มิติ

ที่	มิติการพัฒนา	ตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ยประเทศ	หนองคาย	เปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยประเทศ	หน่วย
๑	การพัฒนาแบบทั่วถึง	ร้อยละของประชากรที่อยู่ใต้เส้นความยากจน	๑๐.๔๓	๖.๔๙	ต่ำกว่า	ร้อยละ
		สัมประสิทธิ์ของการกระจายรายได้	๐.๔๑	๐.๔๐๕	ต่ำกว่า	-
		ร้อยละผู้อยู่ในระบบประกันสังคมต่อกำลังแรงงาน	๑๘.๗๖	๑๗.๐๖	ต่ำกว่า	ร้อยละ
		อัตราส่วนแพทย์ต่อสัดส่วนประชากร	๒,๙๘๐	๓,๕๘๔	สูงกว่า	คน/แพทย์
		จำนวนปีการศึกษาเฉลี่ยประชากรไทยอายุ ๑๕-๕๙ ปี	๘.๙๐	๘.๔๐	ต่ำกว่า	ปี
		ค่าเฉลี่ยคะแนน O-net ม.๓	๓๔.๙๕	๓๓.๔๓	ต่ำกว่า	คะแนน
๒	การเติบโตทางเศรษฐกิจ	อัตราการเปลี่ยนแปลงของรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนในจังหวัด	๑.๗๕	๘.๗๒	สูงกว่า	ร้อยละ
		อัตราการเปลี่ยนแปลงของผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด	-๐.๔๑	- ๓.๑๗	สูงกว่า	ร้อยละ
		อัตราการว่างงาน	๐.๗๕	๐.๖๕	ต่ำกว่า	ร้อยละ
		อัตราส่วนหนี้เฉลี่ยต่อรายได้เฉลี่ยของครัวเรือน	๖.๖๗	๕.๐๘	ต่ำกว่า	เท่า
		อัตราส่วนการออมเฉลี่ยต่อรายได้เฉลี่ยของครัวเรือน	๑๙.๙๗	๙.๑๐	ต่ำกว่า	ร้อยละ
		ผลิตภาพแรงงาน	๑๑๐,๘๙๕	๙๔,๘๒๖	ต่ำกว่า	บาท/คน
๓	การเติบโตทางเศรษฐกิจสีเขียว	อัตราการเปลี่ยนแปลงของพื้นที่ป่าไม้จังหวัดในจังหวัด	๐.๑	- ๔.๒๓	ต่ำกว่า	ร้อยละ
		ปริมาณขยะในจังหวัด	๒๔๗,๑๐๕	๑๘๕,๗๘๕	ต่ำกว่า	ตัน
		สัดส่วนการใช้น้ำมันเชื้อเพลิงเพื่อยานพาหนะต่อประชากร	๒๘๔	๑๗๐	ต่ำกว่า	ลิตร/คน
		สัดส่วนปริมาณการใช้ไฟฟ้าภาคครัวเรือนต่อประชากร	๔๖๔	๓๘๔	ต่ำกว่า	กิโลวัตต์-ชั่วโมง/คน
		สัดส่วนปริมาณการใช้ไฟฟ้าภาคที่ไม่ใช่ครัวเรือนต่อ GDP	๗,๒๘๙	๕,๐๒๒	ต่ำกว่า	กิโลวัตต์-ชั่วโมง/คน
		สัดส่วนปริมาณเชื้อเพลิงในภาค อุตสาหกรรมต่อ GDP ภาค อุตสาหกรรม	๑๗๘	๔๓๖	ต่ำกว่า	ลิตร/ล้านบาท
๔	ประสิทธิภาพของภาครัฐ	ร้อยละของสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพ HA	๗๔.๗๖	๖๖.๖๗	ต่ำกว่า	ร้อยละ
		ร้อยละของครัวเรือนที่เข้าถึงน้ำประปา	๑๕.๗๗	๑๙.๐๘	สูงกว่า	ร้อยละ
		ร้อยละของครัวเรือนที่เข้าถึงไฟฟ้า	๘๘.๔๑	๘๘.๖๐	สูงกว่า	ร้อยละ
		ร้อยละของประชากรที่เข้าถึงอินเทอร์เน็ต	๓๒.๗๓	๒๒.๒๓	ต่ำกว่า	ร้อยละ
		ร้อยละภาษีท้องถิ่นจัดเก็บต่อรายได้รวมที่ไม่รวมเงินอุดหนุนและเงินอุดหนุนเฉพาะกิจ	๑๒.๑๙	๑๑.๗๖	ต่ำกว่า	ร้อยละ
		ความสามารถในการเบิกจ่ายงบประมาณ	๙๒.๑๑	๗๖.๕๗	ต่ำกว่า	ร้อยละ

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

สรุปผลการวิเคราะห์จากตาราง : จากตารางจะเห็นได้ว่ามีการพัฒนาแบบทั่วถึง มีระดับดีกว่าปีที่ผ่านมาแต่ยังมีปัญหาในส่วนของอัตราแพทย์ต่อประชากร ผู้อยู่ในระดับประกันสังคม และจำนวนปีการศึกษาเฉลี่ย แต่มีแนวโน้มดีขึ้น ส่วนตัวชี้วัดในมิติการพัฒนาอื่นที่อยู่ในระดับต่ำมาก ได้แก่ อัตราการเปลี่ยนแปลงพื้นที่ป่าไม้ แต่ปรับตัวดีขึ้นจากปีที่ผ่านมา อัตราการเปลี่ยนแปลงผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดปรับตัวลดลง ส่วนการพัฒนาอื่นที่ยังมากกว่าค่ากลางของประเทศ อาทิ การออม สัดส่วนน้ำมันต่อ GDP ภาคอุตสาหกรรม การเข้าถึงอินเทอร์เน็ต และการเบิกจ่ายงบประมาณ เป็นต้น โดยประเด็นที่จังหวัดต้องให้ความสำคัญ คือ

- การเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตภาคเกษตร ส่งเสริมการค้าการลงทุนเชื่อมโยงกับประเทศเพื่อนบ้าน ส่งเสริมการสร้างรายได้ ลดรายจ่าย พัฒนาทักษะฝีมือแรงงาน และ SME สนับสนุนเทคโนโลยีเพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้ และเข้าถึงระบบข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยอย่างทั่วถึงส่งเสริมความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเชิงป้องกันให้กับประชาชนและขยายระบบประกันสังคมให้ครอบคลุมแรงงานนอกระบบ โดยเฉพาะภาคการเกษตร รวมทั้งส่งเสริมระบบสวัสดิการชุมชนอื่นๆ

- การอนุรักษ์และเพิ่มพื้นที่ป่า ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีประหยัดพลังงานเพื่อลดการใช้น้ำมันเชื้อเพลิงและให้ความสำคัญกับการใช้พลังงานทดแทนในภาคอุตสาหกรรมเพิ่มขึ้น

ทั้งนี้ จังหวัดหนองคายจะได้นำข้อมูลตัวชี้วัดการพัฒนาจังหวัดในแต่ละมิติของการพัฒนา ทั้ง ๔ มิติ ที่จังหวัดมีค่าคะแนนตัวชี้วัดต่ำหรือสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศเฉพาะที่เป็นปัญหาไปประกอบการจัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อเสนอขอรับการสนับสนุนงบประมาณให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและศักยภาพของพื้นที่เพื่อยกระดับตัวชี้วัดการพัฒนาดังกล่าวให้ใกล้เคียงหรือสูงกว่าค่าเฉลี่ยตัวชี้วัดการพัฒนาระดับประเทศต่อไป

๑.๗.๒ ดัชนีความก้าวหน้าของคน (Human Achievement Index – HAI) ปี ๒๕๖๐

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ได้จัดทำดัชนีความก้าวหน้าของคน (Human Achievement Index – HAI) ปี ๒๕๖๐ ขึ้น เพื่อใช้เป็นเครื่องมือประเมินความก้าวหน้าของคนในระดับจังหวัดของประเทศไทย และเผยแพร่ให้จังหวัดต่างๆ ได้ทราบถึงลำดับตำแหน่งความก้าวหน้าของคนในจังหวัดของตนพร้อมทั้งจุดเด่นจุดด้อยในการพัฒนาคนของจังหวัด

จังหวัดหนองคาย มีการพัฒนาคนในภาพรวมอยู่ลำดับที่ ๓๗ จาก ๗๗ จังหวัดทั่วประเทศ (ดัชนี HAI = ๐.๕๘๘๑) เนื่องจากการพัฒนาคนด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมติดลำดับ ๑ ใน ๑๐ จังหวัดที่มีความก้าวหน้ามากที่สุด โดยอยู่ลำดับที่ ๗ จาก ๗๗ จังหวัด ประกอบกับด้านชีวิตครอบครัวและชุมชนก็มีความก้าวหน้าค่อนข้างมาก โดยอยู่ลำดับที่ ๒๖ จาก ๗๗ จังหวัด ทั้งนี้ มีตัวบ่งชี้ที่สำคัญคือ ไม่มีประชากรที่ประสบทุพภิกขภัยและภัยแล้ง ครีวเรือนที่มีบ้านและที่ดินเป็นของตนเองสูงมากอยู่ลำดับที่ ๕ การแจ้งความคดีชีวิต ร่างกาย เพศ และคดีประทุษร้ายต่อทรัพย์สินน้อยมากอยู่ลำดับที่ ๕ จาก ๗๗ จังหวัด นอกจากนี้ จังหวัดหนองคายมีจุดเด่นในประเด็นจำนวนอุบัติเหตุบนท้องถนนน้อยมาก อยู่ลำดับที่ ๓ และครีวเรือนที่มีส่วนร่วมทำกิจกรรมสาธารณะของหมู่บ้านสูงมากอยู่ลำดับที่ ๙ จาก ๗๗ จังหวัด ในทางกลับกันการพัฒนาคนหลายด้านมีความก้าวหน้าค่อนข้างน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดอื่นๆ เช่น ด้านการมีส่วนร่วม ด้านการคมนาคมและการสื่อสารและด้านชีวิตการงาน โดยอยู่ลำดับที่ ๕๘ และ ๕๗ จาก ๗๗ จังหวัด ตามลำดับ มีตัวบ่งชี้ที่สำคัญคือ ประชากรที่ใช้สิทธิลงประชามติร่างรัฐธรรมนูญปี ๒๕๕๙ น้อยมากอยู่ลำดับที่ ๗๕ ประชากรที่เข้าถึงอินเทอร์เน็ตน้อยมากอยู่ลำดับที่ ๖๘ จาก ๗๗ จังหวัด นอกจากนี้จังหวัดหนองคายมีจุดด้อยในประเด็น คะแนนเฉลี่ยการทดสอบ O-Net ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายต่ำมากอยู่ลำดับที่ ๗๑ จาก ๗๗ จังหวัด

ตารางที่ ๘ แสดงข้อมูลของตัวชี้วัดและลำดับที่ตัวชี้วัดของจังหวัดหนองคายเปรียบเทียบกับอีก ๗๖ จังหวัด

ตัวชี้วัด	ปีล่าสุด ข้อมูล	ข้อมูล ตัวชี้วัด	ลำดับที่ จาก ๗๗ จังหวัด
๑. ร้อยละของประชากรที่ใช้สิทธิลงประชามติร่างรัฐธรรมนูญ ปี ๒๕๕๙	๒๕๕๙	๕๔.๓๗	๗๕
๒. ค่าเฉลี่ยการทดสอบ O-Net ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (%)	๒๕๕๙	๓๑.๑๓	๗๑
๓. ร้อยละของประชากรที่เข้าถึงอินเทอร์เน็ต (%)	๒๕๕๙	๓๑.๕๐	๖๘
๔. อัตราการว่างงาน (%)	๒๕๕๙	๑.๓๘	๖๐
๕. ร้อยละของประชากรที่มีโทรศัพท์มือถือ (%)	๒๕๕๙	๗๕.๑๘	๕๙
๖. ร้อยละของคะแนนสุขภาพจิต (%)	๒๕๕๘	๖๘.๓๘	๕๘
๗. อัตราการทำงานต่ำกว่าระดับ (%)	๒๕๕๙	๐.๕๖	๕๓
๘. ร้อยละของครัวเรือนที่เป็นสมาชิกกลุ่ม/องค์กรในท้องถิ่น (%)	๒๕๕๘	๗๖.๐๓	๕๓
๙. จำนวนองค์กรชุมชน (ต่อประชากรแสนคน)	๒๕๕๙	๘๔.๙๔	๕๑
๑๐. ร้อยละของประชากรที่เจ็บป่วยที่เป็นผู้ป่วยใน (%)	๒๕๕๘	๑๑.๓๔	๔๙
๑๑. ร้อยละของหมู่บ้านที่ถนนสายหลักใช้การได้ตลอดปี (%)	๒๕๕๘	๕๐.๗๖	๔๘
๑๒. ร้อยละของเด็กอายุ ๑๕ – ๑๗ ปี ที่ทำงาน (%)	๒๕๕๙	๑๒.๐๐	๔๘
๑๓. ค่าสัมประสิทธิ์ความไม่เสมอภาคของรายได้ หรือค่าสัมประสิทธิ์จีนี (%)	๒๕๕๘	๔๐.๙๖	๔๗
๑๔. รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนต่อเดือน (บาท)	๒๕๕๘	๒๑,๒๐๖	๔๗
๑๕. จำนวนปีการศึกษาเฉลี่ยของประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป (ปี)	๒๕๕๙	๗.๗๓	๔๗
๑๖. ร้อยละของแรงงานที่มีประกันสังคม (%)	๒๕๕๙	๑๘.๑๐	๔๗
๑๗. ร้อยละของครัวเรือนที่มีหัวหน้าครัวเรือนเดียว (%)	๒๕๕๙	๒๕.๘๑	๔๒
๑๘. ร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังคนเดียว (%)	๒๕๕๙	๖.๙๖	๔๒
๑๙. ร้อยละของประชากรที่พิการ (%)	๒๕๕๙	๒.๕๖	๓๗
๒๐. ร้อยละของครัวเรือนที่มีหนี้สินเพื่อการอุปโภคบริโภค (%)	๒๕๕๘	๓๖.๐๓	๓๗
๒๑. อัตราการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานต่อลูกจ้าง ๑,๐๐๐ คน	๒๕๕๘	๘.๑๙	๓๕
๒๒. ค่าเฉลี่ยเชาวน์ปัญญา (IQ) ของเด็กนักเรียนไทยชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๑ (คะแนน)	๒๕๕๙	๙๙.๕๕	๓๓
๒๓. ร้อยละทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (%) ทารกเกิดมีชีพ	๒๕๕๘	๙.๒๔	๒๕
๒๔. สัดส่วนประชากรยากจน (%)	๒๕๕๙	๓.๗๗	๑๘
๒๕. สัดส่วนเฉลี่ยการปล่อยก๊าซเรือนกระจก (ตันก๊าซเรือนกระจกต่อคน)	๒๕๕๘	๐.๘๙	๑๗
๒๖. อัตราการเข้าเรียนรวมระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและอาชีวศึกษา (%)	๒๕๕๘	๘๗.๑๗	๑๔
๒๗. ร้อยละของครัวเรือนที่มีส่วนร่วมทำกิจกรรมสาธารณะของหมู่บ้าน (%)	๒๕๕๙	๙๙.๘๙	๙ (เท่ากับ ๒ จังหวัด)
๒๘. ร้อยละของครัวเรือนที่มีบ้านและที่ดินเป็นของตนเอง (%)	๒๕๕๙	๙๔.๙๕	๕
๒๙. การแจ้งความคดีชีวิต ร่างกาย เพศ และคดีประทุษร้ายต่อทรัพย์สิน (ต่อประชากรแสนคน)	๒๕๕๙	๓๖.๓	๕
๓๐. จำนวนอุบัติเหตุบนท้องถนน (ต่อประชากรแสนคน)	๒๕๕๙	๑๙.๒	๓
๓๑. ร้อยละของประชากรที่ประสบอุทกภัย (%)	๒๕๕๙	๐.๐๐	๑ (เท่ากับ ๔๔ จังหวัด)
๓๒. ร้อยละของประชากรที่ประสบภัยแล้ง (%)	๒๕๕๙	๐.๐๐	๑ (เท่ากับ ๔๔ จังหวัด)

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ๒๕๖๐

จากตารางสรุปได้ว่าจังหวัดหนองคายมีจุดด้อยที่ควรแก้ไขและพัฒนาโดยเร่งด่วน จำนวน ๕ เรื่อง คือ (๑) ประชากรที่ใช้สิทธิลงประชามติร่างรัฐธรรมนูญ ปี ๒๕๕๙ อยู่ในลำดับที่ ๗๕ (๒) คะแนนเฉลี่ยการทดสอบ O-Net ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย อยู่ในลำดับที่ ๗๑ (๓) ประชากรที่เข้าถึงอินเทอร์เน็ตอยู่ในลำดับที่ ๖๘ (๔) อัตราการว่างงานอยู่ในลำดับที่ ๖๐ และ (๕) ประชากรที่มีโทรศัพท์มือถือ อยู่ในลำดับที่ ๕๙

๒. สถานะสุขภาพประชาชน

ประชาชนจังหวัดหนองคาย ยังประสบกับปัญหาด้านสุขภาพ สาเหตุสำคัญเกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัจจัยเสี่ยง รวมถึงภัยสุขภาพ ที่ส่งผลให้ป่วยและตายด้วยโรคที่ป้องกันได้ ดังนั้นทิศทางการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องให้ความสนใจนอกจากคนไทยจะมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแล้ว แต่สูญเสียสุขภาพเพิ่มขึ้นยังต้องทำให้คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้นตามไปด้วย

๒.๑ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy : LE)

คนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทั้งเพศหญิงและชาย โดยเพศชายเพิ่มจาก ๗๐.๔ ในปี ๒๕๕๓ เป็น ๗๑.๑ ในปี ๒๕๕๖ คาดประมาณว่าจะเพิ่มเป็น ๗๕.๒ ในปี ๒๕๘๓ และเพศหญิงเพิ่มจาก ๗๗.๕ ในปี ๒๕๕๓ เป็น ๗๘.๒ ในปี ๒๕๕๗ และคาดประมาณว่าจะเพิ่มเป็น ๘๑.๙ ในปี ๒๕๘๓ (ข้อมูลจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย ๒๕๕๓ - ๒๕๘๓ โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ) ดังนั้น เพื่อให้อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า ๘๕ ปี ภายในระยะ ๒๐ ปี จึงต้องมุ่งลดจำนวนผู้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Premature Mortality) ซึ่งมาจาก ๒ สาเหตุหลัก คือ การชีวิตจากสาเหตุภายนอก (External Causes) ที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศไทย และการเสียชีวิตจากการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Chronic Diseases)

ประชาชนจังหวัดหนองคายมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy : LE) เพิ่มสูงขึ้นจากปี ๒๕๕๖-๒๕๖๐ ลดลงเฉพาะเพศชายในปี ๒๕๕๙ และมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด(Life Expectancy : LE) สูงกว่าค่าของประเทศ รายละเอียดตามตารางที่ ๙

ตารางที่ ๙ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy at Birth) จังหวัดหนองคาย

ปี พ.ศ.	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy : LE)	
	ชาย	หญิง
๒๕๕๖	๗๒.๓๗	๗๙.๗๑
๒๕๕๗	๗๒.๘๗	๗๙.๔๒
๒๕๕๘	๗๓.๓๘	๗๘.๙๑
๒๕๕๙	๗๐.๐๒	๗๙.๐๒
๒๕๖๐	๗๓.๕๙	๘๐.๑๘
ประเทศไทย	๗๑.๖ (LE ๒๕๕๘)	๗๘.๔

ที่มา : ข้อมูลประชากร จาก กระทรวงมหาดไทย, ข้อมูลการตาย จาก กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

ข้อมูลอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ประเทศไทย, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

ข้อมูลอายุคาดเฉลี่ยการมีสุขภาพดีเมื่อแรกเกิด ประเทศไทย, สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (HISO)

๒.๒ อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy: HALE)

อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้นในช่วง ๕ ปี ที่ผ่านมา (พ.ศ.๒๕๕๒ - ๒๕๕๖) จาก ๖๒ ปี ในปี ๒๕๕๒ เป็น ๖๖ ปี ในปี ๒๕๖๐ (ที่มา World Health Statistic ๒๐๑๓ - ๒๐๑๕) สาเหตุการสูญเสียปี สุข ภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรของประชากรไทย ในปี ๒๕๕๖ ทั้งใน ชายไทยและหญิงไทยมาจากโรคไม่ ติดต่อและโรคเรื้อรัง ผู้ชายไทยสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุดจากอุบัติเหตุทางถนน โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง ดับ และโรคหัวใจขาดเลือด ส่วนหญิงไทยสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุดจาก โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดและการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามลำดับ ดังนั้น นอกจากการมุ่งลดปัจจัยเสี่ยงและการ เจ็บป่วยแล้ว ยังต้องมุ่งส่งเสริมสุขภาพของคนไทยอีกด้วย จึงจะทำให้อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่า ๗๒ ปี ภายในระยะ ๒๐ ปีนี้

ประชาชนจังหวัดหนองคายมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี(HALE) เมื่อแรกเกิด เพิ่มขึ้นจากปี ๒ ๕๕๖-๒๕๖๐ ลดลงเฉพาะเพศชายในปี ๒๕๕๙ และมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี(HALE) เมื่อแรกเกิด สูง กว่าค่าของประเทศ รายละเอียดตามตารางที่ ๑๐

ตารางที่ ๑๐ อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) เมื่อแรกเกิด จังหวัดหนองคาย

ปี พ.ศ.	อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเมื่อแรกเกิด (Health Adjusted Life Expectancy : HALE)	
	ชาย	หญิง
๒๕๕๖	๖๕.๗๙	๗๑.๗๘
๒๕๕๗	๖๖.๒๒	๗๑.๕๖
๒๕๕๘	๖๖.๕๘	๗๑.๑๖
๒๕๕๙	๖๓.๙๙	๗๑.๓๑
๒๕๖๐	๖๖.๗๒	๗๒.๑๖
ประเทศไทย	๖๔.๓ (HALE ๒๕๕๖)	๖๙.๒

ที่มา : ข้อมูลประชากร จาก กระทรวงมหาดไทย, ข้อมูลการตาย จาก กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

ข้อมูลอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ประเทศไทย, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

ข้อมูลอายุคาดเฉลี่ยการมีสุขภาพดีเมื่อแรกเกิด ประเทศไทย, สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (HISO)

๒.๓ ปัญหาสาธารณสุข

๑) กลุ่มโรคติดต่อที่มีแนวโน้มลดลง

กลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน เป็นกลุ่มโรคติดต่อที่มีแนวโน้มลดลง ถึงแม้ว่า ประเทศไทยจะ ประสบความสำเร็จอย่างสูงในการลดการเจ็บป่วย และตาย แต่ยังคงมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการอย่าง ต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าระบบการให้บริการวัคซีนจะยังคงเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และประชากร กลุ่มเป้าหมายได้รับวัคซีนที่มีคุณภาพแม้อยู่ในพื้นที่ห่างไกลและทุรกันดาร นอกจากนี้ประเทศไทยยังต้องมีการ พัฒนาและเพิ่มชนิดของวัคซีน เพื่อเป็นการป้องกันโรคในกลุ่มอายุอื่นๆ อีกด้วย

จังหวัดหนองคาย ให้ความสำคัญกับโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ประชากรเป้าหมายได้รับวัคซีนครบชุด และมีความครอบคลุมไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ ข้อมูลกลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ในช่วงระหว่างปี ๒๕๕๖-๒๕๖๐ มีแนวโน้มลดลง และในปี ๒๕๖๐ ไม่พบผู้ป่วยด้วยโรคบาดทะยัก คอตีบ ไอกรน

โรคไข้มาลาเรีย ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีประสิทธิผลสำเร็จในการควบคุมโรค ไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือจำนวนผู้ป่วยลดลงจาก ๑๕๐,๐๐๐ ราย ในปี ๒๕๔๓ เหลือ ๒๔,๘๕๐ ราย ในปี ๒๕๕๘ (ลดลงประมาณร้อยละ ๘๕) โดยปี ๒๕๕๘ มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรียเท่ากับ ๐.๓๘ ต่อประชากรพันคน ควรปรับนโยบายจากการควบคุมโรคเป็นการกำจัดโรคไข้มาลาเรียตามนโยบายองค์การอนามัยโลก จึงมีความจำเป็นต้องปรับยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการดำเนินงานดังกล่าวให้สอดคล้องกับสถานการณ์และพื้นที่ปฏิบัติงาน นอกจากนี้ประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญในการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ได้แก่ ปัญหาเชื้อมาลาเรียดื้อยา ซึ่งตรวจพบมากในพื้นที่ชายแดน และเขตป่าเขา บริเวณพรมแดนด้านตะวันตกติดกับประเทศเมียนมา และด้านตะวันออกติดกับประเทศกัมพูชา และปัญหาอีกประการหนึ่งได้แก่การพบผู้ป่วย โรคไข้มาลาเรียซึ่งเป็นพลเมืองจากประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งปัญหานี้พบมากในบริเวณพื้นที่ชายแดนเช่นกัน

จังหวัดหนองคาย ดำเนินการเฝ้าระวังควบคุมโรคที่นำโดยแมลง โดยเฉพาะโรคไข้เลือดออก และมาลาเรีย จากข้อมูลเฝ้าระวังในช่วง ๕ ปี ย้อนหลัง (พ.ศ.๒๕๕๖-๒๕๖๐) พบว่า พบผู้ป่วยมาลาเรีย ในปี ๒๕๕๖-๒๕๕๗ อัตราป่วย ๐.๕๙, ๐.๕๘ และตั้งแต่ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๐ ไม่พบผู้ป่วยด้วยโรคมาลาเรีย

๒) กลุ่มโรคติดต่อที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

โรคติดต่ออุบัติใหม่ กำลังเป็นปัญหาทั่วโลก เนื่องจากทุกๆ ปี จะมีโรคติดต่ออุบัติใหม่เกิดการระบาดขึ้น ปัจจัยเสี่ยงต่อการระบาดมีความซับซ้อน และส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางสังคม และเศรษฐกิจอย่างรุนแรง พบว่าในช่วง ๓ ทศวรรษที่ผ่านมา มีโรคติดต่อเกิดขึ้นใหม่จำนวนมาก โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่สำคัญในปัจจุบันได้แก่ โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง โรคไข้หวัดนก โรคติดต่อไวรัสอีโบลาและโรคติดต่อไวรัสซิกา เป็นต้น จะเห็นได้ว่า โรคติดต่ออุบัติใหม่ในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่เป็นโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน โรคเหล่านี้มักมีต้นกำเนิดมาจากสัตว์ หรือสัตว์ป่าและมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่ การเคลื่อนย้ายของประชากร ความชุกชุมของสัตว์พาหะนำโรค เช่น ยุง ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจและความตระหนักในการป้องกัน ควบคุมโรค ปฏิบัติตนไม่ถูกต้องตามหลักสุขอนามัย อยู่ร่วมกันอย่างหนาแน่น มีภูมิคุ้มกันโรคต่ำ เช่น เด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หญิงตั้งครรภ์ หรือมีโอกาสสัมผัสโรคมาก เช่น เกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์ คนทำงานในโรงฆ่าสัตว์ คนฆ่าและเนื้อสัตว์ รวมถึงกลุ่มที่มีโอกาสแพร่โรคหรือรับโรคได้ง่าย เช่น กลุ่มผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก หรือกลุ่มผู้เดินทางไปต่างประเทศ

จากข้อมูลจังหวัดหนองคาย พบว่า สถานการณ์โรคติดต่อไวรัสซิกา ในปี ๒๕๕๙ พบผู้ป่วยยืนยัน จำนวน ๑๑ ราย (หญิงตั้งครรภ์ ๒ ราย, ติดเชื้อไม่มีอาการ ๑ ราย) และในปี ๒๕๖๐ พบผู้ป่วยยืนยัน จำนวน ๑๑ ราย (หญิงตั้งครรภ์ ๑ ราย) ซึ่งสามารถควบคุมป้องกันโรคได้ไม่เกิดการระบาดในระลอกที่ ๒

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สถานการณ์ประเทศไทย ปี ๒๕๕๖-๒๕๕๘ พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ๕ โรค เฉพาะกลุ่มอายุ ๑๕-๒๔ ปี มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามลำดับเท่ากับ ๕๑.๓๕, ๕๗.๓๗ และ ๗๒.๔๒ ต่อแสนประชากร จำแนกรายโรคพบว่าป่วยด้วยโรคหนองในมากที่สุดและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น อัตราป่วยเป็น ๓๗.๓๔, ๔๐.๙๘ และ ๕๐.๐๙ ต่อแสนประชากรรองลงมาเป็นโรคซิฟิลิส อัตราป่วย ๕.๗, ๘.๓ และ ๑๑.๕ ต่อแสนประชากร และหนองในเทียม อัตราป่วย ๕.๗๙, ๕.๗๐ และ ๗.๓๗ ต่อแสนประชากรตามลำดับ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จังหวัดหนองคาย พบว่า อัตราป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๘-๒๕๖๐ โดยมีอัตราป่วย ๒๔.๕๓, ๒๖.๔๔

และ ๓๙.๘๖ ตามลำดับ และมีจำนวนผู้ป่วยเอดส์/ผู้ติดเชื้อ เอช ไอวี จำนวน ๓,๓๑๑ คน และมีผู้เสียชีวิตสะสม จำนวน ๘๐๙ คน ปัจจัยเสี่ยงส่วนใหญ่ เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน รองลงมาคือ ติดเชื้อจากแม่สู่ลูก และ ฉีดยาเสพติดชนิดเข้าเส้น สำหรับอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากปี ๒๕๕๖-๒๕๖๐ พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นในปี ๒๕๕๙ และลดลงในปี ๒๕๖๐ เมื่อแยกรายโรค พบว่า โรคหนองในมีอัตราป่วยสูงสุด รองลงมาคือ โรคหนองในเทียม โรคซิฟิลิส โรคแผลริมอ่อน โรคกามโรคของงตอมและท่อน้ำเหลือง

วัณโรค องค์การอนามัยโลก คาดประมาณอัตราป่วยวัณโรครายใหม่ในประเทศไทยโดยใช้ผลการสำรวจความชุกเป็นฐานของการวิเคราะห์พบว่า ในปี ๒๕๕๗ มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ๑๒๐,๐๐๐ ราย (๑๗๑ ต่อแสนประชากร) ปัจจัยที่ทำให้ยังคงมีผู้ป่วยวัณโรคเกิดขึ้นมาก (determinants) มีหลายประการ เช่น สังคมที่มีกลุ่มสูงวัยมากขึ้น สังคมเขตเมืองและการเคลื่อนย้ายถิ่นฐาน กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มแรงงานข้ามชาติ กลุ่มผู้ต้องขัง และกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน องค์การสหประชาชาติได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable development goals) โดยการยุติปัญหาวัณโรค (End TB) อยู่ภายใต้เป้าหมายที่ ๓ ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดเป้าหมายลดอัตราป่วยรายใหม่เป็น ๒๐ ต่อแสนประชากรในปี ๒๕๗๓ และ ๑๐ ต่อแสนประชากรในปี ๒๕๗๘ ในปัจจุบันประเทศไทยจัดเป็นหนึ่งใน ๑๔ ประเทศที่มีภาระโรคสูงทั้งสามด้าน ได้แก่ วัณโรค วัณโรคดื้อยา และวัณโรคร่วมเอชไอวี ความท้าทายที่สำคัญยิ่งของประเทศไทย คือ การค้นหาและรายงานผู้ป่วยที่ปัจจุบันครอบคลุมเพียงร้อยละ ๕๙ แสดงถึงผู้ป่วยอีกกว่าร้อยละ ๔๐ ที่ไม่เข้าถึงการวินิจฉัยหรือเข้าถึงซ้ำ จำเป็นอย่างยิ่งที่ประเทศไทยจะต้องเพิ่มความครอบคลุมการตรวจรักษาวัณโรคให้สูงขึ้น เพื่อลดการแพร่กระจาย เชื้อวัณโรคสู่คนรอบข้าง

สถานการณ์วัณโรค จังหวัดหนองคาย พบว่า อัตราป่วยด้วยวัณโรคทุกระบบในปีงบประมาณ ๒๕๕๑-๒๕๖๐ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ปี ๒๕๖๐ อัตราป่วย ๑๐๔.๘๑ ต่อแสนประชากร) และอัตราป่วยด้วยวัณโรครายใหม่เสมหะพบเชื้อ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน (ปี ๒๕๖๐ อัตราป่วย ๕๗.๘๗ ต่อแสนประชากร) และในปี ๒๕๖๐ พบผู้ป่วยวัณโรคที่เคยรักษามาก่อนและกลับเป็นซ้ำ จำนวน ๒๐ ราย อัตราความสำเร็จในการรักษาวัณโรค พบว่า อัตราผลสำเร็จ (Success Rate) ปี ๒๕๕๘-๒๕๕๙ ร้อยละ ๗๓.๗๘ และ ๗๗.๔๖ ซึ่งผลงานยังต่ำกว่าเป้าหมาย (>ร้อยละ ๘๕)

๒.๔ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ

โรคเรื้อรังที่เป็นอันดับต้นของสาเหตุการป่วยและตายของประชาชนชาวไทย ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง โรคมะเร็ง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอันเนื่องมาจากสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย พฤติกรรมการบริโภค และขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม

๑) โรคเบาหวาน สถานการณ์ในประเทศไทยในปี ๒๕๕๖ มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด ๙,๖๔๗ ราย หรือเฉลี่ยวันละ ๒๗ คน คิดเป็นอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน ๑๔.๙๓ ต่อแสนประชากร ในปี ๒๕๕๗ มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด ๑๑,๓๘๙ ราย หรือเฉลี่ยวันละ ๓๒ คน คิดเป็นอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน ๑๗.๕๓ ต่อแสนประชากร และปี ๒๕๕๘ อัตราตายด้วยโรคเบาหวาน ๑๗.๘๓ ข้อมูลจากเครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (MedResNet) และมีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๖๙๘,๗๒๐ ครั้ง คิดเป็นอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ๑,๐๘๑.๒๕ ต่อแสนประชากรในปี ๒๕๕๗ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี มีเพียงร้อยละ ๓๗.๙ ถ้าควบคุมสภาวะของโรคได้ไม่ดีก็จะมีปัญหาของภาวะแทรกซ้อนตามมา ทั้งเรื่องของ ตา ไต หัวใจ สมอง และเท้า

สถานการณ์โรคเบาหวาน จังหวัดหนองคาย ในปี ๒๕๕๐-๒๕๕๘ พบว่ามีผู้ป่วยตายเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเริ่มลดลงในปี ๒๕๖๐ โดยปี ๒๕๖๐ มีอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน ๒๑.๑๔ ต่อแสนประชากร อัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเริ่มลดลงในปี ๒๕๖๐ มีอัตราป่วย ๑,๕๑๕.๙๖ ต่อแสนประชากร ในปี ๒๕๖๐ มีผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน ๓,๐๒๕ ราย (อัตราชุก ๕.๗๐) และมีผู้ป่วยสะสม จำนวน ๒๙,๖๔๓ ราย มีผู้ป่วยตายด้วยโรคเบาหวาน ๑๑๐ คน ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี มีเพียงร้อยละ ๒๐.๑๙

๒) โรคความดันโลหิตสูง จากข้อมูลสถิติของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้นโดยตลอดตั้งแต่ปี ๒๕๕๕-๒๕๕๘ เป็นจำนวน ๓,๖๘๔ คน ปี ๒๕๕๖ จำนวน ๕,๑๖๕ คน ปี ๒๕๕๗ จำนวน ๗,๑๑๕ คน และ ปี ๒๕๕๘ มีจำนวนสูงถึง ๗,๕๗๘ คน ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๔ (ปี ๒๕๕๑-๒๕๕๒) พบว่า ประชากรไทยที่มีอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป มีอัตราความชุกของภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๒๑.๔ และผลการสำรวจครั้งที่ ๕ อัตราความชุกของภาวะความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๒๔.๗ หรือประมาณทุกๆ ๑ ใน ๔ คน ของประชากรไทยที่เป็นผู้ใหญ่มีภาวะความดันโลหิตสูง และสิ่งที่น่าวิตกอย่างยิ่ง คือ ในจำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๖๐ ในเพศชาย และ ๔๐ ในเพศหญิง ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน ร้อยละ ๘ - ๙ ได้รับการวินิจฉัย แต่ไม่ได้รับการรักษา และในกลุ่มของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา พบว่าจำนวนประมาณน้อยกว่า ๑ ใน ๔ ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ ซึ่งมีเพียง ๑ ใน ๔ ที่ได้รับการรักษา และควบคุมความดันโลหิตได้

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดหนองคาย ในปี ๒๕๕๐-๒๕๕๘ พบว่ามีผู้ป่วยตายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ปี ๒๕๖๐ มีอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ๖.๗๓ ต่อแสนประชากร อัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างจากปี ๒๕๕๐-๒๕๕๘ มีอัตราป่วย ๑,๘๖๙.๓๘ ต่อแสนประชากร ในปี ๒๕๖๐ มีผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน ๕,๕๓๓ ราย (อัตราชุก ๘.๙๙) และมีผู้ป่วยสะสม จำนวน ๔๖,๗๕๘ ราย มีผู้ป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ๓๕ คน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตสูง ได้ดี ร้อยละ ๕๐.๓๘

๓) โรคหัวใจขาดเลือด สถานการณ์โรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๕๕-๒๕๕๘ พบว่า อัตราตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดภาพรวมของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี ๒๕๕๘ อัตราตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเท่ากับ ๒๘.๙๒ ต่อแสนประชากร และเมื่อพิจารณาอัตราผู้ป่วยในโรคหัวใจขาดเลือดจากข้อมูลกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ปี ๒๕๕๐-๒๕๕๖ โดยอัตราผู้ป่วยใน ปี ๒๕๕๐ เท่ากับ ๓๒๘.๖๓ ต่อแสนประชากร และปี ๒๕๕๖ อัตราผู้ป่วยใน เท่ากับ ๔๓๕.๑๘ ต่อแสนประชากร โดยอัตราผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นถึง ๑.๓ เท่า อย่างไรก็ตาม อัตราผู้ป่วยในลดลงในปี ๒๕๕๗ โดยมีอัตราผู้ป่วยใน เท่ากับ ๔๐๗.๖๙ ต่อแสนประชากร

สถานการณ์โรคหัวใจขาดเลือดในจังหวัดหนองคาย อัตราตายมีแนวโน้มสูงขึ้นจากปี ๒๕๕๐-๒๕๖๐ โดยอัตราตายในปี ๒๕๕๐ เท่ากับ ๘.๓๒ ต่อแสนประชากร ปี ๒๕๕๕ มีอัตราตาย เท่ากับ ๑๐.๒๐ ต่อแสนประชากร และปี ๒๕๖๐ มีอัตราตายเท่ากับ ๑๔.๙๙ ต่อแสนประชากร

อัตราป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีแนวโน้มสูงขึ้นจากปี ๒๕๕๐-๒๕๕๘ โดยอัตราป่วยในปี ๒๕๕๐ เท่ากับ ๑๕๔.๕๙ ต่อแสนประชากร ปี ๒๕๕๕ มีอัตราป่วย เท่ากับ ๒๓๘.๖๙ ต่อแสนประชากร และปี ๒๕๕๘ มีอัตราป่วยเท่ากับ ๒๗๑.๗๐ ต่อแสนประชากร

๔) โรคหลอดเลือดสมอง สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย จากข้อมูลรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยปี ๒๕๕๖ พบว่าโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดการสูญเสียปี สุขภาพมากเป็นอันดับ ๑ ในเพศหญิง (๒๗๗,๐๐๐ ปี สุขภาพที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL) หรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๑๐.๘ ของปีสุขภาพที่สูญเสียไปทั้งหมด) และอันดับ ๒ ในเพศชาย (๓๔๐,๐๐๐ ปีสุขภาพที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL) หรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๘.๘ ของปีสุขภาพที่สูญเสียไปทั้งหมด) และจากข้อมูลมรณบัตรและรายงานสาเหตุการตาย ปี ๒๕๕๓-๒๕๕๗ พบว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองภาพรวมของประเทศไทยมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นต่อเนื่องในทุกเขตสุขภาพ และทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ โดยในปี ๒๕๕๓ อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวมเท่ากับ ๔๐.๙๗ ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น ๕๔.๒๕ ต่อแสนประชากร ในปี ๒๕๕๗ ซึ่งเพิ่มขึ้นถึงปีละกว่า ๔,๐๐๐ คน

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดหนองคาย อัตราตายมีแนวโน้มสูงขึ้นจากปี ๒๕๕๐-๒๕๖๐ โดยอัตราตายในปี ๒๕๕๐ เท่ากับ ๘.๕๕ ต่อแสนประชากร ปี ๒๕๕๕ มีอัตราตาย เท่ากับ ๑๕.๕๐ ต่อแสนประชากร และปี ๒๕๖๐ มีอัตราตายเท่ากับ ๒๙.๗๙ ต่อแสนประชากร

อัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้นจากปี ๒๕๕๐-๒๕๕๘ โดยอัตราป่วยในปี ๒๕๕๐ เท่ากับ ๑๔๔.๙๓ ต่อแสนประชากร ปี ๒๕๕๕ มีอัตราป่วย เท่ากับ ๓๐๑.๒๕ ต่อแสนประชากร และปี ๒๕๕๘ มีอัตราป่วยเท่ากับ ๔๑๓.๔๖ ต่อแสนประชากร

๕) โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease: CKD) เป็นภัยสุขภาพที่คุกคามต่อคุณภาพชีวิตของประชากรทั่วโลก ซึ่งมีสาเหตุสำคัญจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยพบว่าการไม่สามารถควบคุมภาวะของระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตได้นั้น เป็นสาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ได้กว่าร้อยละ ๗๐ สำหรับประเทศไทย สถานการณ์โรคไตเรื้อรังก็เป็นปัญหาเช่นเดียวกับหลายประเทศ โดยผลการศึกษาความชุกโรคไตเรื้อรังของโครงการวิจัยการประมาณความชุกของโรคไตเรื้อรังในประชากรไทย (Thai SEEK Project) พบว่า มีความชุกโรคไตเรื้อรัง เท่ากับร้อยละ ๑๗.๕ ซึ่งมีผู้ป่วยระยะที่ ๓-๕ ร้อยละ ๘.๖ และระยะที่ ๑-๒ ร้อยละ ๘.๙

สถานการณ์โรคไตในจังหวัดหนองคาย พบว่า ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๐ อัตราตายด้วยโรคไตวายเป็นสาเหตุการตาย ๕ อันดับแรกของประชาชนจังหวัดหนองคาย โดย ปี ๒๕๕๘ อัตราตาย เท่ากับ ๒๔.๘๓ ต่อแสนประชากร (อันดับ ๔) ปี ๒๕๕๙ อัตราตาย เท่ากับ ๓๓.๘๒ ต่อแสนประชากร (อันดับ ๔) ปี ๒๕๖๐ อัตราตาย เท่ากับ ๒๒.๘๐ ต่อแสนประชากร (อันดับ ๕) ในปี ๒๕๖๐ พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ จำนวน ๔,๙๙๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๐.๔๘ เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๘ (ร้อยละ ๒๗.๓๓)

๖) โรคมะเร็ง สถาบันมะเร็งแห่งชาติและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้คำนวณสถิติโรคมะเร็งของประเทศไทยจากหน่วยทะเบียนมะเร็งระดับประชากร ๑๕ แห่ง ทั่วประเทศ โดยข้อมูลสถิติโรคมะเร็ง ในปี ๒๕๕๓-๒๕๕๕ (Cancer in Thailand Vol VIII, ๒๐๑๐-๒๐๑๒) มีจำนวนผู้ป่วยใหม่ จำนวน ๑๑๒,๓๙๒ ราย เป็นเพศชาย จำนวน ๕๔,๕๘๖ ราย และเพศหญิง จำนวน ๕๗,๘๐๖ ราย โรคมะเร็งที่พบมาก ๕ อันดับแรก ในเพศชาย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งหลอดลมและปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด Non-Hodgkin ส่วนโรคมะเร็งที่พบมาก ๕ อันดับแรกในเพศหญิง ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งหลอดลมและปอด และจากข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขรายงานว่าในปี ๒๕๕๔ ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งประมาณ ๖๑,๐๘๒ คน เป็นเพศชาย ๓๕,๔๓๗ คน เป็นเพศหญิง ๒๕,๖๔๕ คน ถือเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยโรคมะเร็งที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ๕ อันดับแรกของ

ประเทศ คือ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๕๖.๓๘ ของมะเร็งทั้งหมด

สถานการณ์โรคมะเร็ง จังหวัดหนองคาย พบว่า กลุ่มโรคเนื้องอก มะเร็งทุกชนิด เป็นสาเหตุการตายอันดับ ๑ ในช่วงระยะ ๕ ปีที่ผ่านมา (๒๕๕๖-๒๕๖๐) และ อัตราตายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น มะเร็งที่พบสูงสุด คือ มะเร็งตับ ปี ๒๕๖๐ มีจำนวนผู้เสียชีวิต ๑๕๑ ราย (เพศชาย ๙๘ ราย, เพศหญิง ๕๓ ราย) อัตราตาย ๒๘.๙๓ ต่อแสนประชากร

๒.๕ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ

๑) การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การวิเคราะห์ความสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability adjusted life years: DALY) ของประชากรไทย ปี ๒๕๕๖ พบว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอันดับหนึ่งในเพศชาย และจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี ๒๕๕๘ พบว่าความชุกของนักดื่มในประชากรผู้ใหญ่ (อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๐ เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๖ ที่ร้อยละ ๓๒.๒ และปี ๒๕๕๗ ที่ร้อยละ ๓๒.๓ โดยมีนักดื่มเพศชายมากกว่านักดื่มเพศหญิงประมาณ ๔.๓๕ เท่า เมื่อพิจารณาความชุกของนักดื่มในประชากรวัยรุ่น (อายุ ๑๕-๑๙ ปี) ปี ๒๕๕๘ คิดเป็นร้อยละ ๑๙.๑ เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๖ ที่ร้อยละ ๑๖.๐ และปี ๒๕๕๗ ที่ร้อยละ ๑๘.๑ ซึ่งพบว่ามีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว นักดื่มกลุ่มนี้มีแนวโน้มกลายbecome นักดื่มประจำ นอกจากนี้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังก่อให้เกิดปัญหาอุบัติเหตุ โดยเฉพาะในช่วงเทศกาลที่มีวันหยุดติดต่อกันจะพบการเกิดอุบัติเหตุจราจรทำให้มีผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บเป็นจำนวนมาก โดยสาเหตุหลักอันดับหนึ่งเกิดจากการเมาสุรา

จากการสำรวจข้อมูลพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ต้มสุรา ของเยาวชนจังหวัดหนองคาย ในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ ๕ และ อาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปีที่ ๒ พบพฤติกรรมนักเรียนดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ ๗๑.๑๗ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก อายุเฉลี่ย ๑๔.๕๖ ปี จากการวิเคราะห์ข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ในช่วงเทศกาลปีใหม่ พบว่า สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุมาจากการดื่มสุรา ร้อยละ ๔๓.๑๐ (อายุ<๒๐ ปี ดื่มสุรา=๒๑.๓๖) และในช่วงเทศกาลสงกรานต์ สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุมาจากการดื่มสุรา ร้อยละ ๓๓.๐๕ (อายุ<๒๐ ปี ดื่มสุรา=๑๗.๗๒)

๒) การบริโภคยาสูบ ผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรไทยล่าสุด ปี ๒๕๕๘ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ) พบว่า ในจำนวนประชากรที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีผู้สูบบุหรี่ ๑๐.๙ ล้านคน (ร้อยละ ๑๙.๙) โดยในภาพรวม พบว่า ในช่วงปี ๒๕๔๗ - ๒๕๕๒ อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ ๒๓.๐ เป็นร้อยละ ๒๐.๗ ตามลำดับ แต่กลับเพิ่มขึ้นในปี ๒๕๕๔ เป็นร้อยละ ๒๑.๔ และลดลงเหลือร้อยละ ๑๙.๙ ในปี ๒๕๕๖ จากนั้นกลับเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ ๒๐.๗ ในปี ๒๕๕๗ และลดลงเป็นร้อยละ ๑๙.๙ ในปีล่าสุด ๒๕๕๘ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบอัตราการสูบบุหรี่ ปี ๒๕๕๘ กับปี ๒๕๕๗ พบว่า ทั้งเพศชายและหญิงมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลง โดยอัตราการสูบบุหรี่ของเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง ๒๑.๘ เท่า และยังคงพบการได้รับควันบุหรี่มือสองในสถานที่สาธารณะต่างๆ เช่น ตลาด สถานบันเทิง เป็นต้น ทั้งๆ ที่สถานที่เหล่านี้ เป็นเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย

จากการสำรวจข้อมูลพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ต้มสุรา ของเยาวชนจังหวัดหนองคาย ในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ ๕ และ อาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปีที่ ๒ พบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ นักเรียนชายเคยสูบบุหรี่ ร้อยละ ๒๓.๓๑ เคยสูบบุหรี่ครั้งแรกอายุเฉลี่ย ๑๔.๑๖ ปี นักเรียนหญิงเคยสูบบุหรี่ ร้อยละ ๖.๐๙ เคยสูบบุหรี่ครั้งแรกอายุเฉลี่ย ๑๔.๕๒ ปี

๓) **อุบัติเหตุ** คนไทยตายจากอุบัติเหตุทางถนนมากเป็นอันดับ ๒ ของโลก ข้อมูลจากการเก็บสถิติของสถาบันวิจัยด้านคมนาคม มหาวิทยาลัยมิชิแกน สหรัฐอเมริกา ร่วมกับข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก ระบุว่าสถิติการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนทั่วโลก มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ ๑๘ คน ต่อแสนประชากรต่อปี แต่สำหรับนาเมิเบีย ไทยและอิหร่าน ซึ่งเป็น ๓ อันดับต้นๆ มีสถิติมากกว่าค่าเฉลี่ยเกิน ๒ เท่า คือ ๔๕ คน, ๔๔ คน และ ๓๘ คนต่อแสนประชากรต่อปี ตามลำดับ

สถานการณ์อุบัติเหตุ จังหวัดหนองคาย พบว่า อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจากฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม จากปี ๒๕๕๘-๒๕๖๐ มีแนวโน้มลดลง ปี ๒๕๕๘=๖๘ ราย, ปี ๒๕๕๙=๖๖ ราย, ปี ๒๕๖๐=๔๓ ราย แต่จากฐานข้อมูลที่มีการบูรณาการกันระหว่างตำรวจ บริษัทกลาง สาธารณสุข (ข้อมูล ๓ ฐาน) อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ปี ๒๕๕๙=๑๔๙ ราย, ปี ๒๕๖๐=๑๘๔ ราย เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลจาก ๒ แหล่งพบว่ามีความแตกต่างกัน จากฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้มมีแนวโน้มลดลง จากข้อมูล ๓ ฐานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สาเหตุหนึ่งคือมีการตายจากอุบัติเหตุ ณ จุดเกิดเหตุ ซึ่งไม่ได้นำข้อมูลมาลงในระบบ ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม

๒.๖ โรคและภัยสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม

ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพมาจากหลากหลายสาเหตุ ทั้งที่เกิดจากธรรมชาติและการกระทำของมนุษย์ ประชาชนไทยประสบปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพจากสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ ในหลายกรณี ซึ่งปัญหาโรคและภัยสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมได้ถูกจัดแบ่งตามสภาพสาเหตุของมลพิษ และตามพื้นที่ที่เกิดเหตุ รวมทั้งกำหนดเป็นพื้นที่คุ้มครองสุขภาพจากปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ (พื้นที่ Hot Zone) ได้แก่ ๑) มลพิษสารเคมีและสารอันตรายที่สำคัญ ได้แก่ ๑.๑) ปัญหามลพิษจากการทำเหมือง ๑.๒) ปัญหาขยะอิเล็กทรอนิกส์ ๒) มลพิษทางอากาศที่สำคัญ ได้แก่ ๒.๑) ปัญหาหมอกควัน ๒.๒) ปัญหาฝุ่นละออง ๒.๓) โรงไฟฟ้าชีวมวล ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง แต่ส่วนใหญ่จะเป็นแบบเรื้อรัง การวินิจฉัยโรคมีความยากและแตกต่างจากโรคอื่นๆ คือ ผลกระทบที่เกิดขึ้นอาจไม่มีการแสดงอาการป่วยที่เห็นได้ชัดเจน ใช้ระยะเวลานานในการก่อให้เกิดโรค แต่อาจส่งผลกระทบต่อระดับสติปัญญาและการพัฒนาการของเด็กซึ่งไม่สามารถแก้ไขให้กลับคืนมาได้

สถานการณ์จังหวัดหนองคาย ด้านการเกิดโรคและภัยสุขภาพจากปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม มีการร้องเรียนจากประชาชนอำเภอสังคม จังหวัดหนองคายที่ได้รับผลกระทบจากกิจการดูดทรายในแม่น้ำโขง ทั้งมลภาวะทางอากาศ ทางเสียง และความเสียหายทางการเกษตรอย่างรุนแรง ซึ่งได้มีการร้องเรียนและมีการตรวจสอบติดตามจากคณะกรรมการจังหวัดหนองคายและอำเภอสังคม ได้มีการคำสั่งระงับการดูดทรายเพื่อลดผลกระทบต่อประชาชน สิ่งแวดล้อมและระบบนิเวศ

๓. ปัญหาสุขภาพตามกลุ่มวัย

๓.๑ กลุ่มเด็กปฐมวัย (๐ - ๕ ปี)

ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา อัตราส่วนการตายมารดาของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลง โดยอัตราส่วนการตายมารดาลดลงจาก ๓๗๔.๓ ต่อเกิดมีชีวิตคน ในปี พ.ศ. ๒๕๐๕ เป็น ๒๔.๒๖ ต่อเกิดมีชีวิตคน ในปี ๒๕๕๙ ต่ำกว่าค่าเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ที่กำหนดไว้เท่ากับ ๗๐ ต่อการเกิดมีชีวิตคน สาเหตุการเสียชีวิตของมารดาส่วนใหญ่เกิดจากการตกเลือดและความดันโลหิตสูง อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบอัตราส่วนการตายมารดาในกลุ่มประเทศอาเซียน พบว่าประเทศไทยมีอัตราส่วนการตายมารดาน้อยกว่าประเทศอื่นๆ เป็นอันดับ ๒ รองจากประเทศสิงคโปร์สำหรับอัตราในเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงและต่ำกว่าค่าเฉลี่ยโลก แต่ก็ยังสูงกว่าประเทศในแถบภูมิภาคเดียวกันอย่างสิงคโปร์ มาเลเซียและบรูไน

ภาวะโภชนาการและการพัฒนาการของเด็กในกลุ่มนี้ พบว่า อุบัติการณ์ของทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ค่อนข้างคงที่ คือ ร้อยละ ๘.๔-๘.๖ ซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กระทรวงกำหนดไว้ไม่เกิน ร้อยละ ๗ และเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๔๘ ในปี ๒๕๕๙ เป็นร้อยละ ๔๙.๕ ในปี ๒๕๖๐ (รายงานระบบ HDC) แต่ยังคงต่ำกว่าเป้าหมายคือ ร้อยละ ๕๑ สำหรับส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี เด็กชาย ๑๐๙.๙ ซม. เด็กหญิง ๑๐๙.๓ ซม. (ข้อมูล HDC ไตรมาส ๓ ปี ๒๕๖๐) ยังห่างจากค่าเป้าหมาย ๓.๑ ซม. และ ๒.๗ ซม. ในเด็กชายและเด็กหญิง ตามลำดับ จากผลการตรวจคัดกรองและประเมินพัฒนาการของเด็กในกลุ่มนี้ (รายงานระบบ HDC) พบว่า มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๙๙.๓ และ ๙๘.๗ ซึ่งเกินกว่าค่าที่กระทรวงกำหนดไว้ที่ร้อยละ ๘๕ แต่อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากการรณรงค์คัดกรองพัฒนาการเด็กเดือนกรกฎาคม ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๐ พบพัฒนาการสมวัยร้อยละ ๗๖.๗ และร้อยละ ๗๗.๙ ตามลำดับ

สำหรับอัตราการมรดาตาย จังหวัดหนองคาย พบว่า ปี ๒๕๕๘ มีมรดาตาย ๑ ราย ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๐ ไม่มีมรดาตาย และปี ๒๕๖๑ มีมรดาตาย ๒ ราย สาเหตุการเสียชีวิตเกิดจากแม่มีภาวะความดันโลหิตสูง และภาวะน้ำคร่ำอุดตัน

สำหรับภาวะโภชนาการและการพัฒนาการของเด็กในกลุ่มอายุ ๐-๕ ปี พบว่า อุบัติการณ์ของทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๐ อยู่ในช่วง ๓.๗๗-๖.๑๐ บรรลุผลงานตามเป้าหมายที่กระทรวงกำหนดคือ <ร้อยละ ๗

เด็กอายุ ๐-๕ ปี พบภาวะอ้วนเตี้ย รูปร่างไม่สมส่วน จากการตรวจสุขภาพเด็ก พบว่า สูงดีสมส่วนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๔๖.๒๕ ในปี ๒๕๕๙ เป็นร้อยละ ๕๓.๓๒ ในปี ๒๕๖๐ (รายงานระบบ HDC) ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี เด็กชายมีส่วนสูงเฉลี่ย ๑๑๐.๔๖ ซม. เด็กหญิง มีส่วนสูงเฉลี่ย ๑๐๙.๖๔ ซม.

การดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก ๐-๒ ปี พบว่าผู้ปกครองเด็กกลุ่มนี้ได้รับการฝึกแปรงฟันให้เด็กแบบลงมือปฏิบัติเพียงร้อยละ ๕๖.๙๙

เด็กเล็กอายุ ๓ ปี พบสถานะฟันน้ำนมผุมีแนวโน้มสูงขึ้นจากร้อยละ ๓๗.๒๐ ในปี ๒๕๖๐ เป็นร้อยละ ๔๓.๕๖ ในปี ๒๕๖๑

๓.๒ กลุ่มเด็กวัยเรียน (๕-๑๔ ปี)

ปัญหาสำคัญของเด็กวัยเรียนส่วนใหญ่เกิดจากภาวะโภชนาการ การเกิดอุบัติเหตุจากจราจร ทางบก และการจมน้ำ สำหรับภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียนของไทย พบว่า มีแนวโน้มภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วน ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้ใหญ่ในอนาคต จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ ๔ (พ.ศ. ๒๕๕๑ - ๒๕๕๒) พบว่า เด็กไทยเริ่มมีปัญหามะเร็งน้ำหนักรุนแรงและอ้วนโดยพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง สำหรับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางบกของเด็กในกลุ่มนี้ยังมีปัญหาอย่างต่อเนื่องและผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนสาเหตุการตายจากการจมน้ำมีแนวโน้มลดลง สำหรับคะแนนระดับสติปัญญาของเด็กกลุ่มวัยเรียนของไทยที่ได้จากการสำรวจปี ๒๕๕๙ พบว่า เด็กประถมศึกษาปีที่ ๑ มีระดับสติปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ ๙๘.๒๓ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ค่ากลางมาตรฐานสากล (IQ = ๑๐๐) และพบว่ามี IQ ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (IQ < ๙๐) ร้อยละ ๓๑.๘๑ (ไม่ควรเกินร้อยละ ๒๕) รวมทั้งพบเด็กที่มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์บกพร่อง (IQ < ๗๐) ร้อยละ ๕.๘ (สูงกว่ามาตรฐานสากล ไม่ควรเกินร้อยละ ๒ และในส่วนของการสำรวจระดับความฉลาดทางอารมณ์ เด็กนักเรียน ไทยอายุ ๖-๑๑ ปี มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป ร้อยละ ๗๗

สถานการณ์เด็กวัยเรียนจังหวัดหนองคาย พบปัญหามะเร็งโภชนาการในเด็กวัยเรียน มีภาวะผอม และพบปัญหาการตายจากอุบัติเหตุจราจรและจมน้ำสูงเป็นอันดับ ๑ และ ๒ ของสาเหตุการตายในกลุ่มอายุ ๕-๑๔ ปี

๓.๓ กลุ่มเด็กวัยรุ่น/นักศึกษา (๑๕-๒๑ ปี)

กลุ่มเด็กวัยรุ่นไทยส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพและอุบัติเหตุ จากข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชากรไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ตีมีแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น การตั้งครกในวัยวัยรุ่นยังเป็นปัญหา และมีความรุนแรงมากขึ้นในสังคมไทย ส่งผลให้เด็กที่เกิดมีพัฒนาการไม่สมวัยและมีโอกาสสูงที่จะกลายเป็นเด็กด้อยโอกาสหรือถูกทอดทิ้ง กลายเป็นปัญหาสังคมตามมา จากข้อมูลอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ ๑๕-๑๙ ปีของประเทศไทยในระยะ ๕ ปีที่ผ่านมาจนถึงแม้้อัตราการคลอด จะลดลงจาก ๕๓.๔ ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน ในพ.ศ. ๒๕๕๔ เหลือ ๔๒.๕ ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน ใน พ.ศ.๒๕๕๙ (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ประมวลผลข้อมูลฐานทะเบียนราษฎร จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) แต่ยังคงต้องร่วมกันดำเนินงานอย่างต่อเนื่องจริงจังเพื่อไปสู่เป้าหมายภายใต้ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครกในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๙ ที่ตั้งเป้าหมายลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ ๑๕-๑๙ ปี เหลือไม่เกิน ๒๕ ต่อพัน ภายใน พ.ศ. ๒๕๖๙

สถานการณ์วัยรุ่น จังหวัดหนองคาย พบว่า อัตราการคลอดในวัยรุ่นมีแนวโน้มลดลงจาก ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๐ โดยอัตราการคลอดมีชีพ ปี ๒๕๕๘ = ๓๕.๖๔ ต่อประชากรหญิง ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน, ปี ๒๕๕๙ = ๓๔.๒๐ ต่อประชากรหญิง ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน, ปี ๒๕๖๐ = ๒๖.๑๙ ต่อประชากรหญิง ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน และพบว่ามีอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๐-๑๔ ปี โดยปี ๒๕๕๘ = ๐.๘๖ ต่อประชากรหญิง ๑๐-๑๔ ปี ๑,๐๐๐ คน, ปี ๒๕๕๙ = ๑.๑๕ ต่อประชากรหญิง ๑๐-๑๔ ปี ๑,๐๐๐ คน, ปี ๒๕๖๐ = ๐.๔๗ ต่อประชากรหญิง ๑๐-๑๔ ปี ๑,๐๐๐ คน

๓.๔ กลุ่มวัยทำงาน (๑๕-๕๙ ปี)

ประชากรกลุ่มวัยทำงานส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องสุขภาพที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ และการเกิดอุบัติเหตุ โดยพบว่าสาเหตุการป่วยส่วนใหญ่ของประชากรวัยทำงานเกิดจากโรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคของต่อมไร้ท่อ โรคติดเชื้อและอุบัติเหตุ สำหรับสาเหตุการตายของประชากรไทยอายุต่ำกว่า ๖๐ ปี พบว่า โรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับแรกในเพศชาย คือ อุบัติเหตุทางถนน รองลงมาคือการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรคมะเร็งตับ และโรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ สำหรับสาเหตุการตายในเพศหญิงอายุต่ำกว่า ๖๐ ปี ได้แก่ การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อุบัติเหตุทางถนน โรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดสมอง สถานการณ์วัยทำงาน จังหวัดหนองคาย พบว่า กลุ่มวัยทำงานมีสาเหตุการป่วยจากพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ โดยสาเหตุการป่วยเกิดจากโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และอุบัติเหตุ สำหรับสาเหตุการตายเกิดจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เนื้องอกร้ายของตับ ปอดบวม และเลือดออกในสมอง

๓.๕ กลุ่มผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทย จากการลดลงของอัตราเจริญพันธุ์รวม และอายุของคนไทยที่ยืนยาวขึ้น ทำให้ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย (Aging Societies) ตามนิยาม ขององค์การสหประชาชาติที่มีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปเกินกว่าร้อยละ ๑๐ ของประชากรทั้งประเทศ จากการศึกษาภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๖ พบว่า ความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ในเพศชายมีสาเหตุหลักจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคมะเร็งตับ สำหรับเพศหญิง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด ต้อกระจก และโรคสมองเสื่อม นอกจากนั้น จากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการในปี ๒๕๕๖ พบว่า มีผู้สูงอายุที่เข้าข่าย มีภาวะซึมเศร้า ถึงร้อยละ ๓๓ แต่ผู้สูงอายุในชุมชนที่มีอาการรุนแรงถึงขั้นเป็นโรคซึมเศร้าจริงมีประมาณ ร้อยละ ๖

สถานการณ์ผู้สูงอายุประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ใน ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ (มีประชากร ๖๐ ปีขึ้นไปเท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ ๑๐ ขึ้นไป หรือมีประชากร ๖๕ ปีขึ้นไปเท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ ๗ ขึ้นไป) ปี ๒๕๖๐ จังหวัดหนองคายมีผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปร้อยละ ๑๔.๓๐ และมีผู้สูงอายุ ๖๕ ปีขึ้นไปร้อยละ ๙.๕๐ และประเทศไทยมีแนวโน้มจะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) ในปี ๒๕๖๔ (มีประชากร ๖๐ ปีขึ้นไปเท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ ๒๐ ขึ้นไป หรือมีประชากร ๖๕ ปีขึ้นไปเท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ ๑๔ ขึ้นไป)

จากการประเมินสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ในด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) พบว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม (ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้) ร้อยละ ๙๕.๓๔ กลุ่มติดบ้าน (ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง) ร้อยละ ๔.๑๙ และกลุ่มติดเตียง (ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ) ร้อยละ ๐.๔๗ เมื่อเทียบกับประเทศ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านของจังหวัดหนองคายสูงกว่าระดับประเทศ ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องมีผู้ดูแลและได้รับการดูแลเป็นพิเศษ

๔. สถานการณ์ระบบบริการสุขภาพ

๔.๑ การให้บริการสุขภาพ

การใช้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข นับเป็นจุดเริ่มต้นของการเข้าถึงบริการสุขภาพ ในภาพรวมประเทศ จากการให้บริการระหว่างปีงบประมาณ ๒๕๔๖-๒๕๕๗ พบว่า จำนวนผู้ป่วยนอกของประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพิ่มขึ้นจาก ๑๑๑.๙๕ ล้านครั้ง ในปีงบประมาณ ๒๕๔๖ เป็น ๑๕๓.๖๑ ล้านครั้งในปีงบประมาณ ๒๕๕๗ อัตราการใช้บริการ เพิ่มขึ้นจาก ๒.๔๕ ครั้งต่อคนต่อปี ในปีงบประมาณ ๒๕๔๖ เป็น ๓.๑๗ ครั้งต่อคนต่อปี ในปีงบประมาณ ๒๕๕๗ สำหรับสัดส่วนการใช้บริการ พบว่าผู้ป่วยนอกไปใช้บริการที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหรือศูนย์บริการสาธารณสุขมากที่สุด จากร้อยละ ๓๓.๓๔ ในปี ๒๕๔๖ เป็นร้อยละ ๔๖.๔๙ ในปี ๒๕๕๗ รองลงมาคือ โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ ๓๒.๐๐ ในปี ๒๕๔๖ เป็นร้อยละ ๓๕.๑๙ ในปี ๒๕๕๗

สำหรับผู้ป่วยใน พบว่า เพิ่มขึ้นจาก ๔.๓๐ ล้านครั้งในปี ๒๕๔๖ เป็น ๕.๖๘ ล้านครั้งในปี ๒๕๕๗ อัตราการใช้บริการเพิ่มขึ้นจาก ๐.๐๙๔ ครั้งต่อคนต่อปี ในปี ๒๕๔๖ เป็น ๐.๑๑๗ ในปี ๒๕๕๗ และพบว่าประชาชนเลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๔๗.๐๗ รองลงมาคือ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป คิดเป็นร้อยละ ๔๐.๙๐

อัตราการให้บริการของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ พบว่า มีผู้ป่วยนอกที่ใช้บริการในสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วยนอก จำนวน ๓๒๑,๑๖๑ คน ๑,๒๖๓,๘๒๘ ครั้ง ผู้ป่วยใน ๖๔,๓๘๒ คน วันนอนรวม ๒๖๙,๐๗๗ วัน ระดับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ป่วยนอก จำนวน ๖๖๑,๓๙๓ คน ๒,๗๑๘,๒๘๑ ครั้ง

๔.๒ ระบบการส่งต่อ

การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย จังหวัดหนองคายทั้งภายในเครือข่ายและภายนอกเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีศักยภาพ รวมทั้งการพัฒนาระบบบริการทุกระดับ ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ การพัฒนาความเชี่ยวชาญระดับสูง สร้างระบบเครือข่ายเชื่อมโยงกันในระดับจังหวัดและภายในเขตสุขภาพ โดยมีกรอบแนวคิดคือ ๑) เครือข่ายบริการไร้รอยต่อ (Seamless Health Service Network) ๒) แนวคิดการพัฒนาเครือข่ายบริหารระดับจังหวัด (Provincial Health Service Network) ๓) การจัดให้มีโรงพยาบาลรับผู้ป่วย (Referral Hospital cascade) เพื่อใช้ทรัพยากรในเครือข่ายที่มีอยู่จำกัดให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด และ

พัฒนาศักยภาพการให้บริการตาม Service Plan และมุ่งเน้นการพัฒนาความเชี่ยวชาญระดับสูง ๔ สาขา ได้แก่ สาขาโรคหัวใจ โรคเมเร็ง อุบัติเหตุฉุกเฉิน และทารกแรกเกิด เพื่อลดการส่งต่อออกนอกเขต การบริหารจัดการระบบส่งต่อ โดยมีเครือข่ายบริหารการส่งต่อระดับจังหวัด โรงพยาบาลหนองคายร่วมกับ เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ มีจำนวนการส่งต่อ Refer in ๒๔,๗๑๒ ราย , Refer out ๓๐,๗๒๐ ราย

ผลการส่งต่อออกนอกเขต เป้าหมายคือ ลดการส่งต่อออกนอกเขต ร้อยละ ๑๐ (ความเชี่ยวชาญ ระดับสูง ๔ สาขา ได้แก่ สาขาโรคหัวใจ โรคเมเร็ง อุบัติเหตุฉุกเฉิน และทารกแรกเกิด) เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา ผลการดำเนินงาน พบว่า การส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขต เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๒.๒๐ โรคที่ส่งต่อออกนอกเขต เป็น อันดับ ๑ คือ Chronic ischemic heart disease อันดับ ๒ CA Liver และอันดับ ๓ NIDDM with ophthalmic complications เนื่องจากเป็นโรคที่เกินศักยภาพการรักษาภายในเขต ส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์, ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ และจิตเวช ขอนแก่น

๔.๓ ด้านระบบบริการปฐมภูมิ

การพัฒนากระบวนการบริการปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายได้มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการ สุขภาพในระดับปฐมภูมิ ซึ่งมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นสถานบริการหลักใน การจัดบริการดูแลประชาชน ครอบคลุมทุกตำบลในพื้นที่จังหวัดหนองคาย เชื่อมโยงการบริการดูแลประชาชน ร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป รวมทั้งองค์กรนอกสังกัดที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น ภาคเอกชน เป็นต้น เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสะดวกทั่วถึง เท่าเทียม และเป็นธรรมในทุกพื้นที่ เน้นการทำงานในรูปแบบครอบครัว ส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพตัวเอง ลดโรคภัยไข้เจ็บ ส่งผลให้ โรงพยาบาลลดความแออัดน้อยลง

แนวทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อเพิ่มศักยภาพและการขยายบริการระบบปฐมภูมิให้ สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และประชาชน โดยเฉพาะในพื้นที่เขตเมืองและพื้นที่เฉพาะ ให้ประชาชนเข้าถึง บริการที่มีคุณภาพได้อย่างสะดวกและทั่วถึง ทำงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆ เช่น ภาคเอกชน ท้องถิ่นในแต่ละ พื้นที่ พัฒนากลไกระบบการบริหารจัดการด้านบริการปฐมภูมิในชุมชน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การป้องกัน ส่งเสริม การฟื้นฟูสุขภาพ พัฒนาระบบสนับสนุนการบริการปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพ อาทิ พัฒนากำลังคนที หน่วยงานบริการปฐมภูมิ และการสนับสนุนให้วิชาชีพอื่นๆ อาทิ แพทย์ ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ร่วมให้บริการเป็นทีมสหวิชาชีพเพื่อให้บริการประชาชนใน สถานพยาบาลและติดตามเยี่ยมที่บ้าน ในการพัฒนาหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ให้สอดคล้องกับแผน ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในภาพรวมของประเทศ ที่ครอบคลุมทั้งส่วนที่อยู่ในการดำเนินงาน ของกระทรวงสาธารณสุข และส่วนงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ยุทธศาสตร์ ๑ เพิ่มศักยภาพบริการปฐมภูมิทุกรูปแบบที่ ขับเคลื่อนด้วยทีมครอบครัวให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ประชาชนเข้าถึง และพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ มีเป้าประสงค์เพื่อให้ ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการปฐมภูมิทุกรูปแบบที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึง และ พึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการบริหารจัดการด้านบริการปฐมภูมิ และ สนับสนุนชุมชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีเป้าประสงค์เพื่อให้ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ในด้าน สุขภาพ(การดูแลสุขภาพ การป้องกัน ส่งเสริม ฟื้นฟูสุขภาพ) อย่างต่อเนื่อง ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาการบริหาร ทรัพยากรบุคคลในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีเป้าประสงค์ให้ทรัพยากรบุคคลในหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถ ปฏิบัติงานได้อย่างสอดคล้องตามภารกิจ ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาระบบสนับสนุนการบริการปฐมภูมิให้สอดคล้อง กับรูปแบบการบริการปฐมภูมิ มีเป้าประสงค์ คือ ระบบสนับสนุนการบริการปฐมภูมิสามารถตอบสนองการ ดำเนินงานตามภารกิจหลักได้อย่างมีประสิทธิภาพ ยุทธศาสตร์ที่ ๕ สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาระบบบริการ

ปฐมภูมิ มีเป้าประสงค์ให้ หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถจัดบริการบนฐานความรู้และเทคโนโลยีที่เหมาะสมตรงความต้องการของประชาชนในแต่ละพื้นที่

ผลการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ได้กำหนดแผนพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster :PCC) ระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙) ตามนโยบายการพัฒนากระบวนการแพทย์ปฐมภูมิ ในภาพรวม จังหวัดหนองคาย สามารถจัด Cluster คลินิกหมอครอบครัวได้ ๑๘ cluster ๕๓ ทีม

ในปี ๒๕๖๐ มีคลินิกหมอครอบครัว ลงทะเบียนขอเปิดดำเนินการโดยยึดเกณฑ์ The must ต้องมี Family Medicine : FM และสาขาวิชาชีพตามเกณฑ์ ในเขตเมือง ๑ cluster ๓ ทีม ได้แก่ PCC ศสม.รพ. หนองคาย และในเขตชนบทอีก ๔ ทีม ได้แก่ PCC รพ.สต.กุดบง อ.โพนพิสัย ๑ ทีม, PCC รพ.สต.บ้านนาฮี อ.เมือง ๑ ทีม, PCC ศูนย์แพทย์ชุมชนท่าบ่อ ๒ ทีม รวมทั้งสิ้น ๗ ทีมคิดเป็นร้อยละ ๑๓.๒๑ ซึ่งยังไม่สามารถเปิดดำเนินการอย่างเป็นทางการรวมถึงการประชาสัมพันธ์แก่ประชาชนในพื้นที่ได้รับทราบเกี่ยวกับการจัดบริการตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวได้ เนื่องจาก FM เพิ่งจบการอบรมระยะสั้นในช่วงปลายเดือนสิงหาคม ๒๕๖๐ รูปแบบการบริหารจัดการโดยคณะกรรมการตามแนวคิด PCC และ DHB ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน และการบริหารจัดการคน เงิน ของ ของ PCC ยังไม่ชัดเจน ทำให้การดำเนินการไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนด

ด้านการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ โดยใช้เกณฑ์คุณภาพ รพ.สต. ระดับ ๕ ดาว ปี ๒๕๖๐ รพ.สต.ในจังหวัดหนองคาย ผ่านเกณฑ์คุณภาพระดับ ๕ ดาว ร้อยละ ๒๗.๐๖ ยังพบประเด็นปัญหาเพื่อการพัฒนาคุณภาพ ในด้านบุคลากร ขาดอัตรากำลังเมื่อวิเคราะห์ภาระงานตาม FTE และขาดแคลนงบประมาณในการปรับปรุงอาคารสถานที่ รวมทั้งวัสดุครุภัณฑ์บางรายการ ตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.

๔.๔ ด้านระบบบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิ

ระบบบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิ พบว่า มีความแออัดในสถานบริการสาธารณสุข ทั้งในด้านผู้ป่วย ที่มารับบริการและการครองเตียง

ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ พบว่า การให้บริการประเภทผู้ป่วยนอกมีจำนวนครั้งที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ทัวไปและโรงพยาบาลชุมชน เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๙ จำนวน ๕๔,๒๖๕ คน ๑๙๑,๗๕๔ ครั้ง การให้บริการ ประเภทผู้ป่วยใน มีจำนวนผู้ป่วยในและวันนอนรวมเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๙ จำนวน ๗,๖๔๙ คน และมีวันนอน เพิ่มขึ้น ๕๗,๖๕๙ วัน ในด้านอัตราครองเตียงพบว่า โรงพยาบาลหนองคาย (S) มีอัตราครองเตียง ร้อยละ ๑๑๘.๙๖ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ(M๒) ร้อยละ ๙๑.๕๗ โรงพยาบาลโพนพิสัย (F๑) ร้อยละ ๖๕.๒๓ โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ (F๒) ร้อยละ ๔๔.๒๒ โรงพยาบาลสังคม (F๒) ร้อยละ ๖๗.๓๙ โรงพยาบาล สระใคร (F๓) ร้อยละ ๓๘.๕๔ และ โรงพยาบาลเฝ้าไร่(F๓) ร้อยละ ๕๑.๘๖

ด้านการพัฒนาศักยภาพบริการตาม Service Plan พบว่า ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ การให้บริการผู้ป่วยใน เพิ่มขึ้น จำนวนผู้รับบริการปี ๒๕๕๘ จำนวน ๔๙,๔๒๙ ราย น้ำหนักสัมพัทธ์รวม(Sum Adj RW) ๖๙,๕๗๐.๗๘ หน่วย ปี ๒๕๕๙ จำนวน ๕๖,๗๓๓ ราย น้ำหนักสัมพัทธ์รวม(Sum Adj RW) ๗๒,๔๘๘.๖๘ หน่วย ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๖๔,๓๘๒ ราย น้ำหนักสัมพัทธ์รวม (Sum Adj RW) ๗๔,๑๙๙.๒๓ หน่วย

เมื่อวิเคราะห์ดัชนีผู้ป่วยใน (CMI) ของโรงพยาบาลแต่ละระดับตาม Service Plan พบว่า โรงพยาบาล หนองคาย (๑.๓ : S>๑.๒) โรงพยาบาลท่าบ่อ(๑.๕ : M๒>๐.๘) และโรงพยาบาลเฝ้าไร่ (๐.๗ : F๓>๐.๖) มีค่า CMI ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด โรงพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์ CMI ได้แก่ โรงพยาบาลโพนพิสัย (๐.๗ : M๒>๐.๘), โรงพยาบาลสังคม (๐.๔ : F๒>๐.๖) และ โรงพยาบาลสระใคร (๐.๕ : F๓>๐.๖)

สำหรับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ พบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากข้อมูลปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ พบว่า ปี ๒๕๕๘ มีค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอก จำนวน ๕๑๓,๘๐๕,๒๙๙.๘๗ บาท ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน จำนวน ๕๐๘,๒๒๘,๗๘๐.๗๔ บาท ปี ๒๕๕๙ มีค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอก จำนวน ๕๒๙,๑๒๐,๗๖๓.๔๘ บาท ค่าใช้จ่าย

ผู้ป่วยใน จำนวน ๕๗๐,๑๙๗,๓๔๗.๕๗ บาท ปี ๒๕๖๐ มีค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอก จำนวน ๖๕๗,๓๗๙,๐๖๔.๓๗ บาท ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน จำนวน ๘๐๑,๓๙๕,๖๖๔.๓๒ บาท จากข้อมูลดังกล่าว ปี ๒๕๖๐ มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มจากปี ๒๕๕๙ จำนวน ๓๕๙,๔๕๖,๖๑๗.๖๔ บาท จะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

๔.๕ เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข

การใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัย มีความสำคัญในการให้บริการสุขภาพทางการแพทย์เป็นการเพิ่มศักยภาพขีดความสามารถในการให้บริการประชาชน เพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงขึ้น ลดจำนวนวันนอนของผู้ป่วย ลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ การใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัย พบว่ามีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของเครื่องมือแพทย์ที่มีประสิทธิภาพสูงอย่างต่อเนื่อง โดยมีเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) จำนวน ๒ เครื่อง, เครื่องตรวจเต้านมด้วยแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI : Magnetic Resonance Imaging) จำนวน ๑ เครื่อง, เครื่องเอกซเรย์ฟลูออโรสโคปี (Digital Fluoroscopy) จำนวน ๒ เครื่อง, กล้องตรวจรักษาท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (ERCP.Servicer : Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography) จำนวน ๓ เครื่อง, เครื่องส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น จำนวน ๓ เครื่อง, กล้องส่องอวัยวะในอุ้งเชิงกราน จำนวน ๑ เครื่อง และกล้องส่องตรวจระบบทางเดินอาหารทางเดินน้ำดีและตับอ่อน ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (EUS) จำนวน ๑ เครื่อง ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงการเติบโตของการลงทุนในด้านบริการสุขภาพโดยเฉพาะในด้านการรักษาพยาบาล

๔.๖ ความมั่นคงด้านยาและเวชภัณฑ์

ความมั่นคงทางยานับเป็นเป้าหมายสำคัญของแผนการปฏิรูปด้านสาธารณสุขของประเทศ ความมั่นคงทางยาเป็นการที่ประชากรไทยมีयाจำเป็นเพียงพอกับความต้องการ (availability) มีเสถียรภาพ (stability) และสามารถเข้าถึงได้ (accessibility) มีการจัดหาที่จำเป็นไว้ใช้ได้อย่างต่อเนื่องในทุกระดับของระบบบริการสุขภาพ ไม่มีปัญหาขาดแคลน ปัจจัยสำคัญของความมั่นคงทางยาคือ ระดับความพึงพาการนำเข้าด้วยสำคัญวัตถุดิบในการผลิตยา ระดับความพึงพาการนำเข้าผลิตภัณฑ์ยาสำเร็จรูป ระดับความสามารถในการผลิตและกำลังการผลิตภายในประเทศ

สถานการณ์ความมั่นคงทางยาของประเทศ

ในปี ๒๕๕๘ ตัวยาในบัญชียาหลักแห่งชาติร้อยละ ๓๗ ไม่มีการผลิตในประเทศ ที่สำคัญคือยากลุ่มรักษาโรคมะเร็งและระบบภูมิคุ้มกัน ยาโรคติดเชื้อและวัคซีน ยากลุ่มระบบประสาทวิทยา และยากลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด

สถานการณ์แนวโน้มค่าใช้จ่ายด้านยาและสุขภาพ

ยาเป็นค่าใช้จ่ายสำคัญของระบบประกันสุขภาพ โดยจากข้อมูลสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ค่ายา ค่ารักษา) ต่อค่าใช้จ่ายของครัวเรือนทั้งหมด (GDP) พบว่า ปี ๒๕๕๗ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ค่ายา ค่ารักษา) มีมูลค่า ๔๐๙,๓๑๓ ล้านบาท ขณะที่ข้อมูลมูลค่าการผลิตและนำเข้ายาประจำปี ๒๕๕๘ (๓) มีมูลค่ายารวม ๑๖๒,๙๑๔ ล้านบาท จึงคาดการณ์ได้ว่ามูลค่าการบริโภคยาประมาณร้อยละ ๔๑ ของค่าใช้จ่ายสุขภาพ

สถานการณ์ความมั่นคงทางยาของจังหวัดหนองคาย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายมีคณะกรรมการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์จังหวัดหนองคาย เพื่อบริหารจัดการระบบยาและเวชภัณฑ์ให้เพียงพอและประชาชนสามารถเข้าถึงยาที่จำเป็นได้ จากการวิเคราะห์ พบว่า

๑. ด้านยาจำเป็นเพียงพอกับความต้องการ (availability) และสามารถเข้าถึงได้ (accessibility) ในบางรายการ ดังนี้

- ๑.๑ พบปัญหาการขาดแคลนวัคซีนพิษสุนัขบ้า ในช่วงการระบาด ปัจจุบันเข้าสู่ภาวะปกติแล้ว
- ๑.๒ ยาหลายรายการไม่สามารถจัดซื้อได้เนื่องจากเกินราคากลาง เช่น Diazepam Ibuprofen
- ๑.๓ มีการเพิ่มการเข้าถึงยามะเร็งราคาแพงหลายรายการในสิทธิ UC
- ๑.๔ ยาองค์การเภสัชกรรมพบปัญหาขาดบ่อย เช่น GPO L๑ สำหรับผู้ป่วย Thalassemia

๒. ด้านการพึ่งพาตนเอง

- ๒.๑ มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพร มีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ ๒๐
- ๒.๒ มูลค่าการใช้นวัตกรรมซึ่งเป็นยาที่ผลิตในประเทศ พบประมาณร้อยละ ๑๐ แนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้น
- ๒.๓ มูลค่าการใช้จ่ายองค์การเภสัชกรรมประเมินร้อยละ ๑๕

๓. สัดส่วนค่ายาต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

สัดส่วนค่ายาต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ประมาณร้อยละ ๓๕ ผลของนโยบายการส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล ทำให้มีการใช้จ่ายปฏิชีวนะลดลงในหน่วยบริการปฐมภูมิพบว่า ลดลงประมาณร้อยละ ๔๕ มูลค่ายาโดยรวมลดลงประมาณ ร้อยละ ๗

๕. สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ

ปัจจุบันสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ ยังเป็นปัญหาที่สำคัญของระบบสุขภาพของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านจำนวนที่ไม่เพียงพอและการกระจายบุคลากรที่ไม่เหมาะสมก็ยังคงเป็นปัญหาที่มีความแตกต่างระหว่างเมืองและชนบท แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายการเพิ่มการผลิตกำลังคนอย่างต่อเนื่อง การใช้มาตรการเพิ่มแรงจูงใจ ทั้งในรูปแบบค่าตอบแทนประเภทต่างๆ และความก้าวหน้า ในอาชีพการงาน แต่ปัญหายังมีอยู่ ในขณะที่ความสามารถในการผลิตแพทย์ต่อประชากร สามารถผลิตได้ ๒ คนต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คนต่อปี ความสามารถในการผลิตพยาบาลสามารถผลิตได้ ๑๒ คนต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คนต่อปี และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศในอาเซียน พบว่าสิงคโปร์ และมาเลเซียมีความสามารถในการผลิตแพทย์ต่อประชากรสูงสุดในภูมิภาค คือ ๘ คนต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คนต่อปี ในส่วนของประเทศไทยมีความสามารถในการผลิตแพทย์ต่อประชากรอยู่อันดับ ๗ ของภูมิภาค

สถานการณ์กำลังคนของจังหวัดหนองคาย

บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข จำนวนบุคลากรด้านการแพทย์ และสาธารณสุข โดยใช้ข้อมูลกำลังคน ๓ สายงานหลัก ตามกรอบอัตรากำลังปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ โดยคำนวณจากภาระงานของบุคลากรตามสายงานหลัก (FTE : Full Time Equivalent) พบว่า จังหวัดหนองคาย มีจำนวน แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร ไม่เพียงพอในการให้บริการประชาชนในพื้นที่ โดยขาดแคลนแพทย์ จำนวน ๒๖ คน, ขาดแคลนทันตแพทย์ จำนวน ๑๓ คน, ขาดแคลนเภสัชกร ๓ คน

อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรจังหวัดหนองคาย ในปี ๒๕๖๑ มีอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร เท่ากับ ๑:๓,๗๕๕ อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรตามเกณฑ์ข้อมูลตัวชี้วัดการพัฒนาจังหวัดของสภาพัฒนา เท่ากับ ๑:๒,๙๘๐ (กระทรวงสาธารณสุข,๒๕๕๙ อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร เท่ากับ ๑:๒,๕๖๔) ดังตารางที่ ๑๑ ตารางที่ ๑๑ อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรจังหวัดหนองคาย ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๑ เปรียบเทียบประเทศ และสภาพัฒนา

ข้อมูล	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	ประเทศ	สภาพัฒนา
อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร	๑:๔,๒๕๙	๑:๔,๒๓๐	๑:๓,๗๕๕	๑:๓,๗๕๕	๑:๒,๕๖๔	๑: ๒,๙๘๐

(ที่มา :รายงานประจำปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย)

อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรจังหวัดหนองคายมีอัตราแพทย์ ๑ คนต้องดูแลประชาชนจำนวน ๓,๗๕๕ คน ซึ่งเกณฑ์ของสภาพัฒน์กำหนดไว้ที่ ๑:๒,๘๘๐ และในภาพของประเทศ ๑:๒๕๖๔ จากข้อมูลดังกล่าว จังหวัดหนองคายต้องได้รับจัดสรรแพทย์เพิ่มเติม เพื่อให้การดูแลประชาชนได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

๖. การอภิบาลระบบสุขภาพ

๖.๑ ธรรมาภิบาล

๑) ดัชนีภาวะธรรมาภิบาลของประเทศไทย

ค่าดัชนีชี้วัดสภาวะธรรมาภิบาล (Government Indicator) ของประเทศไทยอยู่ในระดับค่อนข้างคงที่ และเมื่อพิจารณาเป็นรายมิติ พบว่ามีประสิทธิภาพของรัฐบาลมีอันดับที่สูงขึ้น (Government Effectiveness) โดยมีค่าอยู่ในเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ ๕๐-๗๕ หากพิจารณาย้อนหลังตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๕๓-๒๕๕๗ จะเห็นว่าประสิทธิภาพของรัฐบาล (Government Effectiveness) และมิติคุณภาพของมาตรการควบคุม (Regulation Quality) มีตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ ๕๐-๗๕ ซึ่งสูงกว่ามิติอื่นๆ รองลงมาได้แก่มิติการควบคุมการทุจริต ประพฤติมิชอบ (Contour of Corruption) มิตินิติกรรม (Rule of Law) มิติการมีสิทธิมีเสียงของประชาชน และการรับผิดชอบ (Voice and Accountability) และมิติความเสถียรภาพทางการเมืองและการปราศจากความรุนแรง (Political Stability and Absence of Violence) ตามลำดับ

๒) ความโปร่งใสและการทุจริตคอร์รัปชันของหน่วยงานภาครัฐ

จากการจัดอันดับดัชนีภาพลักษณ์คอร์รัปชันขององค์กรเพื่อความโปร่งใสนานาชาติ (Transparency International: TI) พบว่าในปี ๒๕๕๘ ปัญหาการทุจริตคอร์รัปชันในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลง โดยประเทศไทยถูกจัดอยู่ในลำดับที่ ๗๖ จาก ๑๖๘ ประเทศทั่วโลก (คะแนน ๓๘ คะแนน) ซึ่งถือว่าเป็นลำดับที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. ๒๕๕๗ ที่อยู่ในลำดับที่ ๘๕ จากประเทศทั่วโลก (คะแนน ๓๘ คะแนน) อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาค่าดัชนีภาพลักษณ์คอร์รัปชันของประเทศไทยในช่วง พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๘ พบว่า แนวโน้มดีขึ้นเล็กน้อย โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๕ จาก ๓๗ คะแนนเป็น ๓๘ คะแนนในปี ๒๕๕๘ และลำดับเพิ่มขึ้นจากลำดับที่ ๘๘ จาก ๑๗๖ ประเทศ ในปี ๒๕๕๕ เป็นลำดับที่ ๗๖ จาก ๑๖๘ ประเทศทั่วโลกในปี ๒๕๕๘ และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศอาเซียนพบว่าในปี ๒๕๕๘ ประเทศไทยมีค่าดัชนีภาพลักษณ์คอร์รัปชันอยู่ในลำดับที่ ๓ รองจากประเทศเพื่อนบ้านที่มีการบริหารจัดการที่ดีอย่างประเทศสิงคโปร์และมาเลเซีย

ผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment-ITA) จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ พบว่า มีผลคะแนนคุณธรรมและความโปร่งใส การดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ในภาพรวมร้อยละ ๘๒.๖๒ โดยมีดัชนีความโปร่งใส ร้อยละ ๙๒.๐๘ ดัชนีความพร้อมรับผิด ร้อยละ ๗๓.๖๙ ดัชนีความปลอดภัยจากทุจริตในการปฏิบัติงาน ร้อยละ ๘๓.๑๑ ดัชนีวัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร ร้อยละ ๗๕.๔๔ และดัชนีการทำงานในหน่วยงาน ร้อยละ ๘๓.๖๕

๖.๒ ระบบข้อมูลสุขภาพ

ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ มีความสำคัญต่อการกำหนดทิศทางการพัฒนาสุขภาพที่สำคัญ ระบบข้อมูลด้านสุขภาพยังมีปัญหาความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูล ข้อมูลกระจัดกระจายไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ ขาดกลไกในการบริหารจัดการและพัฒนาระบบ เป็นต้น ปัญหาต่างๆ ดังกล่าว จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะผู้ใช้ข้อมูล และ ผู้จัดทำข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข กองทุนด้านสุขภาพ กระทรวงอื่นๆ และสำนักงานสถิติ

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้ปฏิรูประบบข้อมูลสุขภาพ เป็นการทำงานแบบบูรณาการในทุกระดับของการปฏิบัติงาน เกิดการแลกเปลี่ยนใช้ประโยชน์ข้อมูลและทรัพยากรร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพและ

เสถียรภาพบนมาตรฐานเดียวกัน อาทิ ชุดมาตรฐานข้อมูลระบบประวัติสุขภาพผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์ มาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างระบบงานด้านสาธารณสุข มาตรฐานโครงสร้างแฟ้มข้อมูลสุขภาพ ๔๓ เพิ่มมาตรฐานคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC) และมีกระบวนการตรวจสอบและทบทวนคุณภาพข้อมูลทั้งในระดับพื้นที่ตั้งแต่การนำเข้าข้อมูล เช่น ระบบคืนข้อมูลผู้ป่วยให้แก่หน่วยบริการต้นทาง (HDC Data Exchange) ตลอดจนการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำเสนอรายงานสารสนเทศที่พร้อมใช้และเชื่อถือได้สำหรับนักวิชาการและผู้บริหารทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข โดยดำเนินงานตามกรอบยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (eHealth Strategy, Ministry of Public Health) ที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (Digital Economy) ภายใต้แนวทางที่สำคัญของกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๗๙) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน มุ่งเน้นให้มีการสร้างเสริมให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี สร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม การบูรณาการฐานข้อมูลประชาชนและบริการภาครัฐ ตามนโยบายของรัฐบาล มีความสัมพันธ์กับระบบข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขอย่างมาก จึงเป็นโอกาสในการพัฒนาระบบบริการด้วยการ Digital Technology มาปรับใช้เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชน ให้ประชาชนได้รับการบริการอย่างมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว ลดภาระ และเพิ่มความพึงพอใจ เช่น การดำเนินงาน Smart Health ID ที่พัฒนาให้ใช้บัตรประชาชนแทนบัตรโรงพยาบาล เชื่อมโยงข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลตามสิทธิการเข้าถึงระหว่างโรงพยาบาล ช่วยสนับสนุนให้ระบบการส่งต่อผู้ป่วย (nRefer : National Referral System) มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังเชื่อมโยงข้อมูลผลการตรวจสุขภาพ ๕ รายการ (ข้อมูลการแพ้ยา, ผลน้ำตาลในเลือด, เบาหวาน, ความดันโลหิต ค่า BMI) กับระบบบริการข้อมูลผ่านตู้ Kiosk ของสำนักงานรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์ (องค์การมหาชน) (สโร.) และให้บริการข้อมูลในรูปแบบ Web Service ผ่านระบบ Population Information Linkage Center ของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีความพร้อมและความก้าวหน้าของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ดังจะเห็นได้จากการมีระบบ Data Center ที่มีความมั่นคงปลอดภัยด้านสารสนเทศ และได้รับการรับรองผ่านเกณฑ์ประเมินตามมาตรฐาน ISO/IEC ๒๗๐๐๑:๒๐๑๓ เป็น Data Warehouse หรือ MoPH Big Data ที่รวบรวมข้อมูลสำคัญสำหรับการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุข และสนับสนุนระบบบริการสุขภาพให้แก่หน่วยบริการสุขภาพทั่วประเทศ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่สนับสนุนระบบข้อมูลสุขภาพให้ตอบสนองต่อความต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ ครบถ้วน ถูกต้อง รวดเร็วทันต่อสถานการณ์ทางสุขภาพของประเทศไทย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ได้พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร ให้ข้อมูลมีคุณภาพเชื่อถือได้ โดยมีระบบบริหารจัดการข้อมูลข่าวสารให้มีคุณภาพตามโครงสร้าง ๔๓ เพิ่มมาตรฐาน และข้อมูลสุขภาพหน่วยงานทุกระดับผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพข้อมูลระดับดีขึ้นไป ร้อยละ ๘๕.๘๘ ยังคงพบปัญหาด้านความครบถ้วนของข้อมูล ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อประมวลผลข้อมูลในการติดตามควบคุมกำกับและประเมินผลงานตามตัวชี้วัดที่สำคัญ ที่เชื่อมต่อกับระบบ Health Data Center (HDC), Cockpit เขตสุขภาพที่ ๘ ซึ่งเป็นประเด็นที่จะนำไปพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน และสามารถนำมาใช้ในระบบบริหารจัดการได้

๖.๓ หลักประกันสุขภาพ

๑) ความเหลื่อมล้ำ

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในระบบประกันสุขภาพ โดยมีผลงานเป็นที่ประจักษ์ อาทิ กลุ่มประชากรที่มีรายได้ต่ำได้รับประโยชน์จากระบบประกันสุขภาพมากกว่าประชากรที่มีรายได้สูง อัตราการเข้าถึงบริการสูงขึ้น ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนลดลงและอุบัติการณ์ของการเจ็บป่วยที่มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ

ฐานะของครัวเรือนลดลง อย่างไรก็ตามระบบประกันสุขภาพประเทศไทยยังมีความเหลื่อมล้ำระหว่าง ๓ กองทุนสุขภาพและจากการประชุมระดับชาติด้านหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย ครั้งที่ ๑ ได้สรุปประเด็นที่สำคัญได้ดังนี้

๑. การอภิบาลระบบ (Governance) การดำเนินการ กำกับ ติดตาม ตรวจสอบและประเมินผล
๒. แหล่งเงิน แหล่งเงินส่วนใหญ่ของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง ๓ กองทุน มาจากเงินภาษี แต่ก็ยังมีความแตกต่างกันทั้งวิธีการจัดสรรเงินจากภาครัฐให้กองทุน และจำนวนเงินที่ได้รับ การอุดหนุนจากรัฐ
๓. ชุมชนสิทธิประโยชน์ ถึงแม้โดยรวมสิทธิประโยชน์พื้นฐาน ครอบคลุมการรักษาพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน แต่ยังมีความแตกต่างในรายละเอียดอีกมาก เช่น สิทธิประโยชน์การรักษาทาง ทันตกรรม
๔. ระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะกำลังคนด้านสุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีปัญหาการกระจุกตัวในเฉพาะบางพื้นที่ อาทิเช่น กรุงเทพมหานคร ภาคกลางและเขตเมือง
๕. วิธีการและอัตราการจ่ายเงินสถานพยาบาล ระหว่าง ๓ กองทุนหลักที่มีความแตกต่างกัน โดยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการใช้การจ่ายตามปริมาณการใช้บริการ (Fee for Service) สำหรับการบริการแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นระบบปลายเปิด ทำให้ไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ในขณะที่หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และประกันสังคม ใช้วิธีการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลด้วยอัตราเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) สำหรับการบริการแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งทำให้มีการควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดีกว่า
๖. การคุ้มครองสิทธิ การรับรู้สิทธิ การเข้าถึงบริการ คุณภาพการบริการ การเยียวยาความเสียหายต่อผู้ป่วย มาตรา ๔๑ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งยังมีความแตกต่างกันระหว่างสามกองทุน
๗. ระบบข้อมูล สถานพยาบาลต่างๆ ต้องรับภาระการบันทึกข้อมูลทีมาก และหน่วยงานต่างๆ ขาดการเชื่อมโยงข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างหน่วยงานด้านหน้าและหน่วยสนับสนุน ส่งผลให้ข้อมูลซ้ำซ้อน เพิ่มขึ้นตอน เสี่ยงต่อความผิดพลาด ข้อมูลขาดความถูกต้องและครบถ้วน
๘. นอกจากนี้ยังมีความท้าทายในเรื่องของประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงินของแต่ละกองทุน และคุณภาพบริการ ซึ่งถึงแม้จะมีระบบการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลโดยหน่วยงาน แต่ทั้งสองประเด็นก็ยังขาดการประเมินอย่างเป็นระบบ

ตารางที่ ๑๒ ข้อสรุปปัจจัยความไม่เสมอภาคด้านหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย ปัจจัยความไม่เสมอภาค

ปัจจัยความไม่เสมอภาค	ข้อสรุป
๑. ด้านระบบบริหารกองทุน	กองทุนสุขภาพแต่ละกองทุนมีกฎหมาย มีกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงมีวิธีการ โครงสร้างองค์กร การออกแบบและการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดปัญหาความไม่เป็นธรรมตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และเพิ่มช่องว่างความไม่เสมอภาคมากขึ้น ทั้งที่ประชาชนไทยต้องหมุนเวียนเข้าออกระหว่าง ๓ กองทุน
๒. ด้านระบบบริการสุขภาพ	ความไม่เสมอภาคในการกระจายตัวของผู้ให้บริการ ทั้งสถานพยาบาลบุคลากรด้านสุขภาพ รวมทั้งประสิทธิภาพของการส่งต่อ
๓. วิธีการจ่ายเงินสถานพยาบาล (Provider payment method)	มีรูปแบบและอัตราการจ่ายบริการสุขภาพจากกองทุนต่างๆ มีความแตกต่างกัน ทำให้สถานพยาบาลให้บริการที่อาจแตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกเลือกปฏิบัติ

๒) ความยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพ

จากความสำเร็จของระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย ทำให้รัฐบาลต้องลงทุนด้วยงบประมาณจำนวนมากและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการประมาณการรายจ่ายสุขภาพระหว่าง ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ - ๒๕๖๕ พบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๓.๗ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ เป็นร้อยละ ๕ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ นอกจากนั้น จากผลการศึกษาการ

คาดการณ์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๕ พบว่าการคาดการณ์รายจ่ายด้านสุขภาพของกองทุนสวัสดิการข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแห่งชาติเพิ่มขึ้นจากประมาณร้อยละ ๑.๘ ของ GDP ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ไปเป็นร้อยละ ๒.๔ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕

- การคาดการณ์รายจ่ายด้านสุขภาพ พบว่า รายจ่ายสุขภาพทั้งหมดต่อ GDP ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ มีค่าร้อยละ ๔.๙๖

- รายจ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพต่อรายจ่ายของรัฐบาล ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๖

จากข้อมูลดังกล่าวทำให้เกิดความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ ซึ่งคาดว่าในอนาคตประเทศไทยอาจจะประสบปัญหาเกี่ยวกับความยั่งยืนทางการเงินการคลังที่จะสนับสนุนระบบประกันสุขภาพของประเทศ

๓) ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพ

ความครอบคลุมสิทธิในระบบประกันสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยประชากรผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิประกันสังคม สิทธิสวัสดิการข้าราชการหรือสวัสดิการรักษายาบาลอื่นที่รัฐจัดให้มีการลงทะเบียนในระบบประกันสุขภาพจำนวนทั้งสิ้น ๕๖๘,๖๕๗ คน คิดเป็นความครอบคลุมในระบบประกันสุขภาพ ร้อยละ ๙๙.๙๗ (จากประชากร ๕๖๘,๘๑๔ คน) เมื่อเทียบกับภาพรวมประเทศมีความครอบคลุมในระบบประกันสุขภาพ ร้อยละ ๙๙.๙๕ (จากประชากร ๖๖,๐๔๗,๐๐๐ คน)

ตารางที่ ๑๓ สิทธิประกันสุขภาพ จำแนกตามประเภทสิทธิ จังหวัดหนองคายเปรียบเทียบกับประเทศปี ๒๕๖๐

สิทธิประกันสุขภาพ	หนองคาย		ประเทศ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
๑. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง)	๔๔๕,๖๘๕	๗๘.๓๕	๔๘,๑๑๐,๐๐	๗๒.๘๔
๒. ประกันสังคม	๘๕,๙๖๖	๑๕.๑๑	๑๑,๘๕๘,๐๐๐	๑๗.๙๕
๓. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	๒๕,๗๗๓	๔.๕๓	๔,๙๔๐,๐๐๐	๗.๔๘
๔. พนักงานส่วนท้องถิ่น	๕,๐๐๓	๐.๘๘	๖๐๘,๐๐๐	๐.๙๒
๕. สิทธิอื่นๆ	๖,๒๓๐	๑.๑๐	๔๗๐,๐๐๐	๐.๗๒
๖. ผู้ประกันตนคนพิการ	-	-	๒๘,๐๐๐	๐.๐๔
๗. ผู้ที่ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิ	๑๕๗	๐.๐๓	๓๓,๐๐๐	๐.๐๕
รวม	๕๖๘,๘๑๔	๑๐๐	๖๖,๐๔๗,๐๐๐	๑๐๐

(ที่มา : รายงานประจำปี สสจ.หนองคาย รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สปสช.,๒๕๖๐)

ส่วนที่ ๒

การวิเคราะห์สถานการณ์และศักยภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ได้ดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อมุ่งให้ประชาชนมีสุขภาพดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ จังหวัดหนองคายให้ความสำคัญกับยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพของประเทศ กอปรกับจังหวัดหนองคายเป็นจังหวัดชายแดนที่มีพื้นที่ยาวตามลำน้ำโขง จึงทำให้จังหวัดหนองคายมีบริบทและภูมิสังคมที่แตกต่างจากจังหวัดอื่นๆ ดังนั้น การจัดทำแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพจังหวัดหนองคาย พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔ (ทบทวน รอบปี พ.ศ.๒๕๖๒) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย จึงได้นำนโยบายของรัฐบาล แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔) กรอบยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๗๙) ไทยแลนด์ ๔.๐ การดำเนินงานการพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษ และกรอบความร่วมมือระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับจังหวัดหนองคาย มาวิเคราะห์กับผลการวิเคราะห์ข้อมูลสภาพแวดล้อมภายนอกและสภาพแวดล้อมภายใน โดยอยู่บนพื้นฐานความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายสุขภาพ กลุ่ม ชุมชนต่างๆที่อยู่ในพื้นที่ ร่วมดำเนินงานด้านการพัฒนาสุขภาพของจังหวัด ดังนี้

๒.๑ ข้อมูลการวิเคราะห์ความต้องการและศักยภาพของประชาชนในพื้นที่

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ได้ดำเนินการสำรวจและประมวลสภาพปัญหาความต้องการของประชาชน ผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกอำเภอ โดยผ่านกระบวนการประชุม การจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ การคืนข้อมูลด้านสุขภาพให้กับประชาชนและผลการพัฒนาด้านสุขภาพที่ได้ดำเนินการในพื้นที่ ซึ่งจัดกลุ่มเป็น ๕ ปัญหาหลักหรือความต้องการที่สำคัญในการพัฒนาระบบบริการด้านสาธารณสุขในพื้นที่ ดังนี้

๑. ความคาดหวังและต้องการของประชาชนที่ต้องการได้รับการด้านสุขภาพที่สะดวก รวดเร็ว เข้าถึงบริการได้ง่าย ระยะเวลารอคอยไม่นาน แสดงขั้นตอนและระยะเวลาบริการให้ชัดเจน ผู้ให้บริการมีรอยยิ้ม พุดจาสุภาพ ให้บริการด้วยความประทับใจ จัดบริการให้กับประชาชนทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ ไม่เว้นวันหยุดราชการ รวมถึงการจัดหน่วยออกให้บริการที่บ้าน หรือในชุมชน เพื่อประชาชนสามารถเข้ารับบริการได้สะดวก ลดระยะเวลา และค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาล จากข้อมูลความพึงพอใจต่อการรับบริการ ปี ๒๕๕๗-๒๕๕๙ พบว่า มีความพึงพอใจครั้งที่ ปี ๒๕๕๗ ร้อยละ ๘๔.๖๐, ปี ๒๕๕๘ ร้อยละ ๘๔.๔๐, ปี ๒๕๕๙ ร้อยละ ๘๔.๒๐

๒. การป้องกันและลดอุบัติเหตุจราจรทางถนน ควรกำหนดมาตรการสำคัญในการป้องกันอุบัติเหตุ โดยบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน โดยร่วมกันประเมินจุดเสี่ยง การกำหนดมาตรการลดอุบัติเหตุ ป้ายเตือน สัญลักษณ์เตือน ด่าน และ พฤติกรรมการขับขี่ การดื่มสุรา สภาพรถไม่ถูกต้องตามกฎหมาย ปัญหาไฟส่องสว่าง และค่านิยมการขับรถเร็วของวัยรุ่น ซึ่งจากข้อมูลอัตราตายจากอุบัติเหตุจราจร (ข้อมูล ๓ ฐาน) พบว่า ข้อมูลปี ๒๕๕๙-๒๕๖๑ อัตราตายด้วยอุบัติเหตุจราจรมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ปี ๒๕๕๙ มีอัตราตาย ๒๘.๖๘ ต่อแสนประชากร (๑๔๙ ราย) ปี ๒๕๖๐ มีอัตราตาย ๓๕.๒๖ ต่อแสนประชากร (๑๘๔ ราย) ปี ๒๕๖๑ มีอัตราตาย ๒๓.๓๘ ต่อแสนประชากร (๑๒๒ ราย)

๓. การคุ้มครองผู้บริโภค อาหารปลอดภัยได้มาตรฐาน มีการรับรองมาตรฐานของตลาดสด ความสะอาด การกำจัดน้ำเสีย และตาชั่งกลาง ควรมีการดูแล คุ้มครองผู้บริโภคให้ได้รับความปลอดภัยจากอาหารสด อาหารปรุงจำหน่าย อาหารแปรรูปที่สะอาด ปลอดภัยมีการดูแลตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการดูแลประชาชนให้มีความปลอดภัยจากเครื่องสำอางที่มีสารปรอท โฆษณาชวนเชื่อต่างๆ รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนที่ยังมีพฤติกรรมการกินปลาดิบ เนื้อสัตว์ดิบ ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ โรคพยาธิ และการติดเชื้อจากสัตว์สู่คน พฤติกรรมการกินหวาน มัน เค็ม อาหารจานด่วน ของประชาชน และควรมีการอบรมความรู้ให้กับผู้ประกอบการ พ่อค้า แม่ค้าในเรื่องความสะอาด มาตรฐานความปลอดภัย รวมถึงข้อบัญญัติท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง

๔. การส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชน การสร้างกระแสการสร้างสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในชุมชน ควรมีการพัฒนาบบบริการสุขภาพ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การสร้างสุขภาพในชุมชน การดูแลสุขภาพในเชิงป้องกัน มีข้อตกลงร่วมในชุมชน การใช้มาตรการทางสังคม การจัดหาพื้นที่ สถานที่ออกกำลังกาย และผู้นำการออกกำลังกาย รวมถึงการสนับสนุนงบประมาณและการบริหารจัดการในชุมชน

๕. การประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพให้ประชาชน เพื่อได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้สะดวก รวดเร็ว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง การให้ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ ให้ประชาชนมีความรู้ ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เช่น การใช้สารเคมีในเกษตรกร การป้องกันปัญหายาเสพติด การบริโภคอาหารปลอดภัย การป้องกันวันโรค

๒.๒ ข้อมูลการวิเคราะห์ศักยภาพการดำเนินงานด้านสาธารณสุข

๒.๒.๑ การควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ (NCDs)

Goal Setting ที่ ๑	NCDs
แผนงานที่ ๑	การเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
KPI	๑. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

ตารางการวิเคราะห์ : การเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

ผลการวิเคราะห์	๑. CHCA (C๒๒๐-C๒๒๙)
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ ๗ ในระดับประเทศ = ๑๖.๓๔ ต่อประชากรแสนคน, อันดับ ๓ ในระดับเขต = ๒๗.๔ ต่อประชากรแสนคน และอันดับ ๔ ในระดับจังหวัด = ๒๒.๐๔ ต่อประชากรแสนคน จังหวัดหนองคายอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีมีแนวโน้มลดลงจากปี ๒๕๕๘-๒๕๖๑ = ๓๒.๕๓, ๓๔.๙๘, ๓๐.๐๘ และ ๒๒.๐๔ ต่อประชากรแสนคน (ข้อมูล กยพ.) และในระดับอำเภอพบอัตราเสียชีวิตมากที่สุดที่อำเภอสังคม, อำเภอเมือง, อำเภอท่าบ่อ = ๒๗.๖๗, ๑๙.๙๑ และ ๑๙.๒๖ ตามลำดับ จากการขับเคลื่อนงานการกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ภายใต้โครงการกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เสด็จขึ้นครองราชย์ครบ ๗๐ ปี ในปีพุทธศักราช ๒๕๕๙ พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ จะทรงเจริญพระชนมพรรษา ๘๔ พรรษา ตลอดจนในปีพุทธศักราช ๒๕๖๐ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว จะทรงเจริญพระชนมพรรษา ๙๐ พรรษา ตั้งแต่ปี ๒๕๕๙ เป็นต้นมาถึงปัจจุบัน มีตำบลต้นแบบจัดการปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีทั้งหมด ๑๘ ตำบล ๙ อำเภอ ดังนี้ ๑) ตำบลน้ำโมงและตำบลบ้านถ่อน อำเภอท่าบ่อ ๒) ตำบลวัดธาตุและตำบลหนองกอมเกาะ อำเภอเมือง ๓) ตำบลหนองหลวงและตำบลเฝ้าไร่ อำเภอเฝ้าไร่ ๔) ตำบลบ้านด่อนและตำบลรัตนวาปี อำเภอรัตนวาปี ๕) ตำบลโพธิ์ตากและตำบลโพนทอง อำเภอโพธิ์ตาก ๖) ตำบลจุมพลและตำบลกุดบง อำเภอโพนพิสัย ๗) ตำบลพระพุทธรบาทและตำบลพานพร้าว อำเภอศรีเชียงใหม่ ๘) ตำบลแก้งไก่และตำบลนาจั่ว ๘) ตำบลคอกช้างและตำบลฝาง มีการดำเนินงาน ๕ มาตรการซึ่งมีผลการดำเนินงานดังนี้ มาตรการที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ การจัดการด้านสิ่งปฏิกูล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีข้อบัญญัติในการจัดการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการกำจัดสิ่งปฏิกูลแต่ยังไม่มีการบังคับใช้อย่างจริงจัง มีธรรมนูญสุขภาพที่ตำบลคอกช้าง อำเภอสระใคร และตำบลกุดบง อำเภอโพนพิสัย และมีมาตรการทางสังคมในตำบลต้นแบบเกี่ยวกับการกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การจัดการเรียนการสอน โรงเรียนมีการให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในระดับชั้นประถมศึกษา โดยสอดแทรกในเนื้อหาวิชาสุขศึกษา วิทยาศาสตร์ และสังคม มีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ผ่านทางเสียงตามสาย, หน้าเสาธง และสอนโดยใช้หลักสูตร E-book ผ่านระบบ Android จังหวัดสกลนคร ต่อมาพัฒนาให้มีการจัดการเรียนการสอน หน่วยการเรียนรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีใน ๔ ช่วงชั้น คือระดับชั้นอนุบาล, ประถมศึกษาที่ ๑-๓, ประถมศึกษาปีที่ ๔-๖ และมัธยมศึกษาปีที่ ๑-๓ ใน ๒๒ โรงเรียนในตำบลต้นแบบ ครูมีการจัดการเรียนการสอนโดยสอดแทรกตามรายวิชาสุขศึกษา ยังไม่ครบทุกระดับชั้นและยังไม่มีผลการประเมินผล

ผลการวิเคราะห์	๑. CHCA (C๒๒๐-C๒๒๙)
	การให้ความรู้นักเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าไปให้ความรู้นักเรียนเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี สัปดาห์ละหนึ่งครั้งในโรงเรียนโพธิ์ตากวิทยา มาตรการที่ ๒ การควบคุมป้องกัน คัดกรองพยาธิใบไม้ตับ คัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปด้วยการตรวจอุจจาระ ในปี ๒๕๖๑ ทั้งหมด ๗,๓๙๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๐.๗๖ จังหวัดหนองคายพบความชุกร้อยละ ๒.๗ โดยพื้นที่ที่มีความชุกมากที่สุดคือ ตำบลกุดบง อำเภอโพนพิสัย รองลงมาคือตำบลรัตนวาปี อำเภอรัตนวาปี,ตำบลเฝ้าไร่ อำเภอเฝ้าไร่, ตำบลโพนทอง อำเภอโพธิ์ตาก, ตำบลหนองกอมเกาะ อำเภอเมือง,ตำบลนาจิว อำเภอสังคม, ตำบลฝาง อำเภอสระใคร, ตำบลพานพร้าว อำเภอศรีเชียงใหม่, ตำบลบ้านถ่อน อำเภอท่าบ่อ ตามลำดับ มาตรการที่ ๓ การคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ด้วยการตรวจอัลตราซาวด์ ในปี ๒๕๖๑ ทั้งหมด ๖,๕๒๔ ราย ร้อยละ ๑๐๐ พบผู้สงสัยมะเร็งท่อน้ำดีจำนวน ๒๗ ราย เป็นมะเร็งท่อน้ำดี ๒ ราย พบความผิดปกติอื่นๆ ดังนี้ Fatty liver ๑,๖๗๕ ราย/Periductal fibrosis ๗๙๙ ราย/Cirrhosis ๒๕ ราย มาตรการที่ ๔ การผ่าตัด ประคับประคอง และ Palliative care ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีได้รับการดูแลแบบองค์รวม และเยี่ยมบ้านร่วมกับ COC ทุกราย มาตรการที่ ๕ การสื่อสารสาธารณะ มีการรณรงค์ ให้ความรู้ประชาชน ร้านค้า ร้านอาหาร แผงลอยต่างๆ จัดนิทรรศการเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอย่างต่อเนื่อง มีการสอดแทรกโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีตามงานบุญประเพณีต่างๆอย่างต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีการรับสมัครบุคคลต้นแบบ การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ชุมชนผ่านหอกระจายเสียงในหมู่บ้าน มีหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
๑. GAP Analysis	๑. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีข้อบัญญัติในการกำจัดสิ่งปฏิกูลแต่ยังไม่มีการบังคับใช้อย่างจริงจัง ๒. ประชาชนยังให้รถดูดส้วมไปทิ้งอุจจาระในที่นาของตนเอง ๓. โรงเรียนมีการจัดการเรียนการสอนเรื่องพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในบางแห่ง ส่วนโรงเรียนที่มีการจัดการเรียนการสอนยังขาดการประเมินผลการให้ความรู้ ๔. การคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยการตรวจอุจจาระ บางแห่งเก็บได้ไม่ครบ ๙๐๕ ราย เนื่องจากเป็นตำบลที่มีประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปน้อย ๕. การเก็บอุจจาระลำบาก เนื่องจากประชาชนไม่นำอุจจาระมาส่งตรวจตามนัด ๖. ประชาชนยินยอมเข้าโครงการ แต่ไม่ยินยอมให้บัตรประชาชน เพราะกลัวนำบัตรประชาชนไปทำธุรกรรมอย่างอื่น จึงทำให้เกิดปัญหาการเก็บบัตรประชาชนเพื่อนำมาอัฟโหลด ๗. ขาดการประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่เป็นรูปธรรม ๘. การกรอกข้อมูลโดยเฉพาะใบยินยอมเข้าโครงการในโปรแกรม Isan Cohort มีปัญหา มาก เช่น เขียนผิดแล้วเอาปากกาแดงเส้นชื่อกำกับ, ลงไม่ครบ, เซนต์ชื่อไม่ถูก, กรณีผู้เข้าโครงการอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี ต้องมีลายเซ็นของผู้ปกครอง ๙. ประชาชนไปซื้อยามาพยาธิใบไม้ตับมารับประทานเองโดยที่ยังไม่ตรวจอุจจาระ และยังมีพฤติกรรมเสี่ยงกินปลาดิบ หรือปลาสุกๆ ดิบๆ ทำให้เกิดความเสี่ยงติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำซากเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ๑๐. มีแพทย์ไม่เพียงพอในการตรวจอัลตราซาวด์ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี

ผลการวิเคราะห์	๑. CHCA (C๒๒๐-C๒๒๙)
	๑๑. เครื่องตรวจอัลตราซาวด์มีไม่เพียงพอ (ได้รับจาก Cascap ๒ เครื่อง ปัจจุบันเครื่องอัลตราซาวด์อยู่ที่ โรงพยาบาลเฝ้าไร่ และโรงพยาบาลโพธิสัย) ๑๒. กล้องจุลทรรศน์ในการตรวจจุลจากระหาพยาธิมีไม่เพียงพอ, บางแห่งมีกล้องจุลทรรศน์แต่ชำรุด ๑๓. แพทย์ตรวจอัลตราซาวด์มีการหมุนเวียน, โยกย้ายบ่อย ๑๔. ไม่มีการคืนข้อมูลผลการตรวจอัลตราซาวด์ และ/หรือผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์จากหน่วยงานที่ส่งรักษาต่อ ๑๕. ประชาชนหลังได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการเลิกกินปลาดิบ หรือปลาสุกๆ ดิบๆ ระยะเวลาสั้นๆ และกลับมากินปลาดิบเหมือนเดิม
๒. กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ Primary Prevention กลยุทธ์ที่ ๒ Risk Group Finding กลยุทธ์ที่ ๓ Early detection and Early Treatment กลยุทธ์ที่ ๔ Palliative care
๓. โครงการ/กิจกรรม	โครงการรณรงค์กำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช พร้อมทั้งถวายเป็นพระราชกุศลแด่สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถทรงเจริญพระชนมพรรษา ๘๔ พรรษา

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๕

Goal	KPI	Based line				ค่าเป้าหมาย			
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ลดการเจ็บป่วยรายใหม่ ลดการตายอันเนื่องจากโรคมะเร็งติดต่อเรื้อรัง และใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	- ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (ระดับ ๕)	๕	๕	๕	๕	๕	๕	๕	๕

Goal Setting ที่ ๑	NCDs
แผนงานที่ ๒	NCD คุณภาพ : การควบคุมโรคไม่ติดต่อ
KPI	๒. ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD) ระดับดีขึ้นไป ๓. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน/ความดัน ๔. ร้อยละความสำเร็จการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในประชาชน
Goal Setting ที่ ๒	PP & Service & Environment
แผนงานที่ ๕	SCC : Secondary Care Cluster การจัดบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ Service Plan : (๑) NCDs โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
KPI	๑๔. ร้อยละของผู้ป่วย DM HT ที่ควบคุมได้ ๑๕. ร้อยละของผู้ป่วย DM HT ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมิน CVD Risk

ตารางการวิเคราะห์ : การควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD คุณภาพ)

ผลการวิเคราะห์	การควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD คุณภาพ)
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	จากสถิติอัตราการตายด้วยโรค NCDs (กองยุทธศาสตร์และแผน กระทรวงสาธารณสุข) พบว่า - อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในปี ๒๕๕๘, ๒๕๕๙, ๒๕๖๐ และ ๒๕๖๑ เท่ากับ ๒๗.๓๙, ๓๐.๖๐, ๒๙.๗๙ และ ๒๑.๔๖ ต่อประชากรแสนคน (ข้อมูลจากมรณบัตร กยผ.) - อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (IHD) ในปี ๒๕๕๘, ๒๕๕๙, ๒๕๖๐ และ ๒๕๖๑ เท่ากับ ๑๒.๓๕, ๑๘.๒๘, ๑๔.๙๙ และ ๙.๙๖ ต่อประชากรแสนคน (ข้อมูลจากมรณบัตร กยผ.) - อัตราตายด้วยโรคเบาหวาน (DM) ในปี ๒๕๕๘, ๒๕๕๙, ๒๕๖๐ และ ๒๕๖๑ เท่ากับ ๒๘.๓๖, ๒๙.๖๔, ๒๑.๑๔ และ ๑๙.๔๐ ต่อประชากรแสนคน (ข้อมูลจากมรณบัตร กยผ.) - อัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง (HT) ในปี ๒๕๕๘, ๒๕๕๙, ๒๕๖๐ และ ๒๕๖๑ เท่ากับ ๖.๕๖, ๗.๗๐, ๖.๗๓ และ ๔.๒๒ ต่อประชากรแสนคน (ข้อมูลจากมรณบัตร กยผ.) - อัตราผู้ป่วยรายใหม่ด้วยโรคเบาหวาน ในปี ๒๕๕๘, ๒๕๕๙, ๒๕๖๐ และ ๒๕๖๑ เท่ากับ ร้อยละ ๖.๔๑, ๖.๓๔, ๕.๘๑ และ ๕.๔๙ (ข้อมูลจาก HDC๔๓.) - อัตราผู้ป่วยรายใหม่ด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในปี ๒๕๕๘, ๒๕๕๙, ๒๕๖๐ และ ๒๕๖๑ เท่ากับ ร้อยละ ๑๑.๙๖, ๑๑.๑๓, ๑๐.๖๓ และ ๑๐.๙๕ (ข้อมูลจาก HDC๔๓.) - ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ในปี ๒๕๕๘, ๒๕๕๙, ๒๕๖๐ และ ๒๕๖๑ เท่ากับ ร้อยละ ๖.๖๙, ๘.๖๔, ๒๐.๑๙ และ ๒๐.๕๔ (ข้อมูลจาก HDC๔๓.) - ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ในปี ๒๕๕๘, ๒๕๕๙, ๒๕๖๐ และ ๒๕๖๑ เท่ากับ ร้อยละ ๓๗.๑๙, ๔๐.๘๖, ๕๐.๓๘ และ ๕๑.๗๖ (ข้อมูลจาก HDC๔๓.)

ผลการวิเคราะห์	การควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD คุณภาพ)
GAP Analysis	๑. ผู้ป่วย DM HT ส่วนหนึ่งไม่เข้าถึงบริการ ๒. เปลี่ยนบุคลากรผู้รับผิดชอบงาน NCD บ่อย ๓. ขาดการทำงานกันอย่างบูรณาการ (งานส่งเสริม งาน NCD งานคุ้มครองผู้บริโภค งานภาคประชาชน งานสุขศึกษา) ๔. ฐานข้อมูลยังขาดความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ๕. ขาดข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ เช่น พฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ๖. บุคลากรยังขาดการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ ๗. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในประชากรกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยไม่ชัดเจน และขาดการติดตามประเมินที่ต่อเนื่องหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาระบบข้อมูลและสารสนเทศงานโรคไม่ติดต่อ กลยุทธ์ที่ ๒ สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน/ภาคีเครือข่ายในการป้องกันและลดการเข้าถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง กลยุทธ์ที่ ๓ พัฒนาระบบบริหารจัดการและการจัดบริการเพื่อลดเสี่ยงและลดโรคให้สอดคล้องกับสถานการณ์โรคและบริบทพื้นที่
โครงการ/กิจกรรม	โครงการบูรณาการสร้างสุขภาพวิถีชีวิตหนองคาย ลดภัยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจังหวัดหนองคาย

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๕

Goal	KPI	ผลการดำเนินงาน			ค่าเป้าหมาย			
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
- ลดผู้ป่วยรายใหม่จากโรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง	- อำเภอผ่านเกณฑ์ประเมินกระบวนการอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งด้าน NCD ระดับดีขึ้น	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	-	-	-	-
	- อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	๓.๕๑	๒.๑๙	๑.๕๐	<๒.๔	<๒.๐	<๒.๐	<๒.๐
	- อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จาก Pre-HT และสงสัยป่วย HT	-	๓๘.๑	๒.๖๐	<๘	<๘	<๘	<๘
	- อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ลดลงร้อยละ ๒.๕ เมื่อเทียบกับปี ๒๕๕๙	๑,๑๑๓.๐๔- ลดลง -%	๙๙๑.๔๒ ลดลง ๓๘.๑%	๑,๐๓๓.๗๐ ลดลง ๗.๑๓%	ลดลง ร้อยละ ๒.๕	ลดลง ร้อยละ ๒.๕	ลดลง ร้อยละ ๒.๕	ลดลง ร้อยละ ๒.๕
	- อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	-	-	๔๘.๕๑	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐
- ลดตายอันเนื่องมาจากโรค NCD	- ระดับความสำเร็จของการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในประชาชน	๙๐.๕๗	๘๗.๘๖	๘๗.๒๖	๘๘	๘๙	๙๐	๙๐

Goal	KPI	ผลการดำเนินงาน			ค่าเป้าหมาย			
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
	- ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้	๘.๖๔	๒๐.๐๓	๒๐.๕๗	๔๐	๔๐	๔๐	๔๐
	- ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	๔๐.๘๖	๕๐.๖๗	๕๑.๐๘	๕๐	๕๐	๕๐	๕๐
	- ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	๔๓.๐๐	๘๕.๑๐	๙๑.๒๒	๘๗.๕	๘๗.๕	๘๗.๕	๘๗.๕
๑. ผู้ป่วย DM รายใหม่ลดลง ๒. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง (ปี ๒๕๖๒)	๑. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระดับดีขึ้นไป (≥ ๖๐%)	-	๑๐๐ (๔/๔)	๘๕.๗๑ (๖/๗)	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐

Goal Setting ที่ ๑	NCDs
แผนงานที่ ๒	NCD คุณภาพ : การควบคุมโรคไม่ติดต่อ
KPI	๕. ร้อยละของประชาชนวัยทำงานมีดัชนีมวลกายปกติ

ตารางการวิเคราะห์ : วัยทำงานมีดัชนีมวลกายปกติ

ผลการวิเคราะห์	วัยทำงานมีดัชนีมวลกายปกติ
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	จังหวัดหนองคาย มีร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ ๓๐-๔๔ มีค่าดัชนีมวลกายปกติ ระหว่างปี ๒๕๕๖-๒๕๖๑ ดังนี้ ๕๘.๒๖, ๕๔.๔๖, ๕๔.๐๗, ๕๓.๕๖, ๕๗.๙ ตามลำดับ และเขตสุขภาพที่ ๘ มีร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ ๓๐-๔๔ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ ระหว่างปี ๒๕๕๖-๒๕๖๑ ดังนี้ ๕๗.๐๘, ๕๔.๐๖, ๕๐.๓๕, ๕๐.๒๑, ๕๔.๖๗, ๕๙.๗๓ ตามลำดับ โดยที่ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ ๓๐-๔๔ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติระดับประเทศ ระหว่างปี ๒๕๕๖-๒๕๖๑ ตามลำดับดังนี้ ๕๕.๕๘, ๕๔.๖๗, ๕๒.๔๘, ๕๑.๓๔, ๕๑.๗๙, ๕๒.๘๑ ตามลำดับ จังหวัดหนองคาย มีร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ ๑๘-๕๙ มีค่าดัชนีมวลกายปกติ ระหว่างปี ๒๕๕๕-๒๕๖๑ ดังนี้ ๕๒.๒๕, ๕๖.๙๗, ๗๒.๖๔ ตามลำดับสำหรับเขตสุขภาพที่ ๘ ค่าดัชนีมวลกายปกติ ปี ๒๕๖๑ ร้อยละ ๕๘.๒๖ และระดับประเทศ ค่าดัชนีมวลกายปกติ ปี ๒๕๖๑ ร้อยละ ๕๙.๑๘ จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่า จังหวัดหนองคาย มีสถานะสุขภาพค่าดัชนีมวลกายประชาชนวัยทำงานอายุ ๓๐-๔๔ ปีระดับปกติอยู่ในระดับต่ำกว่าระดับเขตสุขภาพ และสูงกว่าระดับประเทศ สำหรับวัยทำงานกลุ่มอายุ ๑๘-๕๙ ปี มีสถานะสุขภาพค่าดัชนีมวลกาย ระดับปกติอยู่ในระดับสูงกว่าระดับเขตสุขภาพ และระดับประเทศ แต่ยังคงต้องดำเนินการพัฒนาและแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในวงกว้างต่อไป ส่วนหนึ่งจังหวัดหนองคาย ได้ดำเนินการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลคุณแนวโน้มของค่าดัชนีมวลกายระดับพื้นที่ เพื่อวางแผนการดำเนินงานในแก้ไขปัญหาและส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในพื้นที่ โดยมุ่งเน้นไปดำเนินการในชุมชน ส่วนราชการ และสถานประกอบการโดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยน/ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ๔ ด้าน รวมทั้งมีการสำรวจภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะการเน้นการส่งเสริมให้ประชากรวัยทำงานให้มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอและต่อเนื่อง และมีการติดตามประเมินผล โดยใช้ค่าดัชนีมวลกาย ประกอบกับการจัดให้มีการประชาสัมพันธ์ สร้างกระแส ให้ชุมชนเห็นความสำคัญของการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง
GAP Analysis	การส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน โดยเน้นการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง ดังนี้ ระบบข้อมูล โดยหน่วยบริการสาธารณสุข (รพสต.และ PCU ของโรงพยาบาล) สำรวจข้อมูล ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงประชาชนวัยทำงาน วัดรอบเอว บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน ๔๓ แฟ้มโดยระบบ Health data center (HDC) และสำรวจพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ๔ ด้าน พบว่ายังไม่สำรวจและเก็บข้อมูล ผู้นำด้านสุขภาพ (Health leader) ครอบคลุมทุกหน่วยบริการในการขับเคลื่อนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ยังไม่มีการขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรม ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการประชาสัมพันธ์ สร้างกระแส และมีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องในชุมชน โดยการประสานกับหน่วยงานในพื้นที่ ได้แก่ อปท. พบว่าขาด

ผลการวิเคราะห์	วัยทำงานมีดัชนีมวลกายปกติ
	ความต่อเนื่อง ส่งเสริมและพัฒนาภาคีเครือข่ายชมรมออกกำลังกาย/ชมรมต่างๆ รวมทั้งกลุ่มให้มีกิจกรรมกิจกรรมทางกาย และมีระบบการเก็บข้อมูลที่สามารถให้ประชากรวัยทำงานในภาคเกษตรกรรมภาคอิสระ สามารถมีส่วนร่วมและเข้าถึงได้ง่าย
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ กลยุทธ์ที่ ๒ สนับสนุน และส่งเสริม จัดตั้งชมรมกิจกรรมทางกาย กลยุทธ์ที่ ๓ สนับสนุน ค้นหา เชิดชูและยกย่องบุคคลต้นแบบ องค์กรไร้พุงต้นแบบ
โครงการ/กิจกรรม	โครงการคนหนองคาย หุ่นดีสุขภาพดี

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๕

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย			
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ประชากรวัยทำงานหุ่นดีสุขภาพดี	ร้อยละประชาชนวัยทำงานมีค่าดัชนีมวลกายปกติ	๕๐.๓๕	๕๐.๒๑	๕๔.๖๗	๖๐.๒๒	๖๒	๖๔	๖๖	๖๘

Goal Setting ที่ ๑	NCDs
แผนงานที่ ๓	RTI (Road Traffic Injury) การป้องกันอุบัติเหตุทางถนน
KPI	๖. อัตราเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนไม่เกิน ๑๖ ต่อแสน ปชก. ๗. ความสำเร็จในการป้องกันและลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ใน ๔ ด้าน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ ๘. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ ๒๐

ตารางการวิเคราะห์ : การป้องกันอุบัติเหตุทางถนน RTI (Road Traffic Injury)

ผลการวิเคราะห์	๓. RTI
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	- อัตราการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ปี ๒๕๕๘, ๒๕๕๙, ๒๕๖๐ และ ๒๕๖๑ เท่ากับ ๒,๒๓๐.๐๘, ๒,๒๓๗.๙๖, ๒,๔๔๘.๖๗ และ ๑,๘๐๗.๑๐ (ข้อมูล ต.ค.๖๐-ก.ค.๖๑) ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (ข้อมูล ๔๓ แฟ้ม) - อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน ปี ๒๕๕๘, ๒๕๕๙ และ ๒๕๖๐ เท่ากับ ๑๓.๐๙, ๑๒.๗๓, ๘.๒๔ และ ๘.๐๘ (ข้อมูล ต.ค.๖๐-ส.ค.๖๑) ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (ข้อมูล ๔๓ แฟ้ม) - อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน ปี ๒๕๕๙, ๒๕๖๐ และ ๒๕๖๑ เท่ากับ ๒๘.๖๘, ๓๕.๓๖ และ ๒๒.๔๒ (ข้อมูล ต.ค.๖๐-ส.ค.๖๑) ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (ข้อมูล ๓ ฐาน : ตำรวจ บริษัทกลาง สาธารณสุข) - ศปถ. กำหนดจุดเสี่ยงช่วงเทศกาลปีใหม่ ๓๒ จุด เทศกาลสงกรานต์ ๒๕ จุด รวมจุดเสี่ยงทั้งสิ้น ๕๗ จุดได้กำหนดด่านชุมชนจำนวน ๑๒๙ ด่าน แต่พื้นที่ได้จัดตั้งทั้งหมด ๑๓๗ ด่าน
GAP Analysis	๑. โปรแกรมการเก็บข้อมูลอุบัติเหตุมีหลากหลาย ข้อมูลยังขาดความถูกต้อง ครบถ้วนและทันเวลา ๒. การสอบสวนอุบัติเหตุทางถนนในระดับบูรณาการ ยังไม่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้ครบทุกราย ๓. การแก้ไขจุดเสี่ยง ทั้งในด้านสิ่งแวดล้อม ตัวถนน รถ และในด้านพฤติกรรมซึ่งเป็นเรื่องท้าทายและอาศัยระยะเวลา ๔. การวางแผนการดำเนินการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างจริงจัง โดยเฉพาะผู้ใช้รถและถนน ๕. การดำเนินงานเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุยังไม่ทั่วถึงทั้งเครือข่าย อปท.และประชาชน
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ มาตรการบริหารจัดการ กลยุทธ์ที่ ๒ มาตรการด้านข้อมูล กลยุทธ์ที่ ๓ มาตรการการป้องกัน กลยุทธ์ที่ ๔ การรักษาพยาบาล (ใน ECS คุณภาพ)
โครงการ/กิจกรรม	๑. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดหนองคาย ๒. โครงการบริหารจัดการงานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดหนองคาย

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๕

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย			
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
พัฒนาระบบการควบคุม ป้องกันอุบัติเหตุทางถนน	๑. อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนไม่เกิน ๑๔ ต่อแสนประชากร	๑๓.๐๙ (๖๘ ราย)	๒๘.๖๓ (๑๔๙ ราย)	๓๕.๒๖ (๑๘๔ ราย)	๒๒.๔๒ (๑๑๗ ราย) ๑๑ m	๑๔	๑๒	๑๐	๘
	๒. ร้อยละอำเภอผ่านการประเมินการป้องกันอุบัติเหตุระดับอำเภอ (D-RTI) (คะแนนร้อยละ ๗๐)	NA	NA	๗๗.๗๘	๘๘.๘๙	๘๐	๘๐	๘๐	๘๐

๒.๒.๒ การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข

Goal Setting ที่ ๒	PP & Service & Environment
แผนงานที่ ๔	การจัดบริการปฐมภูมิและพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (Primary Care Cluster : PCC)
KPI	๙. ร้อยละพื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)

ตารางการวิเคราะห์ : คลินิกหมอครอบครัว (PCC)

ผลการวิเคราะห์	คลินิกหมอครอบครัว (PCC)
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	จังหวัดหนองคาย ได้ทำแผนจัดตั้ง PCC ๑๐ ปี (ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๙) ตามนโยบายการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ในภาพรวม ๑๘ cluster ๕๒ ทีม ในปี ๒๕๖๐ มี PCC ลงทะเบียนขอเปิดดำเนินการโดยยึดเกณฑ์ The must ต้องมี FM และสาขาวิชาชีพตามเกณฑ์ ในเขตเมือง ๑ cluster ๓ ทีม ได้แก่ PCC ศสม.รพ.หนองคาย และในเขตชนบทอีก ๔ ทีม ได้แก่ PCC รพ.สต.กุดบัง อ.โพนพิสัย ๑ ทีม, PCC รพ.สต.บ้านนาฮี อ.เมือง ๑ ทีม, PCC ศูนย์แพทย์ชุมชนท่าบ่อ ๒ ทีม รวมทั้งสิ้น ๗ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๒๑ และในปี ๒๕๖๑ ปรับเป้าหมายใหม่จาก ๖ ทีมเป็น ๔ ทีม และเปิดดำเนินการ จำนวน ๔ ทีม คือ ทีม PCC หิมโงม-ท่าจาน-เดื่อ-สีกาย อ.เมือง, ทีม PCC หนองหลวง อ.เฝ้าไร่, ทีม PCC โพธิ์ตาก อ.โพธิ์ตาก, ทีม PCC ผาตั้ง-แก้งไก่ อ.สังคม ซึ่งยังไม่สามารถเปิดดำเนินการอย่างเป็นทางการรวมถึงการประชาสัมพันธ์แก่ประชาชนในพื้นที่ได้รับทราบเกี่ยวกับการจัดบริการตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวได้ เนื่องจาก FM เพิ่งจบการอบรมระยะสั้นในช่วงปลายเดือนสิงหาคม ๒๕๖๑ การพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัวจัดโดยส่วนกลาง จังหวัดได้ประสานทีมหมอครอบครัว (FCT) ผู้เข้าอบรมประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพแพทย์ FM (จำนวน ๖ คน) พยาบาล นักวิชาการ เภสัชกร ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด รูปแบบการบริหารจัดการโดยคณะกรรมการตามแนวคิด PCC และ พชอ. ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน และการบริหารจัดการคน เงิน ของ ของ PCC ยังไม่ชัดเจน การจัดทำแผนงบประมาณดำเนินการ เรื่องแผนงบประมาณที่เป็นค่าจ้าง ค่าตอบแทนที่รองรับแพทย์ FM (แพทย์เกษียณ) เดิมจ้างโดยเงินบำรุงของ รพ.แม่ข่าย ยังขาดแคลนอัตรากำลังตามเกณฑ์ PCC
GAP Analysis	- ขาดแคลนอัตรากำลังตามเกณฑ์ PCC คือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว(FM) และทีมสหวิชาชีพ - แพทย์ไม่สามารถออกปฏิบัติงานได้ตามเกณฑ์
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนารูปแบบโครงสร้างและการจัดบริการปฐมภูมิ กลยุทธ์ที่ ๒ พัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนและทีมสุขภาพ กลยุทธ์ที่ ๓ พัฒนาระบบสนับสนุนการพัฒนาทีมเครือข่ายบริการปฐมภูมิ กลยุทธ์ที่ ๔ ขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์และการอภิบาลระบบ
๓.โครงการ/กิจกรรม	โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster : PCC)

๔. การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
๒. PP & Service & Environment การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ	ร้อยละพื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)	NA	NA	๑๓.๒๑ (๗ ทีม)	๒๑.๑๕ (๑๑ ทีม)	๕๖.๖๐	๗๓.๕๘	๗๙.๒๕

Goal Setting ที่ ๒	PP & Service & Environment
แผนงานที่ ๔	การจัดบริการปฐมภูมิและพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (Primary Care Cluster : PCC)
KPI	๑๐. ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ และผลงาน ๒ ประเด็นผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย

ตารางการวิเคราะห์ : คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ

ผลการวิเคราะห์	พชอ.
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จังหวัดหนองคาย มีอำเภอดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทุกอำเภอ จากการดำเนินการที่ผ่านมา ได้จัดให้มีการประชุม MOU (มี.ค.๖๑) ระหว่างประธานคณะกรรมการทุกอำเภอ กับผู้ว่าราชการจังหวัดหนองคาย นำเสนอแผนของแต่ละอำเภอในการขับเคลื่อนครบตามเกณฑ์ที่กำหนด และยังไม่ได้นำเสนอรายชื่อตามส่วนกลางกำหนดเพื่อแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการ พชอ. ลงนามโดย ผู้ว่าราชการจังหวัดการสนับสนุนงบประมาณในการเตรียมการของ พชอ. จากส่วนกลางไม่เพียงพอและล่าช้า ในปี ๒๕๖๑ ซึ่งได้ขยายการดำเนินการตามแนวคิด พชอ. ครอบคลุมทุกอำเภอทั่วประเทศ โดยในไตรมาสแรกได้ให้ความสำคัญต่อการแต่งตั้งคณะกรรมการ พชอ. และได้กำหนดสัดส่วนการสรรหาบุคคลเพื่อแต่งตั้งออกเป็น ๘:๖:๗ กล่าวคือ ภาครัฐ ๘, ภาคเอกชน ๖, และภาคประชาชน ๗ รวม ๒๑ คน ทุกอำเภอได้มีการประชุมกำหนดประเด็นปัญหาหรือการพัฒนาตามที่หารือ อำเภอละ ๒ ประเด็นทุกอำเภอ โดยดำเนินการตามกรอบของUCCARE ในการบริหารจัดการและการประเมินผล
๑. GAP Analysis	- คำสั่งประกาศการแต่งตั้งคณะกรรมการออกมาช้า - ยังขาดการเยี่ยมเสริมพลังในระดับอำเภอในการขับเคลื่อนในระดับพื้นที่และการประเมินผลที่เป็นรูปธรรม - งบประมาณไม่เพียงพอและล่าช้า
๒. กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ สร้างโอกาสขับเคลื่อนที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิ กับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพ กลยุทธ์ที่ ๒ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างมีส่วนร่วม กลยุทธ์ที่ ๓ เสริมสร้างศักยภาพ พชอ. อย่างมั่นคงและยั่งยืน
๓. โครงการ/ กิจกรรม	โครงการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดหนองคาย

๔. การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
๒. PP & Service & Environment การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพและผลงาน ๒ ประเด็นผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย	๐	๐	๐	๑๐๐	๖๐	๗๐	๘๐

Goal Setting ที่ ๒	PP & Service & Environment
แผนงานที่ ๔	การจัดบริการปฐมภูมิและพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (Primary Care Cluster : PCC)
KPI	๑๑. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (อสค.)

ตารางการวิเคราะห์ : ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (อสค.)

ผลการวิเคราะห์	อสค.
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	การขับเคลื่อนการดำเนินการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ โดยการอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ปี ๒๕๖๑ อสค. ได้รับการอบรมถ่ายทอดความรู้ รวมจำนวน ๔,๕๘๔ คน กลุ่มเป้าหมาย คือ ญาติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) จำนวน ๑,๐๓๔ คน โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) จำนวน ๒,๒๙๒ คน ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (LTC) และผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ในชุมชน จำนวน ๑,๒๕๘ คน
๑. GAP Analysis	- ญาติผู้ป่วย บางรายไม่มีความพร้อมเข้าร่วมอบรม ต้องดูแลผู้ป่วย และไม่มีญาติอื่นแทนเลย และให้ อสม.แทน จึงดำเนินการอบรมที่บ้านตามแนวทาง โดยเจ้าหน้าที่ และ อสม., ผู้ดูแลครัวเรือน ตามกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วย ในการเยี่ยมบ้าน ให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่ต้องการ - เป้าหมายการดำเนินการจากกระทรวงไม่นิ่ง มีเพิ่มเป้าหมาย - บางพื้นที่มีการพัฒนา อสค.ช้ากว่าแผน - แบบการประเมินศักยภาพ อสค.ตามเกณฑ์ ออกมาล่าช้า และเป้าหมายไม่ชัดเจน - การบันทึกข้อมูลไม่ได้ตามเป้าหมาย
๒.กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ การบริหารจัดการข้อมูลพัฒนาศักยภาพ อสค. กลยุทธ์ที่ ๒ พัฒนาศักยภาพ อสค.เป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัว กลยุทธ์ที่ ๓ พัฒนาระบบสื่อสารและเทคโนโลยีเพื่อการสื่อสาร กลยุทธ์ที่ ๔ พัฒนาระบบการประเมินครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง
๓.โครงการ/ กิจกรรม	พัฒนางานสุขภาพภาคประชาชนเพื่อเสริมสร้างบทบาทภาคีเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และขับเคลื่อนแผนสุขภาพตำบลสู่การปฏิบัติ จังหวัดหนองคาย

๔. การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
- ประชาชนสุขภาพดี	ร้อยละ ๕๕ ของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด (อสค.)	-	-	๖๕	๘๔.๐๑	๖๕	๗๐	๗๕
	ร้อยละ ๑๐๐ ของกลุ่มเป้าหมายการพัฒนา (เป้าหมายกระทรวง)	-	๓,๑๐๐	๔,๕๘๔	๔,๕๘๔	๔,๕๘๔		

Goal Setting ที่ ๒	PP & Service & Environment
แผนงานที่ ๕	SCC : Secondary Care Cluster การจัดการบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ
KPI	๑๒. จำนวน SCC จัดบริการได้ตามเกณฑ์และเชื่อมโยงบริการกับ PCC และหน่วยบริการทุกระดับ ผลงาน Service Plan ๑๘ สาขา ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย

ตารางการวิเคราะห์ : SCC จัดบริการได้ตามเกณฑ์และเชื่อมโยงบริการกับ PCC

ผลการวิเคราะห์	SCC
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ มีนโยบายให้ขับเคลื่อนระบบบริการ SP ๑๘ สาขา ได้แก่ ๑.NCDs ๒.RDU ๓.ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ๔.New born ๕.Palliative care ๖.แพทย์แผนไทย ๗.สุขภาพจิตและจิตเวชและยาเสพติด ๘. ๕ สาขาหลัก (สูติ ศัลย์ เมต เด็ก ออร์โธ) ๙.โรคหัวใจ ๑๐.โรคมะเร็ง ๑๑.ไต ๑๒.ตา ๑๓.ปลูกถ่ายอวัยวะ ๑๔.Intermediate care ๑๕.One day surgery ๑๖.Minimally Invasive Surgery) ๑๗.ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ ๑๘.สาขาสุขภาพช่องปาก ผลการดำเนินในภาพรวมทั้งจังหวัด ผลลัพธ์ SP ๑๘ สาขา KPI ผ่านเกณฑ์ >๖๐% ทุก คปสอ. คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ แต่ยังมีบางสาขาที่ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย เช่น สาขา CKD ไม่ผ่านเกณฑ์ ๘ คปสอ., NCD ไม่ผ่านเกณฑ์ ๗ คปสอ., RDU ไม่ผ่านเกณฑ์ ๗ คปสอ., MCH ไม่ผ่านเกณฑ์ ๔ คปสอ. และ สุขภาพจิต ไม่ผ่านเกณฑ์ ๓ คปสอ.
๑. GAP Analysis	๑. ขาดบุคลากรเฉพาะด้าน : แพทย์ ortho นักกายภาพบำบัด ๒. บุคลากรมีภาระงานมาก ๓. ระบบข้อมูล เช่น ยังไม่มีระบบบันทึกข้อมูล บุคลากรขาดองค์ความรู้ในการบันทึกข้อมูล บันทึกข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน และการวิเคราะห์ข้อมูลยังไม่ถูกต้อง ๔. ขาดงบประมาณ
๒. กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ บริหารจัดการจัดให้มีกลไกการพัฒนาระบบบริการแบบเครือข่าย กลยุทธ์ที่ ๒ พัฒนาระบบบริการ และระบบข้อมูลเพื่อการจัดการ กลยุทธ์ที่ ๓ สร้างการรับรู้ทัศนคติบุคลากรทางการแพทย์ ภาศิเครือข่ายและประชาชน กลยุทธ์ที่ ๔ เยี่ยมเสริมพลังการจัดบริการภายในเครือข่ายบริการ
๓. โครงการ/ กิจกรรม	โครงการพัฒนาระบบบริการแบบเครือข่าย (SCC)

๔. การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
๒. PP & Service & Environment	จำนวน SCC จัดบริการได้ตามเกณฑ์และเชื่อมโยงกับ PCC และหน่วยบริการทุกระดับ ผลงาน Service Plan ๑๘ สาขา ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย	NA	NA	NA	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

Goal Setting ที่ ๒	PP & Service & Environment
แผนงานที่ ๕	SCC : Secondary Care Cluster การจัดบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ
KPI	๑๓. โรงพยาบาลพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital

ตารางการวิเคราะห์ : โรงพยาบาลพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital

ผลการวิเคราะห์	GREEN&CLEAN Hospital
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	การดำเนินงานพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมในหน่วยบริการ (GREEN & CLEAN Hospital) ปี ๒๕๖๐ พบว่า ระดับโรงพยาบาลทั้งหมด ๑๐ แห่ง (รวม รพ.พิสัยเวช) ผ่านการประเมิน ตั้งแต่ระดับพื้นฐานขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ โดยแยกเป็น ระดับพื้นฐาน ๙ แห่ง ร้อยละ ๙๐ และระดับดีมาก ๑ แห่ง (รพ.ท่าบ่อ) ร้อยละ ๑๐, ส่วนในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้ง ๗๔ แห่ง พบว่าผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน ๑๖ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๒๑.๖๒ และไม่ผ่านเกณฑ์ ๕๘ แห่ง ร้อยละ ๗๘.๓๘ ปี ๒๕๖๑ ระดับโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก จำนวน ๒ แห่ง (รพ.ท่าบ่อ และ รพ.หนองคาย) ผ่านระดับดี ๕ แห่ง (รพ.โพธิ์ชัย รพ.ศรีเชียงใหม่ รพ.สังคม รพ.สระใคร และ รพ.เฝ้าไร่) และ ระดับพื้นฐาน ๓ แห่ง (รพ.รัตนวาปี รพ.โพธิ์ตาก และ รพ.พิสัยเวช) ระดับ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ ๕๙.๐๔ (๘๓/๔๙ แห่ง)
GAP Analysis	๑. ระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาล ๑.๑ ระบบบำบัดน้ำเสียมีขนาดใหญ่และไม่เหมาะสมกับขนาดของโรงพยาบาลถึงแม้ว่าจะมีการเดินท่อเชื่อมระบบภายในโรงพยาบาลเสร็จแล้วก็ตาม เพราะจะส่งผลกระทบต่อกรับภาระค่าใช้จ่ายที่สูงเกินไปไม่คุ้มค่า เช่น ค่าไฟฟ้าเดือนละ ๓๐,๐๐๐-๔๐,๐๐๐ บาท คือ รพ.เฝ้าไร่ รพ.รัตนวาปี และ รพ.โพธิ์ตาก ๑.๒ ระบบบำบัดน้ำเสียที่มีอายุการใช้งานนานมากตั้งแต่ ๓๐ ปีขึ้นไป ส่งผลต่อการจัดการระบบ คุณภาพน้ำทิ้ง และค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นในการดูแลบำรุงรักษา และพัฒนาระบบให้มีคุณภาพ คือ รพ.หนองคาย รพ.ท่าบ่อ และ รพ.ศรีเชียงใหม่ ๒. การพัฒนา Out source ให้ได้มาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหารเพื่อให้บริการผู้ป่วยใน คือ รพ.เฝ้าไร่ รพ.รัตนวาปี และ รพ.โพธิ์ตาก ๓. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ๓.๑ โรงพยาบาลมีโรงพักขยะแต่ยังไม่ได้มาตรฐานและต้องดำเนินการปรับปรุงตามคำแนะนำของสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม ศอ.๘ และ สบส.๘ อุดรธานี คือ รพ.หนองคาย รพ.โพธิ์ตาก และ รพ.รัตนวาปี ๓.๒ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อใน รพ.สต.และในชุมชนยังไม่เป็นระบบ พบว่ามูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นผู้ป่วยบางรายทิ้งรวมกับขยะทั่วไปของ อปท. บางรายขุดหลุมทิ้งในสวนยาง พาราของ ตนเอง และส่วนผู้ป่วยที่ไม่เอามาส่งก็ไม่สามารถตอบได้ว่าทิ้งที่ไหน ๓.๓ โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่มีรถขนส่งขยะติดเชื้อที่ถูกสุขลักษณะ ๓.๔ การมีส่วนร่วมจาก อปท. ในการจัดการขยะติดเชื้อน้อยมาก

ผลการวิเคราะห์	GREEN&CLEAN Hospital
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาหน่วยบริการตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital กลยุทธ์ที่ ๒ พัฒนาระบบบริหารด้วยกลไกของคณะกรรมการดำเนินงาน กลยุทธ์ที่ ๓ การบูรณาการงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง/ชุมชนในระดับพื้นที่
โครงการ/กิจกรรม	โครงการพัฒนานาอมัยสิ่งแวดล้อมในหน่วยบริการและมุ่งสู่ชุมชน

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
ระบบบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิได้ มาตรฐาน ทุกกลุ่มวัย ได้รับการดูแลอย่างมี คุณภาพ	๑. โรงพยาบาลทุกระดับพัฒนา อนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	-	-					
	๑.๑ ระดับ รพ.สต. - ระดับพื้นฐาน	-	-	๒๑.๖๒ (๑๖)	๖๓.๕๑ (๔๗)	๗๕ (๕๖)	๑๐๐ (๗๔)	๑๐๐ (๗๔)
	๑.๒ ระดับ รพ.							
	- ระดับพื้นฐาน ๓ แห่ง : รพ.รัตนวาปี, รพ.โพธิ์ตาก, รพ.พิสัยเวหา (พื้นฐาน+ดี+ดีมาก)	-	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
	- ระดับดีขึ้น ๕ แห่ง : รพ.โพนพิสัย, รพ.ศรีเชียงใหม่, รพ.สังคม, รพ.สระใคร, รพ.เผ่าไร่, (ปี ๒๕๖๒ เป้าหมาย ๒ แห่ง : รพ.รัตนวาปี และ รพ.โพธิ์ตาก)	-	-	-	๗๐ (๗)	๗๕	๑๐๐	๑๐๐
	- ระดับดีมาก ๒ แห่ง : รพ.ท่าบ่อ, รพ.หนองคาย (ปี ๒๕๖๒ เป้าหมาย ๒ แห่ง : รพ.โพนพิสัย และ รพ.สังคม)	-	-	๑๐ (๑)	๒๐ (๒)	๔๐	๖๐	๘๐
	๒. หน่วยบริการจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ							
	๒.๑ ระดับ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์	-	-	๒๑.๖๒ (๑๖)	๖๓.๕๑ (๔๗)	๗๕ (๕๖)	๑๐๐ (๗๔)	๑๐๐ (๗๔)
	๒.๒ ระดับ รพ.	-	๘๘.๘๘	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

Goal Setting ที่ ๒	PP & Service & Environment
แผนงานที่ ๕	SCC : Secondary Care Cluster การจัดบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ Service Plan (๑) สาขา NCD โรคหลอดเลือดสมอง และ (๙) สาขาโรคหัวใจ
KPI	๑๖. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ๒๖. ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๓ ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้ ร้อยละ ๑๐๐ ๒๗. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (I๒๐-๒๕) <๒๗ ต่อแสนประชากร

ตารางการวิเคราะห์ : โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผลการวิเคราะห์	STEMI/STROKE
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	- อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙) ในโรงพยาบาล พบว่าในปี ๒๕๕๘ เท่ากับร้อยละ ๔ ปี ๒๕๕๙ เท่ากับร้อยละ ๓.๑๙ และปี ๒๕๖๐ เท่ากับร้อยละ ๒.๔๔ (ข้อมูลจาก ๔๓ แฟ้ม) - อัตราตายโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในปี ๒๕๕๘ เท่ากับร้อยละ ๒๗.๓๙ ปี ๒๕๕๙ เท่ากับร้อยละ ๓๐.๖๐ และปี ๒๕๖๐ เท่ากับร้อยละ ๒๙.๗๙ (ข้อมูลจากมรณบัตร กยผ.) - อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (I๒๐-I๒๕) ในปี ๒๕๕๘ เท่ากับ ๑๒.๓๕ ปี ๒๕๕๙ เท่ากับ ๑๘.๒๘ และปี ๒๕๖๐ เท่ากับ ๑๔.๙๙ (ข้อมูลจากมรณบัตร กยผ.) จังหวัดหนองคาย มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบ Stroke fast track และทุกโรงพยาบาลมีการจัดระบบ Stroke fast track โดยโรงพยาบาลที่สามารถให้บริการยาละลายลิ่มเลือดได้ ๒ แห่ง คือ โรงพยาบาลหนองคาย และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ และได้มีการพัฒนาระบบช่องทางด่วนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองติดอย่างต่อเนื่องซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมารับบริการทันเวลา ๔.๕ ชั่วโมงมากขึ้น จากปี ๒๕๕๗ - ๒๕๖๐ คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๗, ๑๘.๓, ๒๗.๖ และ ๓๖.๒ ตามลำดับ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพิ่มมากขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนและความพิการ โรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดหนองคายมีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบ STEMI fast track และโรงพยาบาลสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด(Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้ครบทุกแห่ง โดยผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้รวดเร็วและเพิ่มขึ้น แต่ยังพบผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จังหวัดหนองคายพบผู้ป่วยตายโรคหลอดเลือดสมอง (ในโรงพยาบาล) จำนวน ๓๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓.๐๕ ในปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ในปัจจุบันด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือด (Recombinant Human Tissue-Type Plasminogen Activator: rt-PA) ในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้และผู้ป่วยที่มารับบริการทันทีภายหลังเกิดอาการภายในเวลา ๓-๔.๕ ชั่วโมง สามารถช่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในระยะเฉียบพลันให้รอดชีวิตและลดความพิการทุพพลภาพได้ แต่ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมารับบริการไม่ทันภายในเวลา ๔.๕ ชั่วโมง โรคหลอดเลือดหัวใจ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ พบว่าอัตราตายโรคหลอดเลือดหัวใจ(I๒๐-I๒๕) ๙.๙๖ ต่อแสนประชากร (เกณฑ์ <๒๗ ต่อแสนประชากร) โรงพยาบาลสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด(Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้ครบทุกแห่ง โดยผู้ป่วยสามารถ

ผลการวิเคราะห์	STEMI/STROKE
	เข้าถึงบริการได้รวดเร็วและเพิ่มขึ้น แต่ยังพบผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด เนื่องจากการมาโรงพยาบาลล่าช้า จาก onset มากกว่า ๑๒ ชั่วโมง
GAP Analysis	๑. ชุมชนยังขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง/โรคหลอดเลือดหัวใจ ๒. การเข้าถึงบริการของกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดยังไม่ครอบคลุม ๓. ผู้ป่วย Stroke & STEMI เข้าถึงบริการ Stroke/STEMI fast track ค่อนข้างล่าช้า (Stroke fast track ภายใน ๔.๕ ชั่วโมง/STEMI fast track ภายใน ๑๕๐ นาที) ๔. ระบบข้อมูลและการ Feed back ข้อมูลยังไม่เป็นระบบ
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ เพิ่มการเข้าถึงบริการ (access to care) ในกลุ่มเสี่ยงและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ กลยุทธ์ที่ ๒ พัฒนาระบบบริหารจัดการและระบบบริการเพื่อลดเสี่ยงลดโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์โรคและบริบทพื้นที่ กลยุทธ์ที่ ๓ พัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการข้อมูล
โครงการ/กิจกรรม	๑. โครงการพัฒนาเครือข่ายและระบบบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ๒. โครงการพี่เลี้ยงน้อง (รพ.แม่ข่ายเยี่ยม รพ.ลูกข่าย Service plan)

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
- เพิ่มการเข้าถึงบริการ (Stroke/ STEMI Fast track) ที่รวดเร็ว - ลดอัตราการตายโรคหลอดเลือดสมอง - ลดอัตราการตายโรคหลอดเลือดหัวใจ - ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ใน รพ.) <ร้อยละ ๖	๔	๓.๑๙	๒.๔๔	๓.๐๕	๖	๕	๔
	อัตราการตายโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ต่อแสนประชากร	๒๗.๓๙	๓๐.๖๐	๒๙.๗๙	๒๑.๔๖ (๙ m)	-	-	-
	ร้อยละ รพ.ระดับ F๓ ขึ้นไป ให้ยาละลายลิ่มเลือด ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
	ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือด/PCI ร้อยละ ๙๐	๘๕.๓๙	๙๖.๕๑	๙๗.๑๔	๙๖.๖๑	๙๐	๙๕	๙๕
	อัตราการตายโรคหลอดเลือดหัวใจ (I๒๐-I๒๕) <๒๖ ต่อแสนประชากร	๑๒.๓๕	๑๘.๒๘	๑๔.๙๙	๙.๙๖ (๙ m)	<๒๖	<๒๕	<๒๔
เริ่มปี ๒๕๖๒	ร้อยละของผู้ป่วย Ischemic stroke ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) > ร้อยละ ๖.๕	๔.๙๗	๖.๐๘	๖.๕	๘.๕๖	๖.๕	๗	๗.๕
	อัตราการเข้าถึงบริการ Stroke fast track ภายใน ๔.๕ ชั่วโมง > ร้อยละ ๓๕	๑๘.๓๒	๒๘.๕๗	๓๓.๑๒	๓๕.๔๘	๓๕	๔๐	๔๕

Goal Setting ที่ ๒	PP & Service & Environment
แผนงานที่ ๕	SCC : Secondary Care Cluster การจัดการบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ Service Plan (๒) สาขา การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)
KPI	๑๗. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

ตารางการวิเคราะห์ : โรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

ผลการวิเคราะห์	RDU
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	๑. ผลการดำเนินงานของจังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ข้อมูล ณ ไตรมาส ๓ เป็นดังนี้ ๑.๑ เกณฑ์เป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ กำหนดให้โรงพยาบาลผ่านตัวชี้วัด RDU ขั้นที่ ๑ ร้อยละ ๑๐๐ และผ่านตัวชี้วัด RDU ขั้นที่ ๒ ร้อยละ ๒๐ และโรงพยาบาลหนองคายมีการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) อย่างบูรณาการ ๑.๒ จังหวัดหนองคาย ผ่านตัวชี้วัด RDU ขั้นที่ ๑ ทั้ง ๙ โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ และผ่านตัวชี้วัด RDU ขั้นที่ ๒ ๒ โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาล สระใคร และโรงพยาบาลโพธิ์ตาก คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๒๒ ๑.๓ โรงพยาบาลหนองคายมีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ๑.๔ ผลการดำเนินงานของจังหวัดหนองคาย เป็นอันดับที่ ๑ ของเขตสุขภาพที่ ๘ และเป็นเพียงจังหวัดเดียวของเขตสุขภาพที่ ๘ ที่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข
GAP Analysis	๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ได้ทำการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานในปี ๒๕๖๑ เพื่อหาโอกาสพัฒนา พบว่า ๒.๑ ตัวชี้วัด RDU ระดับโรงพยาบาล ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ - ตัวชี้วัดที่ ๖ ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ รพ.หนองคาย รพ.ท่าบ่อ และรพ.เฝ้าไร่ - ตัวชี้วัดที่ ๗ ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ รพ.ท่าบ่อ รพ.ศรีเชียงใหม่ และรพ.สังคม - ตัวชี้วัดที่ ๘ ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ โรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ รพ.หนองคาย รพ.ท่าบ่อ รพ.โพนพิสัย รพ.ศรีเชียงใหม่ รพ.สังคม รพ.เฝ้าไร่ และรพ.รัตนวาปี - ตัวชี้วัดที่ ๙ ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด โรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ รพ.หนองคาย รพ.โพนพิสัย และ รพ.ศรีเชียงใหม่
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล (ภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ) กลยุทธ์ที่ ๒ การควบคุมการกระจายยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมใน รพ.สต. และชุมชน กลยุทธ์ที่ ๓ การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) อย่างบูรณาการ (ภายใต้แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย)

ผลการวิเคราะห์	RDU
โครงการ/กิจกรรม	โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จังหวัดหนองคาย ปี ๒๕๖๑

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
ประชาชนได้รับการรักษาด้วยยาอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย ลดค่าใช้จ่ายด้านยา ลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา และลดปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพชนิดออกฤทธิ์กว้างอย่างเหมาะสม	๑. ร้อยละของโรงพยาบาลใช้ยาอย่างสมเหตุผล ๑.๑ ร้อยละของโรงพยาบาลใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU๑) ๑.๒ ร้อยละของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค (RDU๒)	-	-	ขั้นที่ ๑ ๑๐๐%	ขั้นที่ ๑ ๑๐๐% ขั้นที่ ๒ ๒๐%	ขั้นที่ ๒ ๘๐%	ขั้นที่ ๒ ๘๐% ขั้นที่ ๓ ๒๐%	ขั้นที่ ๓ ๘๐%
	๒. โรงพยาบาลหนองคายมีการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) อย่างบูรณาการ	-	-	-	มี			

Goal Setting ที่ ๒	PP & Service & Environment
แผนงานที่ ๕	SCC : Secondary Care Cluster การจัดบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ Service Plan (๓) สาขา ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์
KPI	๑๘. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ ๑๐ ต่อปี

ตารางการวิเคราะห์ : การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพ
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	Out cardiology - Valvular heart disease : โรคที่เกิดจากลิ้นหัวใจ (Heart valve) : • Valve Replacement : การซ่อมแซมลิ้นหัวใจ (valve repair) • referral system by step/review - congenital heart disease : โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด - เพิ่ม Competency • Non-invasive investigation - Echocardiography การตรวจหัวใจด้วยคลื่นความถี่สูง - Exercise stress test การทดสอบสมรรถภาพหัวใจด้วยการออกกำลังกาย/ตรวจหาภาวะหัวใจขาดเลือด - CTACoronary ๖๔ – slice การตรวจด้วยเครื่องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ความเร็วสูง • Cardiac Pacemaker เครื่องกระตุ้นหัวใจ • internal cardiac device : defibrillator • Cath lab • Cardiac rehabilitation IN STEMI. and Lifestyle intervention/ส่งต่อผู้ป่วยไปฟื้นฟูสมรรถภาพที่สถานพยาบาลใกล้เคียง • Data ฐานข้อมูล HDC, Cockpit - Cardiologist/nurse Out Cancer • Cholangiocarcinoma โรคมะเร็งท่อน้ำดี - ERCP : cholangiopancreatography ส่องกล้องตรวจท่อน้ำดีและตับอ่อน - Hepatobiliary team (ศัลยแพทย์ผ่าตัดตับ-ท่อน้ำดี+Team ผ่าตัด) - Oncologist ศัลยกรรม/Team • Lung Cancer - ๖๔- slice CT scan - bronchoscopy - Oncologist อายุรกรรม/Team • Breast Cancer - mammogram/breast biopsy - Mastectomy/Chemotherapy ไม่มี unit Chemo เฉพาะ - Oncologist ศัลยกรรม/Team/พยาบาลที่ผ่านการอบรมการให้ยาเคมีบำบัดไม่เพียงพอ (มี

ผลการวิเคราะห์	การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพ
	๓ คนจาก ๘ คน) - ระบบการติดตามเยี่ยมหลังให้ยาเคมีบำบัด • Cervical Cancer - Colposcopy/LEEP - Oncologist สตรี-นรีเวชกรรม/Team • Palliative Care - Diagnosis: ICD ๑๐ - Opioid drugs - ข้อจำกัดในการรับยาบรรเทาอาการปวดของผู้ป่วยนอกเวลาราชการ - เพิ่มบัญชียา Tarmal ที่ รพ.สต. เพื่อบรรเทาอาการปวดกลุ่ม CA - วิเคราะห์ผลการใช้ยาในผู้ป่วย - Home visit/home health care/Long Term Care: LTC Out Newborn - high frequency ventilation, HFV - surgical pediatric:congenital heart disease - Data ฐานข้อมูล HDC, Cockpit - พยาบาลเฉพาะทางอย่างน้อย ๑ คน/เวร Out trauma - trauma unit /Trauma ICU - ER EMS คุณภาพ ผ่านเกณฑ์ ECS - ๑๖๖๙ คนใช้วิกฤติ ต่ำกว่าเกณฑ์ - Trauma FastTrack ER to OR - ขาดการบูรณาการระหว่าง ปก. ตำรวจ ขนส่ง และสาธารณสุข - ศูนย์ความปลอดภัยทางท้องถนนแต่ยังไม่สามารถวิเคราะห์จุดเสี่ยงได้
GAP Analysis	๑. กรณีที่ต้องส่งผู้ป่วยออกนอกเขต เนื่องจากเกินศักยภาพ หรือมีข้อจำกัดในการรับผู้ป่วยของเขตทำให้ยอดที่ส่งออกนอกเขตยังสูงอยู่ ๒. การใช้ระบบ Refer link ในการส่งต่อยังพบปัญหาระบบไม่เอื้อต่อการใช้งานโปรแกรมช้า ไม่สะดวก ไม่เป็น Real time ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติไม่ลงข้อมูลในระบบ Refer link ๓. การมีส่วนร่วมและเห็นความสำคัญในการแก้ปัญหาและการพัฒนาระบบการส่งต่อของสหสาขาวิชาชีพไปในทิศทางเดียวกันของระดับจังหวัด และระดับเขต
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาคุณภาพระบบ กลยุทธ์ที่ ๒ พัฒนาศักยภาพ กลยุทธ์ที่ ๓ พัฒนาระบบสารสนเทศ
โครงการ/กิจกรรม	โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ๔ สาขาได้แก่ ๑) สาขาโรคหัวใจ ๒) สาขาโรคมะเร็ง ๓) สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ๔) สาขาทารกแรกเกิด

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
ลดป่วย ลดตาย ลด ระยะเวลารอคอย และใช้ยาอย่าง สมเหตุสมผล	จำนวนการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขต สุขภาพ ๔ สาขา (จาก Refer Link)	๑,๔๔ ๕	๑,๔๒๘	๑,๔๐๗	๒๐๗ (๘ m)	ลดลง	ลดลง	ลดลง
	- โรคหัวใจ	๓๓๗	๓๓๕	๓๓๑	๓๐			
	- โรคมะเร็ง	๙๖๓	๙๕๗	๙๔๓	๑๐๓			
	- อุบัติเหตุและฉุกเฉิน	๓๓	๒๙	๔๒	๓๙			
	- ทารกแรกเกิด	๑๑๒	๑๐๗	๙๑	๕๓			
	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขต สุขภาพลดลงร้อยละ ๑๐ ต่อปี	ลดลง ๐.๔๕	ลดลง ๑.๑๘	ลดลง ๑.๔๗	ลดลง ๒๑.๕๙	ลดลง ร้อยละ ๑๐ ต่อ ปี	ลดลง ร้อยละ ๑๐ ต่อ ปี	ลดลง ร้อยละ ๑๐ ต่อ ปี

Goal Setting ที่ ๒	PP & Service & Environment
แผนงานที่ ๕	SCC : Secondary Care Cluster การจัดการบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ Service Plan (๔) สาขา New born ทารกแรกเกิด
KPI	๑๙. อัตราตายทารกแรกเกิด (ต่อพันการเกิดมีชีวิต)

ตารางการวิเคราะห์ : New born ทารกแรกเกิด

ผลการวิเคราะห์	อัตราตายทารกแรกเกิด
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	สาเหตุการตายที่สำคัญคือทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อย (Preterm) ทารกขาดออกซิเจนแรกคลอด Birth asphyxia และทารกมีความพิการแต่กำเนิด (Birth defect) นอกจากนี้การส่งต่อออกนอกเขตก็เป็นอีกปัญหาหนึ่งเนื่องจากขาดบุคลากรและอุปกรณ์ที่เหมาะสม เช่น complex heart Disease, PPHN, ROP
GAP Analysis	- อัตราตายทารกแรกเกิด ≤ 28 วัน ปี ๒๕๖๑: ๔.๑๑ - การบันทึกข้อมูล ๔๓ แห่ง ยังบันทึกข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง เริ่มมีการปรับปรุงข้อมูล สถานการณ์เริ่มดีขึ้นตามลำดับ - มีการส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตเพื่อพบจักษุแพทย์ กุมารแพทย์โรคหัวใจ และผู้ป่วยที่มีปัญหาทางศัลยกรรมระบบประสาท และศัลยกรรมเด็ก - ต้องมีพยาบาลเฉพาะทางอย่างน้อย ๑ คน/เวร
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ ลดอัตราตาย กลยุทธ์ที่ ๒ พัฒนาเครือข่ายการจัดเก็บข้อมูลทารกแรกเกิด กลยุทธ์ที่ ๓ ทารกแรกเกิดได้รับบริการทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน
โครงการ/กิจกรรม	๑. โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนด ๒. ประชุมชี้แจงนโยบายการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดและข้อมูลสารสนเทศ

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
ลดอัตราตาย ทารกแรกเกิด	๑. อัตราตายทารกแรกเกิด ≤ 28 วัน	๗.๐๕	๔.๐๓	๔.๗	๔.๑๑	๓.๐	๒.๘	๒.๕
	๒. อัตราตายทารก BW <๑,๐๐๐ gm.	๘๓.๓	๕๔.๕๔	๗๗.๗	๓๗.๕	๔๐	๓๐	๓๐
	๓. อัตราตายทารก BW ๑,๐๐๐-๑,๔๙๙ gm	๗.๑	๑๒.๙	๑๖.๑	๑๖.๖	๘	๘	๖
	๔. ลดการเสียชีวิตขณะส่งต่อ	๐	๐	๑	๐	๐	๐	๐
	๕. ลดอัตราการตายจากภาวะ PPHN เหลือร้อยละ ๓๐	NA	NA	๔๐ (๔/๑๐)	๐ (๐/๙)	๓๐	NA	NA
พัฒนาระบบ IT (ปี ๒๕๖๒)	๑. การจัดเก็บข้อมูลที่ได้มาตรฐาน เชื่อถือได้ มีผู้วิเคราะห์ข้อมูล	-	-	-	-	๘๐%	๘๐%	๘๐%
บริการที่ได้ มาตรฐาน (ปี ๒๕๖๒)	๑. รพ.ตั้งแต่ F๑ที่มี CCHD screening	-	๑๐๐%	๑๐๐%	๘๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%
	๒. ลดการส่งต่อออกนอกเขต	๓	๓	๓	๖	๗	๖	๕
	๓. พัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทาง	๐	๑	๒	๐	๒	๒	๒

Goal Setting ที่ ๒	PP & Service & Environment
แผนงานที่ ๕	SCC : Secondary Care Cluster การจัดการบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ Service Plan (๕) Palliative care
KPI	๒๐. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

ตารางการวิเคราะห์ : โรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

ผลการวิเคราะห์	Palliative care
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	๑. การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ๒. อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรัง (NCD) และกลุ่มโรคมะเร็งเพิ่มสูงขึ้น ๓. มีค่าใช้จ่ายในการรักษาโรครุนแรง ๔. ควรมีการดูแลแบบประคับประคองโดยให้ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาร่วมกัน จนระยะสุดท้ายและเสียชีวิตอย่างมีคุณภาพ
GAP Analysis	๑. พยาบาลผู้ดูแลผ่านการอบรม Clinical Palliative Care for Community Nurse หลักสูตร ๔ สัปดาห์ มี ๔ แห่ง คือ รพช. โพนพิสัย ศรีเชียงใหม่ เฝ้าไร่ รัตนวาปี (เหลือ รพ.ท่าบ่อ รพ.สังคม รพ.สระใคร รพ.โพธิ์ตาก) ๒. ผู้รับผิดชอบงาน Palliative care nurse ระดับ รพช. บางแห่งยังไม่ชัดเจน ๓. ระบบบริการหรือ function การทำงานยังไม่ชัดเจน ๔. ระบบการเชื่อมโยงโดยใช้โปรแกรมยังมีปัญหา ๕. หน่วยบริการมีการสำรวจผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ที่ต้องได้รับการคัดกรองตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง ยังไม่ครอบคลุม ทำให้ไม่ทราบค่าเป้าหมายที่ใช้ในการประเมินความครอบคลุมของการบริการ
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาศักยภาพบุคลากร และภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน Palliative Care กลยุทธ์ที่ ๒ พัฒนาระบบบริการที่เชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน กลยุทธ์ที่ ๓ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อปท. ชุมชน และภาคเอกชน ในการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
โครงการ/กิจกรรม	โครงการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
คงไว้เพื่อคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยและครอบครัวของ ผู้ป่วยที่ดูแลแบบ ประคับประคอง	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการ ดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๖๐	๗๐	๘๐
โรงพยาบาลมีการดูแล แบบประคับประคอง (Palliative Care) อย่างมีคุณภาพ (ปี ๒๕๖๒)	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการ ดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) อย่างมีคุณภาพ ๑. มีบุคลากรที่สามารถส่งใช้ยา จ่ายยา และ บริหารยา opioids ในการจัดการอาการปวดและ/ หรืออาการรบกวน							

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
	๑.๑ โรงพยาบาลทุกระดับมีแพทย์ปฏิบัติงาน PC อย่างน้อย ๑ คน	-	-	-	มี	มี	มี	มี
	๑.๒ โรงพยาบาลระดับ A, S มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย ๒ คน โรงพยาบาลระดับ M, F มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย ๑ คน	-	-	-	มี	มี	มี	มี
	๑.๓ โรงพยาบาลทุกระดับมีเภสัชกร ร่วมทีมดูแลผู้ป่วย PC อย่างน้อย ๑ คน	-	-	-	มี	มี	มี	มี
	๑.๔ โรงพยาบาลทุกระดับมีการกำหนดโครงสร้างการบริหารบุคคลากรงาน PC ในรูปแบบกรรมการ ที่สามารถดำเนินการได้	-	-	-	มี	มี	มี	มี
	๑.๕ โรงพยาบาลทุกระดับจัดให้มี PC Essential drugs list กลุ่ม Opioids ตามคำแนะนำของ WHO	-	-	-	มี	มี	มี	มี
	๒. ร้อยละผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ๕ กลุ่มโรคที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประครอง (Z๕๑.๕)	-	-	-	-	-	-	-
	๓. ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการบันทึก Advance Care Plan เป็นลายลักษณ์อักษร	-	-	-	-	๖๐	๗๐	๘๐
	๔. ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการบรรเทาปวดด้วย Strong Opiod Medications	-	-	-	-	๓๐	๔๐	๕๐
	๕. ร้อยละผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ๕ กลุ่มโรคที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประครอง(Z๕๑.๕)ได้รับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประครองที่บ้าน	-	-	-	-	๓๐	๔๐	๕๐
	- ร้อยละผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ๕ กลุ่มโรคที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประครอง (Z๕๑.๕) ได้รับการจำหน่ายกลับบ้านได้รับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประครองที่บ้าน	-	-	-	-	๖๐	๗๐	๘๐

Goal Setting ที่ ๒	PP & Service & Environment
แผนงานที่ ๕	SCC : Secondary Care Cluster การจัดการบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ Service Plan (๖) สาขา การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน
KPI	๒๑. ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน

ตารางการวิเคราะห์ : การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

ผลการวิเคราะห์	การแพทย์แผนไทย
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	- ผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๑ ร้อยละ ๒๕.๘๖, ๒๘.๒๙ และ ๓๐.๘๑ ตามลำดับ (ข้อมูล HDC) - รพ./รพ.สต.ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต.พท. ปี ๒๕๕๙ ร้อยละ ๙๘.๘๖ (๘๘/๘๙), ปี ๒๕๖๐ ร้อยละ ๙๗.๗๓ (๘๘/๘๖) และ ปี ๒๕๖๑ ร้อยละ ๙๘.๘๖ (๘๘/๘๗) - มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพร ปี ๒๕๕๙ ร้อยละ ๑.๘๗, ปี ๒๕๖๐ ร้อยละ ๒.๐๔ และปี ๒๕๖๑ ร้อยละ ๑.๘๙ - ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๑ ร้อยละ ๘.๗๖, ๖.๘๗ และ ๖.๗๐ ตามลำดับ (ข้อมูล HDC)
GAP Analysis	๑. ระบบบริการแพทย์แผนไทย ๑) รพ.สระใครไม่มีห้องตรวจโรคแพทย์แผนไทยใน OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนานแผนกผู้ป่วยนอก ๒) OPD แพทย์แผนไทยแผนกผู้ป่วยนอกมีผู้มารับบริการวันละ ๕-๑๐ คน และส่วนใหญ่แพทย์แผนปัจจุบันยังไม่ได้ส่งต่อผู้ป่วยมายัง OPD แพทย์แผนไทย ๓) พยาบาลแผนก OPD ยังไม่เข้าใจแนวทางการคัดกรองผู้มารับการรักษาทางการแพทย์แผนไทยอย่างถูกต้อง ๔) รพ.มีการจัดการบริการคลินิกครบวงจรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ประกอบด้วย โรคข้อเข่าเสื่อม, อัมพฤกษ์/อัมพาต, โรคไมเกรน และโรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจส่วนต้น ได้แก่ รพ.สังคม ส่วน รพ.หนองคายและ รพ.โพนพิสัยยังไม่สามารถจัดการบริการคลินิกครบวงจรครบทุกโรค ๕) เจ้าหน้าที่รพ.สต.มีความรู้ความเข้าใจในการสั่งจ่ายยาสมุนไพรยังไม่ถูกต้อง ๖) รพ.ยังไม่มีการใช้ยาปรุงสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย (ยาต้ม) ในการรักษาทางการแพทย์แผนไทย ได้แก่ รพ.หนองคาย, รพ.ท่าบ่อ, รพ.เผ้าไร่, รพ.รัตนวาปี และ รพ.โพธิ์ตาก และแพทย์แผนไทยมีความรู้ ความเข้าใจแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาทางแพทย์แผนไทยยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มโรค ๗) หน่วยบริการยังไม่มีระบบตรวจสอบคุณภาพวัตถุดิบสมุนไพรสำหรับปรุงยาผู้ป่วยเฉพาะราย ๒. ระบบบริหารจัดการแพทย์แผนไทย ๑) โรงพยาบาลโพนพิสัยยังไม่สามารถสร้างอาคารผลิตยาสมุนไพรตามมาตรฐาน GMP WHO ทำให้ไม่สามารถเป็นศูนย์กระจายยาให้กับหน่วยบริการครอบคลุมภายในจังหวัด

ผลการวิเคราะห์	การแพทย์แผนไทย
	๒) แพทย์แผนไทยในรพ./รพ.สต.มีจำนวนไม่เพียงพอ มีภาระงานมาก ทำให้การทำงานแพทย์แผนไทยไม่เต็มศักยภาพตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ ๓) แพทย์แผนไทยในรพ./รพ.สต.มีผลงานวิจัย/นวัตกรรม/R๒R สนับสนุนการบำบัดรักษาโรคทางการแพทย์แผนไทยและการใช้ยาสมุนไพรไทย ได้แก่ รพ.โพธิ์พิสัย, รพ.สังคม, รพ.สระใคร และสอน.เผ่าไร่ เนื่องจากยังไม่เข้าใจการเขียนงานวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย ๔) รพ.สต.ในอำเภอศรีเชียงใหม่ได้รับสนับสนุนงบประมาณจาก CUP ลำช้าและไม่เพียงพอ ๕) รพ.มีรายการกรอบบัญชียาสมุนไพรทุกแห่ง โดยรพ./รพ.สต.ที่มีการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันได้จริงอย่างน้อย ๕ รายการ ได้แก่ รพ.หนองคาย, รพ.โพธิ์พิสัย, รพ.สังคม, รพ.สระใคร และสอน.เผ่าไร่ ๖) พื้นที่ปลูกสมุนไพรนำร่อง ได้แก่ อำเภอเผ่าไร่ อำเภอสังคม และอำเภอโพธิ์พิสัย ยังไม่ผ่านเกณฑ์ GAP ๗) รพ.สต.บางแห่งมีการบันทึกข้อมูลผลงานบริการแพทย์แผนไทยยังไม่ถูกต้อง
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้ได้มาตรฐาน กลยุทธ์ที่ ๒ พัฒนาบุคลากรและสนับสนุนวิชาการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กลยุทธ์ที่ ๓ พัฒนาการบริหารจัดการยาสมุนไพรให้ได้มาตรฐาน กลยุทธ์ที่ ๔ พัฒนาการจัดการระบบข้อมูลบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
โครงการ/กิจกรรม	โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๕

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย			
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
พัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน	๒๔.๕๕	๒๘.๔๑	๒๘.๔๔	๓๐.๘๑ (๑๑ M)	๒๐.๕	๒๑.๐	๒๑.๕	๒๒.๐
	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจวินิจฉัย รักษาโรคด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๘.๔๖	๘.๗๖	๖.๘๗	๖.๗๐ (๑๑ M)				

Goal Setting ที่ ๒	PP & Service & Environment
แผนงานที่ ๕	SCC : Secondary Care Cluster การจัดการบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ Service Plan (๗) สาขา สุขภาพจิตและจิตเวช
KPI	๒๒. ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ๒๓. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

ตารางการวิเคราะห์ : การเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช

ผลการวิเคราะห์	สุขภาพจิตและจิตเวช
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	จากผลการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชจังหวัดหนองคาย มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ในปี ๒๕๖๑ จำนวน ๒๓ ราย คิดเป็น ๔.๔๑ ต่อแสนประชากร เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า เพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง เพศชาย คิดเป็น ร้อยละ ๘๖.๙๕ และ เพศหญิง ร้อยละ ๑๓.๐๔ วิธีการฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่าวิธีที่ใช้ฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุดคือ การผูกคอตาย จำนวน ๑๘ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๗๘.๒๖ รองลงมาคือการกินยากำจัดวัชพืช จำนวน ๓ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๑๓.๐๔ ในส่วนสาเหตุการฆ่าตัวตายสูงสุดเกิดจากความขัดแย้งกับคนใกล้ชิดในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ ๔๗.๓๗ ปัญหาสุรา ยาเสพติด คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๖๘ อำเภอที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดคืออำเภอเฝ้าไร่ จำนวน ๘ ราย คิดเป็น ๑๕.๓๕ ต่อแสนประชากร รองลงมาคืออำเภอสว่างคม จำนวน ๓ ราย คิดเป็น ๑๑.๙๓ ต่อแสนประชากร การเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า ในภาพรวมของประเทศ มีการเข้าถึงบริการ ร้อยละ ๕๘.๘๐ เขตสุขภาพที่ ๘ มีการเข้าถึงบริการ ร้อยละ ๖๐.๙๗ ในส่วนจังหวัดหนองคาย ปี ๒๕๖๑ มีผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการมีผู้ป่วยสะสมทั้งหมด ๖,๔๙๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๖.๗๔ (ข้อมูลจาก ๔๓ แฟ้ม ณ วันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๑) และอำเภอที่ผลการดำเนินงานยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนด ได้แก่ เมือง (ผลงาน ร้อยละ ๓๖.๒๗) และเฝ้าไร่ (ผลงานร้อยละ ๗.๐๙) และยังพบว่า รพ.เฝ้าไร่ ยังไม่มีพยาบาลที่จบเฉพาะทาง (PG จิตเวช) จึงทำให้ผลการดำเนินงานไม่ถึงเกณฑ์ที่ตั้งไว้ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนยังไม่เกิดระบบที่เป็นรูปธรรม หน่วยงานนอกยังไม่มียุทธศาสตร์ในการดูแลคนไข้ที่กลับเข้าสู่ชุมชน และญาติยังไม่ให้ความตระหนักในการดูแลคนไข้จิตเวชทำให้ขาดยา มีอาการกำเริบซ้ำ ในส่วนของ พรบ.สุขภาพจิต พ.ศ.๒๕๕๑ ได้มีการปรับแก้ไขคำสั่งและจะมีการนำมาบังคับใช้ในปี ๒๕๖๒
GAP Analysis	๑. จากการติดตามประเมินผลการดำเนินงานในพื้นที่ พบว่าตัวชี้วัดการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าในอำเภอเมือง และ เฝ้าไร่ ยังไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๕๕ ๒. ระบบรายงานโรคจิต/โรคซึมเศร้ามีการลงรายงานซ้ำหลายโปรแกรม (โปรแกรม depression online/HOSxP) เมื่อนำข้อมูลจาก ๒ โปรแกรมมาวิเคราะห์พบว่าข้อมูลไม่ตรงกัน ๓. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนยังไม่เกิดระบบที่เป็นรูปธรรม หน่วยงานนอกยังไม่มียุทธศาสตร์ในการดูแลคนไข้ที่กลับเข้าสู่ชุมชน และญาติยังไม่ให้ความตระหนักในการดูแลคนไข้จิตเวชทำให้ขาดยา มีอาการกำเริบซ้ำ

ผลการวิเคราะห์	สุขภาพจิตและจิตเวช
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาศักยภาพความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตประชาชนทุกกลุ่มวัย กลยุทธ์ที่ ๒ พัฒนาคุณภาพมาตรฐานของระบบบริการงานสุขภาพจิตในสถานบริการ กลยุทธ์ที่ ๓ สร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการส่งเสริม ป้องกัน รักษาผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
โครงการ/กิจกรรม	โครงการพัฒนาระบบการส่งต่อ รักษา และดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดหนองคาย

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง	๑. ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน ๖.๓/แสนประชากร	๓.๘๕	๔.๘๐	๔.๔๑	๕.๓๘	๖.๓	๖.๐	๖.๐
	๒. ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ ≥ ๕๐	๓๔.๒๗	๔๖.๗๘	๔๖.๐๕	๕๖.๗๔	๖๐	๖๕	๗๐
	๓. ร้อยละกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า	๘๓.๗๓	๙๓.๓๑	๙๓.๓๗	๙๓.๓๗	๙๐	๙๐	๙๐
	๔. ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ ๕๐	-	-	-	-	๕๐	๖๐	๗๐

Goal Setting ที่ ๒	PP & Service & Environment
แผนงานที่ ๕	SCC : Secondary Care Cluster การจัดบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ Service Plan (๘) ๕ สาขาหลัก
KPI	๒๔. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired <ร้อยละ ๓๐

ตารางการวิเคราะห์ : การเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

ผลการวิเคราะห์	Sepsis
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	ข้อมูล จ.หนองคายปี ๒๕๕๘-๒๕๖๐ พบว่าอัตราการเสียชีวิตจาก Sepsis/Septic shock มีแนวโน้มสูงขึ้นเท่ากับ ๖.๖๔, ๗.๘๘ และ ๑๐.๓๘ ตามลำดับ Sepsis ความชุกต่อแสน ปชก. พบมากที่สุดที่ อ.ท่าบ่อ ๗๔๐.๐๙ รองลงมาเป็น อ.เมือง ๖๗๑.๒๕ และ อ.โพนพิสัย ๕๐๕.๒๔ ตามลำดับ, ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ severe sepsis, septic shock ต้องเข้า ICU แต่สามารถเข้าได้ ร้อยละ ๒๔.๗๕, เชื้อที่พบมากที่สุด ได้แก่ Staph. Coag. -ve ๑๕.๓๖% รองลงมา E.coli ๑๓.๑๘% S. aureus ๖.๗๘%, source of infection ที่พบมากที่สุด ได้แก่ Septicaemia ๑๘.๘๘% รองลงมา Pneumonia ๑๖.๕% UTI ๕.๙๖% และ Soft tissue infection (Cellulitis + Necrotizing fasciitis) ๕.๒๖%
GAP Analysis	- SEPSIS เป็นอันดับหนึ่งของสาเหตุการตายทั้งหมด ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ respiratory failure, septic shock และ ARF - severe sepsis, septic shock พบร้อยละ ๕๑.๓๙ ของผู้ป่วย sepsis ทั้งหมด - ข้อมูล จ.หนองคายปี ๒๕๕๘-๒๕๖๐ พบว่าอัตราการเสียชีวิตจาก Sepsis/Septic shock มีแนวโน้มสูงขึ้นเท่ากับ ๖.๖๔, ๗.๘๘ และ ๑๐.๓๘ ตามลำดับ Sepsis ความชุกต่อแสน ปชก. พบมากที่สุดที่ อ.ท่าบ่อ ๗๔๐.๐๙ รองลงมาเป็น อ.เมือง ๖๗๑.๒๕ และ อ.โพนพิสัย ๕๐๕.๒๔ ตามลำดับ รพท.หนองคายรับ case refer จากรพช.ร้อยละ ๔๒.๘๔ รพช.ที่ refer มารพท.หนองคายมากที่สุดได้แก่ รพช.โพนพิสัย ร้อยละ ๓๗.๑๒ รองลงมาคือ รพ.เฝ้าไร่ ร้อยละ ๑๑.๑๓ ยังพบ Missed diagnosis ในผู้ป่วย sepsis ที่ refer มาจากรพช. - ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ severe sepsis, septic shock ต้องเข้า ICU แต่สามารถเข้าได้ ร้อยละ ๒๔.๗๕ - อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด hospital-acquire sepsis เท่ากับ ๔๑.๑๕ - เชื้อที่พบมากที่สุด ได้แก่ Staph. Coag. -ve ๑๕.๓๖% รองลงมา E.coli ๑๓.๑๘% S. aureus ๖.๗๘% - source of infection ที่พบมากที่สุด ได้แก่ Septicaemia ๑๘.๘๘% รองลงมา Pneumonia ๑๖.๕% UTI ๕.๙๖% และ Soft tissue infection (Cellulitis + Necrotizing fasciitis) ๕.๒๖% - ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนาน (LOS > ๗ วัน พบร้อยละ ๔๙.๑๐) - ระบบข้อมูล/ฐานข้อมูล HDC, Cockpit, รายงานข้อมูลรพช.ไม่เป็นปัจจุบันและสสจ.ขาดการประเมินติดตาม

ผลการวิเคราะห์	Sepsis
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการและขยายเครือข่าย กลยุทธ์ที่ ๒ พัฒนาศักยภาพบุคลากร กลยุทธ์ที่ ๓ จัดระบบสนับสนุน Drug & Equipment กลยุทธ์ที่ ๔ พัฒนาระบบสารสนเทศ
โครงการ/กิจกรรม	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก (สูตินารีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และออร์โธปิดิกส์

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
ลดป่วย ลดตาย และใช้ยาอย่าง สมเหตุสมผล	อัตราการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แบบรุนแรงชนิด community- acquired <ร้อยละ ๓๐	๑๓.๖๘	๑๒.๘๒	๑๔.๒๐	๑๙.๔๒	๓๐	๓๐	๓๐
	Fluid resuscitate (เป้าหมาย >๘๐%)	๘๘.๔๐	๘๗.๖๒	๙๖.๕๗	๙๔.๘๓	≥๙๐%	≥๙๐%	≥๙๐%
	ATB within ๑ hr. (เป้าหมาย >๘๐%)	๙๒.๒๔	๙๖.๖๐	๙๙.๐๓	๙๘.๙๑	≥๙๐%	≥๙๐%	≥๙๐%
	H/C ก่อนให้ ATB (เป้าหมาย >๘๐%)	๘๒.๘๙	๘๘.๕๕	๙๑.๒๕	๙๒.๖๖	≥๙๐%	≥๙๐%	≥๙๐%
ปี ๒๕๖๒	อัตราการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แบบรุนแรงชนิด hospital-acquire sepsis	NA	NA	๑๘.๑๘	๔๑.๑๖	<๓๐%	<๓๐%	<๓๐%
	ร้อยละการได้รับการดูแลแบบภาวะ วิกฤต (level of care ๒-๓)	NA	๒๒.๗๔	๒๐.๙๕	๒๕.๓๗	≥๓๐%	≥๓๐%	≥๓๐%
	ร้อยละผู้ป่วย NF ได้รับการทำ DB ภายใน ๖ ชม.	NA	NA	NA	NA	≥๙๐%	≥๙๐%	≥๙๐%

Goal Setting ที่ ๒	PP & Service & Environment
แผนงานที่ ๕	SCC : Secondary Care Cluster การจัดการบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ Service Plan (๘) สาขา ๕ สาขาหลัก (สูตินารีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรมและออโรโธปิดิกส์)
KPI	๒๕. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture ๒๕.๑ ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) ๒๕.๒ ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน ๗๒ ชั่วโมงหลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery)

ตารางการวิเคราะห์ : โรงพยาบาลมีทีม Capture the fracture

ผลการวิเคราะห์	Capture the fracture
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	ในประเทศไทย โรคกระดูกพรุนพบมากในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่อายุ ๕๐ ปี ขึ้นไป โดยจากสถิติทั่วโลกพบว่า ๑ ใน ๓ ของเพศหญิง และ ๑ ใน ๕ ของเพศชายที่อายุมากกว่า ๕๐ ปี และเคยมีประวัติกระดูกหักจากโรคกระดูกพรุน ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษา หรือตรวจหาสาเหตุตั้งแต่เริ่มแรก รวมถึงการดูแลที่ไม่ถูกต้อง ล่าช้า หรือไม่ต่อเนื่อง อาจส่งผลให้เกิดกระดูกหักเดินไม่ได้ หรือนอนติดเตียง ซึ่งอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อาทิ ปอดติดเชื้อ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับและเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างแท้จริง โดยโรคกระดูกพรุนที่เกิดจากความเสื่อมสภาพของกระดูกซึ่งนำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุ การเจ็บป่วยกะทันหันและอาจนำไปสู่ความพิการได้ ๑. อัตราตายภายหลังกระดูกหัก พบว่ามีอัตราตายสูงถึงร้อยละ ๒.๑ ในขณะที่รักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยกระดูกสะโพกหักและมีอัตราตายในปีแรกหลังจากกระดูกสะโพกหักร้อยละ ๑๘ ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าประชากรทั่วไปถึง ๘ เท่า ๒. คุณภาพชีวิตที่ลดลงความสามารถในการเดินของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักส่วนใหญ่ประมาณ ๒ ใน ๓ จำต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดินและมีเพียง ๑ ใน ๓ เท่านั้นที่สามารถเดินเองได้ ๓. ภาวะพึ่งพิงในสถานพยาบาล พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ ๘๐ กลัวกระดูกสะโพกหักซึ่งทำให้ต้องไปอยู่ในทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้คงต้องใช้จำนวนเงินมหาศาลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ๔. ภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายในประเทศไทย มีการศึกษาจาก รพ.รามธิบดี ปี ๒๕๔๘ ค่าใช้จ่ายเฉพาะผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่เข้านอนรักษาครั้งแรกสูงถึง ๕๙,๘๘๑ บาท รพ.เลิดสิน ปี ๒๕๕๔-๒๕๕๘ พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก มีอัตราสูงขึ้นเรื่อยๆ จากปี ๒๕๕๔ ค่าใช้จ่ายต่อคนอยู่ที่ ๘๐,๓๐๓ บาท และเพิ่มขึ้นเป็น ๙๔,๓๕๔ บาท เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ ๑๗.๕ ในระยะเวลา ๕ ปี จะเห็นว่าหากยังไม่สามารถหยุดภาวะกระดูกหักซ้ำในโรคกระดูกพรุนได้ จะใช้งบประมาณจำนวนมาก ๕. ความเสี่ยงกระดูกหักซ้ำพบว่ามีความเสี่ยงของกระดูกหักซ้ำในกระดูกส่วนของกระดูกสะโพก/กระดูกสันหลังและกระดูกข้อมือคือ ๒.๓/๔.๔ และ ๓.๓ เท่าและพบว่ามีโอกาสกระดูกสะโพกข้างที่ ๒ หักหลังจากกระดูกสะโพกข้างแรกหักแล้วใน ๑ ปีร้อยละ ๒.๓-๒.๕

ผลการวิเคราะห์	Capture the fracture
	ในผู้ป่วยพบว่าหญิงที่อายุมากกว่า ๖๕ ปีซึ่งมีกระดูกสะโพกหักแล้วข้างหนึ่งจะมีโอกาสกระดูกหักอีกข้างถึง ๔ เท่าตัว โดยเสี่ยงสูงสุดในช่วง ๓๒ สัปดาห์แรกหลังจากหักข้างแรก กระดูกสะโพกหักส่วนใหญ่ พบว่าร้อยละ ๘๐ เกิดจากการล้มในระดับที่ยืนหรือเดินไม่ได้ เกิดจากอุบัติเหตุรุนแรงใดๆ ๖. ผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๐ ร้อยละ ๘.๗๗, ๗.๙๖ และ ๘.๗๕ ตามลำดับ
GAP Analysis	- ยังไม่มีทีม Capture the fracture ใน รพ.ขนาด S/M - ผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน ๗๒ ชั่วโมงหลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery) ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๐ ร้อยละ ๑๗.๕๕, ๑๕.๓๕ และ ๑๖.๖๑ ตามลำดับ
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการและขยายเครือข่าย กลยุทธ์ที่ ๒ พัฒนาศักยภาพบุคลากร กลยุทธ์ที่ ๓ พัฒนาระบบสารสนเทศ
โครงการ/กิจกรรม	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก (สูตินารีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และออโรโธปิดิกส์)

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
ลดอัตราการตาย/การเข้าถึงบริการ	๑. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture ๑๐%	NA	NA	NA	๒๒.๒๒	๒๐%	๓๐%	๔๐%
	๒. ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) <๓๐%	๘.๗๗	๗.๙๖	๘.๗๕	๑.๖๙	<๒๘%	<๒๕%	<๒๐%
	๓. ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน ๗๒ ชั่วโมงหลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery) >๕๐%	๑๗.๕๕	๑๕.๓๕	๑๖.๖๑	๕๕.๓๖	>๕๐%	>๕๐%	>๕๐%

Goal Setting ที่ ๒	PP & Service & Environment
แผนงานที่ ๕	SCC : Secondary Care Cluster การจัดการบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ Service Plan (๑๐) สาขา โรคมะเร็ง
KPI	๒๘. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด ๒๙. อัตราตายจากโรคมะเร็งระดับ ๓๐. อัตราตายจากโรคมะเร็งปอด

ตารางการวิเคราะห์ : ผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

ผลการวิเคราะห์	CA
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	๑. อัตราตายด้วยโรคมะเร็งระดับ (C๒๒๐-C๒๒๙) ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๑ เท่ากับ ๓๒.๕๓, ๓๔.๙๘, ๓๐.๐๘ และ ๒๒.๐๔ ต่อแสนประชากรตามลำดับ (ข้อมูล กยพ.) มีแนวโน้มลดลง ๒. อัตราตายด้วยโรคมะเร็งปอด (C๓๓๐-C๓๔๙) ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๑ เท่ากับ ๑๘.๐๙, ๑๘.๔๕, ๒๐.๑๒ และ ๑๒.๖๕ ต่อแสนประชากรตามลำดับ (ข้อมูล กยพ.) มีแนวโน้มลดลง ๓. อัตราตายด้วยโรคมะเร็งลำไส้ (C๑๘๐-C๒๐) ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๑ เท่ากับ ๒.๘๙, ๐.๙๖, ๑.๓๔ และ ๑.๗๒ ต่อแสนประชากรตามลำดับ (ข้อมูล กยพ.) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ๔. อัตราตายด้วยโรคมะเร็งเต้านม (C๕๐๐-C๕๐๙) ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๑ เท่ากับ ๕.๙๗, ๔.๔๒, ๔.๙๘ และ ๔.๔๑ ต่อแสนประชากรตามลำดับ (ข้อมูล กยพ.) มีแนวโน้มลดลง ๕. อัตราตายด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก (C๕๓๐-C๕๓๙) ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๑ เท่ากับ ๓.๔๖, ๔.๐๔, ๓.๖๔ และ ๓.๐๗ ต่อแสนประชากรตามลำดับ (ข้อมูล กยพ.) มีแนวโน้มลดลง ๖. สัดส่วนผู้ป่วยมะเร็งได้รับการผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ภายในระยะเวลาที่กำหนดของมะเร็ง ๕ อันดับแรก ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๑ เท่ากับร้อยละ ๑๐๐, ๗๘.๕๗, ๘๒.๒๐ และ ๘๕.๖๗ ตามลำดับ มีแนวโน้มดีขึ้น ดังนี้ ๖.๑ การผ่าตัดภายใน ๔ สัปดาห์นับจากวันวินิจฉัยโรค : มะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้สามารถผ่าตัดได้ในจังหวัดหนองคาย มีแนวโน้มดีขึ้นข้อมูลปี ๕๙-๖๑ ของมะเร็งเต้านม = ร้อยละ ๖๖, ๖๐, ๖๖ ตามลำดับ และมะเร็งลำไส้ = ร้อยละ ๘๐, ๘๒, ๘๗ ตามลำดับ เนื่องจาก ๑) แพทย์นัดผู้ป่วยพบแพทย์ไว้ขึ้น, และผู้ป่วยที่มาฟังผลชิ้นเนื้อแล้วพบว่าป็นมะเร็งแพทย์ Admit ผู้ป่วยเพื่อทำการผ่าตัดทันที ๒) ได้ผลชิ้นเนื้อไวขึ้นจาก ๒ สัปดาห์เป็น ๑ สัปดาห์ ๖.๒ การให้เคมีบำบัดภายใน ๖ สัปดาห์นับจากวันวินิจฉัยโรคมียแนวโน้มดีขึ้นข้อมูลปี ๒๕๕๙-๒๕๖๑ = ๕๙.๒๕, ๙๐.๕๒, ๙๑.๑๑ ตามลำดับ เนื่องจากมีหน่วยให้ยาเคมีบำบัดโดยจัด zoning ๘ เตียง, มีระบบการจ่ายยาเคมีบำบัดที่เร็วขึ้น โดยวันที่ผู้ป่วยมา admit ดึงก๊อปปี้ใบสั่งยาใน order แพทย์ให้ห้องจ่ายยาเพื่อจัดยาเคมีบำบัด ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าไป admit ที่ ward ๖.๓ การให้รังสีรักษาภายใน ๖ สัปดาห์นับจากวันวินิจฉัยมีแนวโน้มดีขึ้น ข้อมูลปี ๒๕๕๙-๒๕๖๑ = ๑๐๐, ๕๖.๕๒, ๘๕.๑๑ ตามลำดับ เนื่องจากระบบการส่งต่อมีความคล่องตัวขึ้น ,โรงพยาบาลมะเร็งอุดรให้วันนัดที่ไวขึ้นและผู้ป่วยสามารถไปโรงพยาบาลตามนัดเพื่อไปนอนให้รังสีรักษาโดยไม่ต้องรอแพทย์ตรวจก่อน ๗. มีระบบการติดตามอาการผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดในวันแรก และวันสุดท้าย ๘. การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งในโปรแกรม TCB ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๑ = ร้อยละ ๕๗.๙๖, ๕๗.๘๘ ,๗๘.๓๗, ๖๒.๓๑ ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์	CA
	๙. โครงการการตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยได้รับเงินสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้เริ่มต้นดำเนินการ ปี ๒๕๖๑ มีการตรวจคัดกรองด้วยวิธี Fit test ในประชาชนอายุ ๕๐-๗๐ ปี สิทธิ UC คัดกรองทั้งหมด ๙,๔๓๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๙.๒๖ พบกลุ่มเสี่ยง ๖๒๔ ราย กำลังดำเนินการตรวจยืนยันโดยการส่องกล้องที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ๓๕ ราย ยังไม่พบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้
GAP Analysis	- การจัดทำทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาลหนองคาย และ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ท่าบ่อยังไม่เป็นข้อมูล real time เนื่องจากภาระงานมาก, อัตรากำลังคนน้อย และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับหลายแผนก - หน่วยงานไม่มีเวลาดำเนินการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งในโปรแกรม Thai Cancer Base เนื่องจากภาระงานมาก - การลง Stage ของมะเร็งน้อย ทำให้ข้อมูลในโปรแกรม TCB ไม่สมบูรณ์ ทำงานขาดข้อมูลผู้ป่วย การค้นหาผู้ป่วยมะเร็ง stage ๑ และ ๒ - ขาดแรงจูงใจในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งลงในทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Thai cancer base) - ในปี ๒๕๖๐ มีแนวโน้มการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม TCB เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐.๔๙ เนื่องจากผู้รับผิดชอบงานมีเวลาดำเนินการ ๓ วัน/สัปดาห์ ในปี ๒๕๖๑ การบันทึกข้อมูลในโปรแกรม TCB มีแนวโน้มลดลงร้อยละ ๑๖.๐๖ เนื่องจากผู้รับผิดชอบงานถูกลดวันบันทึกข้อมูลเหลือ ๒ วัน/สัปดาห์เนื่องจากอัตรากำลังไม่เพียงพอ - การดึงรหัส ICD-๑๐ ผิดในผู้ป่วยมะเร็งทำให้ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งลดลง - การส่งข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับยาให้เคมีบำบัดให้หน่วยงาน COC เพื่อติดตามเยี่ยม ยังไม่ครบทุกราย - บุคลากรที่ผ่านการอบรมให้ยาเคมีบำบัดหลักสูตร ๔ เดือน ไม่ได้ทำงานในแผนกให้ยาเคมีบำบัด และมีจำนวนน้อย - โรงพยาบาลไม่มีตึกที่รองรับผู้ป่วยให้ยาเคมีบำบัดเฉพาะ มีแต่แบ่ง zone ผู้ป่วยให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งเสี่ยงต่อการฟุ้งกระจายของยาเคมีบำบัด - ผู้ป่วยที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี pap smear พบความเสี่ยงมะเร็งปากมดลูก บางรายส่งต่อล่าช้า - ในผู้ป่วยที่คัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดี ตรวจอัลตราซาวด์พบความผิดปกติ ไม่มีการคืนข้อมูลผลอัลตราซาวด์/ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ แก่หน่วยงานที่ส่งตัวผู้ป่วยมาโรงพยาบาล - ประชาชนยังไม่มีตระหนักถึงภัยของโรคมะเร็งมากเท่าที่ควร ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคมะเร็ง - ไม่มีหมอเฉพาะทางโรคมะเร็ง (แพทย์เฉพาะทางโรคมะเร็งจะมาช่วงเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๒) - ขาดการประชาสัมพันธ์ถึงภัยจากโรคมะเร็งอย่างต่อเนื่อง - ระบบการส่งต่อในผู้มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติยังไม่ชัดเจน และไม่มีความคล่องตัว - ผู้มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เป็น Positive มีความกังวลใจสูงต้องการมาพบแพทย์ทันที

ผลการวิเคราะห์	CA
	- มีข้อจำกัดเรื่องแพทย์ตรวจ Colonoscope และกล้องส่อง มีจำนวนไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ต้องได้รับการทำ colonoscope - การสื่อสารการแจ้งผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ให้กับผู้มีผลการตรวจ Positive ทำให้ผู้ป่วยกังวล - ไม่ได้มีการประชุมระหว่างทีม รพ.สต./รพช./สสอ. กับทีมแพทย์ผู้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ทำให้เกิดปัญหาความไม่เข้าใจในการปฏิบัติงาน
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง กลยุทธ์ที่ ๒ พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยโรคมะเร็ง กลยุทธ์ที่ ๓ พัฒนาระบบฐานผู้ป่วยโรคมะเร็ง
โครงการ/กิจกรรม	โครงการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันและรักษาโรคมะเร็งจังหวัดหนองคาย

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๕

Goal	KPI	Based line				ค่าเป้าหมาย			
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	- อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ ลดลงร้อยละ ๕ ภายในปี ๒๕๖๔ เทียบกับปีงบประมาณ ๒๕๕๘ (baseline ปี ๕๘ = ๓๒.๕๓ ต่อแสน ปชก.)	๓๒.๕๓	๓๔.๙๘ เพิ่มขึ้น ๗.๕๓%	๓๐.๐๘	๒๒.๐๔ (๙ m)	๓๑.๕๓	๓๑.๒๓	๓๐.๙๑	๓๐.๖๑
	- อัตราตายจากโรคมะเร็งปอด ลดลงร้อยละ ๑ จากปีที่ผ่านมา (baseline ปี ๖๐ = ๒๐.๑๒ ต่อแสนประชากร)	๑๘.๐๙ เพิ่มขึ้น ๓๓.๗๑ %	๑๘.๔๕ เพิ่มขึ้น ๑.๙๙%	๒๐.๑๒ เพิ่มขึ้น ๑๙.๐๕	๑๒.๖๕ (๙ m)	ลดลง ร้อยละ ๑	ลดลง ร้อยละ ๑	ลดลง ร้อยละ ๑	ลดลง ร้อยละ ๑
	- ร้อยละเวลาการรอคิวผ่าตัด ฉายแสง เคมี ของมะเร็ง ๕ อันดับแรก	๑๐๐	๗๘.๕๗	๘๒.๒๐	๘๕.๖๗	๘๕	๙๐	๙๐	๙๐
	* สัดส่วนผู้ป่วยมะเร็งได้รับการผ่าตัดภายหลังวินิจฉัยภายใน ๔ สัปดาห์ > ร้อยละ ๘๕	๑๐๐	๙๗.๕๖	๗๑.๔๗	๗๙.๖๓	๘๕	๙๐	๙๐	๙๐
	* สัดส่วนผู้ป่วยมะเร็งได้รังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ > ร้อยละ ๘๕	NA	๕๙.๒๕	๙๐.๕๒	๙๑.๑๑	๘๕	๙๐	๙๐	๙๐
	* สัดส่วนผู้ป่วยมะเร็งได้ยาเคมีบำบัดรักษาภายใน	๑๐๐	๑๐๐	๕๖.๕๒	๘๕.๑๑	๘๕	๙๐	๙๐	๙๐

Goal	KPI	Based line				ค่าเป้าหมาย			
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
	ระยะเวลา ๖ สัปดาห์ > ร้อยละ ๘๕								
	- ร้อยละของสตรี ๓๐-๗๐ ปีได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	๖๔.๘๗	๗๘.๖๐	๗๕.๒๐	๘๐.๓๔	๘๐	๘๕	๘๕	๘๕
	- ร้อยละสตรี ๓๐-๖๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (รายใหม่ ร้อยละ ๒๐ ต่อปี)	๒๑.๑๘	๑๒.๔๙	๙.๗๓	๓๕.๕๐	๒๐	๒๐	๒๐	๒๐

Goal Setting ที่ ๒	PP & Service & Environment
แผนงานที่ ๕	SCC : Secondary Care Cluster การจัดบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ Service Plan (๑๑) สาขาไต
KPI	๓๑. ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73 m}^2/\text{yr}$ * รพ/รพ.สต.ผ่านเกณฑ์คุณภาพ CKD Clinic/Conner

ตารางการวิเคราะห์ : การเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคไต

ผลการวิเคราะห์	สาขาไต
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	- มีการให้บริการเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในคลินิกโรคไตเรื้อรังโดยบูรณาการงานคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลระดับ F๑-๓ ครอบคลุมทั้ง ส่วน รพท.หนองคายมีทั้งคลินิกโรคเรื้อรังและคลินิกโรคไตเรื้อรังดำเนินการโดยบุคลากรครบองค์ประกอบ - การบำบัดทดแทนไตโดยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) รพท.หนองคาย รพร.ท่าบ่อ และศูนย์เอกชน ๓ แห่ง (plan เปิดบริการที่ รพช.สังคม ปี ๒๕๖๓) - การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) ที่ รพท.หนองคาย และ รพร.ท่าบ่อ - ปัญหาโรคไตเรื้อรัง ซึ่งรวมทั้งภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ เนื่องจากมีอัตราการเสียชีวิตที่สูง และค่าใช้จ่ายสูงผู้ป่วย ซึ่งการดูแลรักษาผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายขึ้นแล้วนี้เป็น การรักษาที่ปลายเหตุเท่านั้นไม่ถือว่าการแก้ปัญหาสาธารณสุขของประเทศอย่างแท้จริง - ผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ mL/min/1.73 m}^2/\text{yr}$ ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๐ ร้อยละ ๖๔.๘๐, ๖๓.๙๐ และ ๖๕.๘๘ ตามลำดับ (ข้อมูล HDC) - รพ.ทุกแห่งมีการจัด CKD clinic
GAP Analysis	- มีการจัดตั้ง CKD corner ในระดับ รพ.สต.แต่ยังไม่ครอบคลุม/การดำเนินการไม่เป็นระบบ/มีเกณฑ์ประเมินแต่ขาดการติดตามเชิงคุณภาพ - รพท./รพช.ที่ดำเนินการแล้วมีการประเมินเชิงคุณภาพ ไม่ครอบคลุมครบถ้วน - ขาดการติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง - ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้ดี มีภาวะแทรกซ้อนทางไตจำนวนมาก - ฐานข้อมูลยังไม่ครบถ้วน - เปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน CKD clinic (แพทย์/พยาบาล) ทำให้การดูแลไม่ต่อเนื่อง
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ การจัดตั้ง CKD corner ในระดับ รพ.สต.และประเมินผล กลยุทธ์ที่ ๒ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรระดับปฐมภูมิ
โครงการ/กิจกรรม	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาไต

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
ลดจำนวนผู้ป่วยโรคไตรายใหม่	๑. ร้อยละของผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR <๔ ml/min/๑.๗๒ m ² /yr. >ร้อยละ ๘๐	๖๔.๘๐	๖๓.๙๐	๖๕.๘๘	๕๕.๗๒	๖๗	๖๘	๖๙
ลดภาวะแทรกซ้อนทางไต ลดจำนวนผู้ป่วย ESRD เพิ่มการเข้าถึงบริการ	๒. ร้อยละของ รพช./ รพท.ที่มีการจัด CKD clinic ผ่านเกณฑ์ >ร้อยละ ๘๐	๘๐	๙๐	๑๐๐	๑๐๐	๘๕	๙๐	๙๕
	๓. ร้อยละของ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ CKD corner >ร้อยละ ๘๐	-	-	-	๑๐๐	๘๕	๙๐	๙๕

Goal Setting ที่ ๒	PP & Service & Environment
แผนงานที่ ๕	SCC : Secondary Care Cluster การจัดบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ Service Plan (๑๒) สาขาจักษุ
KPI	๓๒. ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน

ตารางการวิเคราะห์ : การเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract)

ผลการวิเคราะห์	Blinding Cataract
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	- จังหวัดหนองคายพบอัตราการคัดกรองสายตาสายตาผู้สูงอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไปในปี ๒๕๕๘-๒๕๖๐ เกินเป้าหมาย คือ ร้อยละ ๗๖, ๘๔ และ ๘๗ ตามลำดับ เป้าหมายคือ ร้อยละ ๗๕ แต่การประสานระหว่างทีมจักษุ รพท.จังหวัด รพช.และ รพ.สต. มีข้อจำกัดยังไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่วางไว้ ในกรณีส่งผู้ป่วยที่มี VA <๑๐/๒๐๐ เข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาที่ทีมจักษุ - จำนวนตาที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก ในผู้สูงอายุ ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๐ เท่ากับ ๑,๓๗๗, ๑,๓๕๔ และ ๙๕๑ ตา
GAP Analysis	- พบว่ามีการคัดกรองสายตาในผู้สูงอายุในพื้นที่ปทุมภูมิได้ครอบคลุมเกินเป้าหมาย ผลงานคือ ร้อยละ ๘๔.๐๓ แต่การประสานงานระหว่างทีมจักษุ รพ.หนองคายกับ รพ.ชุมชน และ รพ.สต.มีข้อจำกัดยังไม่มีช่องทางการสื่อสารที่ชัดเจนในการส่งผู้ป่วยหลังการคัดกรองที่มี VA<๑๐/๒๐๐ มาพบทีมจักษุ - การเข้าถึงบริการและการบริหารจัดการระบบการคัดกรองโรคต้อกระจกในพื้นที่ปทุมภูมิ ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย การส่งต่อผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์มาพบทีมจักษุ ยังไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่วางไว้
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ ค้นหาผู้ป่วยต้อกระจกในชุมชน กลยุทธ์ที่ ๒ ลดการรอคอยคิวในการผ่าตัดต้อกระจก กลยุทธ์ที่ ๓ จัดบริการเชิงรุกคัดกรองเบาหวานขึ้นจอประสาทตาด้วย Fundus camera กลยุทธ์ที่ ๔ คัดกรองสายตาในเด็กนักเรียน ป.๑
โครงการ/กิจกรรม	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุ

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
ลดระยะเวลารอคอย และการเข้าถึงบริการ	๑. ร้อยละการคัดกรองสายตาในผู้ป่วยอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป	๗๘.๓๖	๗๖.๙๕	๘๔.๐๓	๘๗.๕๐	๗๕	๗๕	๗๕
	๒. ร้อยละผู้ป่วย Blinding cataract ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน	๕๓.๗๐	๖๑.๙๔	๙๖.๖๔	๙๘.๕๑	๘๐	๘๐	๘๐
	๓. ร้อยละการคัดกรองภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา	๖๔.๐๖	๗๐.๐๔	๖๖.๐๕	๖๕.๗๙	๖๐	๖๐	๖๐

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
	๔. ร้อยละการคัดกรองสายตาเด็กนักเรียน ป.๑ โดยครูประจำชั้น	NA	NA	๘๘.๗๙	NA	๘๐	๘๐	๘๐
	๕. เด็กนักเรียน ป.๑ ที่มีสายตาผิดปกติได้รับการตรวจโดยทีมจักษุ	NA	NA	๑๐๐	NA	๖๐	๖๐	๖๐
	๖. ทารกคลอดก่อนกำหนดที่ความเสี่ยงต่อ ROP ได้รับการตรวจจอตา	NA	NA	๙๐.๖๖	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

Goal Setting ที่ ๒	PP & Service & Environment
แผนงานที่ ๕	SCC : Secondary Care Cluster การจัดการบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ Service Plan (๑๓) สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ
KPI	๓๓. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ๐.๗ : ๑๐๐

ตารางการวิเคราะห์ : การปลูกถ่ายอวัยวะ

ผลการวิเคราะห์	ปลูกถ่ายอวัยวะ
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	- จำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ ปี ๒๕๕๘ จำนวน ๕๑๔ ราย ปี ๒๕๕๙ จำนวน ๕๑๓ ราย ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๕๑๗ ราย ปี ๒๕๖๑ จำนวน ๕๒๔ ราย - จำนวนผู้บริจาคอวัยวะ ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๐ ปีละ ๓ ราย ปี ๒๕๖๑ ๒ ราย
GAP Analysis	- จำนวนผู้บริจาค - การดูแลผู้บริจาคให้มีอวัยวะที่สมบูรณ์ หรือไม่เสียชีวิตก่อนผ่าตัด - การรณรงค์ประชาสัมพันธ์การบริจาคในส่วนของภาคประชาชน สื่อต่างๆ - ขาดผู้ประสานงาน หรือผู้รับผิดชอบงานโดยตรง (TC Nurse : Transplant Co-Ordinate Nurse) - ทักษะการเจรจา ของผู้เจรจาขอรับบริจาคอวัยวะ - สถานที่ในการเจรจาขอรับบริจาคจากญาติผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การบริจาคได้ และดูแลผู้บริจาคให้พร้อมรับการผ่าตัดเอาอวัยวะไปปลูกถ่าย - ยาที่ใช้แก้ไขภาวะ DI ในผู้ป่วยที่บริจาคอวัยวะ - ข้อยกเว้นบุคลากร แพทย์เฉพาะทาง มีไม่ครบในทุก รพท.ไม่มีพยาบาลประสานงานรับบริจาคอวัยวะ
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ การเพิ่มจำนวนและการเข้าถึงบริการ
โครงการ/กิจกรรม	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
การเพิ่มจำนวนและการเข้าถึงบริการ	จำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาค	๕๑๔	๕๑๓	๕๑๗	๕๒๔			
	จำนวนผู้บริจาค	๓	๓	๓	๒	๑๐	๑๐	๑๐
	จำนวนอวัยวะที่สามารถนำไปปลูกถ่ายได้							
	ตา	๔	๖	๑	๒	๔		
	ไต	๖	๐	๐	๐			
	หัวใจ	๐	๐	๐	๐			
	ตับ	๑	๐	๐	๐			

Goal Setting ที่ ๒	PP & Service & Environment
แผนงานที่ ๕	SCC : Secondary Care Cluster การจัดบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ Service Plan (๑๔) สาขา ระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care)
KPI	๓๔. ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)

ตารางการวิเคราะห์ : ระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care)

ผลการวิเคราะห์	Intermediate Care
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	ในปี ๒๕๖๑ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้ มีการพัฒนาระบบบริการ การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional care) ระหว่างหลังภาวะวิกฤติหรือเฉียบพลัน (acute conditions) และการดูแลที่บ้านหรือชุมชนโดยมีความเชื่อมโยงและต่อเนื่องกัน เป็นการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการคงที่แล้ว (medically stable*) แต่ยังไม่คงที่ถึงกับจะสามารถดูแลโดยศักยภาพที่บ้านหรือชุมชนโดยทั่วไปได้ดี ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะกลางยังต้องการการดูแลทางการแพทย์ พยาบาล หรือสหสาขาวิชาชีพในสถานพยาบาล(intermediate bed หรือ intermediate ward) โดยการดูแลหลักในช่วงนี้ไม่ต้องใช้แพทย์เฉพาะทาง หัตถการและเครื่องมือที่ซับซ้อน สามารถทำได้อย่างปลอดภัยในโรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งนี้ เป็นการดูแลในช่วงระยะเวลาหนึ่ง (ไม่เกิน ๖ สัปดาห์หรือ ๔๕ วัน**) มีจุดประสงค์เพื่อ ๑) ลดความแออัดของโรงพยาบาลศูนย์หรือ acute care settings ๒) พัฒนาสมรรถนะและลดภาวะแทรกซ้อน เช่น intensive rehabilitation ๓) ลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเดิมหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเดิม ๔) เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเตียง (bed utility) ในระดับจังหวัดหรือเขต ๕) เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองในผู้ป่วยและผู้ดูแล ๖) เชื่อมโยงแผนการดูแลและการดูแลสู่การดูแลในชุมชนและที่บ้าน ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ๑) Stroke 1๖๐-1๖๙ ๒) Head injury 5๐๖๐๐-5๐๖๙๙ ๓) Spinal cord injury S,๑๓,๑๔,๒๒,๒๓,๓๒,๓๓ โดยโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ต้องมีเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วย intermediate care แห่งละ ๒ เตียง และตั้งเป้าหมายโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งเป็นโรงพยาบาลพระราชรัฐ ในปี ๒๕๖๒
GAP Analysis	ปี ๒๕๖๐ ยังไม่มี รพ.เปิดให้บริการ Intermediate Care ปี ๒๕๖๑ จังหวัดหนองคายมี รพ.ที่เปิดให้บริการ Intermediate Care ๒ แห่ง รวม ๔ เตียง ได้แก่ รพ.สระใครจำนวน ๒ เตียง และรพ.รัตนวาปี จำนวน ๒ เตียง คิดเป็นร้อยละ ๒๕ (๒ แห่ง ใน ๘ แห่ง) - อัตรากำลังไม่เพียงพออย่างขาดทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย ขาดการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย - บุคลากรยังขาดความเข้าใจใน Concept ของ IMC ขาดความรู้ในการประเมิน BIS ตลอดจนการลงข้อมูลใน Google form - KPI ที่ผ่านมาไม่สะท้อนผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสภาพที่เกิดกับผู้ป่วย ขาดการติดตามต่อเนื่อง - ขาดอุปกรณ์เครื่องมือ ที่ใช้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน - หลักสูตรเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร เช่น พยาบาลฟื้นฟูหลักสูตร ๔ เดือนและพยาบาลฟื้นฟู

ผลการวิเคราะห์	Intermediate Care
	ระยะสั้น หลักสูตรอบรมระยะสั้นฝึกกลืน ฝึกพูด - ระบบสารสนเทศ:เพื่อการนำ ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบและติดตามการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นปัจจุบัน เป็น สื่อชุดความรู้ เพื่อทีมหมอครอบครัวผู้ดูแลในการช่วยฟื้นฟูให้ผู้ป่วย
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ การบริหารจัดการโครงสร้างระดับจังหวัด/อำเภอ กลยุทธ์ที่ ๒ พัฒนาระบบบริการ และพัฒนาศักยภาพบุคลากร กลยุทธ์ที่ ๓ สร้างการรับรู้ทัศนคติบุคลากรทางการแพทย์ ภาควิชาเครือข่ายและประชาชน กลยุทธ์ที่ ๔ พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการจัดการ
โครงการ/กิจกรรม	โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
๒. PP & Service & Environment การพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ (Service Plan)	๑. ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)	NA	NA	NA	๒๕ (๒/๘)	๒๐%	๓๐%	๕๐%
	๒. ร้อยละการเข้าบริการของผู้ป่วย ๓ โรคสำคัญ	NA	NA	๔๕๔	x	๗๐%	๗๐%	๗๐%
	- Stroke (I๖๐-I๖๙)			๒๙๗				
	- Head injury (S๐๖๐๐-S๐๖๙๙)			๑๒๕				
	- Spinal cord injury (S๑๓,๑๔,๒๒,๒๓,๓๒,๓๓)			๓๔				
	๓. Complication ในผู้ป่วยติดเตียง CUTI/Bed Sure/Pneumonia)	NA	NA	NA	x	<๒๐%	<๒๐%	<๒๐%
๑. เข้าถึงบริการ IMC ๒. ผู้ป่วย Stroke, TBI, SCI ได้รับการฟื้นฟูติดตามจนถึง ๖ เดือน (ปี ๒๕๖๒)	๑. ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M, F ที่ให้บริการดูแลระยะกลาง	NA	NA	NA	๒๕	๕๐	๗๕	๑๐๐
	๒. ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M,F ที่มี Intermediate bed	NA	NA	NA	๒๕	๕๐	๗๕	๑๐๐
	๓. ร้อยละผู้ป่วย Stroke, TBI, SCI ที่รอดชีวิตได้รับการประเมินเพื่อเข้าสู่การบริการดูแลระยะกลาง (IMC)	NA	NA	NA	NA	๗๕	๘๐	๘๕
	๔. ร้อยละผู้ป่วย Stroke, TBI,SCI ที่เข้าสู่ IMC ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องจนครบ ๖ เดือน หรือ BIS=๒๐	NA	NA	NA	NA	๖๐	๗๐	๘๐

Goal Setting ที่ ๒	PP & Service & Environment
แผนงานที่ ๕	SCC : Secondary Care Cluster การจัดบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ Service Plan (๑๕) สาขา One Day Surgery
KPI	๓๕. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

ตารางการวิเคราะห์ : สาขา One Day Surgery

ผลการวิเคราะห์	One Day Surgery
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	๑. อังกฤษมีการผ่าตัด ODS เพิ่มขึ้นจาก ๓๔% เป็น ๖๕% สหรัฐอเมริกามีการผ่าตัด ODS เป็นผู้ป่วยนอก >๖๐% ค.ศ.๒๐๑๖ และจะเพิ่มขึ้นถึง ๗๕% แต่ในประเทศไทยมีข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถให้บริการผ่าตัดแบบ ODS ได้ โดยมีสาเหตุมาจากการชดเชยค่ารักษาพยาบาลที่แตกต่างกันระหว่างการให้บริการแบบผู้ป่วยนอกกับผู้ป่วยใน ๒. ปัจจุบันยอมรับกันในระดับนานาชาติว่า One Day Surgery มีความสำคัญ คือผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน และกลับไปทำงานหารายได้จนเจ็ครอบครัวยุติได้เร็ว ลดค่าใช้จ่ายครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ลดภาระเศรษฐกิจ ประเทศชาติในการรักษาพยาบาล ๓. ผู้ป่วยที่ทำให้เกิดการวันนอนเฉลี่ย ๓ วัน, ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยวันละ ๗,๕๐๐ บาท ๔. การผ่าตัดผู้ป่วยที่ไม่ต้องรับเป็นผู้ป่วยในและอยู่โรงพยาบาลไม่เกิน ๒๔ ชั่วโมง ตามหลักเกณฑ์การพิจารณาโรค จำนวน ๑๒ โรคตามกระทรวงกำหนด ๑. Inguinal hernia , Femoral hernia ; ศัลยกรรม ๒. Hydrocele: ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ๓. Hemorrhoid ; ศัลยกรรม ๔. Vaginal bleeding; สูติกรรม ๕. Esophagogastric varices ; ศัลยกรรม/อายุรกรรม ๖. Esophageal stricture ๗. Esophagogastric cancer with obstruction ๘. Colorectal polyp ๙. Common bile duct stone ๑๐. Pancreatic duct stone ; ศัลยกรรม ๑๑. Bile duct stricture ๑๒. Pancreatic duct stricture จังหวัดหนองคาย มีโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน ๑ แห่ง และโรงพยาบาลระดับ M๒ จำนวน ๒ แห่ง โรงพยาบาลหนองคาย มีศัลยแพทย์ทั่วไป ๔ คน ศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะ ๒ คน ศัลยแพทย์หลอดเลือด ๑ คน สูติ-นรีแพทย์ ๘ คน อายุรแพทย์ระบบทางเดินอาหาร ๑ คน วิสัญญีแพทย์ ๒ คน โรงพยาบาลระดับ M๒ คือ รพร.ท่าบ่อ รพช.โพนพิสัย รพร.ท่าบ่อ มีศัลยแพทย์ทั่วไป ๔ คน สูติ-นรีแพทย์ ๓ คน วิสัญญีแพทย์ ๒ คน ส่วน รพช.โพนพิสัย ไม่มีศัลยแพทย์และสูติ-นรีแพทย์ มีคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery) เฉพาะ รพท.หนองคาย คณะกรรมการประกอบด้วย แพทย์และพยาบาลจากกลุ่มงานศัลยกรรม อายุรกรรม สูติกรรม

ผลการวิเคราะห์	One Day Surgery
	วิเคราะห์เพื่อเข้าร่วมโครงการใน ๓ โรค ได้แก่ ๑. Esophageal varices ๒. Esophageal stricture ๓. Colorectal polyp จัดให้บริการ หน่วย One Day Surgery ที่ห้องตรวจพิเศษ ชั้น ๑ อาคารนนทกรและ จัดพื้นที่ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมและอายุรกรรม เพื่อ Observe สำหรับผู้ป่วยที่มาใช้บริการ
GAP Analysis	- ยังไม่เปิดให้บริการ One day Surgery - สามารถดำเนินการได้ ๓ กลุ่มโรค คือ ๑. Esophagogastricvarices ๒. Esophageal stricture และ ๓. Colorectal polyp
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการผ่าตัด แบบวันเดียว (One day Surgery) กลยุทธ์ที่ ๒ พัฒนาและจัดตั้ง One day Surgery Unit กลยุทธ์ที่ ๓ พัฒนาศักยภาพการรักษาพยาบาลการ บริการผ่าตัดแบบวันเดียว (One day Surgery)
โครงการ/กิจกรรม	โครงการพัฒนาระบบบริการ one day surgery

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
๑. ลดความแออัดของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อให้มีจำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน	จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	๘๓	๖๒	๑๐๗	๔๖	๒๐	๒๕	๓๐
๒. ลดระยะเวลาการคอยผ่าตัดสั้นลง	Esophagogastricvarices	๕๘	๕๓	๙๑	๒๒			
	Esophageal stricture	๐	๐	๑๔	๑๒			
	Colorectal polyp	๒๕	๙	๓๒	๑๒			
๓. ประชาชนเข้าถึงบริการที่มาตรฐาน สะดวก/ปลอดภัย	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๕๗.๕ ๔๖/๘๐			
๔. ลดค่าใช้จ่ายบริการการรักษาและการใช้จ่ายของผู้ป่วยในการมารับบริการ								

หมายเหตุ ปี ๒๕๖๑ เริ่มเก็บตัวชี้วัดตามโปรแกรม ODS

Goal Setting ที่ ๒	PP & Service & Environment
แผนงานที่ ๕	SCC : Secondary Care Cluster การจัดบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ Service Plan (๑๖) สาขา Minimally Invasive Surgery
KPI	๓๖. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery ร้อยละ ๑๐

ตารางการวิเคราะห์ : สาขา Minimally Invasive Surgery

ผลการวิเคราะห์	Minimally Invasive Surgery
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	- MIS วันนอนเฉลี่ย ๗ วัน ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย ๗,๕๐๐ บาท/คน/วัน ต้องการลดค่าใช้จ่ายวันนอนเฉลี่ย MIS จาก ๗ วัน เหลือ ๓-๔ วัน ค่าใช้จ่ายลดลง (ข้อมูลจากกระทรวงฯ) - หนองคายมีการผ่าตัดส่องกล้องที่ดำเนินการในกลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรม ได้แก่ Symptomatic gallstone/cholecystitis เป็นหลักทั้งใน รพท.หนองคาย และ รพร.ท่าบ่อ กลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ACL injury : Arthroscopic ACL Reconstruction และกลุ่มผู้ป่วยสูติ-นรีเวช (Ovarian cyst: Laparoscopic Cystectomy อยู่ระหว่างการดำเนินการ
GAP Analysis	- ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการผ่าตัดสูง - วันนอนเฉลี่ย ๗ วัน
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริการผ่าตัด Minimally Invasive Surgery กลยุทธ์ที่ ๒ พัฒนาและจัดตั้ง Minimally Invasive Surgery Unit กลยุทธ์ที่ ๓ พัฒนาศักยภาพการรักษาพยาบาลการผ่าตัด Minimally Invasive Surgery
โครงการ/กิจกรรม	โครงการพัฒนาระบบบริการ Minimally Invasive Surgery

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
๑. ลดความแออัดของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อให้มีจำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน ๒. ลดระยะเวลาการรอคอยผ่าตัดสั้นลง ๓. ประชาชนเข้าถึงบริการที่มาตรฐาน สะดวก/ปลอดภัย ๔. ลดค่าใช้จ่ายบริการการรักษาและการใช้จ่ายของผู้ป่วยในการมารับบริการ	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery	NA	NA	NA	๘๕.๑๐	๑๕	๒๐	๒๕

Goal Setting ที่ ๒	PP & Service & Environment
แผนงานที่ ๕	SCC : Secondary Care Cluster การจัดการบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ Service Plan (๑๗) สาขา ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
KPI	๓๗. ร้อยละของระบบ ECS คุณภาพในโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไป * อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน ๒๔ ชั่วโมง <๑๐%

ตารางการวิเคราะห์ : ระบบ ECS คุณภาพในโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไป

ผลการวิเคราะห์	EMS
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	จังหวัดหนองคาย เริ่มดำเนินการพัฒนางานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มาตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๔๘ เป็นต้นมา โดยมีสำนักงานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ทำหน้าที่จัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดควบคุมคุณภาพในการให้บริการ จัดหาหน่วยบริการ แบ่งพื้นที่ในการให้บริการ จัดหาโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วย ตรวจสอบมาตรฐานของบุคลากร และรถพยาบาลประจำหน่วยบริการ ตรวจสอบคุณภาพของหน่วยบริการ ควบคุมกำกับตรวจสอบ และระบบผลการปฏิบัติงานของหน่วยบริการให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดโดยคณะกรรมการจังหวัด ลงบันทึกข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต ควบคุมการเบิกจ่ายและจัดสรรงบประมาณที่ได้รับจากส่วนกลาง มีหน่วยปฏิบัติการรวมจำนวน ๗๗ หน่วย แยกเป็นหน่วยปฏิบัติการระดับสูง (Advanced Life Support หรือ ALS) จำนวน ๙ หน่วย หน่วยปฏิบัติการระดับพื้นฐาน (Basic Life Support หรือ BLS) จำนวน ๓ หน่วย และหน่วยปฏิบัติการระดับฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder unit หรือ FR) จำนวน ๖๕ หน่วย มีบุคลากรประจำหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน จำนวน ๑,๘๙๒ คน แยกเป็น แพทย์ ๑๓ คน พยาบาล ๑๑๒ คน EMT-I ๑๘ คน EMT-B ๕๔ คน และ FR ๑,๖๙๕ คน มีรถปฏิบัติการ รวมจำนวน ๙๒ คัน แยกเป็นรถปฏิบัติการ จำนวน ๓๐ คัน รถกระบะปฏิบัติการ จำนวน ๖๒ คัน โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จังหวัดหนองคาย มีผลการดำเนินงานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนี้ มีจำนวนการออกปฏิบัติการฉุกเฉินทั้งหมด ๑๓,๒๐๙ ปฏิบัติการ แยกเป็นการบริการระดับ ALS : ๑,๐๑๗ ปฏิบัติการ คิดเป็นร้อยละ ๗.๗๐ การบริการระดับ ILS : ๑๖๖ ปฏิบัติการ คิดเป็นร้อยละ ๑.๒๖ การบริการระดับ BLS : ๑,๘๘๔ ปฏิบัติการ คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๙๖ การบริการระดับ FR : ๑๐,๑๘๖ ปฏิบัติการ คิดเป็นร้อยละ ๗๗.๐๘ แยกประเภทของเหตุที่ให้บริการ กลุ่ม Non-Trauma จำนวน ๙,๐๐๑ ราย คิดเป็น ๖๘.๑๔ กลุ่ม Trauma จำนวน ๔,๒๐๘ ราย คิดเป็น ๓๑.๘๖ กลุ่ม ไม่ระบุรหัสคัดกรอง จำนวน ๗ ราย คิดเป็น ๐.๐๕ อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑ และ level ๑) ภายใน ๒๔ ชม.ทั้งที่ ER และ Admitted ในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป =ร้อยละ ๑.๖ อัตราตายของผู้ป่วย PS score > ๐.๗๕ ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑=ร้อยละ ๐.๙๓ อัตราของโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ร้อยละ ๑๐๐ (จำนวน ๕ โรงพยาบาล) ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินมาโดยระบบ EMS ร้อยละ ๕๕.๕
GAP Analysis	๑. แบบประเมินตนเองที่เกี่ยวข้อง มีจำนวนหลากหลาย (ECS HOPE QA HA) ๒. การวิเคราะห์ข้อมูลจากผลการประเมินตนเอง (Self-Assessment) ยังไม่ชัดเจน และการจัดทำแผนพัฒนาและการดำเนินการตามแผนยังไม่ครบ ไม่ครอบคลุม ๓. ตัวชี้วัดการประเมิน ECS, ER และคุณภาพ มีจำนวนมาก ปรับเปลี่ยนบ่อย ส่งผลต่อการ

ผลการวิเคราะห์	EMS
	ชี้แจงและการเก็บข้อมูลไม่ครบถ้วน สมบูรณ์ และครบถ้วน อีกทั้งไม่สอดคล้องกับรายงานที่มีในพื้นที่ ๔. ระบบการรักษาพยาบาล เช่น TEA Unit ในรพ.ระดับ S ยังไม่ได้มาตรฐาน (ขาดแพทย์) ๕ การพัฒนา ER คุณภาพในบางแห่งการพัฒนาไม่เป็นไปตามเกณฑ์ในเรื่องของ บุคลากร สถานที่ เครื่องมือ ๖. ระบบข้อมูลที่หลากหลายและยังไม่เสถียร ๗. จำนวนผู้ป่วยเร่งด่วนและวิกฤต (สีแดงและสีชมพู) มาด้วยระบบ EMS มีจำนวนน้อย ๘. ความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียน การออกให้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในบางอำเภอยังเป็นปัญหา อุปสรรคอยู่ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอทุกระดับ ควรผลักดันการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สมาคม และมูลนิธิ ได้ให้ความสำคัญและให้การสนับสนุนองค์ความรู้ ระเบียบ และงบประมาณ เพื่อการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การยกระดับหน่วยปฏิบัติการ ระบบสารสนเทศ และระบบรายงาน
กลยุทธ์	กลยุทธ์ ที่ ๑ ER คุณภาพ กลยุทธ์ ที่ ๒ การจัดการสาธารณสุขในสถานพยาบาล กลยุทธ์ ที่ ๓ การพัฒนาบุคลากร กลยุทธ์ ที่ ๔ ระบบข้อมูล
โครงการ/กิจกรรม	โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๕

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย			
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ลดอัตราการบาดเจ็บการเสียชีวิตและเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการ	๑. ร้อยละ ECS คุณภาพใน รพ. ระดับ F๒ ขึ้นไป	NA	NA	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
	๒. อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในที่มีค่า PS >๐.๗๕ น้อยกว่า ร้อยละ ๑	-	๑.๓๐	๑.๒๙	๐.๙๓	< ๑	< ๑	< ๑	< ๑
	๓. อัตราการเสียชีวิต ภายใน ๒๔ ชม. Triage level ๑ และ ๒ ที่ Admit และ ER ใน รพ.F๒ ขึ้นไป น้อยกว่าร้อยละ ๑๐	NA	NA	NA	๑.๖	< ๑๐	< ๑๐	< ๑๐	< ๑๐
	๔. ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินมาโดยระบบ EMS ร้อยละ ๓๕	NA	๑๒.๘๑	๑๖.๕๘	๕๕.๕๐	๓๕	๔๐	๖๐	๖๐

Goal Setting ที่ ๒	PP & Service & Environment
แผนงานที่ ๕	SCC : Secondary Care Cluster การจัดบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ Service Plan (๑๘) สาขา สุขภาพช่องปาก
KPI	๓๘. ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free) ๓๙. ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการทันตกรรม

ตารางการวิเคราะห์ : สาขา สุขภาพช่องปาก

ผลการวิเคราะห์	สุขภาพช่องปาก
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	- จังหวัดหนองคายพบเด็กเล็ก ๓ ปี มีฟันน้ำนมผุแนวโน้ม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๓๗.๒๐ ในปี ๒๕๖๐ เป็นร้อยละ ๔๓.๗๖ ในปี ๒๕๖๑ - เด็กนักเรียน ป.๖ มีโรคฟันแท้ผุ ร้อยละ ๖๒.๕๔ - เด็กอายุ ๑๒ ปี พบว่ามีฟันดีไม่มีผุ (cavity free) ร้อยละ ๗๔.๐๗ ในปี ๒๕๖๑ (เป้าหมายร้อยละ ๕๒) ในการสำรวจตั้งแต่ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๑ ปีล่าสุด พบว่าเด็กกลุ่มนี้มีอัตราฟันแท้ผุสูงเพิ่มขึ้นมาโดยตลอด - ด้านพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก พบว่ามีโรงเรียนประถมศึกษาที่จัดการให้เด็กนักเรียนได้แปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกชั้นเรียน มีเพียงร้อยละ ๖๔.๙๘ ในปีการศึกษา ๒๕๖๑ นอกจากนี้เด็กยังมีพฤติกรรมบริโภคขนม เฉลี่ย ๑.๗๘ ครั้ง/วัน ดื่มน้ำอัดลมหรือเครื่องดื่มที่มีรสหวานเฉลี่ย ๑.๔๒ ครั้งต่อวัน และมีโรงเรียนที่ปลอดน้ำอัดลม ขนม/เครื่องดื่มที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพช่องปาก ร้อยละ ๘๖.๕๙ - การจัดบริการสุขภาพช่องปากตามเกณฑ์คุณภาพใน รพ.สต./ศสม. ในปี ๒๕๖๑ ได้ร้อยละ ๙๐.๗๔ ลดลงจากปี ๒๕๖๐ ที่ทำได้ร้อยละ ๙๔ เนื่องจากเกณฑ์ที่เพิ่มขึ้น - การเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากในภาพรวมทั้งจังหวัดทำได้ร้อยละ ๔๑.๐๗ ในปี ๒๕๖๑ เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๐ ที่ทำได้ร้อยละ ๓๗.๑๑ (อ.เมือง/รัตนวาปี ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่ตั้งไว้ที่ร้อยละ ๓๕) - ประชาชนวัยทำงาน (๑๕-๕๙ ปี) มีอัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากเพียงร้อยละ ๒๒.๓๑ ในปี ๒๕๖๑ - ผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียง ของจังหวัดหนองคายจำนวน ๒,๕๗๑ คน ได้รับการบริการสุขภาพช่องปากโดยทีมทันตบุคลากรร้อยละ ๓๑.๑๖ ในปี ๒๕๖๑
GAP Analysis	<u>ระบบบริการปฐมภูมิ</u> - อุปกรณ์ยูนิตทำฟันไม่พร้อมใช้ และเครื่องมือทันตกรรมหัตถการไม่เพียงพอใน รพ.สต. เนื่องจากต้องใช้งานตลอดเวลา เมื่อมีการชำรุด ไม่มีครุภัณฑ์หรืออุปกรณ์ให้เปลี่ยนทดแทน - ภาระงานของทันตบุคลากรใน รพ.สต.ต้องทำหลายหน้าที่ช่วยงานคนอื่นได้ แต่บุคลากรสายงานอื่นในหน่วยงานช่วยทำงานทันตา หรือทำแทนไม่ได้ - การบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน ๔๓ แฟ้ม ยังไม่ครบถ้วน สมบูรณ์ - มีเด็กที่ไม่แปรงฟันหลังอาหารกลางวันโรงเรียนทุกวัน - โรงเรียนหลายแห่งยังมีการขายขนม/เครื่องดื่มที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพช่องปากทั้งในและนอกบริเวณโรงเรียน เด็กจึงยังมีพฤติกรรมบริโภคน้ำอัดลม น้ำหวาน ขนมที่เสี่ยงค่อนข้างสูง <u>ระบบบริการทันตกรรม รพ.หนองคาย (ทุติยภูมิ)</u> - วิศวกรรภาพทันตกรรมแต่ละระยะเวลานานประมาณ ๒ ปี (เป้าหมายไม่เกิน ๑ ปี) - วิศวกรรภาพทันตกรรมในผู้ที่รักษารากฟันแล้วก็นานประมาณ ๑ ปี (เป้าหมายไม่เกิน ๖ เดือน) - จำนวนผู้รับบริการทันตกรรมเฉพาะทางในปี ๒๕๖๑ มีจำนวนลดลงต่ำกว่าปี ๒๕๖๐ เนื่องจากทันตแพทย์แต่ละคนยังขาดทักษะในการบันทึกข้อมูลใน HOSxP - ขาดผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และช่างทันตกรรม เพราะถ้าสามารถทำแลบเอง จะประหยัดเวลาและลดต้นทุน

ผลการวิเคราะห์	สุขภาพช่องปาก
	- ยังขาดทักษะด้านภาษาเพื่อรองรับ AEC
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคและระบบข้อมูลสุขภาพช่องปาก กลยุทธ์ที่ ๒ พัฒนาคุณภาพหน่วยบริการสุขภาพช่องปาก กลยุทธ์ที่ ๓ สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการสนับสนุนการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
โครงการ/ กิจกรรม	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก จ.หนองคาย โครงการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการสุขภาพช่องปาก จ.หนองคาย

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
๑. เด็กหนองคายอายุ ๐-๑๒ ปี มีสุขภาพช่องปากที่ดี ๒. ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ	๑. เด็ก ๓ ปีมีฟันน้ำนมผุไม่เกินร้อยละ ๕๐	๔๕.๔๙	๔๐.๔๑	๓๗.๒๐	๔๓.๗๖	๕๐	๕๐	๕๐
	๒. เด็กกลุ่มอายุ ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐	๕๕.๑๑	๕๓.๐๖	๗๒.๑๑	๗๔.๐๗	๗๐	๗๐	๗๐
	๓. ร้อยละเด็ก ๖-๑๒ ปี ได้รับการทันตกรรม (คน)	๔๗.๓๒	๕๗.๖๑	๕๙.๔๗	๗๐.๖๗	๗๐	๗๒.๕	๗๕
	๔. หน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก (ครบ ๑๔ กิจกรรม + ๒๐๐ คน/๑,๐๐๐ ปชก (Type ๑,๓)	๙๓.๔๒	๘๐.๒๖	๙๔.๗๔	๙๐.๗๖	๙๐	๙๐	๙๐
	๕. ประชาชนทุกกลุ่มวัยเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๗.๕	๒๗.๐๗	๓๔.๑๓	๓๗.๔๔	๔๑.๐๗	๓๗.๕	๔๐	๔๐
	๖. ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายได้รับบริการใส่ฟันเทียมพระราชทานร้อยละ ๑๐๐	๑๐๔.๓	๑๑๐.๒๒	๑๔๔.๙๐	๑๕๒.๒๗	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
	๗. ร้อยละโรงเรียนประถมศึกษาส่งเสริมสุขภาพช่องปากติดดาว	๘๔.๕๙	๗๙.๗๘	๗๒.๔๖	๖๔.๙๘	๗๐	๗๕	๘๐
	๘. อัตราผู้รับบริการทันตกรรมเฉพาะทางเพิ่มขึ้น ภายในปี ๒๕๖๔	๙,๗๔๐	๙,๒๙๒	๙,๕๒๓	๙,๐๐๑	๙,๘๐๐	๑๐,๐๐๐	๑๐,๐๐๐
	๙. ร้อยละ รพ.สต.ศสม.ที่ผ่านการประเมินมาตรฐานคลินิกทันตกรรมคุณภาพ (TDCA๒๐๑๕)	-	๘	-	๗	๗๐	๗๐	๘๐
	๑๐. ร้อยละ รพ.สต.ศสม.ที่ผ่านการประเมินมาตรฐานคลินิกทันตกรรมคุณภาพ (TDCA๒๐๑๕editforPo)	-	-	-	-	๕๐	๕๐	๖๐

หมายเหตุ : ผลงานปี ๒๕๖๑ นับถึงเดือนสิงหาคม ๒๕๖๑ (๑๑ เดือน)

Goal Setting ที่ ๒	PP & Service & Environment
แผนงานที่ ๖	กลุ่มวัย : การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย (๑) MCH แม่และเด็ก
KPI	๔๐. ร้อยละความสำเร็จของ MCH คุณภาพระดับอำเภอในการบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก

ตารางการวิเคราะห์ : MCH คุณภาพระดับอำเภอ

ผลการวิเคราะห์	MCH
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	มารดาตาย เป็นเรื่องที่สถานบริการทุกแห่งต้องเฝ้าระวังไม่ให้เกิดขึ้น ระยะเวลาที่ผ่านมาจังหวัดหนองคายไม่มีมารดาตาย ๕ ปี (ปีงบประมาณ ๒๕๕๓-๒๕๕๗) ปี ๒๕๕๘ ตาย ๑ ราย จากสาเหตุ pre-eclampsia คิดเป็น ๒๒.๓ : ๑๐๐,๐๐๐ การเกิดมีชีพ ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๐ ไม่มีแม่ตาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ตาย ๒ ราย คิดเป็น ๕๖.๑๘ : ๑๐๐,๐๐๐ เกิดมีชีพ ด้วย eclampsia ๑ ราย และ amniotic fluid embolism and Congestive heart failure คณะกรรมการ MCH Board จังหวัดได้ทบทวนสาเหตุการตายร่วมกัน สาเหตุเกิดจากผู้ป่วยขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง ไม่มาพบแพทย์ตามนัด การสื่อสารในการติดตามผู้ป่วยและประสานงานคืนข้อมูลให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ยังน้อย การให้คำแนะนำรักษาผู้ป่วยไม่บันทึกลงในเวชระเบียน จังหวัดหนองคายยุติแพทย์ในโรงพยาบาลแม่ข่ายครบทุกแห่งยกเว้นโรงพยาบาลโพธิ์ชัย สูติแพทย์จากโรงพยาบาลหนองคาย ช่วยตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์สัปดาห์ละ ๒ วัน ส่วนห้องคลอดได้รับการรับรองมาตรฐาน ๖ แห่ง ยกเว้นโรงพยาบาลเปิดใหม่ ปี ๒๕๕๙ เปิดห้องคลอด รับเฉพาะ case ฉุกเฉิน คลอดจากบ้านเป็นต้น หากมีความจำเป็นเมื่อมีบุคลากร ครุภัณฑ์ อุปกรณ์ ครบถ้วน พร้อมเปิดให้บริการ จึงจะขอรับรองมาตรฐานให้บริการในโอกาสต่อไป ผลการดำเนินการคัดกรองพัฒนาการเด็กตามกลุ่มอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน เป้าหมาย ปี ๒๕๖๑ จำนวน ๑๖,๐๓๗ คน คัดกรองได้ ๑๐,๙๑๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๘.๐๔ สงสัยล่าช้า ๒,๕๘๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๖๖ ติดตามเด็กสงสัยล่าช้าให้ได้รับการกระตุ้นได้ ๑,๙๐๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๔.๒๐ เด็กมีพัฒนาการสมวัย ๑๐,๒๒๖ รายคิดเป็นร้อยละ ๙๓.๗๑ (HDC : ๘ ก.ย.๖๑) ผลงานดีขึ้นกว่าปีที่ผ่านมา แต่ยังพบปัญหาการติดตามเด็กมากระตุ้นพัฒนาการ เด็ก ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๔๖.๐๗ (เป้าหมายปี ๒๕๖๑ สูงดีสมส่วนร้อยละ ๕๔ ชายสูงเฉลี่ย ๑๑๓ หญิง ๑๑๒ ซม.) ร้อยละ ๕๑.๖๙ ชาย สูงเฉลี่ย ๑๑๐ หญิง ๑๐๙.๔๕ ซม. เด็กสูงดีสมส่วนเป็นปัญหาที่จังหวัดหนองคายต้องเร่งรัดแก้ไขโดยเฉพาะเรื่องโภชนาการ การไม่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก การสร้างเครือข่ายความร่วมมือให้ อปท.เห็นความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน เป็นต้น
GAP Analysis	ปัญหามารดาตาย ปัญหาการติดตามเด็กมารับการกระตุ้นพัฒนาการ ปัญหาโภชนาการเด็ก ๐-๕ ปี ปัญหาการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ปัญหาการสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ๖. ปัญหาการบันทึกข้อมูลตัวชี้วัด QOF ไม่ครบถ้วนทันเวลา (ปี ๒๕๖๒ มี KPI ๒ ตัว คือ ฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ และทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม) ๗. ปัญหาโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์

ผลการวิเคราะห์	MCH
	๘. ปัญหาเครื่องมือมาตรฐานในการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง, ศักยภาพของผู้ให้บริการ และการบันทึกข้อมูลใน ๔๓ แฟ้ม ๙. ปัญหาการแก้ปัญหาการขาดสารไอโอดีนในหมู่บ้าน ตำบลไม่ต่อเนื่อง โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์ และเด็กปฐมวัย ที่ส่งผลต่อพัฒนาการของสมอง และ IQ เด็ก
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก กลยุทธ์ที่ ๒ พัฒนาระบบบริการงานอนามัยแม่และเด็ก กลยุทธ์ที่ ๓ พัฒนาระบบฐานข้อมูลงานอนามัยแม่และเด็ก
๓. โครงการ/กิจกรรม	โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัยเพื่อเพิ่ม IQ เด็กไทย จังหวัดหนองคาย

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
มารดาตั้งครรภ์ คุณภาพลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย	๑. อัตรามารดาตายไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	๒๒.๓๐ (๑/๔,๙๒๐)	๐	๐	๕๖.๑๘ (๒/๓,๕๖๐)	๑๗	๑๗	๑๕
	๒. ร้อยละสถานบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานการคลอด	๖ แห่ง ๖๖.๖๗	๖ แห่ง ๖๖.๖๗	๖ แห่ง ๖๖.๖๗	๖ แห่ง ๖๖.๖๗	๙ แห่ง ๑๐๐	๙ แห่ง ๑๐๐	๙ แห่ง ๑๐๐
	๓. ร้อยละความสำเร็จของ MCH คุณภาพระดับอำเภอในการบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก	-	๔๘.๖๗	๗๓.๖๗	๕๐	๕ ขั้นตอน	๕ ขั้นตอน	๕ ขั้นตอน
	๓.๑ ANC ≤๑๒ สัปดาห์	๘๘.๑๘ (๑,๙๖๓/ ๒,๒๒๘)	๘๘.๕๐ (๑,๓๓๑/ ๑,๕๐๔)	๘๓.๘๒ (๑,๙๐๖/ ๒,๒๗๔)	๙๑.๗๙ (๑,๔๘๕/ ๑,๖๑๙)	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
	๓.๒ ANC ๕ ครั้งคุณภาพ	๘๒.๔๕ (๑,๑๐๔/ ๑,๓๓๙)	๘๒.๕๔ (๑,๔๐๔/ ๑,๗๐๑)	๗๓.๙๗ (๑,๖๗๔/ ๒,๒๖๓)	๘๔.๑๑ (๑,๓๕๕/ ๑,๖๑๑)	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
	๓.๓ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ไม่เกินร้อยละ ๗	๘.๘๓ (๔๓๖/ ๔,๙๓๘)	๘.๑๓ (๑๒๓/ ๑,๕๑๓)	๖.๐๙ (๑๘๐/ ๒,๙๕๔)	๓.๕๘ (๘๖/ ๒,๔๐๕)	๕	๔	๓
	๓.๔ เด็กแรกเกิด-ต่ำกว่า ๖ เดือน กินนมแม่อย่างเดียว ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐	๗๕.๑๒ (๑,๓๘๙/ ๑,๘๔๙)	๖๒.๖๙ (๓,๓๐๗/ ๕,๒๗๕)	๗๓.๒๘ (๓,๐๘๖/ ๔,๒๑๑)	๘๕.๐๖ (๓,๐๘๐/ ๓,๖๒๑)	๘๐	๙๐	๑๐๐
	๓.๕ หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	๘๘.๑๙	๘๗.๕๓ (๔,๐๐๙/ ๔,๕๘๐)	๘๖.๒๘ (๔,๖๙๒/ ๕,๔๓๘)	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
	๓.๖ ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ ๑๐	Lab๑ =๒๒.๖๕ Lab๒ =๒๓.๗๙	๑๕.๓๓ (๑๐๙/ ๗๑๑)	๑๔.๔๕ (๓๙๗/ ๒,๗๔๘)	๑๔.๖๘ (๓๓๗/ ๒,๒๙๖)	๑๐	๘	๖
	๓.๗ ทารกตายปริกำเนิดไม่เกิน ๙ ต่อพันการเกิดมีชีพ	๖.๕๑	๑.๙๒	๕.๖๐ (๑๘/๓,๒๑๕)	๑.๗๕ (๔/๒,๒๙๑)	๕	๔	๓
	๓.๘ อัตราทารกแรกเกิดภาวะ Birth Asphyxia ไม่เกิน ๒๕ ต่อพันการ	๒๑.๙๖	๑๓.๖๖ (๘๐/	๑๗.๘๗ (๕๖/	๑๐.๐๔ (๒๓/	๑๖	๑๔	๑๒

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
	เกิดมีชีพ		๕,๘๓๘	๓,๑๓๓	๒,๒๙๑			
	๓.๙ อัตราทารกคลอดก่อนกำหนด ไม่เกินร้อยละ ๗	-	๖.๑๙ (๓๖๖/๕,๙๑๕)	๑๑.๖๕ (๑๘๔/๑,๕๗๕)	๒.๕๘ (๕๙/๒,๒๙๑)	๔	๓	๒
	๓.๑๐ ระดับฮีโมโกลินกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ในทารกแรกเกิดมากกว่า ๑๑.๒๕ มิลลิกรัมต่อลิตร น้อยกว่า ร้อยละ ๓ (Neoscreen) (เด็ก ≥ ๔๘ ชม. มี TSH >๑๑.๒/จำนวนเด็กเกิด ≥ ๔๘ ชม. ที่ตรวจวิเคราะห์)	๓.๗๙	๔.๕๗	๗.๓๓ (๓๑๑/๔,๒๔๔)	๔.๑๓ (๗๖/๑,๘๓๘)	< ๕	< ๔	< ๓
	๓.๑๑ ANC คุณภาพ	๙๒.๖๙	๑๐๐	๑๐๐ (๘๙/๘๙)	๑๐๐ (๘๕/๘๕)	๙๖	๙๘	๑๐๐
	๓.๑๒ WCC คุณภาพ	๙๑.๕๗	๑๐๐	๑๐๐ (๘๙/๘๙)	๑๐๐ (๘๕/๘๕)	๙๖	๙๘	๑๐๐
เด็ก ๐-๕ ปี มี พัฒนาการสมวัย	๑. เด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ (ประเมิน ครั้งที่ ๑+ครั้งที่ ๒)	๙๘.๕๓ (๒๔,๗๔๑/๒๕,๑๑๒)	๘๒.๔๒ (๕,๖๓๒/๖,๘๓๓)	๙๒.๔๙ (๑๒,๐๕๐/๑๓,๐๒๙)	๙๓.๗๑ (๑๐,๒๒๖/๑๖,๐๓๗)	๙๐	๙๕	๑๐๐
	๑.๑ เด็ก ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการ ร้อยละ ๑๐๐	-	-	๘๕.๗๕	๖๘.๐๔ (๑๐,๙๑๒/๑๖,๐๓๗)	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
	๑.๒ เด็ก ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน ได้รับการตรวจประเมินและพบเด็ก สงสัยพัฒนาการสงสัยล่าช้า ไม่น้อย กว่าร้อยละ ๓๐	๕.๐๔	๑๗.๑๙ (๑,๘๗๕/๑๐,๙๐๘)	๒๒.๘๑ (๒,๙๘๘/๑๓,๐๙๘)	๒๓.๖๖ (๒,๕๘๓/๑๐,๙๑๒)	๓๖	๓๙	๔๒
	๑.๓ เด็ก ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน ที่ สงสัยพัฒนาการล่าช้าได้รับการ ติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ	๑๐๐	๑๐๐	๖๕.๕๔ (๒,๐๓๓/๒,๙๘๘)	๗๔.๒๐ (๑,๙๐๑/๒,๕๘๓)	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
เด็ก ๐-๕ ปี มีรูปร่างดี สมส่วน	ร้อยละเด็ก ๐-๕ ปี ที่มีส่วนสูงระดับ ดีและรูปร่างสมส่วน (H/A&H/W) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๕	-	-	๔๕.๙๙	๔๖.๐๗ (๑๑,๖๐๙/๒๕,๑๙๘)	๕๗	๖๐	๖๓

Goal Setting ที่ ๒	PP & Service & Environment
แผนงานที่ ๖	กลุ่มวัย : การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย (๒) วัยเรียน (๖-๑๔ ปี)
KPI	๔๑. ร้อยละวัยเรียนสูงดีสมส่วน

ตารางการวิเคราะห์ : วัยเรียน (๖-๑๔ ปี)

ผลการวิเคราะห์	วัยเรียน (๖-๑๔ ปี)
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	จำนวนประชากรในกลุ่มเด็กวัยเรียนอายุ ๖-๑๔ ปี ในจังหวัดหนองคายมีจำนวนทั้งสิ้น ๕๗,๔๑๖ คนแยกเป็นเพศชายจำนวน ๒๙,๔๕๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๑.๒๙ เพศหญิงจำนวน ๒๗,๙๖๓ คนคิดเป็นร้อยละ ๔๘.๗๐ (ทะเบียนราษฎร ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๐) ๑. ร้อยละของเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียน พบว่า สูงดีสมส่วน คิดเป็นร้อยละ ๖๙.๗๐ ภาวะอ้วนและเริ่มอ้วน คิดเป็นร้อยละ ๙.๖๑ ภาวะเตี้ย คิดเป็นร้อยละ ๕.๑๓ ภาวะผอม คิดเป็นร้อยละ ๔.๗๖ (ข้อมูลจาก HDC วันที่ ๗ กันยายน ๒๕๖๑) ๒. ผลการดำเนินงานคัดกรองสายตาดังขึ้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑จำนวนเด็กที่ได้รับการคัดกรองทั้งหมด ๕๑๒ คน พบว่า ผลการคัดกรองผิดปกติเบื้องต้นจำนวน ๒ คนคิดเป็นร้อยละ ๐.๖๓ (ข้อมูลจากโปรแกรม vision๒๐๒๐ วันที่ ๗ กันยายน ๒๕๖๑) ๓. ความสำเร็จของการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรจังหวัดหนองคายมี ๕ โรงเรียน ดังนี้ ๑) โรงเรียนราชประชานุเคราะห์ ๒๗ อำเภอโพนพิสัย (ปี ๒๕๕๕) ๒) โรงเรียนบ้านถิ่นทอนเหนือ อำเภอศรีเชียงใหม่ (ปี ๒๕๕๖) ๓) โรงเรียนบ้านหม้อเหนือ (หลวงปู่เหรียญอุปลัมภ์) อำเภอศรีเชียงใหม่ (ปี ๒๕๕๖) ๔) โรงเรียนสังกะสีนาขามอำเภอสว่าง (ปี ๒๕๕๘) ๕) โรงเรียนบ้านไร่อำเภอน้ำโสม (ปี ๒๕๕๙) ผลการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ พบว่า จำนวนโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่สมัครเข้าร่วมโครงการทั้งหมด ๓๐๔ แห่ง แยกเป็นระดับดังนี้ ๑) โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร จำนวน ๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๐.๖๖ ๒) โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง จำนวน ๒๕๙ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๒๐ ๓) โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเงิน จำนวน ๒๘ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙.๑๒ ๔) โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง จำนวน ๑๕ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๔.๙๓
GAP Analysis	๑. การเฝ้าระวังภาวะโภชนาการเด็กวัยเรียน ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ พบว่า ๑.๑ ภาวะสูงดีสมส่วนในภาพรวมของจังหวัดผ่านเกณฑ์ แต่ยังมีบางพื้นที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ อำเภอเมืองหนองคาย อำเภอศรีเชียงใหม่ และอำเภอสระใคร ๑.๒ ภาวะอ้วนและเริ่มอ้วน ในภาพรวมของจังหวัดผ่านเกณฑ์ แต่ยังมีบางพื้นที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ อำเภอเมืองหนองคาย อำเภอท่าบ่อ อำเภอศรีเชียงใหม่ และอำเภอน้ำโสม ๑.๓ ภาวะเตี้ย ในภาพรวมของจังหวัดผ่านเกณฑ์ แต่ยังมีบางพื้นที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ อำเภอน้ำโสม

ผลการวิเคราะห์	วัยเรียน (๖-๑๔ ปี)
	๑.๔ ภาวะผอม ในภาพรวมของจังหวัดผ่านเกณฑ์ แต่ยังมีบางพื้นที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ อำเภอมืองหนองคาย อำเภอศรีเชียงใหม่ และอำเภอสระใคร ๑.๕ การได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กในเด็กนักเรียนชั้น ป.๑-๖ ยังไม่ครอบคลุมทุกโรงเรียน ๒. การพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จำนวน ๓ แห่ง ได้แก่ ๒.๑ โรงเรียนบ้านหนอง อำเภอสังขม ๒.๒ โรงเรียนบ้านสาวแล อำเภอโพธิ์ตาก ๒.๓ โรงเรียนเพิงหลวง ๑๓ (ประชาบำรุง) อำเภอเฝ้าไร่ ๓. ระบบฐานข้อมูลที่ต้องปรับปรุงพัฒนา ๓.๑ ความครอบคลุมของการบันทึกข้อมูลยังไม่ครบถ้วน ๓.๒ การคืนข้อมูลให้โรงเรียน เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน ๓.๓ ความเที่ยงตรงของเครื่องมือในการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง และการแปลผล
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ การพัฒนาศักยภาพองค์ความรู้เครือข่ายผู้รับผิดชอบงานวัยเรียน ด้านมาตรฐานการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และระบบเฝ้าระวังสุขภาพเด็กวัยเรียน กลยุทธ์ที่ ๒ สร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วมในการพัฒนางานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร กลยุทธ์ที่ ๓ ส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของเด็กวัยเรียน กลยุทธ์ที่ ๔ พัฒนาระบบข้อมูลและติดตามประเมินผล
โครงการ/กิจกรรม	โครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
เด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน	๑. เด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๘	๖๙.๕๖	๖๙.๗๑	๖๘.๗๗	๖๙.๖๗	๖๘	๖๘	๖๘
	๒. เด็กวัยเรียน มีภาวะอ้วนและเริ่มอ้วน ไม่เกินร้อยละ ๑๐	๗.๘๐	๘.๘๗	๙.๒๙	๙.๖๑	๑๐	๑๐	๑๐
	๓. เด็กวัยเรียน มีภาวะเตี้ย ไม่เกินร้อยละ ๑๐	๔.๑๐	๓.๔๑	๓.๔๐	๕.๑๓	๑๐	๑๐	๑๐
	๔. เด็กวัยเรียน มีภาวะผอม ไม่เกินร้อยละ ๕	๕.๒๖	๕.๑๕	๕.๑๙	๔.๗๖	๕	๕	๕

Goal Setting ที่ ๒	PP & Service & Environment
แผนงานที่ ๒	กลุ่มวัย : การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย (๒) วัยเรียน (๖-๑๔ ปี)
KPI	๔๒. ลดอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี

ตารางการวิเคราะห์ : การเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี

ผลการวิเคราะห์	เด็กจมน้ำ
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	- อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๑ เท่ากับ ๗.๓, ๗.๔๙, ๖.๕๓ และ ๕.๕๐ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ - ทีมผู้ก่อการดีในการป้องกันเด็กจมน้ำ ระดับทองแดง ปีงบประมาณ ๒๕๕๘-๒๕๖๑ รวม ๒๖ ทีม - มีรายงานการสอบสวน Case เด็กต่ำกว่า ๑๕ ปี จมน้ำเสียชีวิต - มีทีมครู ข ในการสอนและให้ความรู้เรื่องการป้องกันเด็กจมน้ำและเอาชีวิตรอดในสถานบริการ หรือชุมชน จำนวน ๙ อำเภอ
GAP Analysis	๑. การสร้างตระหนักและให้เห็นความสำคัญ เกี่ยวกับสถานการณ์ข้อมูลการเสียชีวิตจากการจมน้ำเด็กต่ำกว่า ๑๕ ปี ในระดับตำบล อำเภอ เพื่อให้เกิดการคืนข้อมูลและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำในระดับพื้นที่อย่างจริงจัง ๒. การกำหนดค่าตัวชี้วัดในการดำเนินงานการป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำ ควรมีการกระจายและวัดค่าให้เหมาะสมกับบทบาทภารกิจของแต่ละภาคส่วน เพื่อให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของภาครัฐโดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียน โรงพยาบาล สสอ. รพ.สต. และภาคประชาชนอย่างเป็นธรรม ๓. การเน้นหนักมาตรการป้องกันและการจัดการสิ่งแวดล้อมในแหล่งน้ำเสี่ยง มีความสำคัญและจำเป็น เช่น การสร้างรั้ว ติดป้ายคำเตือน จัดให้มีอุปกรณ์สำหรับช่วยคนตกน้ำ เช่น ไม้เชือก ถัง แกลลอนพลาสติก ฯลฯ ยังไม่ครอบคลุมในพื้นที่เสี่ยง ๔. เพิ่มการสื่อสารประชาสัมพันธ์ และส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับการตะโกน โยน ยื่น และการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (CPR) เพื่อการป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำ ให้เหมาะสม ครอบคลุม และทั่วถึงพื้นที่เสี่ยง ๕. วัสดุ อุปกรณ์ และสถานที่ฝึกหลักสูตรทักษะการเอาชีวิตรอดจากการจมน้ำ การตะโกน โยน ยื่น และการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (CPR) ในระดับตำบล อำเภอมีไม่เพียงพอและเหมาะสม ๖. ควรมีการผลักดันและสนับสนุนให้เกิดการเรียนการสอนหลักสูตรว่ายน้ำ เพื่อเอาชีวิตรอดในสถานศึกษา และเพิ่มวิทยากรครู ก-ข ให้ครอบคลุม
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ มาตรการด้านคน กลยุทธ์ที่ ๒ มาตรการด้านสิ่งแวดล้อม กลยุทธ์ที่ ๓ มาตรการด้านข้อมูล
๓. โครงการ/ กิจกรรม	โครงการป้องกันการตกน้ำจมน้ำและลดการเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
ป้องกันการตกน้ำ จมน้ำและลดการ เสียชีวิตในเด็กอายุต่ำ กว่า ๑๕ ปี	๑. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำ ของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี (ต่อแสน ประชากรเด็กต่ำกว่า ๑๕ ปี)	๗.๓ (๗ ราย)	๗.๔๙ (๗ ราย)	๖.๕๓ (๖ ราย)	๔.๔๒ (๔ ราย)	≤ ๔	≤ ๓.๕	≤ ๓
	๒. มีทีมผู้ก่อการดีอำเภอละ ๑ ทีม	๘	๔	๒	๙	๙	๙	๙

Goal Setting ที่ ๒	PP & Service & Environment
แผนงานที่ ๖	กลุ่มวัย : การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย (๓) วัยรุ่น
KPI	๔๓. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี

ตารางการวิเคราะห์ : การคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี

ผลการวิเคราะห์	คลอดมีชีพ
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	วัยรุ่นไทยส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพและอุบัติเหตุ จากข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชากรไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังเป็นปัญหาและมีความรุนแรงมากขึ้นในสังคมไทย จากข้อมูลอัตราการคลอดมีชีพในวัยรุ่น อายุ ๑๕-๑๙ ปี ต่อประชากรหญิง ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน ของประเทศไทยใน ๕ ปี ที่ผ่านมามีแนวโน้มลดลง จาก ๕๓.๔ ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน ในปี ๒๕๕๕ เหลือ ๓๙.๖ ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน ในปี ๒๕๖๐ (สำนักงานนายการเจริญพันธุ์ ประมวลผลข้อมูลฐานทะเบียนราษฎร จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) ซึ่งการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อภาวะแทรกซ้อนจากสุขภาพต่อตัวแม่วัยรุ่นและทารก เนื่องจากหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุที่เหมาะสม (อายุ ๒๐-๓๔ ปี) เช่น การเสียชีวิตของมารดา เด็กแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ โดยสถิติพบว่าในปี ๒๕๖๐ เด็กแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ < ๒,๕๐๐ กรัม ในกลุ่มของหญิงวัยรุ่น อายุ ๑๕-๑๙ ปี มีถึงร้อยละ ๑๕.๑ (สำนักงานนายการเจริญพันธุ์ ประมวลผลข้อมูลฐานทะเบียนราษฎร จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังส่งผลกระทบต่อโอกาสทางการศึกษา ซึ่งการตั้งครรภ์เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ต้องหยุดเรียน หรือวัยรุ่นต้องออกจากการศึกษา มีผลต่อหน้าที่การงาน รายได้ในอนาคต ความไม่พร้อมในการเลี้ยงดูบุตรของแม่วัยรุ่น ทำให้เด็กส่วนหนึ่งถูกทอดทิ้ง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กไทยในไทยในอนาคต จากข้อมูลปัจจุบัน พบว่า สถานสงเคราะห์เด็กในสังกัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ต้องอุปการะเด็กแรกเกิดถึง ๑๘ ปี ประมาณ ๒,๐๐๐ คนต่อปี และจากการศึกษาจากต่างประเทศยังพบว่า เด็กที่เกิดจากแม่วัยรุ่น มีแนวโน้มที่จะเป็นแม่วัยรุ่นเมื่อเติบโตขึ้น ดังนั้น การป้องกันและแก้ไขปัญหาคือการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นด้วยมาตรการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยตัดตอนการเป็นแม่วัยรุ่นไม่ให้เกิดกับประชากรรุ่นต่อไป ทำให้วัยรุ่นมีสุขภาพทางเพศที่ดี มีโอกาสทางการศึกษาและสามารถใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่เพื่อที่จะเติบโตเป็นวัยแรงงานที่มีคุณภาพ จังหวัดหนองคาย ได้ดำเนินการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.๒๕๕๙ โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการการป้องกันและแก้ไขปัญหาคือการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัด และจัดประชุมคณะอนุกรรมการเพื่อบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันของหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาสังคม ให้การป้องกันและแก้ไขปัญหาคือการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นรูปธรรม มีความเป็นเอกภาพและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ในภาพรวมระดับอำเภอได้ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและแก้ไขปัญหาวัยรุ่นผ่านคณะกรรมการอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์แบบบูรณาการ และเชื่อมผสานกับสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Service) รวมทั้งการจับคู่ระหว่างโรงเรียนและสถานบริการสุขภาพ เป็นการสร้างระบบส่งต่อ OHOS (One Hospital One School) ส่งผลให้สถานการณ์วัยรุ่น จังหวัดหนองคาย ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) พบว่า อัตราการคลอดมีชีพในวัยรุ่น อายุ ๑๕-๑๙ ปี ต่อ

ผลการวิเคราะห์	คลอດมีชีพ
	ประชากรหญิง ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน มีแนวโน้มลดลง ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๑ เท่ากับ ๓๕.๖๔, ๓๔.๒๐, ๒๖.๑๙ และ ๒๑.๒๙ ตามลำดับ ในส่วนอัตราการคลอດมีชีพในวัยรุ่น อายุ ๑๐-๑๔ ปี ต่อประชากรหญิง ๑๐-๑๔ ปี ๑,๐๐๐ คน ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๑ พบว่าจังหวัดหนองคายมีอัตราการคลอດ เท่ากับ ๐.๘๖, ๑.๑๕, ๐.๔๗ และ ๐.๔๘ ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๑ เท่ากับ ๑๐.๙๙, ๑๒.๕๓, ๑๓.๖๘ และ ๑๒.๙๖ ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและเกินค่าเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง (ค่าเป้าหมาย ไม่เกิน ร้อยละ ๑๐) และผลการดำเนินงานสำคัญต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี ได้แก่ การให้บริการคุมกำเนิดของหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ที่รับบริการบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern Method) หลังคลอດหรือหลังแท้ง ได้รับการบริการคุมกำเนิด ในปี ๒๕๕๘-๒๕๖๑ เท่ากับ ร้อยละ ๑๑.๗๓, ๒๑.๘๓, ๑๗.๘๙ และ ๒๒.๖๓ ตามลำดับ และการให้บริการคุมกำเนิดของหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ที่รับบริการบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ใส่ห่วงอนามัย) ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๑ เท่ากับร้อยละ ๔๑.๐๕, ๖๓.๖๘, ๗๙.๘๓ และ ๗๙.๑๓ ตามลำดับ ต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนด
๑. GAP Analysis	๑. วัยรุ่นยังขาดความรู้เรื่องเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตที่ถูกต้อง ๒. พ่อแม่ ผู้ปกครองขาดความรู้ ความเข้าใจ ในการสื่อสารสุขภาวะทางเพศภายในครอบครัว หรือเรื่องเพศในชุมชน ๓. บุคลากรสาธารณสุขยังขาดทักษะการเป็นวิทยากรในการจัดอบรม เพศวิถีศึกษา ทักษะชีวิต เพศยุคได้ในครอบครัว และทักษะในการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร ๔. ขาดการเชื่อมโยงส่งต่อแม่วัยรุ่นอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ที่มาคลอດในโรงพยาบาล เพื่อทราบแนวทางการวางแผนคุมกำเนิดโดยเน้นวิธีกึ่งถาวรให้แก่แม่วัยรุ่นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของแม่วัยรุ่น
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ สร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องเพศศึกษาและทักษะชีวิตแก่นักเรียนและวัยรุ่น กลยุทธ์ที่ ๒ สร้างการเข้าถึงเวชภัณฑ์คุมกำเนิดแก่นักเรียนและวัยรุ่นให้เพิ่มมากขึ้นและกว้างขึ้น กลยุทธ์ที่ ๓ ให้คำปรึกษาแก่นักเรียนและวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์และวางแผนครอบครัว
๓. โครงการ/กิจกรรม	โครงการวัยรุ่นจังหวัดหนองคาย ห่วงไกลการท้องในวัยรุ่น

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๕

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย			
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
อัตราการคลอດมีชีพไม่เกิน ๓๘ ต่อพันประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี	๑. อัตราการคลอດมีชีพหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี	๓๑.๗๔	๓๔.๒๐	๒๖.๑๙	๒๑.๒๙	๓๘	๓๖	๓๔	๓๒
	๒. อัตราการคลอດมีชีพหญิงอายุ ๑๐-๑๔ ปี	๐.๘๖	๑.๑๕	๐.๔๗	๐.๔๘	๑.๒	๑.๑	๑.๐	๐.๘
	๓. ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี	๓๕.๖๔	๓๔.๒๐	๒๖.๑๙	๑๒.๙๖	๑๔.๕	๑๔.๐	๑๓.๕	๑๓.๐

Goal Setting ที่ ๒	PP & Service & Environment
แผนงานที่ ๖	กลุ่มวัย : การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย (๔) ผู้สูงอายุ
KPI	๔๔. ร้อยละของ Healthy Aging คงที่หรือเพิ่มขึ้น ๔๕. ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว (LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

ตารางการวิเคราะห์ : การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์	ผู้สูงอายุ
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	จังหวัดหนองคาย มีประชากรผู้สูงอายุ มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จากปี พ.ศ.๒๕๔๙-๒๕๕๙ ร้อยละ ๙.๖๑, ๙.๗๖, ๙.๙๕, ๑๐.๓๐, ๑๐.๗๐, ๑๑.๐๘, ๑๑.๕๓, ๑๒.๒๑, ๑๒.๖๗, ๑๓.๑๗, ๑๓.๖๘ ตามลำดับ ส่วนในปี พ.ศ.๒๕๖๐ มีประชากรทั้งหมดจำนวน ๕๒๑,๘๘๖ คน มีผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ๗๔,๖๒๑ คน (ร้อยละ ๑๔.๓๐) หรือคิดเป็นสัดส่วนประชากรเท่ากับหนึ่งในเจ็ดของของประชากรทั้งหมด สัดส่วนสูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป) เพศชายต่อเพศหญิงพบว่ามีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ๑ : ๑.๑๙ (เพศชาย ร้อยละ ๔๕.๗๖ เพศหญิง ร้อยละ ๕๔.๒๔) จัดอยู่ในระดับการก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ (Ageing society หรือ Aging society) คือการมีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปรวมทั้งเพศชายและเพศหญิงมากกว่าร้อยละ ๑๐ ของประชากรทั้งจังหวัด (ผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๑๔.๓๐) และสัดส่วนสูงอายุ (๖๕ ปีขึ้นไป) เพศชายต่อเพศหญิงพบว่ามีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ๑ : ๑.๒๓ (เพศชาย ร้อยละ ๔๔.๘๑ เพศหญิง ร้อยละ ๕๕.๑๙) จัดอยู่ในระดับการก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ ๖๕ ปี เกินร้อยละ ๗ ของประชากรทั้งจังหวัด (ผู้สูงอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๙.๕๐) สำหรับการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น ๕ กลุ่ม ช่วงอายุ ได้แก่ ผู้สูงอายุช่วงอายุ ๖๐-๖๙ ปี ผู้สูงอายุช่วงอายุ ๗๐-๗๙ ปี ผู้สูงอายุช่วงอายุ ๘๐-๘๙ ปี ผู้สูงอายุช่วงอายุ ๙๐-๙๙ ปี และผู้สูงอายุ ๑๐๐ ปีขึ้นไป คำนวณสัดส่วนผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มช่วงอายุ พบสัดส่วนแต่ละกลุ่มเป็น ๕๘.๓๔ (๔๓,๕๓๖ คน), ๒๘.๔๖ (๒๑,๒๓๖ คน), ๑๑.๑๐ (๘,๒๘๑ คน), ๑.๙๓ (๑,๔๔๒ คน), ๐.๑๗ (๑๒๖ คน) การเจ็บป่วย จำนวนผู้สูงอายุจังหวัดหนองคาย ปี ๒๕๖๑ ทั้งหมด ๖๓,๘๐๗ คน (ที่มา : HDC วันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๑) พบว่าป่วยและมีปัญหาสุขภาพที่ พบบ่อย ๕ อันดับ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ/หลอดเลือดสมอง มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จากปี พ.ศ.๒๕๕๖-๒๕๖๑ ดังนี้ ร้อยละ ๒๔.๗๔, ๒๖.๗๖, ๓๐.๕๒, ๓๔.๔๙, ๓๗.๗๙, ๕๐.๒๗ ตามลำดับ ร้อยละของ Healthy Aging มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การคัดกรอง ประเมิน ADL ผู้สูงอายุ พบว่าร้อยละของ healthy aging มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากปี พ.ศ.๒๕๕๗-๒๕๖๑ ร้อยละ ๙๒.๒๖, ๙๔.๕๙, ๙๓.๙๓, ๙๕.๓๔, ๙๕.๖๖ ตามลำดับ
GAP Analysis	การดำเนินงานตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว (LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ด้วย ๗ องค์ประกอบ ดังนี้ องค์ประกอบที่ ๑ มีระบบการประเมิน คัดกรองปัญหา สุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว (ผู้สูงอายุ Type area ๑, ๓) การประเมินคัดกรองผู้สูงอายุ มีการประเมินครอบคลุมทุกประเด็น แต่ประเด็นที่คัดกรองแล้วพบภาวะเสี่ยงและยังมีระบบการปรับเปลี่ยนรวมทั้งการส่งต่อที่ชัดเจน ได้แก่ การประเมิน

ผลการวิเคราะห์	ผู้สูงอายุ
	สมรรถภาพสมอง ข้อเข่าเสื่อม ภาวะหกล้ม องค์ประกอบที่ ๒ มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ ชมรมผู้สูงอายุ ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน/ชุมชน มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และการประเมินรับรองมาตรฐานผ่านโปรแกรมที่ สสจ.นค.ยังไม่ครอบคลุม องค์ประกอบที่ ๓ มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ - Care manager มีครอบคลุมทุกพื้นที่ (กรมอนามัยเป็นผู้ควบคุมหลักสูตรและจัดอบรมหลักสูตร ๑๒ วัน) แต่ยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์โดยหน่วยบริการที่มีประชากรผู้สูงอายุมาก - Care giver ยังไม่ครอบคลุม ทุกพื้นที่ (กรมอนามัยเป็นผู้ควบคุมหลักสูตรและจัดอบรมหลักสูตร ๗๒ ชั่วโมง และ ๔๐ ชั่วโมง สัดส่วน CG ๑ คน/ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ๕-๑๐ คน) แต่ยังมีความต้องการที่จะได้รับการฟื้นฟูองค์ความรู้ องค์ประกอบที่ ๔ มีระบบบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหวิชาชีพ - ทุกหน่วยบริการ มีการบูรณาการร่วมกับศูนย์ COC และขับเคลื่อนโดยระบบ พขอ. องค์ประกอบที่ ๕ มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล - มีระบบการเวียนทันตบุคลากร ออกให้บริการ ทุกหน่วยบริการ องค์ประกอบที่ ๖ ระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วม และมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) - ขั้นตอนทุกขั้นตอนในการดำเนินระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะต้องบันทึกผ่านโปรแกรมแต่ บุคลากรสาธารณสุขและบุคลากร อปท.บางแห่งยังขาดความมั่นใจ องค์ประกอบที่ ๗ คณะกรรมการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนหรือคณะกรรมการกองทุนตำบล การดำเนินงานตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) อปท. ยังขาดความมั่นใจในการดำเนินงาน ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และยังไม่เข้าใจในการใช้จ่ายทำให้ทุกพื้นที่ไม่มีการเบิกจ่ายงบประมาณ
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ ส่งเสริมการดำเนินงานตำบล/อปท.ที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว (LTC) ในชุมชน กลยุทธ์ที่ ๒ พัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุและระบบข้อมูลชมรมผู้สูงอายุ กลยุทธ์ที่ ๓ การติดตามประเมินผลระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC)
โครงการ/กิจกรรม	๑. โครงการพัฒนาศักยภาพการรักษายาบาลและควบคุมป้องกันโรคแบบบูรณาการ กิจกรรม:การพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ ๒. โครงการพัฒนาระบบและติดตามผลการดำเนินงานการจัดบริการบริหารจัดการระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเขตสุขภาพที่ ๘ ๓. โครงการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ ๘ ๔. โครงการส่งเสริมสุขภาพพระภิกษุ สามเณร

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
๑.ร้อยละของ healthy aging คงที่หรือเพิ่มขึ้น ๒.ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว (LTC) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์	ร้อยละของ Healthy Ageing	๙๔.๕๙	๙๓.๙๓	๙๕.๓๘	๙๕.๙๖	เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี ๖๑	เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี ๖๒	เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี ๖๓
	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	-	๑๔.๕๒ ๙/๖๒	๕๓.๒๒ ๓๓/๖๒	๙๕.๑๖ ๕๙/๖๒	๗๐	๘๐	๙๐
	ร้อยละ อปท.ที่สมัครเข้าร่วมดำเนินงานระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	-	๑๓.๔๓ ๙/๖๗	๔๙.๒๕ ๓๓/๖๗	๙๕.๕๒ ๖๔/๖๗			
	คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ				๖/๖			
	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพ (ดำเนินการครบทุกประเด็น)			๙๒.๓๑	๙๖.๕๖	๘๕	๙๐	๙๕
	อัตราของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม (มีสถานะผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม)			๑.๔๘	๐.๖๔	น้อยลงหรือคงที่เมื่อเทียบกับปี ๖๑	น้อยลงหรือคงที่เมื่อเทียบกับปี ๖๒	น้อยลงหรือคงที่เมื่อเทียบกับปี ๖๓
	อัตราของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะหกล้ม (มีสถานะผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะหกล้ม)			๕.๐๔	๓.๙๘	น้อยลงหรือคงที่เมื่อเทียบกับปี ๖๑	น้อยลงหรือคงที่เมื่อเทียบกับปี ๖๒	น้อยลงหรือคงที่เมื่อเทียบกับปี ๖๓
	มีการดำเนินจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ (ระดับจังหวัด)			๖	รพท. ๑ รพช. ๘	- รพท/ศ = ๑ แห่ง และ - รพช. อย่างน้อย ๒๕%	- รพท/ศ = ๑ แห่ง และ - รพช. อย่างน้อย ๕๐%	- รพท/ศ = ๑ แห่ง และ - รพช. อย่างน้อย ๗๕%

๒.๒.๓ อาหารปลอดภัย

Goal Setting ที่ ๓	Food Safety ความปลอดภัยด้านอาหาร
แผนงานที่ ๗	ส่งเสริมอาหารปลอดภัย
แผนงานที่ ๘	ลดอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษ
KPI	๔๖. ร้อยละของตลาด สถานที่จำหน่ายอาหารที่ได้รับอนุญาตจาก อปท. ได้รับการรับรองมาตรฐาน ๔๗. ร้อยละอาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย ๔๘. ร้อยละของประชาชนที่มีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง ๔๙. อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษลดลง

ตารางการวิเคราะห์ : การส่งเสริมอาหารปลอดภัย จังหวัดหนองคาย ปี ๒๕๖๑

ผลการวิเคราะห์	อาหารปลอดภัย
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	• การส่งเสริมพัฒนาตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหาร ๑. ตลาดประเภทที่ ๑ ทั้งหมด จำนวน ๒๓ แห่ง ได้รับอนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งหมดจำนวน ๒๓ แห่ง ได้รับการตรวจรับรอง จำนวน ๒๓ แห่ง (ร้อยละ ๑๐๐) ๒. สถานที่จำหน่ายอาหาร ทั้งหมด จำนวน ๒๖๕ แห่ง ได้รับอนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมดจำนวน ๒๖๕ แห่ง ได้รับการตรวจรับรอง จำนวน ๒๖๕ แห่ง (ร้อยละ ๑๐๐) ๓. ตลาด และสถานที่จำหน่ายอาหารที่ได้รับอนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสมัครใจเข้าร่วมโครงการฯ เพื่อรับรองมาตรฐาน เป็น “ตลาดต้องลอง ร้านอาหารต้องลอง” ดังนี้ ๓.๑ ตลาด - ตรวจ จำนวน ๑ แห่ง - ไม่ผ่านเกณฑ์ “ตลาดต้องลอง” จำนวน ๑ แห่ง ๓.๒ สถานที่จำหน่ายอาหาร - ตรวจ จำนวน ๑๒ แห่ง - ผ่านเกณฑ์ “ร้านอาหารต้องลอง” จำนวน ๘ แห่ง (ร้อยละ ๖๖.๖๗) - ไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน ๔ แห่ง (ร้อยละ ๓๓.๓๓) ๓.๓ สถานที่จำหน่ายอาหารที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน “ร้านอาหารต้องลอง” จำนวน ๘ แห่ง คือ ๓.๓.๑ ระดับดีเด่นจำนวน ๒ แห่ง คือ ๑. ร้านแดงแหม่นเนื่อง เทศบาลเมืองหนองคาย ๒. ร้านโจ๊กซ้นทอง เทศบาลเมืองหนองคาย ๓.๓.๒ ระดับดี จำนวน ๔ แห่ง คือ ๑. ร้านชลธาราเรสเทอรองต์ เทศบาลตำบลสังคม ๒. ร้านกาแฟเวียดนาม เทศบาลเมืองหนองคาย ๓. ร้านเลอซอง เทศบาลเมืองหนองคาย ๔. ร้านชายโขง เทศบาลเมืองหนองคาย ๓.๓.๓ ระดับพื้นฐาน จำนวน ๒ แห่ง คือ ๑. ร้านทานตะวัน เทศบาลตำบลสังคม ๒. ร้านทิพย์ เทศบาลตำบลศรีเชียงใหม่

ผลการวิเคราะห์	อาหารปลอดภัย
	• ความปลอดภัยด้านอาหารสดและอาหารแปรรูป ๑. ผลการตรวจสอบสารปนเปื้อนในอาหาร ณ สถานที่จำหน่ายด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นโดย Mobile Unit พบว่า ๑.๑ การตรวจสอบยาฆ่าแมลงในผักและผลไม้สด ตรวจสอบทั้งหมด จำนวน ๑๒๑๔ ตัวอย่าง มีความปลอดภัยจากยาฆ่าแมลง จำนวน ๑๑๙๘ ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๖๘ (ผ่านตามค่าเป้าหมาย คือ ร้อยละ ๙๕) มีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยผลการดำเนินงานในปี ๒๕๕๘-๒๕๖๐ (ร้อยละ ๙๙.๕๓, ๙๘.๐๖, ๙๗.๑๙ ตามลำดับ) ผักและผลไม้สดมีความไม่ปลอดภัยจากยาฆ่าแมลง จำนวน ๑๖ ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ ๑.๓๒ โดยพบมากในกะหล่ำดอก พริกหยวก ผักชีไทย คื่นช่าย ต้นหอม องุ่น มะเขือเทศ ผักชีลาว โหระพา สะระแหน่ ๑.๒ บอแรกซ์ ตรวจสอบจำนวน ๓๔๙ ตัวอย่าง ไม่พบการปนเปื้อน ๑.๓ พอร์มาลีน ตรวจสอบจำนวน ๒๑๙ ตัวอย่าง พบการปนเปื้อนจำนวน ๒ ตัวอย่าง อาหารที่พบการปนเปื้อนคือสับปะรด ๑.๔ สารกันรา ตรวจสอบจำนวน ๑๔๘ ตัวอย่าง ไม่พบการปนเปื้อน ๑.๕ ฟอกขาว ตรวจสอบจำนวน ๒๐๗ ตัวอย่าง ไม่พบการปนเปื้อน ๑.๖ ค่าโพลาไรซ์ ตรวจสอบจำนวน ๕๕ ตัวอย่าง พบค่าเกินมาตรฐาน จำนวน ๒ ตัวอย่าง ใน น้ำมันทอดปาท่องโก๋ และน้ำมันทอดไก่ ๑.๗ สารเร่งเนื้อแดง ตรวจสอบจำนวน ๒๘ ตัวอย่าง ไม่พบการปนเปื้อน ๑.๘ ปริมาณไอโอดีนในเกลือบริโภค ตรวจสอบจำนวน ๖๑ ตัวอย่าง พบค่าไอโอดีนไม่ได้มาตรฐานจำนวน ๒๕ ตัวอย่าง ๒. ผลการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูป ณ สถานที่ผลิต ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๘ อุดรธานี พบว่า ๒.๑ ผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทกลุ่มเป้าหมาย ทั้งหมด ๑๐๗ ตัวอย่าง ผ่านมาตรฐาน ๑๐๒ ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๓ (ไม่ผ่านตามค่าเป้าหมาย คือ ร้อยละ ๑๐๐) ไม่ผ่านมาตรฐาน ๕ ตัวอย่าง โดยไม่ผ่านมาตรฐานด้านเชื้อแบคทีเรีย (พบ MPN Coliforms และ E.Coli) ๒.๒ น้ำแข็ง ตรวจสอบจำนวน ๑๙ ตัวอย่าง ไม่ผ่านมาตรฐานจำนวน ๑ ตัวอย่าง โดยไม่ผ่านมาตรฐานด้านเชื้อ Coliforms ๒.๓ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ตรวจสอบจำนวน ๓ ตัวอย่าง ไม่พบการปนเปื้อน ๒.๔ ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ ตรวจสอบจำนวน ๑๒ ตัวอย่าง ไม่ผ่านมาตรฐานจำนวน ๓ ตัวอย่าง โดยไม่ผ่านมาตรฐานด้านเชื้อแบคทีเรีย ๒.๕ เครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ตรวจสอบจำนวน ๔ ตัวอย่าง ไม่พบการปนเปื้อน ๒.๖ ซอสในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ตรวจสอบจำนวน ๒ ตัวอย่าง ไม่พบการปนเปื้อน ๒.๗ ซอสบางชนิด ตรวจสอบจำนวน ๒ ตัวอย่าง ไม่พบการปนเปื้อน ๒.๘ อาหารพร้อมบริโภค ตรวจสอบจำนวน ๓ ตัวอย่าง ไม่พบการปนเปื้อน • สถานการณ์พฤติกรรมผู้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ ปี ๒๕๖๑ จังหวัดหนองคาย ได้สำรวจประชาชนอายุ ๑๑-๖๐ ปี มีพฤติกรรมบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพถูกต้อง ร้อยละ ๙๑.๒๒ และมีพฤติกรรมบริโภคอาหารปลอดภัยถูกต้อง ร้อยละ ๙๒.๔๒

ผลการวิเคราะห์	อาหารปลอดภัย
	ผลการดำเนินงานระดับอำเภอ ประชาชนอายุ ๑๑-๖๐ ปี มีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพถูกต้อง และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยถูกต้อง ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย จำนวน ๙ อำเภอ ไม่มีสถานการณ์ระบาดของโรคระบบทางเดินอาหาร ข้อที่ยังต้องปรับปรุง แก้ไขและเร่งประชาสัมพันธ์คือ การรณรงค์ให้ประชาชนกินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ และการกินอาหารที่ปรุงสุก • สถานการณ์โรคอุจจาระร่วงและโรคอาหารเป็นพิษ ๑. อัตราผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๑ เท่ากับ ๑,๗๑๐.๙๒ ๑,๔๖๘.๗๓, ๑,๑๖๓.๖๑ และ ๙๘๙.๖๘ ต่อประชากรแสนคน กลุ่มอายุที่พบสูงสุดคือกลุ่มอายุ ๐-๔ ปี รองลงมาคือ กลุ่มอายุ ๕-๙ ปี ๒. อัตราผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษ ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๑ เท่ากับ ๓๙๑.๒๗, ๒๓๑.๑๘, ๒๓๒.๕๓ และ ๑๗๔.๑๘ ต่อประชากรแสนคน กลุ่มอายุที่พบสูงสุดคือกลุ่มอายุ ๐-๔ ปี รองลงมาคือ กลุ่มอายุ ๖๕ ปี
GAP Analysis	- น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท น้ำแข็ง การปนเปื้อนยาฆ่าแมลง พอร์มาลิน และค่าโพลาไรในน้ำมัน
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ ส่งเสริมตลาด และสถานที่จำหน่ายอาหารที่ได้รับอนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ได้รับการรับรองมาตรฐาน กลยุทธ์ที่ ๒ พัฒนาคุณภาพอาหาร สถานที่ผลิต สถานที่จำหน่ายได้มาตรฐานและปลอดภัย กลยุทธ์ที่ ๓ พัฒนาศักยภาพบุคลากรเรื่องการสุขาภิบาลอาหาร กลยุทธ์ที่ ๔ ส่งเสริม พัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง กลยุทธ์ที่ ๕ ดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคอาหารเป็นพิษและโรคอุจจาระร่วง ตามเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ
โครงการ/กิจกรรม	๑. โครงการรับรองมาตรฐานตลาดและสถานที่จำหน่ายอาหาร ๒. โครงการส่งเสริมและพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปให้ได้รับความปลอดภัย จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ๓. โครงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพแก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ต้นแบบ จังหวัดหนองคาย ๔. โครงการส่งเสริมอาหารปลอดภัยได้มาตรฐาน เพื่อลดการระบาดของโรคอาหารเป็นพิษและโรคอุจจาระร่วง

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
ประชาชนได้บริโภคอาหารที่สะอาดปลอดภัย	๑. ร้อยละของตลาด และสถานที่จำหน่ายอาหารที่ได้รับอนุญาตจาก อปท. ได้รับการตรวจรับรองมาตรฐาน							
	๑.๑ ร้อยละของตลาด และสถานที่จำหน่ายอาหารที่ได้รับอนุญาตจาก อปท. ได้รับการตรวจ		-	๑๐๐ ๑๔+๑๓๘	๑๐๐ ๒๓+๒๖๕	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
	รับรองมาตรฐาน (ระดับ คป สอ.)							
	๑.๒ ร้อยละของตลาด และสถานที่ จำหน่ายอาหารที่ได้รับการ ตรวจ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ข้อกำหนดท้องถิ่น (ระดับ จังหวัด)		-	-	๑๐๐ ๒๓+๒๖๕	๓๕	๔๐	๔๕
	๒.๑ ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสด และอาหารแปรรูปมีความ ปลอดภัย	๙๙.๒๒	๙๙.๔๗	๙๖.๘๕	๙๗.๗๘	๙๗.๕	๙๘.๐	๙๘.๕
	๒.๒ ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐาน ตามเกณฑ์ที่กำหนด	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๙๗	๙๘	๙๙
	๒.๓ ร้อยละของสถานพยาบาลและ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ ฝ่าฝืนกฎหมายได้รับการ ดำเนินการ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
	๒.๔ การโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมาย ได้รับการดำเนินการ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
	๒.๕ ประชาชนมีความรอบรู้และ พฤติกรรมที่ถูกต้องในการป้องกัน ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ	-	๙๒.๑๔ (ความรู้ ด้านการ บริโภค อาหาร ปลอดภัย)	๙๐.๗๐ (ความรู้ ด้านการ บริโภค อาหาร ปลอดภัย)	๙๒.๔๒ (ความรู้ ด้านการ บริโภค อาหาร ปลอดภัย)	๙๕	๙๖	๙๗
	๓. ร้อยละประชาชน มีพฤติกรรม การบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ ถูกต้อง	-	-	๘๘.๙๕	๙๑.๙๙	๙๕	๙๖	๙๗
	๔. ร้อยละประชาชน มีพฤติกรรม การบริโภคอาหารปลอดภัยที่ ถูกต้อง	-	๙๒.๑๔	๙๐.๗๐	๙๒.๔๒	๙๕	๙๖	๙๗
	๕. อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ลดลงร้อยละ ๒๐ จากปี ๒๕๕๗ (๒,๑๖๑.๖) เพิ่ม+/ลด-	๑,๗๑๐.๙๒ -๒๐.๘๕	๑,๔๖๘.๗๓ -๓๒.๐๕	๑,๑๖๓.๖๑ -๔๖.๑๗	๙๘๙.๖๘ -๔๒.๙		๑๖	๑๘
	๖. อัตราป่วยด้วยโรคอาหารเป็นพิษ ลดลงร้อยละ ๕๐ จากปี ๒๕๕๗ (๖๒๖.๕) เพิ่ม+/ลด-	๓๙๑.๒๗ -๓๗.๕๕	๒๓๑.๑๘ ๖๓.๑๐	๒๓๒.๕๓ ๖๒.๘๘	๑๗๔.๑๘ -๖๔		๔๖	๔๘
							๕๐	

๒.๒.๔ การควบคุมป้องกันโรค งานสาธารณสุขชายแดน และการเตรียมความพร้อมเขตเศรษฐกิจพิเศษ

Goal Setting ที่ ๔	การควบคุมป้องกันโรค (Surveillance and Disease Control)
แผนงานที่ ๙	IHR-JEE การพัฒนาระบบควบคุมโรคตามมาตรฐาน กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.๒๕๕๘ (IHR-JEE)
KPI	๕๐. จังหวัดผ่านเกณฑ์ IHR-JEE ๑๙ ประเด็น

ตารางการวิเคราะห์ : จังหวัดผ่านเกณฑ์ IHR-JEE ๑๙ ประเด็น

ผลการวิเคราะห์	IHR-JEE : International Health Regulations –Joint External Evaluation
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	การดำเนินงานตามมาตรฐานกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.๒๕๕๘ ได้ดำเนินการใน ๑๒ เป้าหมายหลัก (IHR) ในปี ๒๕๖๑ เริ่มกำหนดแนวทางการดำเนินงานใหม่โดยวิเคราะห์ จากสภาพปัญหาในปัจจุบันเป็น ๑๙ ประเด็น (IHR-JEE) ดังนี้ ประเด็นที่ ๑ ด้านกฎหมาย นโยบาย และงบประมาณ (สสจ.หนองคาย โดย กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ) ประเด็นที่ ๒ ด้านการประสานงานกฎอนามัยระหว่างประเทศ (สสจ.หนองคาย โดย กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ) ประเด็นที่ ๓ ด้านการป้องกันการเกิดและการแพร่ระบาดของเชื้อจุลชีพดื้อยา ประเด็นที่ ๔ ด้านการป้องกันการเกิดและการแพร่ระบาดของโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน (สสจ.หนองคาย โดย กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ) ประเด็นที่ ๕ ด้านอาหารปลอดภัย (สสจ.หนองคาย โดย กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค) ประเด็นที่ ๖ ด้านชีวนิรภัยและความปลอดภัยทางชีวภาพ (สนง.ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย จังหวัด) ประเด็นที่ ๗ ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (สสจ.หนองคาย โดย กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ) ประเด็นที่ ๘ ด้านการพัฒนาระบบห้องปฏิบัติการ (โรงพยาบาลหนองคาย) ประเด็นที่ ๙ ด้านการพัฒนาระบบเฝ้าระวังให้ทันเวลา (สสจ.หนองคาย โดย กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ) ประเด็นที่ ๑๐ ด้านการพัฒนาระบบการรายงานโรค (สสจ.หนองคาย โดย กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ) ประเด็นที่ ๑๑ ด้านการพัฒนาศักยภาพด้านสาธารณสุข (สสจ.หนองคาย โดย กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ) ประเด็นที่ ๑๒ ด้านการเตรียมความพร้อม (สสจ.หนองคาย โดย กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ) ประเด็นที่ ๑๓ ด้านศูนย์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (สสจ.หนองคาย โดย กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ) ประเด็นที่ ๑๔ ด้านการเชื่อมประสานระหว่างภาคส่วนสาธารณสุขและหน่วยงานความมั่นคง ประเด็นที่ ๑๕ ด้านมาตรการช่วยเหลือทางการแพทย์และสาธารณสุข และ การเคลื่อนย้ายกำลังบุคลากร

ผลการวิเคราะห์	IHR-JEE : International Health Regulations –Joint External Evaluation
	ประเด็นที่ ๑๖ ด้านการสื่อสารความเสี่ยง ประเด็นที่ ๑๗ ด้านการพัฒนาช่องทางเข้าออกประเทศ (ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ) ประเด็นที่ ๑๘ ด้านการจัดการภัยด้านสารเคมี (สนง.ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย จังหวัด) ประเด็นที่ ๑๙ ด้านการจัดการภัยด้านกัมมันตรังสีและนิวเคลียร์ (สนง.ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย จังหวัด) จังหวัดหนองคายได้ประสานการดำเนินงานในทุก ๑๙ ประเด็น โดยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกกรมดำเนินการ จากการติดตามที่มีการดำเนินการต่อเนื่องมาจาก ๑๒ เป้าหมายเดิม และ ๑๙ ประเด็นใหม่ พบมีการดำเนินการได้ตามเกณฑ์ ทั้งหมด ๑๑ ประเด็น (๑,๒,๔,๕,๗,๙,๑๐,๑๑,๑๒,๑๗,๑๘) คิดเป็นร้อยละ ๖๓.๑๖ โดยเป้าหมายประเด็นหลักในการประเมินติดตามจากกระทรวง ปี ๒๕๖๑ ใน ๔ ประเด็น กำหนดจากกระทรวง ๒ ประเด็น คือ ประเด็น ๑ กฎหมายฯ, ประเด็น ๑๓ ศูนย์ตอบโต้ฯ และจังหวัดคัดเลือกประเด็นหลักดำเนินการ ๒ ประเด็น คือ ประเด็น ๑๐ การพัฒนาระบบรายงานโรค, ประเด็น ๑๗ การพัฒนาช่องทางฯ ผลการประเมินตนเองใน ๔ ประเด็นที่ดำเนินการ ผ่านเกณฑ์ ๓ ประเด็น คือ ประเด็นที่ ๑, ๑๐ และ ๑๗ ประเด็นไม่ผ่าน คือ ประเด็นที่ ๑๓
GAP Analysis	จากการดำเนินงานตามเป้าหมาย และกิจกรรมตามวาระความมั่นคงด้านสุขภาพโรค ๑๙ ประเด็นของจังหวัดหนองคาย ปี ๒๕๖๑ ในภาพรวมการดำเนินการมีจุดอ่อนในด้านการบริหารจัดการ ขาดการประสานงานบูรณาการงานที่เกี่ยวข้องในบางเป้าหมาย ขาดการกำกับติดตาม ประเมินผลจากระดับกระทรวง และระดับเขต - ขาดผู้รับผิดชอบในบางประเด็นเนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนแนวทางและเป้าหมายในการดำเนินการระหว่างปี ดังนี้ ประเด็นที่ ๓, ๘, ๑๔, ๑๕, ๑๖ - ไม่มีเกณฑ์ตัวชี้วัด การประเมินผล และผู้ประเมินผลในแต่ละเป้าหมายที่ชัดเจนจากระดับกระทรวง - ขาดการนิเทศกำกับติดตาม ประเมินผลจากระดับกระทรวง และระดับเขต - ส่วนใหญ่โครงการ/กิจกรรมดำเนินการโดยระดับเขต การมีส่วนร่วมของจังหวัดหรือพื้นที่ค่อนข้างน้อย
กลยุทธ์	กลยุทธ์ ๑ การตรวจจับเตือนภัย (Detection) กลยุทธ์ ๒ การป้องกัน (Prevention) กลยุทธ์ ๓ การตอบโต้ (Response)
๓. โครงการ/กิจกรรม	โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรคและภัยสุขภาพให้ได้มาตรฐาน

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
๔. มีระบบเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรค ได้มาตรฐาน	๑. จำนวนประเด็นหลักที่ จังหวัดผ่านเกณฑ์ IHR-JEE (๑๙ ประเด็น)	-	๒ เป้าหมาย Epidemi- -ologist SRRT	๘ เป้าหมาย Food safety Chemical Point of Entry Epidemio- logist infectious EOC SAT SRRT (ประเมิน ตนเอง)	๓ ประเด็น ผ่าน ๑ กฎหมาย, ๑๐ พัฒนา ระบบ รายงาน, ๑๗ ช่องทาง ไม่ผ่าน ประเด็นที่ ๑๓ ศูนย์ ตอบโต้	๘ ประเด็น ๑, ๒, ๔, ๗, ๑๐, ๑๑, ๑๓, ๑๗,	๑๒ ประเด็น ๑, ๒, ๓, ๔, ๕, ๗, ๙, ๑๐, ๑๑, ๑๓, ๑๖, ๑๗,	๑๙ ประเด็น ๖, ๘, ๑๑, ๑๒, ๑๔, ๑๕, ๑๘

Goal Setting ที่ ๔	การควบคุมป้องกันโรค (Surveillance and Disease Control)
แผนงานที่ ๙	การพัฒนาาระบบควบคุมโรคตามมาตรฐาน กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.๒๕๕๘ (IHR-JEE : International Health Regulations–Joint External Evaluation)
KPI	๕๑. ทีม SRRT ระดับจังหวัด และ ระดับอำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ๕๒. อำเภอผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ

ตารางการวิเคราะห์ : ทีม SRRT ระดับจังหวัด และระดับอำเภอผ่านมาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว

ผลการวิเคราะห์	มาตรฐาน ทีม SRRT (Surveillance and Rapid Response Team)
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	จังหวัดหนองคายเป็นจังหวัดพื้นที่ชายแดนเศรษฐกิจพิเศษ มีการดำเนินงานเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรค ตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR ๒๐๐๕) และกำหนดโรคที่ต้องรายงาน เฝ้าระวังตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ ๒๕๕๘ คือ โรคติดต่ออันตราย ๑๓ โรค ,โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ๕๗ โรค โดยใช้เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล รายงาน และวิเคราะห์จากโปรแกรม ๕๐๖ ๕ กลุ่มโรค ๕ มิติ จังหวัดหนองคาย มีทีมSRRT ระดับจังหวัด ๑ ทีม ระดับอำเภอ ๙ ทีม ระดับตำบล ๘๔ ทีม ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอ ๙ แห่ง และหน่วยบริการที่ต้องรายงาน ๕๐๖ ทั้งสิ้น ๘๖ แห่ง (รพท. ๑ รพช. ๘ รพ.สต. ๗๔ รพ.เอกชน ๓) ปี ๒๕๖๑ มีผลการประเมินรับรองมาตรฐานทีม SRRT ดังนี้ ทีมระดับจังหวัด : ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน เตรียมรับการประเมินมาตรฐานในปี ๒๕๖๒ ทีมระดับอำเภอ : รับรองมาตรฐานจากทีมเขต โดยสำนักงานควบคุมโรคที่ ๘ จังหวัดอุดรธานี มีอายุการรับรองมาตรฐาน ๓ ปี (๒๕๖๑-๒๕๖๓) พบผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน ๓ อำเภอ (๓๓.๓๓%) คืออำเภอเมือง อำเภอสระใคร และอำเภอโพนพิสัย ผ่านเกณฑ์ระดับดี ๖ อำเภอ (๖๖.๖๗%) คือ อำเภอท่าบ่อ อำเภอโพนพิสัย อำเภอศรีเชียงใหม่ อำเภอสังคม อำเภอเฝ้าไร่ และอำเภอรันทวาปี ซึ่งอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน เตรียมทีมขอประเมินรับรองมาตรฐานระดับดีในปี ๒๕๖๒ ต่อไป ทีมระดับตำบล : รับรองมาตรฐานโดยทีม SRRT ระดับอำเภอของแต่ละอำเภอ พบว่าผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน และสุมประเมินจากทีมจังหวัด โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย สุ่ม ๒ทีม/อำเภอ รวม ๑๘ ทีม พบผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน ๑๘ ทีม (๑๐๐%) ผลการประเมินระบบเฝ้าระวังโรค๕๐๖ และคุณภาพข้อมูลตามเกณฑ์ระบบระบาดวิทยาที่ดี ในศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอ และหน่วยบริการที่ส่งรายงาน พบว่า หน่วยบริการมีความสม่ำเสมอ ของการรายงานโรค (zero report ไม่เกิน ๓ สัปดาห์ติดต่อกัน ร้อยละ ๘๐) ร้อยละ ๓๕.๗๑ ความครอบคลุมของหน่วยบริการที่ส่งรายงาน (ทุกเดือนติดต่อกัน ๓ เดือน ร้อยละ ๘๐) ร้อยละ ๕๑.๑๙ ความทันเวลาของการรายงาน (ร้อยละ ๘๐) ร้อยละ ๔๒.๕๙ ความเป็นตัวแทนได้จากข้อมูล รพท. รพช. (ทุกแห่ง) ร้อยละ ๗๗.๗๘ รพ.ที่ยังไม่ผ่านคือ รพ.ศรีเชียงใหม่ และ โพนพิสัย ความครบถ้วนของรายงานสอบสวนโรค (ร้อยละ๘๐) ร้อยละ๖๗.๓๗ ทุกอำเภอมียารายงานสอบสวนโรคคุณภาพ ทุกอำเภอๆ ละ ๒ เรื่อง ระบบข้อมูลเฝ้าระวังโรคและภัย ๕ กลุ่มโรค ๕ มิติ พบว่าทุกอำเภอส่วนใหญ่มีการเก็บข้อมูล ในเรื่องของ โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการบาดเจ็บทางถนน ยังขาดข้อมูลโรคจากการประกอบอาชีพ สมาชิกทีมผ่านการอบรมหลักสูตรระบาดวิทยาภาคสนามที่กรมควบคุมโรครับรองและปฏิบัติงานจริงทั้งสิ้น ๓๐ คน แบ่งเป็น หลักสูตรFEMT(แพทย์หัวหน้าทีมและผู้สอบสวนหลัก ๑๒๐ ชม.) จำนวน ๔ คน หลักสูตรเฝ้าระวังสอบสวนโรค ๕ จังหวัดชายแดนต้นแบบ๑๒๐ ชม. จำนวน ๙ คน หลักสูตรเฝ้าระวังสอบสวนโรคฯ ๒๐ ชั่วโมง จำนวน ๑๗ คน โดยอำเภอที่ยังต้องพัฒนาสมาชิกทีมให้ผ่านการ

ผลการวิเคราะห์	มาตรฐาน ทีม SRRT (Surveillance and Rapid Response Team)
	อบรมตามหลักสูตรฯ คือ อำเภอสระใคร อำเภอเมืองหนองคาย อำเภอศรีเชียงใหม่ อำเภอเฝ้าไร่ อำเภอรันทนาปี อำเภอโพนพิสัย
GAP Analysis	จากการดำเนินการงานตามเป้าหมายในปี ๒๕๖๑ พบจุดอ่อนที่ควรได้รับการสนับสนุนและพัฒนาทีม SRRT : ประเด็นสมาชิกทีม SRRT ยังขาดทักษะและความชำนาญในการสอบสวนโรคภาคสนาม เนื่องจากบางพื้นที่ไม่มีเหตุการณ์การระบาด, ขาดความชำนาญในการเขียนรายงานสอบสวนโรคที่ถูกต้องและได้คุณภาพ, แแกนหลักของทีมไม่ได้รับการพัฒนาทักษะเทคนิคการสอบสวนโรคระดับที่สูงขึ้นเกิน ๕ ปี ระบบเฝ้าระวังโรค ๕๐๖ : ประเด็น ขาดความครบถ้วน ความทันเวลา ความสม่ำเสมอของหน่วยบริการที่รายงาน , ขาดการประเมินติดตามคุณภาพข้อมูล และการรายงานโรคตามนิยามระดับหน่วยบริการ ในทุกอำเภอ , ระบบข้อมูลเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ ๕ กลุ่มโรค ยังไม่มีการบูรณาการ และเชื่อมโยงกัน (โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ โรคจากการประกอบอาชีพ การบาดเจ็บทางถนน และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์)
กลยุทธ์	กลยุทธ์ ๑ จัดการระบบระบาดวิทยาที่ดี กลยุทธ์ ๒ การพัฒนาระบบควบคุมโรคตามมาตรฐาน กลยุทธ์ ๓ เสริมสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย
๓. โครงการ/กิจกรรม	โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรคและภัยสุขภาพให้ได้มาตรฐาน

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
๔. มีระบบเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรคได้ มาตรฐาน	๑. ร้อยละทีม SRRT ระดับ อำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SRRT	๓๓.๓๓ ๓ อำเภอ เมือง โพนพิสัย สังคม	๖๖.๖๗ ๖ อำเภอ เมือง ท่าบ่อ โพนพิสัย ศรี เชียงใหม่ สังคม รัตนวาปี	๖๖.๖๗ ๖ อำเภอ เมือง ท่าบ่อ โพนพิสัย ศรี เชียงใหม่ สังคม รัตนวาปี	พื้นฐาน ๑๐๐ ๙ อำเภอ ระดับดี ๖๖.๖๗ ๖ อำเภอ ท่าบ่อ โพนพิสัย ศรี เชียงใหม่ สังคม รัตนวาปี เฝ้าไร่	พื้นฐาน ๑๐๐ (๙อำเภอ) ระดับดี ๗๐ (๗ อำเภอ) อ.เมือง	พื้นฐาน ๑๐๐ (๙อำเภอ) ระดับดี ๙๐ (๘ อำเภอ) อ.โพธิ์ ตาก	พื้นฐาน ๑๐๐ (๙อำเภอ) ระดับดี ๑๐๐ (๙ อำเภอ) อ.สระ ใคร
	ปี ๒๕๖๒ ยกเลิก	๒๒.๒ ๒ อำเภอ โพนพิสัย ศรี เชียงใหม่	๔๔.๔๔ ๔ อำเภอ ท่าบ่อ, โพนพิสัย , สังคม, รัตนวาปี	๕๕.๕๖ ๕ อำเภอ เมือง, ท่าบ่อ, โพนพิสัย, สังคม, รัตนวาปี	๑๐๐	๗๐ ๗ อำเภอ	๘๐ ๘ อำเภอ	๙๐ ๙ อำเภอ

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
เริ่มปี ๒๕๖๒	๓. ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อ	-	-	-	-	ร้อยละ ๔๐ (๔ อำเภอ)	ร้อยละ ๗๐ (๗ อำเภอ)	ร้อยละ ๑๐๐ (๙ อำเภอ)

Goal Setting ที่ ๔	การควบคุมป้องกันโรค (Surveillance and Disease Control)
แผนงานที่ ๙	การพัฒนาระบบควบคุมโรคตามมาตรฐาน กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.๒๕๕๘ (IHR-JEE)
KPI	๕๓. จังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง

ด ตารางการวิเคราะห์ : ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT)

ผลการวิเคราะห์	EOC
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	ภารกิจในการบริหารจัดการทีมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินในรูปแบบ Emergency Operation Centre (EOC) ของกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ในปัจจุบันเป็นเรื่องท้าทายและสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากภาวะคุกคามต่อชีวิตความเป็นอยู่ของมนุษย์ในปัจจุบันมีปัจจัยและสาเหตุมาจากหลายๆ ด้านทั้งที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติเช่น ปัญหาโลกร้อน อุทกภัย วาตภัย การเกิดโรคระบาดหรือการจู่โจมของเชื้อโรคจากธรรมชาติด้วยตัวเอง เช่น อหิวาต์เฉียดชีวิต การก่อการร้าย ฯลฯ ทั้งนี้จะต้องดำเนินการภายใต้รูปแบบของการประสานงาน และบูรณาการขับเคลื่อนการตอบโต้ รองรับปัญหาฉุกเฉินด้านสาธารณสุขต่างๆ ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และปัจจุบันนี้เป็นบทบาทที่สำคัญอย่างหนึ่งของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดที่ตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๕๘ ซึ่งเป็นกฎหมายสำคัญที่เอื้อและสนับสนุนให้การทำงานของคณะกรรมการฯ รวบรวมข้อมูล โดยอาศัยระบบการบัญชาการเหตุการณ์ที่เป็นเอกภาพของผู้บัญชาการเหตุการณ์ (Incidence Commander System) ทั้งนี้ต้องมีคณะกรรมการจากหน่วยงานในกระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องร่วมดำเนินการจัดการในภารกิจที่ต้องรับผิดชอบอื่นๆ อีกด้วย <u>ผลการปฏิบัติงานที่ผ่านมา</u> ๑. มีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัดที่มีความพร้อม ๒. มีทีมเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเฝ้าระวังเหตุการณ์ (SAT) ที่มีศักยภาพในการประสานงานกับภาคีเครือข่ายและตอบโต้เหตุการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขที่เป็นระบบ ๓. มีระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อทั่วไป/โรคติดต่ออุบัติใหม่และการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างชายแดนหนองคาย-นครหลวงเวียงจันทน์ ที่เป็นรูปธรรม <u>แนวทางการพัฒนาและต่อยอดการดำเนินงาน</u> ๑. การพิจารณาเสนอสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดสรรงบประมาณ จัดทำศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขที่เป็นเอกเทศ การจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ ที่

ผลการวิเคราะห์	EOC
	จำเป็นไว้ในศูนย์ฯ เพื่อความสะดวก/คล่องตัวของเจ้าหน้าที่ในการเตรียมปฏิบัติงานตอบโต้รองรับภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้น ๒. มีทีมตระหนักรู้ (SAT) ที่ปฏิบัติงานตรวจจับเฝ้าระวังเหตุการณ์เป็นประจำทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน ๓. การสร้างบุคลากรที่เกี่ยวข้องร่วมปฏิบัติงาน เป็นทีมตระหนักรู้และเฝ้าระวังเหตุการณ์ (SAT) เพราะในบางเนื้อหาหรือประเด็น จำเป็นต้องมีภาคีเครือข่ายหรือบุคลากรกลุ่มงานอื่นๆ ร่วมรับรู้และดำเนินการด้วยเช่น อนามัยสิ่งแวดล้อม, คุ้มครองผู้บริโภค, การแพทย์ฉุกเฉิน ฯลฯ ๔. พัฒนาให้มีรูปแบบการฝึกซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินที่มีประเด็นหลากหลาย มีความซับซ้อนและครอบคลุมบุคลากรกลุ่มอื่นๆ ให้มากขึ้น เช่น การซ้อมแผนแบบ drill exercise เป็นต้น ๕. ขยายขอบข่ายให้แต่ละอำเภอมีศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานได้จริงและมีประสิทธิภาพ
GAP Analysis	<u>ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ (เสนอเพื่อร่วมวางแผนแก้ไขปัญหา)</u> ๑. เสนอขอให้มีสถานที่เพื่อการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ที่เป็นเอกเทศ มีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค เพื่อใช้เป็นศูนย์บัญชาการและปฏิบัติงานของบุคลากร และจัดซื้อวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ ที่จำเป็นไว้ในศูนย์ฯ พร้อมใช้และปฏิบัติงานได้ทันที ๒. การจัดอบรมให้ความรู้บุคลากรที่เกี่ยวข้องจากภาคีเครือข่ายอื่น (ปศุสัตว์, ป้องกันภัยพิบัติ ฯลฯ) เพื่อการปฏิบัติงานและดำเนินการการควบคุมป้องกันโรค ให้ครบถ้วนสมบูรณ์ ๓. การมอบหมายและสรรหาบุคลากรจากเครือข่ายและกลุ่มงานอื่นๆ เพื่อปฏิบัติงานในทีมตระหนักรู้และเฝ้าระวังเหตุการณ์ (SAT) ให้ครอบคลุมสมบูรณ์ในทุกเนื้อหา สถานการณ์ หรือประเด็น รวมทั้งมีการร่วมรับรู้และขยายเครือข่ายต่อไป ๔. การคัดเลือก/ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตรที่ได้รับรองจากกรมควบคุมโรค ให้ปฏิบัติงานเป็นเจ้าพนักงานควบคุมโรค ในหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ตาม พ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๕๘ เอื้ออำนวยให้การปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายมีความชัดเจนและปลอดภัยจากการฟ้องร้อง
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาผู้บัญชาการเหตุการณ์ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) กลยุทธ์ที่ ๒ พัฒนาระบบเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพและทีมปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับจังหวัด กลยุทธ์ที่ ๓ ซ้อมแผนตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับจังหวัด
๓. โครงการ/กิจกรรม	โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
๔. การควบคุม ป้องกันโรค (Surveillance and Disease Control)	๑. มีศูนย์ปฏิบัติการภาวะ ฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัดที่มี ความพร้อม	๐	๐	๑	๑	๑	๑	๑
	๑.๑ มีทีมเฝ้าระวังเหตุการณ์ (SAT) ที่มีศักยภาพในการ ประสานงานกับภาคีเครือข่าย และตอบโต้เหตุการณ์ฉุกเฉิน ด้านสาธารณสุขที่เป็นระบบ	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑
	๑.๒ มีการซ้อมแผนตอบโต้ ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขที่ สำคัญ อย่างน้อยปีละ ๑ เรื่อง	๐	๐	๑	๑	๑	๑	๑
	๑.๓ มีรายงานการวิเคราะห์ ระดับความเสี่ยงสำคัญของโรค และภัยสุขภาพ	๐	๐	๐	๑	๑	๑	๑
	๑.๔ แผนเผชิญเหตุ (IAP) ของ เหตุการณ์สำคัญโดยกำหนด วิธี ปฏิบัติการพร้อมข้อสั่งการ	๐	๐	๐	๑	๑	๑	๑

Goal Setting ที่ ๔	การควบคุมป้องกันโรค (Surveillance and Disease Control)
แผนงานที่ ๑๐	Border Health & SEZ (Special Economic Zone) การพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนและเขตเศรษฐกิจพิเศษ
KPI	๕๔. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ๕๕. ร้อยละ ๗๐ ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อได้รับการกำกับการกินยาต่อหน้า DOT โดยจนท. หรือ อสม.

ตารางการวิเคราะห์ : พัฒนาระบบเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรค (TB)

ผลการวิเคราะห์	TB
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	รายงานการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จังหวัดหนองคายมีผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน ๕๓๗ ราย โดยจำแนกเป็น ๑) ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ๕๐๒ ราย (ร้อยละ ๙๓.๔๘) แบ่งเป็น ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อจำนวน ๒๒๙ ราย (ร้อยละ ๔๖.๖๔) รองลงมาเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะไม่พบเชื้อและไม่มีการตรวจเสมหะยืนยัน จำนวน ๑๗๐ ราย (ร้อยละ ๓๓.๖๖) ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด จำนวน ๑๐๓ ราย (ร้อยละ ๑๙.๑๘) ๒) ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำจำนวน ๓๕ ราย (ร้อยละ ๖.๕๑) ในจำนวนนี้พบผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี จำนวน ๔ ราย นอกจากนี้มีผู้ป่วยวัณโรคที่เคยรักษามาก่อนไม่รวมกลับเป็นซ้ำ ขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน ๓๖ ราย รวมผู้ป่วยทั้งหมดที่รายงาน ๕๗๓ ราย อัตราผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค (Success rate) ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ และ ๒๕๖๐ เท่ากับ ร้อยละ ๗๗.๔๖ และ ๗๗.๓๗ ซึ่งผลการดำเนินงานยังไม่บรรลุตามเป้าหมายตัวชี้วัด (>ร้อยละ ๘๕) โดยมีผลการรักษาล้มเหลวเท่ากับร้อยละ ๑.๐๘ และ ๐.๙๖ ตายในระหว่างการรักษาเท่ากับร้อยละ ๙.๓๑ และ ๖.๗๔ ขาดยาเท่ากับร้อยละ ๕.๘๔ และ ๖.๓๖ โอนออกไม่ทราบผลการรักษาเท่ากับ ร้อยละ ๕.๑๙ และ ๒.๕๙ ไม่นำมาประเมินเท่ากับ ร้อยละ ๕.๑๙ และ ๕.๙๗ ตามลำดับ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ โรงพยาบาลที่มีผลการรักษาวัณโรคผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด PA กระทรวงสาธารณสุข (เกณฑ์ร้อยละ ๘๕) ได้แก่ โรงพยาบาลสระใคร (ร้อยละ ๑๐๐) โรงพยาบาลสังคม (ร้อยละ ๑๐๐) โรงพยาบาลพิสัยเวช (ร้อยละ ๑๐๐) โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ (ร้อยละ ๙๐.๐๐) โรงพยาบาลรัตนวาปี (ร้อยละ ๘๗.๕๐) และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ (ร้อยละ ๘๕.๗๑) โรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ โรงพยาบาลโพธิ์ชัย (ร้อยละ ๘๓.๓๓) โรงพยาบาลเฝ้าไร่ (ร้อยละ ๘๓.๓๓) และโรงพยาบาลหนองคาย (ร้อยละ ๗๑.๗๙) สถานการณ์วัณโรคดื้อยาของจังหวัดหนองคาย พบว่า ในปี ๒๕๕๒-๒๕๖๑ จังหวัดหนองคายมีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาลาหลายขนาน ขึ้นทะเบียนรักษาจำนวน ๑, ๒, ๕, ๑, ๑, ๒, ๘, ๓, ๔ และ ๖ ราย ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำและผู้ป่วยที่เคยรักษามาก่อนขาดยาแล้วมารักษาซ้ำ แนวโน้มอาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในการรักษาวัณโรคในจังหวัดหนองคาย และมีความเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคดื้อยาลาหลายขนานและแพร่ระบาดในพื้นที่เพิ่มมากขึ้น
GAP Analysis	๑. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อผลสำเร็จในการรักษาวัณโรค ที่สำคัญ ได้แก่ - การตาย จะพบปัญหาสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการตาย เช่น เป็นผู้สูงอายุ มีโรคร่วม ได้แก่ เบาหวาน ติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งการเสียชีวิตเนื่องจากพบผู้ป่วยเมื่อมีอาการหนักแล้ว

ผลการวิเคราะห์	TB
	- การขาดยา ติดตามแล้วไม่พบผู้ป่วย ไม่สามารถติดต่อมารักษาได้ และผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา - การติดตามการกินยาต่อหน้า โดยเจ้าหน้าที่ หรือ อสม.ยังพบข้อจำกัดและยุ่งยากในการดำเนินงาน บางรายไม่สามารถดำเนินการได้ ๒. ความล่าช้าในการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาล การประสานการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปขึ้นทะเบียนรักษาไถ่บ้าน หรือการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคเพื่อการดูแลติดตามการรักษา ระหว่างโรงพยาบาลกับโรงพยาบาล หรือโรงพยาบาล กับ รพ.สต. ในพื้นที่ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดยา เสียชีวิต
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ การเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยง กลยุทธ์ที่ ๒ ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคตามมาตรฐานให้หายและกินยาครบ กลยุทธ์ที่ ๓ พัฒนาศักยภาพเครือข่ายและระบบส่งต่อ
๓. โครงการ/กิจกรรม	โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังควบคุมป้องกันวัณโรค

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
ลดอุบัติการณ์วัณโรค (Incidence) ให้ต่ำกว่า ๑๐ ต่อแสนประชากรโลก ภายในปี พ.ศ.๒๕๖๘ (๒๐๓๕)	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคทุกประเภทมากกว่าร้อยละ ๘๕	๗๓.๓๘	๗๗.๔๗	๗๗.๓๗	๘๑.๗๔	>๙๐	>๙๐	>๙๐
	อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ได้รับการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่ หรือ อสม.	๒๕.๖๓	๑๗.๓๐	๙.๔๖	๙๑.๖๔	๘๐	๘๐	๘๐

Goal Setting ที่ ๔	การควบคุมป้องกันโรค (Surveillance and Disease Control)
แผนงานที่ ๑๐	Border Health & SEZ (Special Economic Zone) การพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน และเขตเศรษฐกิจพิเศษ
KPI	๕๖. ไม่เกิดการระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (EID) ใน Generation ที่ ๒

ตารางการวิเคราะห์ : พัฒนาระบบเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (EID) ไม่เกิดใน Generation ที่ ๒

ผลการวิเคราะห์	ไม่เกิดโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (EID) ใน Generation ที่ ๒
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	ขณะนี้ภาวะถูกคุกคามจากโรคและภัยต่างๆ ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ ทั้งโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ โดยจากสภาพสังคม เศรษฐกิจและสภาพแวดล้อมในปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไป รวมถึงธรรมชาติของเชื้อก่อโรคที่มีการกลายพันธุ์และขยายวงกว้างอย่างรวดเร็ว จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ ในขณะที่ระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ยังมีความต้องการที่ต้องได้รับการพัฒนา ปรับปรุงและรักษาให้อยู่ในระดับที่ได้มาตรฐาน ในปีที่ผ่านมาในบางอำเภอ (โพธารมณ์, รัตนวาปี) ของจังหวัดหนองคายมีอุบัติการณ์โรคติดต่อไวรัสซิกา ซึ่งถือว่าจัดอยู่ในกลุ่มโรคติดต่ออุบัติใหม่ จึงเป็นความพยายามอย่างยิ่งยวดของบุคลากรผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะต้องจัดการกับปัญหาดังกล่าวนี้ จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าทีมผู้ปฏิบัติหน้าที่ในการควบคุมเฝ้าระวังโรคของทั้งสองอำเภอได้ปฏิบัติงานตอบโต้การเกิดของโรคดังกล่าวเท่าที่มีศักยภาพ จนสามารถควบคุมโรคไม่ให้ระบาดลุกลามออกไปได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่จึงจำเป็นต้องอาศัยหน่วยปฏิบัติงานจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องร่วมดำเนินการควบคุมป้องกันโรคอีกด้วย ไม่เพียงเฉพาะในกระทรวงสาธารณสุขแต่จะรวมองค์การปกครองท้องถิ่น ที่จะต้องให้ความร่วมมือทั้งสนับสนุนทรัพยากรคน วัสดุอุปกรณ์ ต่างๆ อีกด้วย <u>ผลการปฏิบัติงานที่ผ่านมา</u> ๑. ทุกอำเภอและจังหวัดมีทีมเฝ้าระวัง สอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว ที่มีความพร้อมสามารถปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคทันทีในพื้นที่ ๒. อำเภอและจังหวัดมีทีมเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ที่สามารถทำหน้าที่เฝ้าระวังเหตุการณ์ (SAT) อย่างมีประสิทธิภาพประสานงานกับภาคีเครือข่าย รายงานข้อมูลและตอบโต้การเกิดและระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ได้ทันเวลา ๓. อำเภอและจังหวัดมีฐานข้อมูลผู้ป่วย การเกิดโรค ระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่และการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีศักยภาพสูงกว่าได้ <u>แนวทางการพัฒนาและต่อยอดการดำเนินงาน</u> ๑. การพัฒนาทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่มีศักยภาพความเป็นมืออาชีพ ครอบคลุมในทุกตำบล อำเภอและปฏิบัติงานตรวจจับเฝ้าระวังการเกิดโรคอุบัติใหม่ในพื้นที่รับผิดชอบ ๒. การพัฒนาต่อยอดศักยภาพ ทีมเฝ้าระวัง สอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็วที่สามารถปฏิบัติงานได้ครอบคลุมรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ ๓. การพัฒนาให้เกิดระบบเฝ้าระวังโรค ข้อมูลการเกิดและการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ และการสร้างเครือข่ายเตือนภัยและจัดการควบคุมโรคโรคติดต่ออุบัติใหม่ ๔. ส่งเสริมให้หน่วยงานในสังกัด (อำเภอ/ตำบล) มีโครงการฝึกซ้อมแผนตอบโต้โรคติดต่ออุบัติใหม่ ในรูปแบบต่างๆ เช่น drill exercise, Tabletop Exercise ในประเด็นที่สนใจหรือเป็นปัญหาในพื้นที่ และครอบคลุมบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องให้มากที่สุด
GAP Analysis	๑. การตอบรับของประชาชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ยังอยู่ในระดับที่ควรพัฒนา จำเป็นต้องมีการสร้างความรู้ความเข้าใจของประชาชนและผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ ให้เห็นความสำคัญของโรคติดต่ออุบัติใหม่ และมีส่วนร่วมในการจัดการป้องกันควบคุมโรคอย่างบูรณาการควบคู่กันไป ๒. ส่งเสริมให้เครือข่ายระดับตำบลมีการดำเนินการประเมินความรู้ ความเข้าใจและพฤติกรรมพึงประสงค์

ผลการวิเคราะห์	ไม่เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ (EID) ใน Generation ที่ ๒
	ในการควบคุมป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่ ๓. พัฒนาที่มีระดับอำเภอ/ตำบล ให้สามารถใช้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICs) ในการจัดการปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่อย่างเป็นระบบ ๔. ขับเคลื่อนให้บุคลากรผู้เกี่ยวข้อง ได้รับทราบเนื้อหาและแนวทางของ พรบ.โรคติดต่อ ๒๕๕๘ ซึ่งเป็นกฎหมายที่สำคัญ ครอบคลุมการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ ช่วยส่งเสริมเอื้ออำนวยให้การปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายมีความชัดเจนและปลอดภัยจากการฟ้องร้อง ๕. ส่งเสริมผลักดันให้เครือข่ายมีการจัดทำแผนบูรณาการทุกภาคส่วนและซักซ้อมเตรียมการตอบโต้โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เป็นคาดว่าจะปัญหาของพื้นที่ เพื่อการรองรับเหตุการณ์ฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา เนื่องจากพื้นที่ชายแดนและมีความเสี่ยง
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคติดต่ออุบัติใหม่ในพื้นที่ที่เป็นรูปธรรม กลยุทธ์ที่ ๒ ตอบโต้โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีศักยภาพ กลยุทธ์ที่ ๓ ซ้อมแผนตอบโต้โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เป็นปัญหา/สนใจของพื้นที่
๓. โครงการ/กิจกรรม	โครงการเฝ้าระวังตอบโต้โรคติดต่ออุบัติใหม่

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
จังหวัดหนองคายไม่เกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ (EID) ใน Generation ที่ ๒	๑. มีฐานข้อมูล ระบบเฝ้าระวังวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยง และการแจ้งเตือนภัยโรคติดต่ออุบัติใหม่ ในพื้นที่	๐	๐	๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
	๑.๑ มีคำสั่งแต่งตั้ง คกก.ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่ออุบัติใหม่ในระดับอำเภอ/ตำบล	๐	๐	๐	๑๐๐	๘๐	๑๐๐	๑๐๐
	๑.๒ มีทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่มีศักยภาพตรวจจับเหตุโรคติดต่ออุบัติใหม่ ประสานงานกับภาคีเครือข่ายและ SRRT ที่ตอบโต้เหตุการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ในพื้นที่ได้	๐	๐	๐	๑๐๐	๘๐	๑๐๐	๑๐๐
	๑.๓ มีโครงการและดำเนินการซ้อมแผนตอบโต้โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เป็นปัญหา/สนใจ ของพื้นที่ อย่างน้อยปีละ ๑ เรื่อง	๐	๐	๐	๖๐	๘๐	๑๐๐	๑๐๐
	๑.๔ มีผลงานการสำรวจประชาชนในพื้นที่เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่	๐	๐	๐	๖๐	๘๐	๑๐๐	๑๐๐
	๒. ร้อยละอำเภอสามารถดำเนินการตามขั้นตอนและควบคุมการเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ไม่ให้ระบาดใน Generation ที่ ๒	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

Goal Setting ที่ ๔	การควบคุมป้องกันโรค (Surveillance and Disease Control)
แผนงานที่ ๑๐	Border Health & SEZ (Special Economic Zone) การพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนและเขตเศรษฐกิจพิเศษ
KPI	๕๗. ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรค HIV และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก

ตารางการวิเคราะห์ : พัฒนาระบบเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรค HIV

ผลการวิเคราะห์	HIV
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	จังหวัดหนองคาย ได้รับรายงานจากระบบบริการข้อมูลสารสนเทศ การให้บริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์สะสม จากปี พ.ศ.๒๕๓๑ ถึง ๑๒ กันยายน พ.ศ.๒๕๖๑ จำนวน ๓,๔๗๕ คน เพศชาย ๑,๘๘๑ คน (ร้อยละ ๕๔.๑๓) เพศหญิง ๑,๕๙๔ คน (ร้อยละ ๔๕.๘๗) เสียชีวิตแล้ว ๘๖๑ คน ยังคงมีชีวิตอยู่ ๒,๖๑๔ คน ขาดการรักษา ๑๙๓ คน หยุดยา ๑ คน ปัจจัยเสี่ยงส่วนใหญ่ เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน กลุ่มอายุที่พบสูงสุดอยู่ใน ๒๕-๔๙ ปี สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยเหล่านี้อาจได้รับเชื้อมาตั้งแต่อายุประมาณ ๒๐ ปี ก่อนที่จะที่แสดงอาการหลังการติดเชื้อประมาณ ๕-๗ ปี อัตราการเสียชีวิตพบสูงที่สุดในกลุ่มอายุ ๒๕-๔๙ ปี ร้อยละ ๖๗.๙๔ ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด กลุ่มอาชีพที่พบสูงสุด ๕ อันดับแรก ได้แก่ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ ๕๐.๔๙ รองลงมา คืออาชีพอื่นๆ ร้อยละ ๒๒.๐๖ เกษตรกร ร้อยละ ๑๔.๕๔ นักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ ๗.๗๗ และแม่บ้าน/พ่อบ้าน ร้อยละ ๘.๑๔ ตามลำดับ ในปี ๒๕๖๑ มีผู้มารับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีจำนวน ๓,๓๒๒ คน พบว่า ติดเชื้อรายใหม่ ๑๕๔ คน (ร้อยละ ๔.๖๔) สามลำดับแรกส่วนใหญ่สงสัยว่าตนเองอาจติดเชื้อหรือมีอาการของเอชไอวี ร้อยละ ๗๒.๐๓ รองลงมาคือ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ร้อยละ ๒๑.๖๘ และหญิงตั้งครรภ์ (ANC) ร้อยละ ๓.๕๐ จำนวนผู้ที่กินยารายใหม่เพิ่มขึ้น จำแนกรายโรงพยาบาล พบสูงสุด ได้แก่ โรงพยาบาลหนองคาย รองลงมา คือ โรงพยาบาลโพนพิสัย ท่าบ่อ ศรีเชียงใหม่ สระใคร สังคม พิสัยเวท และวัฒนาหนองคาย ตามลำดับ โรคติดเชื้อฉวยโอกาส สามอันดับแรก ได้แก่ วัณโรค Mycobacterium Tuberculosis : Pulmonary ๑๒ คน (ร้อยละ ๐.๕๐), รองลงมา Candidiasis ของหลอดอาหาร หลอดลม (Trachea, Bronchi) หรือ ปอด ๖ คน (ร้อยละ ๐.๒๕) Mycobacterium tuberculosis: Extrapulmonary ๕ คน (ร้อยละ ๐.๐๘) และอื่นๆ ๒,๓๘๕ คน (ร้อยละ ๙๙.๑๗) จากการสำรวจข้อมูลโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในโรงพยาบาลโพนพิสัย โรงพยาบาลสระใคร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ พบว่าบุคลากรสาธารณสุขมีความกลัวจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการ ได้มีการทำสัญลักษณ์ แยกการใช้เครื่องมือ จัดลำดับบริการเป็นรายสุดท้าย และป้องกันการติดเชื้อมากเกินไปเกินมาตรฐาน ในส่วนกลุ่มประชากรหลักมีการตีตราตนเองกลัวถูกรังเกียจและเลือกปฏิบัติ และเคยมีประสบการณ์ถูกเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวและถูกเลือกปฏิบัติ สถานการณ์การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากรายงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (รง.๕๐๖) พบว่า อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน สูงสุดในกลุ่มอายุ ๑๕-๒๔ ปี รองลงมาได้แก่ กลุ่มอายุ ๒๕-๓๔ ปี และ ๓๕-๔๔ ปี อัตราดังกล่าวยังมีแนวโน้มสูงอย่าง

ผลการวิเคราะห์	HIV
	ต่อเนื่องในกลุ่มประชากรที่มีอายุ ๐-๔ ปี, ๒๕-๓๔ ปี, ๓๕-๔๔ ปี และ ๔๕-๕๔ ปี ในปี พ.ศ.๒๕๕๙-๒๕๖๑ อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จำแนกรายโรคพบสูงสุด ได้แก่ โรคหนองใน รองลงมา ได้แก่ โรคซิฟิลิส โรคหนองในเทียม โรคแผลริมอ่อน โรคกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง ตามลำดับ การเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๕ และอาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ ๒ ปี พ.ศ.๒๕๖๑ จำนวน ๑,๔๑๐ คน เพศชาย ๕๐๔ คน (ร้อยละ ๓๕.๗๔) เพศหญิง ๙๐๖ คน (ร้อยละ ๖๔.๒๖) พบว่า นักเรียนชาย มีอายุระหว่าง ๑๕-๒๐ ปี อายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ๑๕ ปี (ต่ำสุด ๑๑ ปี สูงสุด ๒๐ ปี) ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคนรักเพศหญิง ร้อยละ ๗๘.๒๓ รองลงมา มีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคนรักเพศชาย ร้อยละ ๑๒.๙๐ ในปีที่ผ่านมา นักเรียนชายใช้วิธีการคุมกำเนิดและป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัยชายสูงสุดเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนทุกประเภทครั้งล่าสุด ร้อยละ ๘๒.๐๐ นักเรียนหญิง มีอายุระหว่าง ๑๕-๒๐ ปี อายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ๑๖ ปี (ต่ำสุด ๑๑ ปี สูงสุด ๒๐ ปี) ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคนรัก ร้อยละ ๙๓.๗๕ รองลงามีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายอื่น ร้อยละ ๔.๔๖ ในปีที่ผ่านมา นักเรียนหญิงใช้วิธีการคุมกำเนิดและป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัยชายสูงสุดเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนทุกประเภทครั้งล่าสุด ร้อยละ ๗๗.๑๘ ความรู้ที่นักเรียนได้รับเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่ได้รับจากครูอาจารย์ในโรงเรียน นักเรียนชายร้อยละ ๖๗.๑๖ และนักเรียนหญิงร้อยละ ๖๖.๑๕ รองลงมาได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาล/คลินิกภาครัฐ นักเรียนชาย ร้อยละ ๕๗.๑๘ และนักเรียนหญิงร้อยละ ๕๓.๖๙ ความรู้และความตระหนักเรื่องโรคเอดส์ตามตัวชี้วัด GARPR จำนวน ๕ ข้อ พบว่า นักเรียนชายตอบถูกทั้ง ๕ ข้อ ร้อยละ ๑๙.๒๕ ส่วนนักเรียนหญิงตอบถูกทั้ง ๕ ข้อ ร้อยละ ๒๖.๐๕ การประเมินความเสี่ยงของตนเอง นักเรียนชาย ร้อยละ ๖๔.๔๘ และนักเรียนหญิง ร้อยละ ๗๒.๑๙ ส่วนใหญ่คิดว่าตนเองไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ การเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในกลุ่มพนักงานบริการหญิง ในสถานประกอบการ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน ๑๐๕ ราย จำแนกเป็นสัญชาติไทย ๓๐ ราย และสัญชาติลาว ๗๕ ราย สำหรับพนักงานบริการหญิง สัญชาติลาว จากการสอบถามพบว่า มีบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ร้อยละ ๘๓.๗๘ ผลการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิส พบว่า ผลตรวจเอชไอวี พบ ๑ คน เป็นพนักงานบริการสัญชาติลาว และผลตรวจซิฟิลิสพบ ๑ คน เป็นพนักงานบริการสัญชาติไทย ซึ่งโรงพยาบาลในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ได้ดำเนินการแจ้งผลการตรวจเลือดและติดตามเพื่อดูแลรักษาต่อไปแล้ว
GAP Analysis	๑. บุคลากรสาธารณสุขยังขาดทักษะในการเข้าถึงและจัดบริการเชิงรุกในกลุ่มประชากรหลัก ซึ่งได้แก่ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สาวประเภทสอง และพนักงานบริการหญิง ๒. บุคลากรสาธารณสุขมีความกลัวจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการ ได้มีการทำ

ผลการวิเคราะห์	HIV
	สัญลักษณ์ จัดลำดับบริการเป็นรายสุดท้าย และป้องกันการติดเชื้อมากเกินไปมาตรฐาน ๓. กลุ่มประชากรหลักยังเข้าถึงบริการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์น้อย ตีตราตนเองกลัวถูกรังเกียจและเลือกปฏิบัติ ๔. ขาดความต่อเนื่องในการบันทึกข้อมูลการรับบริการในกลุ่มประชากรหลัก
กลยุทธ์	กลยุทธ์ ๑ พัฒนาทักษะการเข้าถึงกลุ่มประชากรหลักสำหรับบุคลากรสาธารณสุข กลยุทธ์ ๒ พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข เพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการ กลยุทธ์ ๓ การให้บริการป้องกันเชิงรุกกลุ่มประชากรหลัก กลยุทธ์ ๔ การรายงานและติดตามประเมินผล
โครงการ/กิจกรรม	โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรค (เอดส์)

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๕

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย			
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
การควบคุมป้องกัน ควบคุมโรค (Surveillance and Disease Control)	๑. ร้อยละของกลุ่ม ประชากรหลักที่เข้าถึง บริการป้องกันโรคเอดส์ และโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์เชิงรุก	-	-	๒๒.๗๕	๙๓.๑๒	๙๐	๙๒	๙๔	๙๖
	๒. ร้อยละของโรงพยาบาล มีการบันทึกการเข้าถึง บริการป้องกันโรคเอดส์และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มประชากรหลักที่เชิง รุก (RTCM+) ครบถ้วน	-	-	๐	๖๐	๗๐	๘๐	๑๐๐	๑๐๐

Goal Setting ที่ ๔	การควบคุมป้องกันโรค (Surveillance and Disease Control)
แผนงานที่ ๑๐	Border Health & SEZ (Special Economic Zone) การพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนและเขตเศรษฐกิจพิเศษ
KPI	๕๘. ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตเศรษฐกิจพิเศษตามเกณฑ์ที่กำหนด

ตารางการวิเคราะห์ : พัฒนาหน่วยบริการสาธารณสุขสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ในเขตเศรษฐกิจพิเศษ จังหวัดหนองคาย

ผลการวิเคราะห์	การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมของหน่วยบริการสาธารณสุขในเขตเศรษฐกิจพิเศษ
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	ในปี ๒๕๖๑ จังหวัดหนองคาย ได้ส่งเสริมให้หน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ทั้งโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมให้แก่ประชากรวัยแรงงานในพื้นที่ เพื่อเป็นการดูแลสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน ให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัย ปลอดภัย มีสถานะที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยมีการตรวจประเมินรับรองมาตรฐาน ดังนี้ ๑. เขตเศรษฐกิจพิเศษ (ประกอบด้วย รพท./รพช.ในเขตอำเภอเมือง ๑๔ แห่ง และในเขตอำเภอสระใคร ๒ แห่ง รวม ๑๖ แห่ง) โดยใช้แบบตรวจประเมินการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป (๔๘ ข้อ), สำหรับโรงพยาบาลชุมชน (๔๒ ข้อ) และสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (๒๕ ข้อ) ผลการตรวจประเมิน มีดังนี้ ๑.๑ อำเภอเมือง (จำนวน ๑๔ แห่ง) - ระดับดีเด่น จำนวน ๑ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลหนองคาย - ระดับดีมาก จำนวน ๒ แห่ง ได้แก่ รพ.สต.เดื่อ และ รพ.สต.บ้านท่าจาน - ระดับดี จำนวน ๑ แห่ง ได้แก่ รพ.สต.หินโงม - ระดับเริ่มต้นพัฒนา จำนวน ๒ แห่ง ได้แก่ รพ.สต.เวียงคุก และ รพ.สต.สีกาย - ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน ๘ แห่ง ได้แก่ รพ.สต.บ้านนาฮี, รพ.สต.มีชัย, รพ.สต.พระธาตุบังพวน, รพ.สต.โพธิ์ชัย, รพ.สต.คำยบกวาน, รพ.สต.หาดคำ, รพ.สต.หนองกอมเกาะ และรพ.สต.โพนสว่าง ๑.๒ อำเภอสระใคร (จำนวน ๒ แห่ง) - ระดับดีมาก จำนวน ๑ แห่ง ได้แก่ รพ.สต.สระใคร - ระดับเริ่มต้นพัฒนา จำนวน ๑ แห่ง ได้แก่ รพ.สระใคร ๒. นอกเขตเศรษฐกิจ ใช้แบบตรวจประเมินสำหรับโรงพยาบาลชุมชน (๔๒ ข้อ) และสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (๑๑ ข้อ) ซึ่งผลการตรวจประเมินตนเอง พบว่า โรงพยาบาลชุมชนยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
GAP Analysis	๑. เปลี่ยนเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยใน รพ.รพ.สต. บ่อยครั้ง ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน ๒.เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบขาดความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการดำเนินงาน ๓. ขาดเครื่องมือ อุปกรณ์ในการตรวจวัดความเสี่ยงต่างๆ ขาดทักษะในการใช้เครื่องมืออุปกรณ์

ผลการวิเคราะห์	การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมของหน่วยบริการสาธารณสุข ในเขตเศรษฐกิจพิเศษ
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ ส่งเสริมและพัฒนาหน่วยบริการสาธารณสุข ในการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน กลยุทธ์ที่ ๒ จัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในหน่วยบริการสาธารณสุข ทุกแห่ง กลยุทธ์ที่ ๓ นิเทศ ติดตามและประเมินผลการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อมให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน
โครงการ/กิจกรรม	โครงการพัฒนาหน่วยบริการสาธารณสุขสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อมในเขตเศรษฐกิจพิเศษ

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
ประชาชนในเขตเศรษฐกิจพิเศษได้รับบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์	๑. ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขในเขตเศรษฐกิจพิเศษ มีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด	-	-	๕๐ (๖/๑๐) รพ.๙ รพ.สต.๑ (รพ.สต.สระใคร) เกณฑ์ปี ๒๕๖๐	๕๐ (๘/๑๖)	๗๐	๙๐	๙๕
	๒. ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขที่อยู่นอกเขตเศรษฐกิจพิเศษ มีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด	-	-	-	-	๕๐	๗๐	๙๐

Goal Setting ที่ ๔	การควบคุมป้องกันโรค (Surveillance and Disease Control)
แผนงานที่ ๑๑	DHF ลดอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก
KPI	๕๙. ดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายมีค่าตามเกณฑ์ที่กำหนด ๖๐. อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง >ร้อยละ ๒๐ ของค่ามัธยฐาน ๕ ปีย้อนหลัง หรือไม่เกินอัตราป่วยของจังหวัดในอำเภอที่ไม่พบผู้ป่วยอย่างน้อย ๓ ปีในช่วง ๕ ปีย้อนหลัง ๖๑. อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ ๐.๑๓

ตารางการวิเคราะห์ : ลดอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก

ผลการวิเคราะห์	DHF																			
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	ประเทศไทย มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ตั้งแต่ วันที่ ๑ มกราคม-๔ กันยายน ๒๕๖๑ จำนวน ๕๒,๖๗๐ ราย อัตราป่วย ๘๐.๐๑ ต่อประชากรแสนคน มากกว่าปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ในช่วงเวลาเดียวกัน ร้อยละ ๕๒.๘ (๑.๕ เท่า) เสียชีวิต ๖๙ ราย อัตราป่วยตายเป็นร้อยละ ๐.๑๓ มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากสัปดาห์ที่ผ่านมา ๒,๕๙๑ ราย																			
	จ.หนองคาย มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ตั้งแต่ วันที่ ๑ มกราคม-๔ กันยายน ๒๕๖๑ จำนวน ๑๓๓ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๒๕.๔๘ ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต																			
	จำนวนผู้ป่วยมากกว่า ปี ๒๕๖๐ ร้อยละ ๔.๕๑ (๑.๐๕ เท่า) แต่ น้อยกว่าค่ามัธยฐาน ๕ ปีย้อนหลัง ในช่วงเวลาเดียวกัน ร้อยละ ๓๒.๔๙ (๑.๔๘ เท่า) มีรายงานผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากสัปดาห์ที่ผ่านมา ๒ ราย																			
	เป้าหมายการป่วยของ จ.หนองคาย พ.ศ.๒๕๖๐ ไม่เกิน ๒๐๐ ราย อัตราป่วย ๓๘.๔๙ ต่อประชากรแสนคน (เป้าหมาย คือ ลดลงจากค่ามัธยฐาน อย่างน้อยร้อยละ ๒๐) และไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต (ค่ามัธยฐาน ๕ ปีย้อนหลัง = ๒๕๐ ราย อัตรา ๔๘.๐๔ ต่อประชากรแสนคน)																			
	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ของ จ.หนองคาย/เขตสุขภาพที่ ๘/ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ/ประเทศไทย																			
	<table><tr><th>พื้นที่</th><th>อัตราป่วย / ปชก.แสนคน</th><th>เสียชีวิต (ราย)</th><th>อันดับของ จ.หนองคาย</th></tr><tr><td>หนองคาย</td><td>๒๕.๔๘</td><td>๐</td><td></td></tr><tr><td>เขต ๘</td><td>๒๗.๖๐</td><td>๑</td><td>๔ น้อยกว่า จ.เลย, หนองบัวลำภู, บึงกาฬ</td></tr><tr><td>ภาค ตอ./น.</td><td>๕๖.๑๔</td><td>๑๐</td><td>๑๗</td></tr><tr><td>ประเทศ</td><td>๘๐.๐๑</td><td>๖๙</td><td>๗๑</td></tr></table>	พื้นที่	อัตราป่วย / ปชก.แสนคน	เสียชีวิต (ราย)	อันดับของ จ.หนองคาย	หนองคาย	๒๕.๔๘	๐		เขต ๘	๒๗.๖๐	๑	๔ น้อยกว่า จ.เลย, หนองบัวลำภู, บึงกาฬ	ภาค ตอ./น.	๕๖.๑๔	๑๐	๑๗	ประเทศ	๘๐.๐๑	๖๙
พื้นที่	อัตราป่วย / ปชก.แสนคน	เสียชีวิต (ราย)	อันดับของ จ.หนองคาย																	
หนองคาย	๒๕.๔๘	๐																		
เขต ๘	๒๗.๖๐	๑	๔ น้อยกว่า จ.เลย, หนองบัวลำภู, บึงกาฬ																	
ภาค ตอ./น.	๕๖.๑๔	๑๐	๑๗																	
ประเทศ	๘๐.๐๑	๖๙	๗๑																	
	ประเภผู้ป่วย DF = ๘๓ ราย (ร้อยละ ๖๒.๔๑), DHF = ๔๙ ราย (ร้อยละ ๓๖.๘๔), DSS = ๑ ราย (ร้อยละ ๐.๗๕)																			
	พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยพบเพศชาย ๗๕ ราย เพศหญิง ๕๘ ราย อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง ๑.๒๙ : ๑																			
	กลุ่มอายุที่พบสูงสุดคือกลุ่มอายุ ๕-๙ ปี อัตราป่วย ๙๓.๕ ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ กลุ่มอายุ ๑๐-๑๔ ปี, ๑๕-๒๔ ปี, ๐-๔ ปี, ๒๕-๓๔ ปี, ๓๕-๔๔ ปี, ๕๕-๖๔ ปี, ๖๕ ปีขึ้นไป, ๔๕-๕๔ ปี อัตราป่วย ๗๙.๗๒, ๔๑.๓, ๒๕.๙๗, ๒๓.๓๘, ๑๒.๔๘, ๖.๘, ๖.๐๕ และ ๕.๗๕ ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ																			
	อาชีพที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุดคือนักเรียน จำนวนผู้ป่วย ๗๕ ราย รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง, อาชีพนบค., อาชีพเกษตรกร, อาชีพราชการ จำนวนผู้ป่วย ๒๘, ๑๕, ๑๐, ๔, ๑ ราย ตามลำดับ																			

ผลการวิเคราะห์	DHF
	พบผู้ป่วยสูงสุดในเดือน มิถุนายน จำนวน ๕๕ ราย โดยมีรายงานผู้ป่วยเดือน มกราคม ๑ ราย กุมภาพันธ์ ๐ ราย มีนาคม ๑ ราย เมษายน ๕ ราย พฤษภาคม ๒๓ ราย มิถุนายน ๕๕ ราย กรกฎาคม ๓๖ ราย สิงหาคม ๑๒ ราย กันยายน ๐ ราย พบผู้ป่วยในเขตเทศบาล ๗๗ ราย ในเขตองค์การบริหารตำบล ๕๖ ราย พบผู้ป่วยในเขตเทศบาล มากกว่าในเขตองค์การบริหารตำบล โดยผู้ป่วยในเขตเทศบาล ร้อยละ ๕๗.๘๙ ส่วนผู้ป่วยในเขต องค์การบริหารตำบล ร้อยละ ๔๒.๑๑ ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลทั่วไป ๖๐ ราย โรงพยาบาลชุมชน ๗๓ ราย อำเภอที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุดคืออำเภอเฝ้าไร่ อัตราป่วย ๕๙.๓๓ ต่อประชากรแสน คน รองลงมาคือ อำเภอเมือง, อำเภอสระใคร, อำเภอท่าบ่อ, อำเภอสังคม, อำเภอโพธิ์ชัย, อำเภอ ศรีเชียงใหม่, อำเภอรันทนวาปี, อำเภอโพธิ์ตาก, อัตราป่วย ๓๕.๘๕, ๒๖.๑๔, ๑๖.๘๕, ๑๕.๘๑, ๑๕.๑๘, ๑๒.๙๔, ๗.๗๔, ๖.๕๒ ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ๔ สัปดาห์ล่าสุด มีรายงานผู้ป่วยจำนวน ๗ ราย ใน ๒ อำเภอ คือ อ.สังคม ๒ ราย, อ.เฝ้าไร่ ๕ ราย อำเภอที่มีอัตราป่วยไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (อัตราป่วยลดลงจากค่ามัธยฐาน ๕ ปีย้อนหลัง อย่าง น้อยร้อยละ ๒๐) คือ อ.เมืองหนองคาย (เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๒), อ.ศรีเชียงใหม่ (ลดลงร้อยละ ๐), อ. โพธิ์ตาก (ลดลงร้อยละ ๐), อ.สระใคร (ลดลง ร้อยละ ๑๔.๓)
GAP Analysis	๑. มีหลายอำเภอที่มีอัตราป่วยไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (อัตราป่วยลดลงจากค่ามัธยฐาน ๕ ปี ย้อนหลัง อย่างน้อย ร้อยละ ๒๐) คือ อ.เมืองหนองคาย (เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๒), อ.ศรีเชียงใหม่ (ลดลง ร้อยละ ๐), อ.โพธิ์ตาก (ลดลงร้อยละ ๐), อ.สระใคร (ลดลงร้อยละ ๑๔.๓) ๒. บุคลากรสาธารณสุข ยังไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่าง ครบคลุม
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคไข้เลือดออก กลยุทธ์ที่ ๒ พัฒนาระบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก
๓. โครงการ/ กิจกรรม	โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
ลดอัตราป่วยด้วย โรคไข้เลือดออก	๑. ร้อยละ ๙๒ ของหมู่บ้าน/ชุมชน มีค่า HI<๑๐	๙๓.๖๒	๙๕.๒๙	๙๘.๒๓	๙๖.๔๐	๙๓	๙๔	๙๕
	๒. ร้อยละ ๑๐๐ ของโรงเรียน/วัด/ ศพด. มีค่า CI=๐	๙๙.๓๖	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
	๓. ร้อยละ ๑๐๐ ของหน่วยงาน สาธารณสุข มีค่า CI=๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
	๔. อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ลดลง > ร้อยละ ๒๐ จากค่ามัธยฐาน ๕ ปีย้อนหลัง	+๑๔๐.๔	-๒๑.๘	-	-๓๒.๔	๒๐	๒๐	๒๐
	๕. อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ไม่เกินร้อยละ ๐.๑๓	๐.๕๒	๐	๐	๐	๐.๑๓	๐.๑๓	๐.๑๓

๒.๒.๕ ธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

Goal Setting ที่ ๕	Governance & Quality Organization พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ
แผนงานที่ ๑๒	IT การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ
KPI	๖๒. ร้อยละจังหวัดและหน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล

ตารางการวิเคราะห์ : การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์	IT																		
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	ผลการประเมินหน่วยงานสาธารณสุขผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ โดยใช้เกณฑ์ การผ่านในระดับดีมากและดี เปรียบเทียบเทียบผลการประเมิน ปี ๒๕๖๐ และปี ๒๕๖๑ ดังนี้ <table><tr><th>ปี</th><th>ดีมาก</th><th>ดี</th><th>ปานกลาง</th><th>พอใช้</th><th>ปรับปรุง</th></tr><tr><td>๒๕๖๐ (๘๖ แห่ง)</td><td>๔๔.๑๙ (๓๘ แห่ง)</td><td>๔๐.๗๐ (๓๕ แห่ง)</td><td>๑๐.๔๖ (๙ แห่ง)</td><td>๑.๑๖ (๑ แห่ง)</td><td>๓.๔๙ (๓ แห่ง)</td></tr><tr><td>๒๕๖๑ (๘๖ แห่ง)</td><td>๕๐.๐๐ (๔๓ แห่ง)</td><td>๓๓.๗๒ (๒๙ แห่ง)</td><td>๖.๙๗ (๖ แห่ง)</td><td>๘.๑๔ (๗ แห่ง)</td><td>๑.๑๖ (๑ แห่ง)</td></tr></table> เมื่อวิเคราะห์ตามเกณฑ์ความทันเวลา ความถูกต้อง และความครบถ้วน พบว่า ๑) ความทันเวลา ทุกหน่วยบริการสามารถส่งข้อมูล ๔๓ แห่งได้ทันเวลา (๑๐๐%) ๒) ความถูกต้องของข้อมูล ตรวจสอบจากการตรวจคุณภาพข้อมูลที่ส่งให้ สปสช.เดือน เมษายน ๒๕๖๑ พบว่ามีความถูกต้องเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๘๘.๙๖ (ปี ๒๕๖๐ ถูกต้องร้อยละ ๙๔.๘๔) ๓) ความครบถ้วน ประมวลผลผลลัพธ์ความครอบคลุมโดยใช้ผลงาน QOF ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ซึ่งเป็นผลงานข้อมูลไตรมาส ๓-๔ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ และ ไตรมาส ๑-๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ใน ๑๐ เรื่องดังนี้ ๓.๑) ร้อยละประชากรไทยอายุ ๓๕-๗๔ ปี ได้รับการคัดกรองเบาหวาน โดยการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด มีความครอบคลุม ร้อยละ ๙๕.๗๐ (เป้าหมาย ๙๐%) ทุกอำเภอมีผลงานผ่านเกณฑ์ ๓.๒) ร้อยละประชากรไทยอายุ ๓๕-๗๔ ปี ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง มีความครอบคลุม ร้อยละ ๙๓.๕๑ (เป้าหมาย ๙๐%) ทุกอำเภอมีผลงานผ่านเกณฑ์ ๓.๓) ร้อยละของหญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน ๑๒ สัปดาห์ มีความครอบคลุม ร้อยละ ๘๙.๔๖ (เป้าหมาย ๗๐%) ทุกอำเภอมีผลงานผ่านเกณฑ์ ๓.๔) ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี ๓๐-๖๐ ปีภายใน ๕ ปี มีความครอบคลุม ร้อยละ ๖๔.๑๖ (เป้าหมายมากกว่า ๖๕%) อำเภอที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ อำเภอเมือง (๕๑.๐๐%) อำเภอสระใคร (๔๗.๒๔ %) และอำเภอศรีเชียงใหม่ (๓๔.๖๗ %) ๓.๕) ร้อยละการเข้ายาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea) ผลงานร้อยละ ๑๓.๐๐ (เป้าหมาย น้อยกว่า ๒๐%) ทุกอำเภอมีผลงานผ่านเกณฑ์ ๓.๖) ร้อยละการเข้ายาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ(Respiratory Infection) มีผลงานร้อยละ ๑๓.๖๘ (เป้าหมาย น้อยกว่า ๒๐%) ทุกอำเภอมีผลงานผ่านเกณฑ์ ๓.๘) อัตราการเปลี่ยนแปลงระยะของ CKD จากระยะ ๓b สู่ระยะที่ ๔ มีผลงานร้อยละ ๑๑.๗๒ (เป้าหมายน้อยกว่า ๑๐%) อำเภอที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ อำเภอสังขม	ปี	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	พอใช้	ปรับปรุง	๒๕๖๐ (๘๖ แห่ง)	๔๔.๑๙ (๓๘ แห่ง)	๔๐.๗๐ (๓๕ แห่ง)	๑๐.๔๖ (๙ แห่ง)	๑.๑๖ (๑ แห่ง)	๓.๔๙ (๓ แห่ง)	๒๕๖๑ (๘๖ แห่ง)	๕๐.๐๐ (๔๓ แห่ง)	๓๓.๗๒ (๒๙ แห่ง)	๖.๙๗ (๖ แห่ง)	๘.๑๔ (๗ แห่ง)	๑.๑๖ (๑ แห่ง)
ปี	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	พอใช้	ปรับปรุง														
๒๕๖๐ (๘๖ แห่ง)	๔๔.๑๙ (๓๘ แห่ง)	๔๐.๗๐ (๓๕ แห่ง)	๑๐.๔๖ (๙ แห่ง)	๑.๑๖ (๑ แห่ง)	๓.๔๙ (๓ แห่ง)														
๒๕๖๑ (๘๖ แห่ง)	๕๐.๐๐ (๔๓ แห่ง)	๓๓.๗๒ (๒๙ แห่ง)	๖.๙๗ (๖ แห่ง)	๘.๑๔ (๗ แห่ง)	๑.๑๖ (๑ แห่ง)														

ผลการวิเคราะห์	IT
	(๑๑.๕๔%) อำเภอรัตนวาปี (๑๓.๗๖%) และอำเภอเมือง (๒๑.๓๓%) ๓.๙) ร้อยละผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓ และ ๔ ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ มีความครอบคลุม ร้อยละ ๙๗.๑๐ (เป้าหมาย ๙๗%) อำเภอที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ อำเภอเมือง (๙๔.๘๑%) อำเภอสระใคร (๙๒.๓๑%) ๓.๑๐) ร้อยละทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม มีผลงาน ร้อยละ ๒.๗๗ (เป้าหมายไม่เกิน ๖.๖%) ทุกอำเภอมียุทธศาสตร์ผ่านเกณฑ์
GAP Analysis	- ประชากรกลุ่มเป้าหมาย UC ที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการในจังหวัดแต่ไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ ทำให้ผลงานบางตัวชี้วัดไม่ได้ตามเป้าหมาย - หน่วยบริการมีการบันทึกข้อมูลล่าช้า ไม่ครบถ้วน และส่งออกข้อมูลไม่ตรงรอบ
กลยุทธ์	๑. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการใช้งานโปรแกรมฐานข้อมูล ๒. พัฒนาคุณภาพฐานข้อมูล ๓. ติดตาม ควบคุมกำกับคุณภาพข้อมูลหน่วยบริการ
โครงการ/กิจกรรม	โครงการพัฒนาระบบและติดตามข้อมูลสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ปี ๒๕๖๑

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
หน่วยงานผ่านเกณฑ์ คุณภาพระบบข้อมูล สารสนเทศ	- ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์ คุณภาพข้อมูล	-	-	๘๔.๘๘	๘๔.๘๘	๙๐	๙๐	๙๕

Goal Setting ที่ ๕	Governance & Quality Organization พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ
แผนงานที่ ๑๓	Financial การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง
KPI	๖๓. หน่วยบริการมีประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังและไม่มีวิกฤติทางการเงิน ระดับ ๗ ร้อยละ ๑๐๐

ตารางการวิเคราะห์ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

ผลการวิเคราะห์	การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง																																																																																				
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	จังหวัดหนองคายบริหารจัดการด้านการเงินการคลังหน่วยบริการในจังหวัดหนองคาย โดยมีคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังระดับจังหวัด และระดับโรงพยาบาลเพื่อกำกับ/ติดตามผลการดำเนินงานของหน่วยบริการ มีการประชุมคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังระดับจังหวัด ตั้งแต่ปี ๒๕๕๗ จังหวัดหนองคายมีหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ ๗ ทุกปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมี รพ.วิกฤติเรื้อรัง ๒ แห่ง คือ รพช.ศรีเชียงใหม่ และ รพร.ท่าบ่อ ทั้งนี้ ในปี ๒๕๖๑ มีหน่วยบริการที่มีภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ ๗ ถึง ๓ แห่ง คือ รพช.สังคม, ศรีเชียงใหม่ และ โพธิ์ตาก มาตรการดำเนินงาน ดังนี้ <table border="1"> <thead> <tr> <th>มาตรการ</th><th>แนวทาง/กิจกรรมหลัก</th><th>สสจ.</th><th>รพ.</th><th>รพ.สต.</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">มาตรการที่ ๑ การจัดสรรเงิน อย่างพอเพียง</td><td>- ปรับเกลียวเงินตามนโยบายของกระทรวง/เขต</td><td>/</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>- ติดตามการจัดสรรงบประมาณ/เขตฯตามเวลาที่กำหนด</td><td>/</td><td>/</td><td></td></tr> <tr> <td>- มีคณะกรรมการการเงินการคลังระดับหน่วยบริการจัดสรรเงินในเครือข่ายและมีแนวทางและแผนผังการจัดสรรเงินในเครือข่าย</td><td></td><td>/</td><td>/</td></tr> <tr> <td>- ติดตามกำกับให้รพ.สนับสนุนงบประมาณในเครือข่ายตามแนวทางที่จังหวัดกำหนด</td><td>/</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td rowspan="7">มาตรการที่ ๒ การบริหาร และติดตาม กำกับแผน ทางการเงิน (Planfin)</td><td>- กำหนดมาตรการเพื่อขับเคลื่อนนโยบายการจัดทำแผนทางการเงินตามกระทรวงกำหนด</td><td>/</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>- ตรวจสอบการจัดทำแผนทางการเงินและความเสี่ยงของหน่วยบริการ</td><td>/</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>- ตรวจสอบมติแผนการเงินปีละ ๒ ครั้ง</td><td>/</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>- มีคณะทำงานจัดทำแผนทางการเงิน(planfin) ที่มีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย/กลุ่มงาน</td><td></td><td>/</td><td>/</td></tr> <tr> <td>- รพ.และรพ.สต.จัดทำแผนทางการเงินให้เป็นไปตามนโยบายของเขตและจังหวัด</td><td></td><td>/</td><td>/</td></tr> <tr> <td>- บริหารแผนทางการเงินให้เป็นไปตามเป้าหมาย</td><td></td><td>/</td><td>/</td></tr> <tr> <td>- กำกับติดตามแผนและผลทางการเงินรายเดือน</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr> <tr> <td rowspan="3">มาตรการที่ ๓ การเพิ่มประ- สิทธิภาพการ บริหารการเงิน การคลัง</td><td>- คณะทำงานเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลังจังหวัด(CFO)มีการประชุมทุกไตรมาส</td><td>/</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>- คณะกรรมการบริหารการเงินการคลังของหน่วยบริการและมีการประชุมเพื่อกำหนดประเด็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการเงินการคลัง</td><td></td><td>/</td><td>/</td></tr> <tr> <td>- คณะกรรมการบริหารต้นทุน(Unit Cost) หน่วยบริการ</td><td></td><td>/</td><td>/</td></tr> <tr> <td rowspan="4">มาตรการที่ ๔ พัฒนาระบบ บัญชี</td><td>- คณะทำงานพัฒนาระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างโรงพยาบาลภาครัฐประชุมทุกไตรมาส</td><td>/</td><td>/</td><td></td></tr> <tr> <td>- ควบคุม กำกับติดตาม การจัดทำบัญชีของหน่วยบริการให้เป็นไปตามนโยบายบัญชีของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</td><td>/</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>- จัดทำบัญชีให้เป็นไปตามคู่มือของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและส่งรายงานงบทดลองที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ทุกเดือน</td><td></td><td>/</td><td>/</td></tr> <tr> <td>- มีการตรวจสอบคุณภาพบัญชี รพ.ปีละ ครั้ง</td><td></td><td>/</td><td></td></tr> </tbody> </table>				มาตรการ	แนวทาง/กิจกรรมหลัก	สสจ.	รพ.	รพ.สต.	มาตรการที่ ๑ การจัดสรรเงิน อย่างพอเพียง	- ปรับเกลียวเงินตามนโยบายของกระทรวง/เขต	/			- ติดตามการจัดสรรงบประมาณ/เขตฯตามเวลาที่กำหนด	/	/		- มีคณะกรรมการการเงินการคลังระดับหน่วยบริการจัดสรรเงินในเครือข่ายและมีแนวทางและแผนผังการจัดสรรเงินในเครือข่าย		/	/	- ติดตามกำกับให้รพ.สนับสนุนงบประมาณในเครือข่ายตามแนวทางที่จังหวัดกำหนด	/			มาตรการที่ ๒ การบริหาร และติดตาม กำกับแผน ทางการเงิน (Planfin)	- กำหนดมาตรการเพื่อขับเคลื่อนนโยบายการจัดทำแผนทางการเงินตามกระทรวงกำหนด	/			- ตรวจสอบการจัดทำแผนทางการเงินและความเสี่ยงของหน่วยบริการ	/			- ตรวจสอบมติแผนการเงินปีละ ๒ ครั้ง	/			- มีคณะทำงานจัดทำแผนทางการเงิน(planfin) ที่มีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย/กลุ่มงาน		/	/	- รพ.และรพ.สต.จัดทำแผนทางการเงินให้เป็นไปตามนโยบายของเขตและจังหวัด		/	/	- บริหารแผนทางการเงินให้เป็นไปตามเป้าหมาย		/	/	- กำกับติดตามแผนและผลทางการเงินรายเดือน	/	/	/	มาตรการที่ ๓ การเพิ่มประ- สิทธิภาพการ บริหารการเงิน การคลัง	- คณะทำงานเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลังจังหวัด(CFO)มีการประชุมทุกไตรมาส	/			- คณะกรรมการบริหารการเงินการคลังของหน่วยบริการและมีการประชุมเพื่อกำหนดประเด็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการเงินการคลัง		/	/	- คณะกรรมการบริหารต้นทุน(Unit Cost) หน่วยบริการ		/	/	มาตรการที่ ๔ พัฒนาระบบ บัญชี	- คณะทำงานพัฒนาระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างโรงพยาบาลภาครัฐประชุมทุกไตรมาส	/	/		- ควบคุม กำกับติดตาม การจัดทำบัญชีของหน่วยบริการให้เป็นไปตามนโยบายบัญชีของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	/			- จัดทำบัญชีให้เป็นไปตามคู่มือของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและส่งรายงานงบทดลองที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ทุกเดือน		/	/	- มีการตรวจสอบคุณภาพบัญชี รพ.ปีละ ครั้ง		/	
มาตรการ	แนวทาง/กิจกรรมหลัก	สสจ.	รพ.	รพ.สต.																																																																																	
มาตรการที่ ๑ การจัดสรรเงิน อย่างพอเพียง	- ปรับเกลียวเงินตามนโยบายของกระทรวง/เขต	/																																																																																			
	- ติดตามการจัดสรรงบประมาณ/เขตฯตามเวลาที่กำหนด	/	/																																																																																		
	- มีคณะกรรมการการเงินการคลังระดับหน่วยบริการจัดสรรเงินในเครือข่ายและมีแนวทางและแผนผังการจัดสรรเงินในเครือข่าย		/	/																																																																																	
	- ติดตามกำกับให้รพ.สนับสนุนงบประมาณในเครือข่ายตามแนวทางที่จังหวัดกำหนด	/																																																																																			
มาตรการที่ ๒ การบริหาร และติดตาม กำกับแผน ทางการเงิน (Planfin)	- กำหนดมาตรการเพื่อขับเคลื่อนนโยบายการจัดทำแผนทางการเงินตามกระทรวงกำหนด	/																																																																																			
	- ตรวจสอบการจัดทำแผนทางการเงินและความเสี่ยงของหน่วยบริการ	/																																																																																			
	- ตรวจสอบมติแผนการเงินปีละ ๒ ครั้ง	/																																																																																			
	- มีคณะทำงานจัดทำแผนทางการเงิน(planfin) ที่มีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย/กลุ่มงาน		/	/																																																																																	
	- รพ.และรพ.สต.จัดทำแผนทางการเงินให้เป็นไปตามนโยบายของเขตและจังหวัด		/	/																																																																																	
	- บริหารแผนทางการเงินให้เป็นไปตามเป้าหมาย		/	/																																																																																	
	- กำกับติดตามแผนและผลทางการเงินรายเดือน	/	/	/																																																																																	
มาตรการที่ ๓ การเพิ่มประ- สิทธิภาพการ บริหารการเงิน การคลัง	- คณะทำงานเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลังจังหวัด(CFO)มีการประชุมทุกไตรมาส	/																																																																																			
	- คณะกรรมการบริหารการเงินการคลังของหน่วยบริการและมีการประชุมเพื่อกำหนดประเด็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการเงินการคลัง		/	/																																																																																	
	- คณะกรรมการบริหารต้นทุน(Unit Cost) หน่วยบริการ		/	/																																																																																	
มาตรการที่ ๔ พัฒนาระบบ บัญชี	- คณะทำงานพัฒนาระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างโรงพยาบาลภาครัฐประชุมทุกไตรมาส	/	/																																																																																		
	- ควบคุม กำกับติดตาม การจัดทำบัญชีของหน่วยบริการให้เป็นไปตามนโยบายบัญชีของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	/																																																																																			
	- จัดทำบัญชีให้เป็นไปตามคู่มือของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและส่งรายงานงบทดลองที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ทุกเดือน		/	/																																																																																	
	- มีการตรวจสอบคุณภาพบัญชี รพ.ปีละ ครั้ง		/																																																																																		

ผลการวิเคราะห์	การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง
GAP Analysis	๑. การจัดการระบบข้อมูลการบริการและข้อมูลบัญชีที่พบว่ายังไม่มี การทวนสอบระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและขาดความเข้าใจที่ถูกต้องในการลงบันทึกบัญชีให้ตรงกับกองทุนที่ได้รับ ชดเชย ๒. ความทันเวลา ครบถ้วน และถูกต้องในการจัดทำรายงานการเงินงบทดลอง คุณภาพข้อมูลบัญชีที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานและการบันทึกข้อมูลกิจกรรมบริการประกอบงบ บางแห่งมีการบันทึกข้อมูลค่อนข้างล่าช้า ทำให้การติดตามสถานการณ์ไม่เป็นปัจจุบัน ๓. มีการย้าย/ลาออกของเจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีบ่อย เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างชั่วคราว ไม่มีความมั่นคง/ความก้าวหน้าในการทำงานทำให้การพัฒนาคุณภาพบัญชีใน รพ.บางแห่ง ขาดความต่อเนื่อง
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑: การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation) กลยุทธ์ที่ ๒: ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management) กลยุทธ์ที่ ๓: สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management) กลยุทธ์ที่ ๔: พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management) กลยุทธ์ที่ ๕: พัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง (Network & Capacity Building)
๓. โครงการ/กิจกรรม	โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๕

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย			
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
หน่วยบริการ ประสิทธิภาพ วิกฤตทางการเงิน ระดับ ๗ ไม่เกิน ร้อยละ ๖	๑. หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ ประสิทธิภาพการบริหาร จัดการด้านการเงินการคลัง (Financial Administration Index : FAI) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐	๘๐	๘๐	๖๖.๖๗	๘๘.๘๙	๘๐	๘๐	๘๐	๘๐
	๒. ร้อยละของหน่วยบริการ ที่ประสิทธิภาพวิกฤตทาง การเงิน (ไม่เกินร้อยละ ๔)	๑๑.๑๑	๒๒.๒๒	๓๓.๓๓	๓๓.๓๓	๔	๔	๒	๐

Goal Setting ที่ ๕	Governance & Quality Organization พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ
แผนงานที่ ๑๓	Financial การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง
KPI	๖๔. ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป

ตารางการวิเคราะห์ : หน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป

ผลการวิเคราะห์	หน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	จากการประเมินผลการพัฒนาบัญชีหน่วยบริการ ให้ผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไปในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ที่ผ่านมาพบว่าหน่วยบริการ โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการดำเนินการตรวจสอบการเงินและบัญชีผ่านเกณฑ์คุณภาพระดับ B ร้อยละ ๑๐๐ และมีระดับความสำเร็จในการตรวจสอบคุณภาพบัญชี โดยคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพบัญชีระดับจังหวัด และการตรวจสอบคุณภาพบัญชี โดยคณะกรรมการเขตบริการสุขภาพที่ ๘ ร้อยละ ๑๐๐ ซึ่งใช้การตรวจสอบสำหรับหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สำหรับสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประเมินคุณภาพของงานการเงินและบัญชีระดับจังหวัดเท่านั้น
GAP Analysis	๑. เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานบัญชีของหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างชั่วคราว ทำให้การประสานงานกับกลุ่มงานต่างๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลยังล่าช้า และเจ้าหน้าที่มีการปรับเปลี่ยน ย้าย ลาออก และอยู่ระหว่างรอเรียกตัวเพื่อรับการบรรจุเป็นข้าราชการในส่วนราชการอื่น ทำให้การปฏิบัติงานทางด้านบัญชีไม่ต่อเนื่อง และขาดความเข้าใจในกรอบการบันทึกบัญชีอย่างถ่องแท้ วิชาชีพบัญชีต้องอาศัยการสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ การเปลี่ยนแปลง ผู้ปฏิบัติหน้าที่จึงเป็นปัญหาสำคัญและควบคุมได้ยาก ๒. ขาดการควบคุม กำกับ ติดตาม ข้อมูลทางบัญชี จากผู้บริหารในหน่วยบริการนั้นๆ ๓. ขาดการควบคุม ตรวจสอบ ข้อมูลทางการเงิน,รายงานและทะเบียนคุมต่างๆ ให้ถูกต้องและทันเวลาตามแผนการปฏิบัติงานที่วางไว้ ๔. นโยบายกรอบการบันทึกบัญชี สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีการเปลี่ยนแปลงและเพิ่มเติมทุกปี เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติต้องปรับตัวและเรียนรู้เพื่อทำความเข้าใจเพื่อความถูกต้องในการบันทึกบัญชี ๕. การฝึกอบรมหลักสูตรการบัญชีกระทรวงสาธารณสุข สำหรับผู้ปฏิบัติงานใหม่ กระทรวงสาธารณสุข ไม่มีหลักสูตรให้เจ้าหน้าที่ได้รับการพัฒนาแบบจริงจัง และ พัฒนาต่อยอดให้กับผู้มีประสบการณ์ให้มีศักยภาพอย่างมืออาชีพ ๖. การนำส่งงบการเงินขึ้นเว็บ (www.hfo.cfo.in.th) ของโรงพยาบาลทุกแห่ง มีความล่าช้าทำให้การตรวจสอบคุณภาพไม่ครบถ้วน และทันเวลา
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ กำหนดแนวทางการการตรวจสอบคุณภาพบัญชี ตามยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัดจากกระทรวงฯ มา กำหนดเป็นตัวชี้วัดระดับจังหวัด กลยุทธ์ที่ ๒ พัฒนาบุคลากรผู้รับผิดชอบบัญชี และสนับสนุนซึ่งการได้มาของข้อมูลสำหรับการบันทึก รายการของหน่วยบริการ ร่วมกับกลุ่มงานประกันสุขภาพ กลยุทธ์ที่ ๓ กำกับ ติดตาม และประเมินผล การดำเนินงานของหน่วยบริการ
๓. โครงการ/ กิจกรรม	โครงการพัฒนาระบบการเงินและบัญชี และตรวจสอบคุณภาพบัญชีหน่วยบริการ ๒๕๖๑

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๕

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย			
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
พัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

Goal Setting ที่ ๕	Governance & Quality Organization พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ
แผนงานที่ ๑๔	HR การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ
KPI	๖๕. ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด ๖๖. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้

ตารางการวิเคราะห์ : การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ

ผลการวิเคราะห์	HR
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ ยังคงเป็นปัญหาสำคัญในระดับภูมิภาคของประเทศ ส่งผลต่อการบริการประชาชนที่ไม่ครอบคลุม ในขณะที่ประเทศกำลังปฏิรูประบบบริการสุขภาพ มีการกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศในระยะ ๒๐ ปีข้างหน้า มุ่งเน้นให้ประชาชนไทยมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน ดังนั้นการพัฒนาบุคลากรจึงมีความสำคัญและจำเป็นตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐได้กำหนดให้ส่วนราชการต้องดำเนินการตามแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อให้มีขีดสมรรถนะที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติงานให้บรรลุตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย ๑. จัดทำแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล ให้สอดคล้องกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ขององค์กร โดยวางแผนบริหารอัตรากำลังให้ครอบคลุมกิจกรรมดังนี้ การวางแผนอัตรากำลัง พัฒนาและเพิ่มขีดสมรรถนะบุคลากร บริหารบุคลากรที่มีทักษะหรือสมรรถนะสูงในสายงานหลัก การจัดระบบฐานข้อมูลด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศซึ่ง จังหวัดหนองคายได้ดำเนินการจัดทำข้อมูลในระบบ http://hrops.moph.go.th ให้ครบถ้วน ถูกต้อง และทันเวลา ในทุกประเภทของกลุ่มบุคลากร ๒. การพัฒนาบุคลากร ซึ่งเป็นกระบวนการบริหารงานบุคคลที่ต้องปฏิบัติอยู่ตลอดเวลาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพให้กับบุคลากร ตลอดจนทำให้บุคลากรมีความเติบโตก้าวหน้าและทันต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งการพัฒนาบุคลากรสามารถดำเนินการได้ ๒ รูปแบบ คือ แบบที่เป็นทางการ เช่น การบรรยาย การฝึกอบรม เป็นต้น และแบบที่ไม่เป็นทางการ เช่น การสอนงาน การเป็นพี่เลี้ยง การสอนแนะ (Coaching) และการสอนงานอย่างใกล้ชิด บุคลากร หมายถึงบุคลากร ๕ กลุ่ม ดังนี้ ๑. บุคลากรวิชาชีพ (Health professionals) มี ๖ สายงาน ได้แก่ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล วิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และ นักวิชาการสาธารณสุข ๒. บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health professionals) ได้แก่ ๒.๑ บุคลากรซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ ๗ สายงาน ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักฟิสิกส์รังสี และนักการแพทย์แผนไทย ๒.๒ บุคลากรอื่น มี ๗ สายงาน ได้แก่ นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักกายอุปกรณ์ นักวิชาการอาหารและยา ๓. บุคลากรสนับสนุน (Associates Health personal) ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ และเจ้าหน้าที่งานรังสีการแพทย์ ๔. บุคลากรสายสนับสนุน (Back office) ประกอบด้วย ชุกรการ การเงิน พัสดุ นิติกรฯ ๕. บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น โดย มีการกำหนด

ผลการวิเคราะห์	HR
	เป้าหมายการพัฒนาบุคลากรรายกลุ่มเฉลี่ย ร้อยละ ๘๕ จังหวัดหนองคายได้ดำเนินการ พัฒนาบุคลากรตามเป้าหมายครอบคลุม ๕ กลุ่ม ร้อยละ ๙๖.๘๑
	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ได้กำหนดยุทธศาสตร์ในการพัฒนาองค์กรเพื่อให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ “เป็นองค์กรที่มีระบบบริหารจัดการที่มีคุณภาพ ระบบบริการสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภคที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อคนหนองคายสุขภาพดี” และได้กำหนดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายระดับองค์กรโดยมีเป้าหมายให้บุคลากรเกิดความรัก ความสามัคคีในองค์กรเพื่อให้องค์กรบรรลุถึงพันธกิจที่ตั้งไว้พร้อมๆกับได้มีการพัฒนาบุคลากรในองค์กรให้มีขวัญและกำลังใจที่ดี เพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานอย่างตรงประเด็น ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรในหน่วยงานเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุตามเป้าหมายร่วมขององค์กร และได้กำหนดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายระดับองค์กร ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ร้อยละ ๖๐ ของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับ ๕ โดยแบ่งเป็น ๕ ระดับ ระดับที่ ๑ ชี้แจงแนวทางการวัดดัชนีความสุขของคนทำงานและการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ ระดับที่ ๒ มีการสำรวจข้อมูล ระดับที่ ๓ มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล ระดับที่ ๔ มีการทำแผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน ระดับที่ ๕ มีการใช้แผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน จากการได้ดำเนินการสำรวจดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) พบว่า ผลของการใช้แบบประเมินความสุขตนเองโดยใช้โปรแกรม Happinometer พบว่าจังหวัดหนองคาย มีค่าความสุขในแต่ละองค์ประกอบอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยที่สะท้อนว่าบุคลากร มีความสุขค่าเฉลี่ยร้อยละ ๖๔.๗๑ ซึ่งองค์ประกอบที่มีค่าความสุขสูงที่สุด ได้แก่ จิตวิญญาณดี ร้อยละ ๗๒.๙๓ รองลงมา น้ำใจดี ร้อยละ ๗๐.๗๖ ครอบครัวดี ร้อยละ ๖๙.๐๓ ใฝ่รู้ดี ร้อยละ ๖๖.๒๑ สังคมดีร้อยละ ๖๕.๕๗ สุขภาพกายดี ร้อยละ ๖๕.๓๒ การงานดีร้อยละ ๖๓.๕๑ ผ่อนคลายดี ร้อยละ ๕๘.๔๓ องค์ประกอบที่มีค่าความสุขน้อยที่สุด ได้แก่ สุขภาพเงินดี ร้อยละ ๕๐.๓๙ สรุปความสำเร็จในการดำเนินงานตาม Small Success ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ พบว่า หน่วยงานที่มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน(Happinometer) ตั้งแต่ระดับ ๕ ขึ้นไปร้อยละ ๑๐๐ และมีกิจกรรมต่างๆที่ จัดทำขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการ ประเด็นปัญหา หลากหลายโครงการ ซึ่งได้ดำเนินการตามกิจกรรม ดังนี้ - ผู้รับผิดชอบงานทำหนังสือชี้แจงหน่วยงานในสังกัดตัวชี้วัดและแนวทางการดำเนินงานเพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ ในการดำเนินงานส่งเสริมความสุขของบุคลากรในองค์กร - นำข้อมูลที่ได้จากแบบสำรวจคุณภาพชีวิต ความสุข และความผูกพันในองค์กรของคนทำงานในประเทศไทย (Happinometer) มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล - ส่งสรุปผลการทำแบบสำรวจคุณภาพชีวิต ความสุขและความผูกพันในองค์กรของคนทำงานในประเทศไทย Happinometer ของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ให้หน่วยงานในสังกัดทุกแห่งเพื่อใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานส่งเสริมความสุขของบุคลากรในองค์กร - ส่งบุคลากรไปอบรมพัฒนาเพื่อให้เป็นนักสร้างสุข (Chief Employee Experience Officer : CEO) รุ่นที่ ๑ ของหน่วยงาน ประกอบด้วย รพ.หนองคาย ๔ คน รพ.ท่าบ่อ ๔ คน สสจ.หนองคาย ๔ คน

ผลการวิเคราะห์	HR
	- นิเทศติดตามตามกำหนดการประเมินผลงานสาธารณสุขระดับอำเภอ รอบที่ ๑/๒๕๖๑ ระหว่างวันที่ ๑๒-๑๖ มีนาคม ๒๕๖๑ ๑. กิจกรรม Happy Money - แต่งตั้งคณะกรรมการแผนสร้างเสริมสุขภาพทางการเงิน โดยมี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคายเป็นประธาน และจัดกิจกรรม kickoff Happy Money clinic Day ในวันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุมสวัสดิ์ สัมพาหะ ชั้น ๒ - จัดทำช่องทางสื่อสาร ในการให้คำปรึกษาบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ด้านสุขภาพทางการเงินทางไลน์กรุป ซึ่งในกลุ่มจะมีเจ้าหน้าที่ ของธนาคารไทยพาณิชย์รวมกลุ่มด้วย และเข้ามาให้คำแนะนำตลอดเวลาเมื่อเกิดคำถาม - มีทีมงานจากธนาคารออมสินมาให้ข้อมูลและประชาสัมพันธ์เรื่องการบริหารเงินและการชำระหนี้ในกลุ่มลูกหนี้เดิม ในวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๑ - ทีมงานจากธนาคารกรุงไทย ได้มีการประชาสัมพันธ์ และให้ข้อมูลเรื่องการบริหารทางการเงินแก่บุคลากรในสังกัด ๒. กิจกรรม Happy Heart - จัดกิจกรรมสร้างเสริมความสุข ในกลุ่มข้าราชการบรรจุใหม่ เพื่อให้เกิดความรัก ความผูกพันองค์กร สร้างขวัญและกำลังใจในแก่บุคลากรสาธารณสุขที่ประจำการใหม่ กลุ่มข้าราชการใหม่ หลักสูตรข้าราชการที่ดี ระหว่างวันที่ ๑๘-๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๐ ณ ห้องประชุมรวมน้ำใจ ๕๐ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย กลุ่มบุคลากรจบใหม่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ระหว่างวันที่ ๒๑-๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุมรวมน้ำใจ ๕๐ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย และ ห้องประชุมพระปทุมเทวาภิบาล โรงพยาบาลหนองคาย จำนวน ๗๒ คน รวมทั้งจัดกิจกรรมทัศนศึกษา พัฒนาจิต ศึกษาระยะในการทำงาน ณ วัดป่าแก้งใหม่ อ.สังคม และวัดเทศรี อ.ศรีเชียงใหม่ จ.หนองคาย - กิจกรรมการอบรมโครงการพัฒนาพฤติกรรมองค์กรสู่ความสำเร็จ “พัฒนาคคน พัฒนางาน พัฒนาความสุข” (Organization Development : OD) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ระหว่าง วันที่ ๒๑-๒๓ มีนาคม ๒๕๖๑ ณ บ้านสวนอ่าวไข่ รีสอร์ท อ.แก่งจ.ระยอง มีบุคลากรจังหวัดหนองคายเข้าร่วมอบรม จำนวน ๘๒ คน @ หนองคาย Team Work ประกอบด้วกิจกรรม workshop พลังสุข พลังกลุ่ม กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ สร้าง “องค์กรแห่งความสุข” เช่น ร่วมกันเก็บขยะริมชายหาดในตอนเช้า ๓. กิจกรรม Happy Body - จัดกิจกรรมกีฬาภายใน สำนักงานจังหวัดหนองคาย โดยแบ่งเป็น ๒ สี จัดขึ้นในวันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๐ เพื่อสร้างขวัญกำลังใจ และส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายแก่บุคลากร - กิจกรรมการเดินร่ำตามวัฒนธรรมลุ่มน้ำโขง สร้างค่านิยมการสามัคคี และเป็นการผ่อนคลายแก่บุคลากรสาธารณสุข ด้วยเพลง NKMOHP ประพันธ์คำร้อง โดย อ.บัน ยีรัมย์ และเพลงต่างอย - หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย จัดทำแผนงาน /โครงการเสนอผู้บังคับบัญชา และดำเนินการตามกิจกรรมจำนวน - ออกกำลังกาย หลังเลิกงานในหน่วยงานในพื้นที่ - กิจกรรมตรวจสุขภาพ หาค่าBMI ออกกำลังกาย ลดน้ำหนัก ๔. กิจกรรม Happy Society กิจกรรมการอวยพรวันเกิด แก่บุคลากรในหน่วยงาน ผ่านทางช่องทางไลน์กลุ่มสำนักงาน

ผลการวิเคราะห์	HR
	สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย/กิจกรรมทานอาหารกลางวันร่วมกันในองค์กร/กิจกรรมทำบุญโรงทาน ๕. กิจกรรม Happy Brian : พัฒนาศักยภาพบุคลากรในหน่วยงาน /อบรมสัมมนา พัฒนางาน RbR จัดประชุมใหญ่ทางวิชาการสาธารณสุข ประกวดผลงานวิชาการ ประชุมใหญ่ทางวิชาการสาธารณสุข จังหวัดหนองคาย ประจำปี ๒๕๖๑ ในวันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๖๑ ณ โรงแรมหนองคายชาวิลล่า จังหวัดหนองคาย กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย ผู้บริหาร นักวิจัย และผู้สนใจ จำนวน ๑๐๐ คน
GAP Analysis	<u>พัฒนากำลังคนสู่ความเป็นมืออาชีพ</u> ๑. เนื่องจากห้วงเวลานี้เป็นช่วงที่มีการจัดทำโครงสร้างและกรอบอัตรากำลัง ทำให้ผู้รับผิดชอบในการสรุปผลการดำเนินงานที่ต้องดำเนินการบันทึกในระบบดำเนินการล่าช้า ๒. การเชื่อมประสานการพัฒนาบุคลากรกับคณะทำงาน Service Plan ๓. งบประมาณได้รับการสนับสนุนบางสายงานและสายงานที่ได้รับการสนับสนุนบางหลักสูตรก็สอบไม่ผ่านทำให้การเบิกจ่ายล่าช้า <u>Happy MOPH</u> ๑. โครงการสร้างเสริมสุขภาพทางการเงิน (Happy Money Program) จัดกิจกรรมมายังไม่ตรงกับปัญหาที่แท้จริงของบุคลากร ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขมีปัญหาเรื่องหนี้สินทรนอมทรัพย์เป็นส่วนมาก
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ การบริหารจัดการข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ กลยุทธ์ที่ ๒ พัฒนาศักยภาพกำลังคนสู่ความเป็นมืออาชีพ กลยุทธ์ที่ ๓ เสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร การจัดการความรู้และนวัตกรรม ความยั่งยืนในระบบบริหารจัดการ
๓. โครงการ/กิจกรรม	โครงการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพจังหวัดหนองคายเพื่อระบบสุขภาพที่ยั่งยืน โครงการ Happy MOPH จังหวัดหนองคาย

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ) พัฒนากำลังคนด้าน สุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ	ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	๘๐	๗๔	๘๒.๒๘	๙๖.๘๑	๙๐	๙๕	๑๐๐
	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับ ๕ (เป้าหมายปี ๒๕๖๑ ตั้งแต่ระดับ ๔)	-	-	๙๘.๙๑	๑๐๐	๗๐	๘๐	๙๐

Goal Setting ที่ ๕	Governance & Quality Organization พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ
แผนงานที่ ๑๔	HR การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ
KPI	๖๗. ร้อยละของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์ ๖๘. จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ

ตารางการวิเคราะห์ : การพัฒนางานวิจัย R๒R ด้านสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์	งานวิจัย R๒R ด้านสุขภาพ						
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	ในปี ๒๕๖๑ จังหวัดหนองคาย ได้วางแผนการดำเนินงานของหน่วยงาน เพื่อให้มีผลงานวิจัย/R๒R หรือนวัตกรรมที่ได้ดำเนินการศึกษาวิจัย และนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์เพื่อแก้ไขปัญหาในหน่วยงาน ดังนี้ ๑. ทบทวน/แต่งตั้งคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดหนองคาย และจัดทำแผนปฏิบัติงานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ๒. ประชุมคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดหนองคาย ๓. ได้จัดกิจกรรมการประกวดการนำเสนอผลงาน ในการประชุมใหญ่ทางวิชาการสาธารณสุข จังหวัดหนองคาย ประจำปี ๒๕๖๑ ภายใต้โครงการพัฒนาพัฒนางานวิจัยและวิชาการจังหวัดหนองคาย ประจำปี ๒๕๖๑ เพื่อพัฒนา กระตุ้น และสนับสนุนให้นักวิจัยได้พัฒนางานผลงานวิชาการด้านสุขภาพ ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญในการพัฒนางานทั้งด้านบริการ และด้านวิชาการ สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้จริง ในวันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๖๑ ณ โรงแรมหนองคายธาวิลล่า จังหวัดหนองคาย มีผู้สนใจเข้าร่วมประชุม จำนวน ๑๔๐ คน มีผู้ส่งผลงานวิชาการร่วมนำเสนอ จำนวน ๔๖ เรื่อง ประกอบด้วย <table border="0"> <tr> <td>กลุ่ม วิจัยทางคลินิก (Clinic)</td><td>จำนวน ๘ เรื่อง</td></tr> <tr> <td>กลุ่ม นวัตกรรมและสิ่งประดิษฐ์ (Innovation)</td><td>จำนวน ๑๐ เรื่อง</td></tr> <tr> <td>กลุ่ม Routine To Research (R๒R)</td><td>จำนวน ๒๘ เรื่อง</td></tr> </table>	กลุ่ม วิจัยทางคลินิก (Clinic)	จำนวน ๘ เรื่อง	กลุ่ม นวัตกรรมและสิ่งประดิษฐ์ (Innovation)	จำนวน ๑๐ เรื่อง	กลุ่ม Routine To Research (R๒R)	จำนวน ๒๘ เรื่อง
กลุ่ม วิจัยทางคลินิก (Clinic)	จำนวน ๘ เรื่อง						
กลุ่ม นวัตกรรมและสิ่งประดิษฐ์ (Innovation)	จำนวน ๑๐ เรื่อง						
กลุ่ม Routine To Research (R๒R)	จำนวน ๒๘ เรื่อง						
GAP Analysis	๑. ระบบฐานข้อมูลงานวิจัย /R๒R/นวัตกรรม อยู่ในระยะกำลังพัฒนาให้เป็นระบบเพื่อสามารถสืบค้นเป็นแหล่งเผยแพร่องค์ความรู้ที่มีในจังหวัด สามารถขยายผลเพื่อเกิดการนำไปใช้ประโยชน์ในพื้นที่อื่นๆได้ ๒. บุคลากรบางส่วนยังไม่เข้าใจในระบบ แนวทางการขอเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์						
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาระบบงานวิจัยและการนำไปใช้ประโยชน์ กลยุทธ์ที่ ๒ สร้างและพัฒนาระบบข้อมูลและการจัดเก็บ						
โครงการ/ กิจกรรม	โครงการพัฒนางานวิชาการวิจัยพัฒนางานสาธารณสุข						

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
เป็นหน่วยงานที่ผลิต องค์ความรู้ วิจัย/R๒R ด้านสุขภาพ/นวัตกรรม และเทคโนโลยี เพื่อ สนองตอบ การพัฒนาระบบการแพทย์ และสาธารณสุขของ ประเทศที่สามารถนำไปใช้ ประโยชน์ได้	ร้อยละของมีผลงานวิจัย R๒R ด้านสุขภาพให้ หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ ประโยชน์	NA	NA	๔๕ (เป้าหมาย ๑๑ เรื่อง ผลงาน ๕ เรื่อง)	๙๖.๓๐	๓๐	๓๕	๔๐
	ร้อยละของจำนวน นวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพ หรือ พัฒนาต่อยอดการ ให้บริการด้านสุขภาพ	NA	NA	NA	๓๗.๓๑ (๑๑ เรื่อง)	๑๕	๒๐	๒๕

Goal Setting ที่ ๕	Governance & Quality Organization พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ
แผนงานที่ ๑๕	ITA การประเมินคุณธรรม ความโปร่งใสและการบริหารความเสี่ยง
KPI	๖๙. ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA : Integrity and Transparency Assessment)

ตารางการวิเคราะห์ : การประเมินคุณธรรม ความโปร่งใสและการบริหารความเสี่ยง

ผลการวิเคราะห์	ITA
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	ผลการประเมินการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ได้ประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยงาน จำนวน ๑๙ แห่ง ผ่านเกณฑ์การประเมินครบทุกแห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ โดยประเมินสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้งหมด จำนวน ๙ แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๙ แห่ง และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย จำนวน ๑ แห่ง
GAP Analysis	หน่วยงานผ่านเกณฑ์ ๑๙ แห่ง
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ การดำเนินการเพื่อส่งเสริมคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงานตามภารกิจหลัก กลยุทธ์ที่ ๒ การดำเนินการเพื่อส่งเสริมคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงาน กลยุทธ์ที่ ๓ สนับสนุน ยกย่องและเชิดชูบุคคลและหน่วยงาน
๓. โครงการ/กิจกรรม	โครงการส่งเสริมการให้ความรู้ด้านการป้องกันและปราบปรามการทุจริตตามยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริต

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
หน่วยงานผ่านเกณฑ์ระดับ ๕ (ร้อยละ ๙๐)	สสจ./รพท./รพช./สสอ.ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (เฉพาะในส่วนของหลักฐานเชิงประจักษ์) ในระดับ ๕ (ร้อยละ ๙๐) ขึ้นไป	-	-	๑๙ (๑๐๐%)	๑๙ (๑๐๐%)	๑๙ (๑๐๐%)	๑๙ (๑๐๐%)	๑๙ (๑๐๐%)

Goal Setting ที่ ๕	Governance & Quality Organization พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ
แผนงานที่ ๑๕	ITA การประเมินคุณธรรม ความโปร่งใสและการบริหารความเสี่ยง
KPI	๗๐. ร้อยละการจัดซื้อของยา เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม

ตารางการวิเคราะห์ : การจัดซื้อของยา เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม

ผลการวิเคราะห์	การจัดซื้อรวม
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	มูลค่าการจัดซื้อรวมเวชภัณฑ์ของหน่วยงาน เป้าหมาย มูลค่าการจัดซื้อรวมมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๒๐ ของมูลค่าการจัดซื้อทั้งหมด สรุปข้อมูลการจัดซื้อของโรงพยาบาลในจังหวัดหนองคาย ณ ไตรมาส ๓ ปี ๒๕๖๑ (ข้อมูลจากระบบรายงานของสำนักบริหารการสาธารณสุข) ร้อยละมูลค่าการจัดซื้อรวมยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ในภาพรวมจังหวัดหนองคายคิดเป็นร้อยละ ๓๙.๑๔ จำแนกตามประเภทเวชภัณฑ์ เป็นดังนี้ - มูลค่าการจัดซื้อรวมยา คิดเป็นร้อยละ ๔๘.๓๙ - มูลค่าการจัดซื้อรวมวัสดุการแพทย์ทั่วไป คิดเป็นร้อยละ ๒๔.๘๓ - มูลค่าการจัดซื้อรวมวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ คิดเป็นร้อยละ ๓๗.๗๑ - มูลค่าการจัดซื้อรวมวัสดุทันตกรรม คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๑๕ - มูลค่าการจัดซื้อรวมวัสดุ X-ray คิดเป็นร้อยละ ๘๖.๓๕
GAP Analysis	การรายงานข้อมูลมูลค่าการจัดซื้อยังคงมีความล่าช้า และยังคงมีความคลาดเคลื่อนของข้อมูล
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ การดำเนินการซื้อรวมยาระดับเขตสุขภาพที่ ๘ และระดับจังหวัดหนองคาย กลยุทธ์ที่ ๒ การต่อรองราคาเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาร่วม ระดับเขตสุขภาพที่ ๘
๓. โครงการ/ กิจกรรม	โครงการพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
๕. Governance & Quality Organization	ร้อยละของการจัดซื้อรวมของยา เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม	๓๕.๒๔	๔๐.๒๒	๔๐.๕๒	๓๙.๑๔	๒๕	๓๐	๓๐
						- (กระทรวงสาธารณสุข ดัดตัวชี้วัดเนื่องจากแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข)		

Goal Setting ที่ ๕	Governance & Quality Organization พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ
แผนงานที่ ๑๕	ITA การประเมินคุณธรรม ความโปร่งใสและการบริหารความเสี่ยง
KPI	๗๑. ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน

ตารางการวิเคราะห์ : ระบบการควบคุมภายใน

ผลการวิเคราะห์	การควบคุมภายใน
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	การดำเนินงานด้านการควบคุมภายใน ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ได้จัดทำทุกหน่วยงานในสังกัดจัดวางระบบควบคุมภายใน เพื่อให้หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน ตามมาตรฐานสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน ตามตัวชี้วัดที่กำหนด โดยให้ดำเนินการปรับปรุงคำสั่ง คณะกรรมการจัดวางระบบควบคุมภายในและติดตามประเมินผลในทุกหน่วยรับตรวจ จัดทำผังโครงสร้างหน่วยงาน/คำสั่งการมอบหมายภารกิจงาน/ขั้นตอนการปฏิบัติงาน ประเมินวิเคราะห์ความเสี่ยง กระบวนการ/องค์ประกอบการควบคุมภายใน/แบบสอบถามการควบคุมภายใน ครอบคลุมทุกกระบวนการ เพื่อจัดทำรายงานการควบคุมภายใน ตั้งแต่ระดับส่วนงานย่อย จนถึงการรวบรวมและจัดทำรายงานในระดับหน่วยรับตรวจ การแจ้งเวียนให้รับทราบขั้นตอนการปฏิบัติงาน รวมถึงแผนการปรับปรุงการควบคุมภายใน เพื่อจัดการความเสี่ยง จัดทำแผนการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในและสรุปรายงานผลดังกล่าวจากการประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง ในปี ๒๕๖๑ ที่ผ่านมามีพบว่าหน่วยงานสาธารณสุขระดับหน่วยรับตรวจ จำนวน ๑๘ หน่วย มีระบบการควบคุมภายในที่ได้มาตรฐานตามที่สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินกำหนด ผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน ๑๕ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๘๓.๓๓ ซึ่งในการประเมินผลการดำเนินงานระบบควบคุมภายในตามเกณฑ์ ยังพบสาเหตุที่เป็นปัญหาในการดำเนินงาน ที่ต้องได้รับการปรับปรุงและพัฒนาต่อไป
GAP Analysis	๑. บุคลากรทุกระดับและผู้รับผิดชอบงานส่วนงานย่อยและหน่วยรับตรวจ ยังมีความรู้ความเข้าใจ และรับทราบแนวทางการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยงยังไม่เพียงพอและครอบคลุม ๒. การจัดวางระบบควบคุมภายใน ทั้งในระดับหน่วยรับตรวจและส่วนงานย่อย ตามโครงสร้างงานยังไม่ครอบคลุมทุกส่วนงานย่อย ตามมาตรฐานการควบคุมภายในของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน ๓. การจัดทำและส่งรายงานการควบคุมภายใน ยังไม่ถูกต้องครบถ้วนและครอบคลุม ส่วนงานย่อยของหน่วยรับตรวจบางแห่ง ๔. การนำนโยบายการควบคุมภายในไปสู่การปฏิบัติ การแจ้งเวียนให้รับทราบขั้นตอนการปฏิบัติงาน รวมถึงแผนการปรับปรุงเพื่อจัดการความเสี่ยง แผนการกำกับติดตามประเมินผล และการรายงานผลระบบการควบคุมภายใน ยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ กำหนดแนวทางการควบคุมภายใน ตามยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัดจากกระทรวงฯ มากำหนดเป็นตัวชี้วัดระดับจังหวัด กลยุทธ์ที่ ๒ ส่งเสริมสนับสนุนให้หน่วยงานจัดวางระบบควบคุมภายใน ตามมาตรฐานของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน กลยุทธ์ที่ ๓ ควบคุม กำกับ ติดตามและการประเมินผลการดำเนินงาน ในหน่วยรับตรวจและส่วนงานย่อย
๓. โครงการ/ กิจกรรม	โครงการพัฒนาระบบการควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยงหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ จังหวัดหนองคาย

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ	ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน	-	-	๗๓.๖๘	๘๓.๓๓	๘๕	๙๕	๑๐๐

Goal Setting ที่ ๕	Governance & Quality Organization พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ
แผนงานที่ ๑๖	องค์กรคุณภาพ (Quality Organization) PMQA
KPI	๗๒. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐสู่เกณฑ์คุณภาพ PMQA

ตารางการวิเคราะห์ : การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐสู่เกณฑ์คุณภาพ PMQA

ผลการวิเคราะห์	PMQA
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้เชิญผู้บริหารและทีมแกนนำด้านการพัฒนาองค์กรของหน่วยงานส่วนภูมิภาคในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข เข้าประชุมเชิงปฏิบัติการเชิงปฏิบัติการ โครงการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของหน่วยงานส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี งบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐ ครั้งที่ ๑ ระหว่าง วันที่ ๘-๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ ณ โรงแรมเซ็นทาราศูนย์ราชการและคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ ศูนย์ประชุมวายุภักษ์ กรุงเทพมหานคร เพื่อให้การดำเนินการพัฒนาองค์กรของหน่วยงานส่วนกลางและส่วนภูมิภาคในสังกัด เป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีประสิทธิภาพ บรรลุเป้าหมายที่กำหนด จึงได้ดำเนินการ ดังนี้ ๑) คำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายที่ ๓๓/๒๕๖๐ ลงวันที่ ๓ มีนาคม ๒๕๖๐ เรื่อง “แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย” ๒) ประกาศสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เรื่อง นโยบายการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ณ วันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๐ ๓) ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย จำนวน ๔ ครั้ง เพื่อพิจารณาหลักเกณฑ์ตาม ก.พ.ร. กำหนด ดังนี้ ๓.๑) พิจารณาร่วมกันประเมินตนเองตามแบบฟอร์มที่ ๓ Self-Assessment Questionnaire กระบวนการหมวด ๑-๖ ใช้ภาพรวมซึ่งมีพื้นฐานจากผลการดำเนินการโดยรวม ภายใต้ปัจจัยทั้ง ๔ ด้านของกระบวนการ (ADLI) ได้ดำเนินการประเมินตนเองหมวด ๑-๖ จากผลที่ได้ดำเนินการร่วมกันประเมินตนเองตามแบบฟอร์มที่ ๓ Self-Assessment Questionnaire กระบวนการหมวด ๑-๖ ใช้ภาพรวมซึ่งมีพื้นฐานจากผลการดำเนินการโดยรวม ภายใต้ปัจจัยทั้ง ๔ ด้านของกระบวนการ (ADLI) ได้ดำเนินการประเมินตนเองหมวด ๑-๖ ปรากฏผล ดังนี้ หมวด ๑ การนำองค์กร ค่าคะแนนที่ได้ ๔.๐๐ หมวด ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ ค่าคะแนนที่ได้ ๓.๙๓ หมวด ๓ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ค่าคะแนนที่ได้ ๒.๙๐ หมวด ๔ การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ ค่าคะแนนที่ได้ ๓.๘๕ หมวด ๕ การมุ่งเน้นบุคลากร ค่าคะแนนที่ได้ ๒.๓๘ หมวด ๖ การมุ่งเน้นระบบการปฏิบัติการ ค่าคะแนนที่ได้ ๓.๓๐ ๓.๒) ผลการดำเนินงานหมวด ๗ โดยคำนึงถึงปัจจัยทั้ง ๔ ด้านของผลลัพธ์ (LeTCl) หมวด ๗.๑ ผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพ และบรรลุพันธกิจ ค่าคะแนนที่ได้ ๗๕.๑๓ หมวด ๗.๒ ผลลัพธ์ด้านการให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ค่าคะแนนที่ได้ ๓๓.๐๘ หมวด ๗.๓ ผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นบุคลากร ค่าคะแนนที่ได้ ๕๘.๒๔

ผลการวิเคราะห์	PMQA
	หมวด ๗.๔ ผลลัพธ์ด้านการนำองค์กรและการกำกับดูแล ค่าคะแนนที่ได้ ๗๙.๐๐ หมวด ๗.๕ ผลลัพธ์ด้านงบประมาณ การเงิน และการเติบโต ค่าคะแนนที่ได้ ๕๗.๕๐ หมวด ๗.๖ ผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลของกระบวนการปฏิบัติการ ค่าคะแนนที่ได้ ๗๙.๘๘ ๓.๓) จัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ประจำปี ๒๕๖๐ ได้แก่ หมวด ๑ การนำองค์กร และ หมวด ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ ประจำปี ๒๕๖๑ ได้แก่ หมวด ๑ การนำองค์กร, หมวด ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด ๔ การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้ หมวด ๕ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล ๔) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้สมัครรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ อย่างน้อย ๒ หมวด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย นำเสนอผลงาน Best Practice หมวด ๑ และหมวด ๒ และเขียนรายงาน Application Report หมวด ๑ โดยได้นำเสนอผลงาน ระหว่าง วันที่ ๒๓-๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๐ ณ โรงแรมทีเค พาเลซแอนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ ทั้งนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ได้นำเสนอผลงานเด่น หมวด ๑ การนำองค์กร หมวด ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ และได้รับเกียรติบัตรในการนำ PMQA มาใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาหน่วยงาน ในระดับอำเภอ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ๙ แห่ง ได้เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) โดยดำเนินการใน ๒ หมวด คือ หมวด ๑ และหมวด ๕ ผลการดำเนินงานพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดหนองคาย อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ ตามมาตรฐาน PMQA จำนวน ๙ อำเภอ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐
GAP Analysis	บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ ยังไม่เป็นทิศทางเดียวกัน และยังขาดความเชี่ยวชาญด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคล (หมวด ๕) การมุ่งเน้นผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (หมวด ๓) และการจัดการกระบวนการ (หมวด ๖) เพื่อนำความรู้ และทักษะมาพัฒนากระบวนการตามเกณฑ์คุณภาพ PMQA
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาระบบการบริหารจัดการตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) กลยุทธ์ที่ ๒ ส่งเสริมสนับสนุนหน่วยงานในสังกัดดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ กลยุทธ์ที่ ๓ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานของส่วนราชการในสังกัด
๓. โครงการ/กิจกรรม	โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
หน่วยงานผ่านเกณฑ์ คุณภาพการบริหาร จัดการภาครัฐ (PMQA)	ระดับความสำเร็จการบริหารจัดการ ภาครัฐสู่เกณฑ์คุณภาพ PMQA	ผ่าน เกณฑ์ PMQA ระดับพื้นฐาน (FL: Fundamental Level)	ผ่าน เกณฑ์ PMQA ระดับพื้นฐาน (FL: Fundamental Level)	ผ่าน เกณฑ์ PMQA ระดับพื้นฐาน (FL: Fundamental Level)	ผ่าน เกณฑ์ คุณภาพระดับก้าวหน้า PL (Progressive Level) หมวด ๑-๒	ผ่านเกณฑ์ คุณภาพระดับก้าวหน้า PL (Progressive Level) หมวด ๔-๕	ผ่านเกณฑ์ คุณภาพระดับก้าวหน้า PL (Progressive Level) หมวด ๓-๖	ผ่านเกณฑ์ คุณภาพระดับก้าวหน้า PL (Progressive Level) หมวด ๑-๖
	ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์การบริหารจัดการภาครัฐสู่เกณฑ์ คุณภาพ PMQA	-	-	-	๑๐๐ (๙ อำเภอ)	๑๐๐ (๙ อำเภอ)	๑๐๐ (๙ อำเภอ)	๑๐๐ (๙ อำเภอ)

Goal Setting ที่ ๕	Governance & Quality Organization พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ
แผนงานที่ ๑๖	องค์กรคุณภาพ (Quality Organization) PMQA
KPI	๗๓. ร้อยละโรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้น ๓

ตารางการวิเคราะห์ : โรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้น ๓

ผลการวิเคราะห์	HA
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	ในปี ๒๕๖๑ โรงพยาบาลที่มีการพัฒนาคุณภาพตามกระบวนการ HA ผ่านการรับรอง HA ขึ้น ๓ รวม ๕ แห่ง จาก ๘ แห่ง (๖๒.๕%) คือ รพท.หนองคาย โรงพยาบาลทั่วไป S ผ่าน Re-acc ๒ รพร.ท่าบ่อ โรงพยาบาลชุมชน M๒ ผ่าน Re-acc ๔ รพช.โพนพิสัย โรงพยาบาลชุมชน F๑ ผ่าน Re-acc ๑ รพช.สังคม โรงพยาบาลชุมชน F๒ ผ่าน HA๓ รพช.สระใคร โรงพยาบาลชุมชน F๓ ผ่าน Re-acc ๑ โรงพยาบาลที่มีการพัฒนาคุณภาพตามกระบวนการ HA ยังไม่ผ่านการรับรอง HA ขึ้น ๓ รวม ๓ แห่ง รพช.เผ่าไร่ โรงพยาบาลชุมชน F๓ ผ่านการรับรอง HA๑ รพช.ศรีเชียงใหม่ โรงพยาบาลชุมชน F๒ รพช.รัตนวาปี เริ่มเปิดรับผู้ป่วยค้างคืน ๑๒ เตียง เมื่อวันที่ ๑๒ ม.ค.๖๑ อยู่ระหว่างการพัฒนาตามกระบวนการ HA โรงพยาบาลที่มีการพัฒนาคุณภาพตามกระบวนการ HA ในปี ๒๕๖๒ คือ รพช.โพธิ์ตาก HA เป็นนโยบายผ่านเกณฑ์ กพร.และของผู้ว่าราชการหนองคาย ได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาพัฒนาคุณภาพระดับจังหวัด (Quality Realization Team : QRT) และมีแผนพัฒนาคุณภาพตามกระบวนการ HA
GAP Analysis	โรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์จะเป็นโรงพยาบาลที่เปิดใหม่ที่เริ่มเปิด IPD ปี ๒๕๖๑ ซึ่งติดปัญหาที่โครงสร้าง งบประมาณ และปัญหาด้านการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังมีวิกฤติทางการเงินระดับ ๗
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ จัดให้มีกลไกการสนับสนุนคุณภาพโรงพยาบาลในระดับจังหวัด กลยุทธ์ที่ ๒ ให้มีแผนด้านคุณภาพโรงพยาบาลในระดับจังหวัด หน่วยบริการและเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายคุณภาพ กลยุทธ์ที่ ๓ ให้หน่วยงานหลักระดับจังหวัดเป็นกลไกหลักในการวางแผน สนับสนุน ขับเคลื่อน การดำเนินงานคุณภาพใน รพ.ทุกระดับ
โครงการ/กิจกรรม	โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ (HA)

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
Governance & Quality Organization การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓	๘๓.๓๓ (๖/๕)	๘๓.๓๓ (๖/๕)	๗๕ (๘/๖)	๖๒.๕ (๘/๕)			
	- ร้อยละ ๑๐๐ รพท.			๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
	- ร้อยละ ๑๐๐ ใน รพช.			๘๕.๗๑	๕๗.๑๔	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

Goal Setting ที่ ๕	Governance & Quality Organization พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ
แผนงานที่ ๑๖	องค์กรคุณภาพ (Quality Organization) PMQA
KPI	๗๔. ร้อยละ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม

ตารางการวิเคราะห์ : รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม

ผลการวิเคราะห์	รพ.สต.ติดตาม
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	รพ.สต.ติดตาม หน่วยปฐมภูมิที่ได้รับการพัฒนาจำนวน ๘๕ แห่ง โดยมี PCU รพ. ๙ แห่ง รพ.สต. ๗๔ แห่ง และ เทศบาล ๒ แห่ง โดยในปี ๒๕๖๑ รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดตาม ระดับ ๕ ดาว จำนวน ๕๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๖๓.๕๓
GAP Analysis	๑. เกณฑ์ประเมิน รพ.สต.ติดตาม - การกำหนดการให้คะแนนในเกณฑ์บางหมวด (หมวด ๔) อาจยังไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ - เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ยังไม่เข้าใจเกณฑ์และวัตถุประสงค์ของเกณฑ์ บางเกณฑ์ ๒. คณะกรรมการ/ทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัด - พี่เลี้ยงบางเกณฑ์ มีการปรับเปลี่ยนหลายครั้ง เนื่องจากมีภาระกิจงานประจำทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะในส่วนเกณฑ์ด้านวิชาชีพ - บางคนประเมินหลายเกณฑ์ ทำให้มีผลต่อคุณภาพการประเมิน ๓. คณะกรรมการ/ทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ - ขาดความต่อเนื่อง ในการออกสนับสนุน/การนิเทศติดตาม หน่วยปฐมภูมิในพื้นที่ ๔. การบริหารจัดการ/ทรัพยากร - รพ.สต.ขาดแคลนงบประมาณ ในการพัฒนาอาคารสถานที่ - รพ.สต.ขาดแคลนบุคลากร
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ การพัฒนาทักษะ ทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดและระดับอำเภอ กลยุทธ์ที่ ๒ การเยี่ยมเสริมพลัง การพัฒนาตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดตาม ครอบคลุมทุกพื้นที่
โครงการ/กิจกรรม	โครงการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตามเกณฑ์ รพ.สต. ติดตาม

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
ร้อยละ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับ ๕ ดาว	-	๙.๔๑ (๘๕/๘)	๒๗.๐๖ (๘๕/๒๓)	๕๑.๗๖ (๘๕/๔๔)	๘๐	๑๐๐	๑๐๐

Goal Setting ที่ ๕	Governance & Quality Organization พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ
แผนงานที่ ๑๖	องค์กรคุณภาพ (Quality Organization) PMQA
KPI	๗๕. ร้อยละอำเภอฟผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA

ตารางการวิเคราะห์ : คุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA

ผลการวิเคราะห์	คุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ.
สถานการณ์/ ข้อมูลทั่วไป	ผลการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายในรอบ ๑๐ เดือน ของปีงบประมาณ ๒๕๖๐ โดยรวมอยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย ๔.๓๔๐ คะแนน จากคะแนนเต็ม ๕ คะแนน) เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ ผลงานแยกรายมิติ พบว่า มิติที่มีผลงานดีเรียงตามลำดับ ดังนี้ ๑) มิติด้านคุณภาพ (๔.๗๔๕ คะแนน) เป็นมิติที่มีคะแนนสูงสุด ๒) มิติด้านประสิทธิผลตามยุทธศาสตร์ (๔.๖๔๘ คะแนน) ๓) มิติด้านพัฒนาองค์กร (๔.๕๓๓ คะแนน) ๔) มิติด้านประสิทธิภาพ (๔.๓๗๒ คะแนน) อำเภอฟผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA จำนวน ๕ อำเภอ (ระดับคะแนน ๕)
GAP Analysis	๑. หน่วยงานระดับอำเภอบางแห่งจัดทำโครงการล่าช้า ๒. การจัดทำโครงการไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนด ๓. การเบิกจ่ายงบประมาณไม่เป็นไปตามรอบ
กลยุทธ์	กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาระบบการบริหารจัดการตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) กลยุทธ์ที่ ๒ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานของส่วนราชการในสังกัด
โครงการ/กิจกรรม	โครงการบริหารยุทธศาสตร์ ปี ๒๕๖๑

การกำหนดตัวชี้วัด, Based Line, ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔

Goal	KPI	Base line				ค่าเป้าหมาย		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
หน่วยงานผ่านเกณฑ์ คุณภาพการบริหาร จัดการ (PMQA)	ร้อยละอำเภอฟผ่านเกณฑ์ คุณภาพการบริหารจัดการ คปสอ. ตามมาตรฐาน PMQA	๖๖.๖๗ (๖ อำเภอ)	๑๐๐ (๙ อำเภอ)	๕๕.๕๖ (๕ อำเภอ)	-	๗๐	๘๐	๙๐

๒.๓ เครื่องมือการวิเคราะห์ทางการบริหารประเมินสถานการณ์และสภาพแวดล้อมด้านสาธารณสุข

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ได้ดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ (รอบปี พ.ศ. ๒๕๖๒) โดยแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดหนองคาย และ คณะทำงานจัดทำแผนตามประเด็นยุทธศาสตร์ ๕ Goal Setting และมีการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข สถานการณ์ด้านสาธารณสุขที่สำคัญ สภาพแวดล้อมภายนอกและสภาพแวดล้อมภายใน และการรับฟังความคิดเห็นต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ ในระดับอำเภอครบทั้ง ๙ อำเภอ โดยมีนายอำเภอ หัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้รับบริการ ผู้นำชุมชน อสม. ผู้ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข สื่อมวลชน กลุ่ม/ชมรมและเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ได้ร่วมแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาระบบสุขภาพของจังหวัดหนองคาย จากข้อมูลดังกล่าว ได้นำมาวิเคราะห์และประเมินศักยภาพเพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพ จังหวัดหนองคาย

๑. สภาพแวดล้อมภายใน (Internal Environment)

๑.๑ จุดแข็ง (Strength)

(๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย มีศักยภาพในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ได้แก่

- ด้านมาตรฐานบริการสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชทำบ่อเป็นโรงพยาบาลชุมชนแห่งแรกในประเทศไทยที่ได้รับการรับรองมาตรฐานสถานพยาบาล JCI (Joint Commission International) เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานการบริการและความปลอดภัย และโรงพยาบาลหนองคาย(รพท.) ได้รับการรับรองมาตรฐาน HA (Hospital Accreditation)

- ด้านการรักษาพยาบาล มีระบบการรักษาพยาบาลในรูปแบบเครือข่ายเชื่อมต่อการบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และการจัดแบ่งโซน ๓ เครือข่ายบริการภายในจังหวัดและจัดระบบส่งต่อเพื่อส่งต่อผู้ป่วยภายในจังหวัด และนอกเขตบริการ สามารถให้บริการประชาชนได้ครอบคลุมทุกพื้นที่

- ประชาชนมีความพึงพอใจต่อการบริการในโรงพยาบาล ร้อยละ ๘๒

- ด้านการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรค มีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง มีความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข และระบบเฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่อ โรคติดต่ออุบัติใหม่ และการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างชายแดน

- ด้านการส่งเสริมสุขภาพ มีระบบดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัย กลุ่มแม่และเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน ผู้สูงอายุ พระภิกษุ สามเณร เพื่อการตรวจคัดกรอง ประเมินสภาวะสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ

- ด้านการฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และ รพ.สต.มีระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) ในสถานพยาบาลและในชุมชน การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ร้อยละ ๑๐๐ สามารถให้บริการได้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมาย

- ด้านบริหารจัดการองค์กร เป็นหน่วยงานที่ได้รับการรับรองการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) และผ่านการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA)

(๒) มาตรฐานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้รับการรับรองมาตรฐานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และผ่านเกณฑ์การประเมินการให้บริการ ผู้ป่วยนอกคู่ขนานระดับดี สามารถให้บริการประชาชนครอบคลุมการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมการปลูกสมุนไพรไว้ใช้ในครัวเรือน การปลูกสมุนไพรตามมาตรฐาน GAP เพื่อการผลิตยาสมุนไพร และการพัฒนาศักยภาพการนวดไทยในแหล่งท่องเที่ยวจังหวัดหนองคาย

(๓) **ด้านการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ** มีเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน ๑๐,๔๕๘ คน ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน และการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นด้านการจัดการสุขภาพ โดยมีหมู่บ้านจัดการสุขภาพและตำบลจัดการสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข

(๔) **ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ** ประชาชนมีความครอบคลุมสิทธิในระบบประกันสุขภาพร้อยละ ๙๙.๙๗ สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในสถานพยาบาลระดับตำบล อำเภอ จังหวัด

๑.๒ จุดอ่อน (weakness)

(๑) สาเหตุการป่วยการตายที่สำคัญของประชาชนจังหวัดหนองคาย พบว่า สาเหตุการป่วย ๕ อันดับแรก ได้แก่ ๑. โรคเลือดและอวัยวะสร้างเลือดและความผิดปกติบางชนิดที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกัน ๒. โรคเบาหวาน ๓. ความผิดปกติเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึมอื่นๆ

สาเหตุการตาย ๕ อันดับแรก ได้แก่ ๑. โรคเสื่อมอื่นของระบบประสาท ๒. การติดเชื้อในกระแสเลือด ๓. ปอดบวม ๔. เนื้องอกร้ายของตับ ๕. ไตวาย

(๒) อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรจังหวัดหนองคาย ในปี ๒๕๖๑ มีอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรเท่ากับ ๑:๓,๗๕๕ อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรตามเกณฑ์ข้อมูลตัวชี้วัดการพัฒนาจังหวัดของสภาพัฒน์เท่ากับ ๑: ๒,๙๘๐ ซึ่งมีจำนวนแพทย์ในการดูแลประชาชนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด และจำนวนแพทย์ทันตแพทย์ เภสัชกร ไม่เพียงพอในการให้บริการประชาชนในพื้นที่โดยใช้ข้อมูลกำลังคน ๓ สายงานหลัก ตามกรอบอัตรากำลังปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ ภาระงานของบุคลากรตามสายงานหลัก (FTE : Full Time Equivalent) ขาดแคลนแพทย์ จำนวน ๒๖ คน, ทันตแพทย์ จำนวน ๑๓ คน, เภสัชกร ๓ คน

(๓) การรับรองมาตรฐานสถานพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนได้รับการรับรองมาตรฐานคุณภาพสถานพยาบาล HA (Hospital Accreditation) จำนวน ๔ แห่ง (ร้อยละ ๕๐) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้รับการรับรองมาตรฐานระดับ ๕ ดาว จำนวน ๕๔ แห่ง (ร้อยละ ๖๓.๕๓)

(๔) ด้านมาตรฐานงานระบาดวิทยาและควบคุมโรค ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ (ทีม SRRT ระดับอำเภอ) ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน ๖ อำเภอ (ร้อยละ ๖๖.๖๗) และอำเภอผ่านเกณฑ์ควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน จำนวน ๕ อำเภอ (ร้อยละ ๕๕.๕๖) จังหวัดผ่านเกณฑ์กฎอนามัยระหว่างประเทศ ค.ศ. ๒๐๐๕ (International Health Regulations ๒๐๐๕ : IHR ๒๐๐๕) ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ๘ เป้าหมาย จาก ๑๒ เป้าหมาย

(๕) การควบคุมวัณโรค พบว่ามีอัตราผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค (Success Rate) ร้อยละ ๗๗.๔๖ มีผลสำเร็จต่ำกว่าเป้าหมาย (>ร้อยละ ๘๕)

(๖) การควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่าผู้ป่วยไข้เลือดออกต่อเนื่องทุกปี มีรูปแบบการระบาด ปีเว้น ๒ ปี ผู้ป่วยไข้เลือดออกปี ๒๕๕๘ จำนวน ๕๗๗ ราย, ปี ๒๕๕๙ จำนวน ๑๘๓ ราย, ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๑๖๔ ราย อัตราป่วย ๓๑.๕๒/แสนประชากร อัตราป่วยไข้เลือดออกจังหวัดหนองคายสูงกว่าเขตสุขภาพที่ ๘ (๒๗.๗๖/แสนประชากร)

(๗) ประชาชนมีการป่วยด้วยโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ จำนวนผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง ๖,๐๕๕ คน (อัตราป่วย ๑,๑๖๓.๖๑/แสนประชากร) จำนวนผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษ ๑,๒๑๐ คน (อัตราป่วย ๒๓๒.๕๓/แสนประชากร)

(๘) การดูแลสุขภาพตามกลุ่มวัย พบว่าในงานอนามัยแม่และเด็ก พบมารดาตาย จำนวน ๒ ราย อัตรา มารดา ๕๖.๑๘/แสนการเกิดมีชีพ หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด ๕ ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ ๘๔.๑๑ (เกณฑ์ร้อยละ ๘๕) และพบปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ ๑๔.๖๘ (เกณฑ์ ไม่เกินร้อยละ ๑๐) และระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ในทารกแรกเกิดไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน มีผลงานร้อยละ ๔.๑๓ (เกณฑ์ น้อยกว่าร้อยละ ๓)

กลุ่มวัยทำงาน มีความสำเร็จในการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในประชาชน ร้อยละ ๘๘.๓๖ ประชาชนวัยทำงานมีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ ๖๐.๒๒ และค่าดัชนีมวลกายของประชากรจังหวัด หนองคาย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป พบว่า มีภาวะน้ำหนักปกติ ร้อยละ ๘๓.๘๖ มีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ ๑๖.๑๔

(๙) จังหวัดหนองคายเข้าสู่ผู้สูงอายุ (Aging Society) ผู้สูงอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไปร้อยละ ๑๔.๓๐ ผู้สูงอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๙.๕๐ และผลสำรวจสถานะสุขภาพผู้สูงอายุในด้านความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวัน (ADL) พบผู้สูงอายุติดสังคม ร้อยละ ๙๕.๓๔ ผู้สูงอายุติดบ้านร้อยละ ๔.๑๙ ผู้สูงอายุติดเตียง ร้อยละ ๐.๔๗

(๑๐) อัตราตายจากอุบัติเหตุจราจร ปี ๒๕๖๐ อัตรา ๓๕.๒๖ ต่อแสนประชากร (๑๘๔ ราย) ปี ๒๕๖๑ ผลงาน ๑๐ เดือน อัตรา ๒๐.๖๙ ต่อแสนประชากร (จำนวน ๑๐๘ ราย) สาเหตุจากพฤติกรรม การขับขี่ ไม่สวมหมวกนิรภัย ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย การดื่มสุรา

(๑๑) ด้านการบริหารจัดการระบบสุขภาพ พบว่า ระบบข้อมูลและสารสนเทศด้านสุขภาพเพื่อ สนับสนุนการจัดบริการ ของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล ร้อยละ ๘๔.๘๘ ยังต้องพัฒนาในด้านความ ครบถ้วน ถูกต้อง ทันทเวลาในการนำเข้าสู่ข้อมูล และการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

(๑๒) ด้านการบริหารการเงินการคลังด้านสุขภาพ พบว่าหน่วยบริการมีประสิทธิภาพการบริหารจัดการ การเงินการคลังและไม่มีวิกฤตระดับ ๗ ผ่านเกณฑ์จำนวน ๕ แห่งจากทั้งหมด ๙ แห่ง (ร้อยละ ๕๕.๕๖)

(๑๓) ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค พบว่า มีความปลอดภัยในการบริโภคน้ำบริโภคในภาชนะที่ปิดสนิท และ ผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูป ร้อยละ ๙๗.๗๓ ในการสุ่มตรวจอาหารสด โดยรถ Mobile Unit พบ ยาฆ่าแมลง พอร์มาลิน และพบความไม่ปลอดภัยของน้ำมันทอดซ้ำและเกลือบริโภค

๒. สภาวะแวดล้อมภายนอก (External Environment)

๒.๑ โอกาส (Opportunity)

(๑) นโยบายรัฐบาลที่มุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพชีวิตด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้กับประชาชน

(๒) นโยบายการพัฒนาประเทศ Thailand ๔.๐ รัฐ เอกชน ประชาชนรวมพลังการขับเคลื่อน เศรษฐกิจไทยด้วยนวัตกรรม จากประเทศที่มีรายได้ปานกลางสู่ประเทศรายได้สูง ที่มุ่งเน้นการพัฒนาใน ๕ อุตสาหกรรม โดยด้านสุขภาพ เป็น ๑ ใน ๕ กลุ่ม คือกลุ่มอุตสาหกรรมเพื่อสุขภาพ (Health, Wellness & Bio-Medical) เป้าหมายการพัฒนาคนไทย ๔.๐

(๓) แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ได้มีการกำหนดเป้าประสงค์ในภาพรวม คือประชาชนทุกภาค ส่วนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีส่วนร่วมในการวางระบบในการดูแลสุขภาพ ได้รับโอกาสที่เท่าเทียมกันในการ เข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพะ ตามหลักปรัชญาของ เศรษฐกิจพอเพียง ภายใต้ระบบสาธารณสุขที่เป็นเอกภาพและการอภิบาลระบบที่ดี โดยมีเป้าหมาย ระบบ บริการปฐมภูมิมีความครอบคลุม ตอบสนองความจำเป็น และระบบหลักประกันสุขภาพความยั่งยืน พอเพียง มี ประสิทธิภาพ สร้างความเป็นธรรม , มีข้อมูลสารสนเทศที่ใช้บริหารจัดการการเงินการคลัง การบริการในระบบ สุขภาพและสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อสนับสนุนการมีสุขภาพ สุขภาวะที่ดี , ระบบสุขภาพของ ประเทศมีเอกภาพ การดำเนินงานด้านสุขภาพของทุกภาคส่วนเป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีการกระจายอำนาจ

และความรับผิดชอบในแต่ละพื้นที่ โดยมีระบบสนับสนุนที่เอื้อต่อการแก้ปัญหาในแต่ละพื้นที่ ระบบบริการมีความคล่องตัวในการบริหารจัดการ และจัดบริการเป็นเครือข่าย ภายใต้การติดตามกำกับที่มีประสิทธิภาพ มีธรรมาภิบาล , ประชาชนไทยมีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีบนหลักการสร้างนำซ่อม และผู้ที่ไม่ใช่ประชาชนไทยที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย มีโอกาสเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพ ทั้งการรับบริการและการรับภาระค่าใช้จ่าย

(๔) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) ระยะ ๕ ปี โดยมีประเด็นด้านสาธารณสุขใน ๖ ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ โดยส่งเสริมให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดีตลอดช่วงชีวิตด้วยการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ เพิ่มประสิทธิภาพระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ และพัฒนาระบบดูแล สร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับสังคมสูงวัย ยุทธศาสตร์การสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม โดยจัดบริการด้านสุขภาพให้กับประชากรที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล หรือมีอุปสรรคด้านอื่น ๆ ในการเข้าถึงบริการ และกระจายการให้บริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพให้ครอบคลุมและทั่วถึง ยุทธศาสตร์การสร้างความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจและแข่งขันได้อย่างยั่งยืน โดยพัฒนาระบบมาตรฐานสินค้าที่รวมไปถึงผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพและยา พัฒนาตลาดและอุตสาหกรรมอาหารที่เป็นอาหารเพื่อสุขภาพ และพัฒนาศักยภาพบริการสุขภาพ ยุทธศาสตร์การเติบโตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน โดยสร้างคุณภาพสิ่งแวดล้อมที่ดี ลดมลพิษ และลดผลกระทบต่อสุขภาพ ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างความมั่นคงแห่งชาติเพื่อการพัฒนาประเทศ สู่ความมั่นคงและยั่งยืน โดยสร้างความร่วมมือใน/ต่างประเทศ ในการวางระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ และยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อการพัฒนา เพื่อส่งเสริมให้ไทยเป็นฐานการบริการด้านสุขภาพ

(๕) เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals) มีเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพคนไทย ในเรื่องสุขภาพแม่และเด็ก สถานการณ์การตายของมารดา ทารกและเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี สถานการณ์โรคเอดส์ การติดเชื้อเอช ไอ วี มาลาเรีย วัณโรค , โรคไม่ติดต่อ หรือ NCDs ที่เป็นปัญหาใหญ่ทางด้านสุขภาพที่สำคัญ ปัญหายาเสพติดและการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่เป็นอันตราย การบาดเจ็บและตายด้วยอุบัติเหตุจราจรทางถนน , สุขภาพทางเพศและอนามัยวัยเจริญพันธุ์ การตั้งครภ์ไม่พร้อมในแม่วัยรุ่น และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผลกระทบทางสุขภาพจากปัญหาการปนเปื้อนและมลพิษ, ครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ และการคลังสุขภาพ รวมถึงการกระจายบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผลกระทบทางสุขภาพจากภัยพิบัติ แหล่งน้ำดื่มที่ไม่สะอาด และความรุนแรงระหว่างบุคคล

(๖) การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขมีความสอดคล้องกับร่างยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐–๒๕๗๙) ใน ๔ ยุทธศาสตร์หลัก ได้แก่ ยุทธศาสตร์การสร้างความสามารถในการแข่งขัน ที่ส่งเสริม แนวทางการพัฒนาสาขาบริการที่ไทยมีศักยภาพที่สอดคล้องกับบริบทโลกในอนาคต ได้แก่ ธุรกิจบริการสุขภาพ และการเสริมสร้างสุขภาพ และสถานบริการสุขภาพและความงาม และการส่งเสริมธุรกิจบริการทางการแพทย์ รวมทั้งมาตรฐานการบริการ ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน ครอบคลุมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี และการส่งเสริมให้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสุขภาพในทุกพื้นที่ ยุทธศาสตร์การสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม โดยการสร้างหลักประกันทางสังคมที่ครอบคลุมเหมาะสมกับคนทุกช่วงวัย การพัฒนาระบบบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพ และยุทธศาสตร์การปรับสมดุลและพัฒนาาระบบบริหารจัดการภาครัฐ ปรับโครงสร้างและระบบบริหารงานราชการใหม่ในรูปแบบของหน่วยงานพิเศษที่ต้องอาศัยการดำเนินงานที่มีความยืดหยุ่น คล่องตัว และพัฒนา ปรับระบบวิธีการปฏิบัติราชการให้ทันสมัย มุ่งผลสัมฤทธิ์ มี

ความโปร่งใส ยืดหยุ่น และคล่องตัวสูง ลดความซ้ำซ้อน รวมถึงสร้างโอกาสให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการอย่างเหมาะสม

(๓) แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) มีเป้าหมาย ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน โดยมียุทธศาสตร์ ๔ Excellence Strategies ประกอบด้วย ๑. P&P Excellence ๒. Service Excellence ๓. People Excellence ๔. Governance Excellence

(๔) นโยบายการพัฒนาศักยภาพบริการและงานสาธารณสุขชายแดนเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน (ASEAN Community)

(๕) การพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษ Phase ๒ ที่จังหวัดหนองคาย เพื่อส่งเสริมการค้า การลงทุน การเตรียมการด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ และโรคจากการประกอบอาชีพ การสร้างหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว

(๑๐) นโยบายเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy) เป็นรากฐานในการพัฒนาระบบการจัดการภาครัฐ

(๑๑) แผนพัฒนาจังหวัดหนองคายที่มียุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุข ลดอัตราตายด้วยโรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และการควบคุมป้องกันโรคระบาดจาก คน พืช สัตว์

(๑๒) แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพเขตสุขภาพที่ ๘ มุ่งเน้นการพัฒนาอาหารปลอดภัย การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก การพัฒนาระบบบริการด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด ตา ไต NCD ๕ สาขาหลัก สุขภาพช่องปาก อุบัติเหตุ การพัฒนาระบบ IT การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

(๑๓) ด้านความร่วมมือด้านสาธารณสุขชายแดน จังหวัดหนองคายกับนครหลวงเวียงจันทน์ และเมืองคู่งาน อำเภอเมืองหนองคายกับเมืองหาดทรายฟอง อำเภอท่าบ่อกับเมืองสีสัตตะนาถ อำเภอศรีเชียงใหม่กับเมืองสีโคตรตะบอง อำเภอสังคมกับเมืองสังทอง อำเภอโพนพิสัยกับเมืองปากงึม อำเภอรัตนวาปีกับเมืองท่าพะบาท (แขวงบอลิคำไซ) ได้มีข้อตกลงความร่วมมือด้านสาธารณสุข ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรค การคุ้มครองผู้บริโภค การจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ และการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและมีระบบเฝ้าระวังโรคระหว่างจังหวัดหนองคายกับนครหลวงเวียงจันทน์ ความสัมพันธ์ระหว่างนครหลวงเวียงจันทน์ และจังหวัดหนองคาย มีความร่วมมือที่ดี ส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุข การคุ้มครองผู้บริโภค การส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ

(๑๔) ภาครัฐเครือข่ายหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ภาคประชาสังคม ให้การสนับสนุนการดำเนินงานด้านสาธารณสุข มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางด้านสุขภาพสุขภาพ และการจัดการระบบสุขภาพในระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด และมีส่วนร่วมในการแสดงความเห็น ข้อเสนอแนะ แนวทางเพื่อปรับปรุงงานบริการ

(๑๕) กระทรวงสาธารณสุข ออกประกาศห้ามผลิต จำหน่าย นำเข้า ไขมันทรานส์ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เลขที่ ๓๘๘ พ.ศ. ๒๕๖๑ เรื่องกำหนดอาหารที่ห้ามผลิต นำเข้า หรือจำหน่ายโดยปรากฏหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ชัดเจนว่า กรดไขมันทรานส์ (Trans Fatty Acids) จากน้ำมันที่ผ่านกระบวนการเติมไฮโดรเจนบางส่วน (Partially Hydrogenated Oils) ส่งผลเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยกำหนดให้น้ำมันที่ผ่านกระบวนการเติมไฮโดรเจนบางส่วนและอาหารที่มีน้ำมันที่ผ่านกระบวนการเติมไฮโดรเจนบางส่วนเป็นส่วนประกอบ เป็นอาหารที่ห้ามผลิต นำเข้า หรือจำหน่าย

(๑๖) กระแสความตื่นตัวด้านการสร้างสุขภาพ กิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพและการป้องกันโรคมามากขึ้น การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การลดอาหาร หวาน มัน เค็ม อาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพ

(๑๗) กระแสการใช้เทคโนโลยีในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยใช้ Application ด้านสุขภาพผ่านทาง Smart Phone ในการออกกำลังกาย การวิ่ง การเดิน การปั่นจักรยาน กิจกรรมการออกกำลังกายประเภทต่างๆ การใช้ Smart Watch เพื่อคำนวณระยะเวลาในกิจกรรมทางกาย การเผาผลาญพลังงาน อัตราการเต้นของหัวใจ ชีพจร ความดันโลหิต เพื่อประเมินสภาพร่างกาย การใช้ Application BMI เพื่อคำนวณดัชนีมวลกาย และความสนใจของประชาชนในการศึกษาความรู้ ด้านสุขภาพผ่านทาง Social Application line, Page Facebook, YouTube ด้านการรับประทานอาหารเช้า อาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกาย เป็นการใส่ใจดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน (Self Care) ซึ่งเกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง

๒.๒ อุปสรรค (Threat)

(๑) การพัฒนาทางเศรษฐกิจ การค้า การลงทุนมีการนำแรงงานต่างชาติเข้ามาทำงานในพื้นที่ เสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ ปัญหาสังคม ปัญหายาเสพติด

(๒) การพัฒนาทางเศรษฐกิจมีผลกระทบจากการจัดการปัญหาขยะ และอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

(๓) การแพร่ระบาดของโรคอันเนื่องมาจากการเคลื่อนย้ายคน สัตว์ พืชและ พาหะชนิดอื่น มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบาด โรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ

(๔) แรงงานเข้าเมืองผิดกฎหมายก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสังคม ด้านโรคติดต่อ และความไม่เข้มแข็งของเศรษฐกิจ

(๕) พื้นที่ตามแนวชายแดนมีระยะทางยาวทำให้เกิดอุปสรรคต่อความสงบเรียบร้อย ความมั่นคงภายในประเทศ รวมถึงความมั่นคงด้านสุขภาพ

(๖) การดูดยาในแม่น้ำโขงทำให้เกิดฝุ่นละออง และมลพิษทางเสียง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน

(๗) การแพร่ระบาดของยาเสพติดส่งผลกระทบต่อสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ การท่องเที่ยว และการศึกษา

(๘) ประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ โดยผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บของประชาชน (Behavioral Risk Factors Surveillance System : BRFSS) พ.ศ.๒๕๔๘-๒๕๕๘ พบว่า ความชุกของภาวะน้ำหนักเกิน, ภาวะอ้วน, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบ heavy drink ภายใน ๓๐ วันที่ผ่านมา และการรับประทานผักและผลไม้เฉลี่ยมากกว่า ๕ หน่วยมาตรฐานต่อวัน ภายใน ๗ วันที่ผ่านมา มีความชุกเพิ่มสูงขึ้น และผลการสำรวจฯ ปี ๒๕๕๘ พบว่า ประชาชนมีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ ๓๐.๕, ภาวะอ้วน ร้อยละ ๗.๕, การสูบบุหรี่ในปัจจุบันร้อยละ ๒๑.๓, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน ร้อยละ ๓๖.๒, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบ Heavy drink ภายใน ๓๐ วันที่ผ่านมา ร้อยละ ๗.๓, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบ Binge drink ภายใน ๓๐ วันที่ผ่านมา ร้อยละ ๑๓.๖ และการรับประทานผักและผลไม้เฉลี่ยมากกว่า ๕ หน่วยมาตรฐานต่อวัน ภายใน ๗ วันที่ผ่านมา ร้อยละ ๒๔.๓

(๙) เกษตรกรใช้สารเคมีในด้านการเกษตร พบเกษตรกรมีความเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีผลการตรวจเลือดโดยใช้กระดาษทดสอบโคลีนเอสเตอเรสในระดับที่ไม่ปลอดภัย เกินค่ามาตรฐาน โดยมีค่าความเสี่ยงร้อยละ ๗.๒๕ (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ ๗)

๓. การวิเคราะห์กลยุทธ์ (TOWS Matrix)

ในการดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมาย หลักการและวิธีการที่นิยมใช้กันก็คือ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสถานะแวดล้อมภายในและสถานะแวดล้อมภายนอก หรือตารางความสัมพันธ์ของ SWOT (TOWS Matrix) ซึ่งในการวิเคราะห์ตารางความสัมพันธ์ดังกล่าวสามารถกำหนดวิธีการดำเนินงาน หรือที่เรียกว่า กลยุทธ์ ออกมาเป็นประเด็นในการดำเนินงานดังนี้

กลยุทธ์ SO เป็นกลยุทธ์ที่เกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ระหว่าง จุดแข็งกับโอกาส หรือเราเรียกว่า กลยุทธ์เชิงรุกเป็นการใช้จุดแข็งที่มีอยู่ และโอกาสจากปัจจัยภายนอกมาเป็นตัวสนับสนุน

กลยุทธ์ ST เป็นกลยุทธ์ที่เกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ระหว่าง จุดแข็งกับอุปสรรค หรือเราเรียกว่า กลยุทธ์เชิงป้องกัน เป็นการใช้จุดแข็งที่มีอยู่ และต้องมีการพัฒนา หรือหลีกเลี่ยงอุปสรรคที่ต้องเผชิญ

กลยุทธ์ WO เป็นกลยุทธ์ที่เกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ระหว่าง จุดอ่อนกับโอกาส หรือเราเรียกว่า กลยุทธ์เชิงแก้ไข เป็นการแก้ไขจุดอ่อน หรือทำให้จุดอ่อนมีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น โดยใช้โอกาสเป็นปัจจัยภายนอกเข้ามาสนับสนุน

กลยุทธ์ WT เป็นกลยุทธ์ที่เกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ระหว่าง จุดอ่อนกับอุปสรรคหรือเราเรียกว่า กลยุทธ์เชิงรับที่ต้องปรับปรุงและแก้ไขจุดอ่อนให้เข้มแข็งมากยิ่งขึ้น ขณะเดียวกันอาจต้องเผชิญกับอุปสรรคหรืออาจจะต้องใช้วิธีหลีกเลี่ยงอุปสรรค ในขณะเดียวกัน

ดังนั้น การวิเคราะห์กลยุทธ์ และการที่จะนำกลยุทธ์ใดมาขับเคลื่อนในแต่ละประเด็นยุทธศาสตร์ จะต้องคำนึงถึงความเร่งด่วน การสนับสนุนจากนโยบายรัฐบาล การสนับสนุนงบประมาณของทั้งภาครัฐและเอกชน มิเช่นนั้นแล้ว อาจทำให้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายสุดท้ายที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ซึ่งผลการวิเคราะห์กลยุทธ์ตาม TOWS Matrix ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย สรุปผลได้ดังนี้

จุดแข็ง (Strengths : S)	โอกาส (Opportunities : O)
(๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย มีศักยภาพในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ - ด้านมาตรฐานบริการสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชทำบ่อเป็นโรงพยาบาลชุมชนแห่งแรกในประเทศไทยที่ได้รับการรับรองมาตรฐานสถานพยาบาล JCI (Joint Commission International) เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานการบริการและความปลอดภัยและโรงพยาบาลหนองคาย(รพท.) ได้รับการรับรองมาตรฐาน HA (Hospital Accreditation) - ด้านการรักษาพยาบาล มีระบบการรักษาพยาบาลในรูปแบบเครือข่ายเชื่อมต่อการบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และการจัดแบ่งโซน ๓ เครือข่ายบริการภายในจังหวัดและจัดระบบส่งต่อเพื่อส่งต่อผู้ป่วยภายในจังหวัด และนอกเขตบริการ สามารถให้บริการประชาชนได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ - ประชาชนมีความพึงพอใจต่อการบริการในโรงพยาบาลร้อยละ ๘๒ - ด้านการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรค มีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง มีความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข และระบบเฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่อ โรคติดต่ออุบัติใหม่ และการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างชายแดน - ด้านการส่งเสริมสุขภาพ มีระบบดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัย กลุ่มแม่และเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน ผู้สูงอายุ พระภิกษุ สามเณร เพื่อการตรวจคัดกรอง ประเมินสถานะสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ - ด้านการฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และ รพ.สต.มีระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) ในสถานพยาบาลและในชุมชน การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ร้อยละ ๑๐๐ สามารถให้บริการได้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมาย - ด้านบริหารจัดการองค์กร เป็นหน่วยงานที่ได้รับการรับรองการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) และผ่านการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA) (๒) มาตรฐานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้รับการรับรองมาตรฐานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และผ่านเกณฑ์การประเมินการให้บริการ ผู้ป่วยนอกค่อนข้านระดับดี	(๑) นโยบายรัฐบาลที่มุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพชีวิตด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้กับประชาชน (๒) นโยบายการพัฒนาประเทศ Thailand ๔.๐ รัฐเอกชน ประชาชนรวมพลังการขับเคลื่อนเศรษฐกิจไทยด้วยนวัตกรรม จากประเทศที่มีรายได้ปานกลางสู่ประเทศรายได้สูง ที่มุ่งเน้นการพัฒนาใน ๕ อุตสาหกรรม โดยด้านสุขภาพ เป็น ๑ ใน ๕ กลุ่ม คือ กลุ่มอุตสาหกรรมเพื่อสุขภาพ (Health, Wellness & Bio-Medical) เป้าหมายการพัฒนาคนไทย ๔.๐ (๓) แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ได้มีการกำหนดเป้าประสงค์ในภาพรวม คือประชาชนทุกภาคส่วนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีส่วนร่วมในการวางระบบในการดูแลสุขภาพ ได้รับโอกาสที่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพะ ตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ภายใต้ระบบสาธารณสุขที่เป็นเอกภาพและการอภิบาลระบบที่ดี (๔) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔) ระยะ ๕ ปี โดยมีประเด็นด้านสาธารณสุขโดยส่งเสริมให้คนไทยมีสุขภาพะที่ดีตลอดช่วงชีวิตด้วยการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ เพิ่มประสิทธิภาพระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ และพัฒนาระบบดูแล สร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับสังคมสูงวัย กระจายการให้บริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพให้ครอบคลุมและทั่วถึง พัฒนาศักยภาพบริการสุขภาพ สร้างคุณภาพสิ่งแวดล้อมที่ดี ลดมลพิษ และลดผลกระทบต่อสุขภาพ สร้างความร่วมมือใน/ต่างประเทศ ในการวางระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ (๕) เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals) มีเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพคนไทย (๖) การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขมีความสอดคล้องกับร่างยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๗๙) การเสริมสร้างสุขภาพ และสถานบริการสุขภาพและความงาม การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพะที่ดี และการส่งเสริมให้ชุมชนเป็นฐานใน

จุดแข็ง (Strengths : S)	โอกาส (Opportunities : O)
สามารถให้บริการประชาชนครอบคลุมการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมการปลูกสมุนไพรรักษาในครัวเรือน การปลูกสมุนไพรตามมาตรฐาน GAP เพื่อการผลิทยาสมุนไพร และการพัฒนาศักยภาพการนวดไทยในแหล่งท่องเที่ยวจังหวัดหนองคาย (๓) ด้านการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ มีเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน ๑๐,๔๕๘ คน ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน และการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านการจัดการสุขภาพ โดยมีหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และตำบลจัดการสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข (๔) ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ ประชาชนมีความครอบคลุมสิทธิในระบบประกันสุขภาพ ร้อยละ ๙๙.๙๗ สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในสถานพยาบาลระดับตำบล อำเภอ จังหวัด	การสร้างสุขภาพในทุกพื้นที่ (๗) แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) มีเป้าหมาย ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน โดยมียุทธศาสตร์ ๔ Excellence Strategies ประกอบด้วย ๑. P&P Excellence ๒. Service Excellence ๓. People Excellence ๔. Governance Excellence (๘) นโยบายการพัฒนาศักยภาพบริการและงานสาธารณสุขชายแดนเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน (ASEAN Community) (๙) การพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษ Phase ๒ ที่จังหวัดหนองคาย เพื่อส่งเสริมการค้า การลงทุน การเตรียมการด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ และโรคจากการประกอบอาชีพ การสร้างหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว (๑๐) นโยบายเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy) เป็นรากฐานในการพัฒนาระบบการจัดการภาครัฐ (๑๑) แผนพัฒนาจังหวัดหนองคายที่มียุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุข ลดอัตราการตายด้วยโรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และการควบคุมป้องกันโรคระบาดจาก คน พืช สัตว์ (๑๒) แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพเขตสุขภาพที่ ๘ มุ่งเน้นการพัฒนาอาหารปลอดภัย การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก การพัฒนาระบบบริการด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด ตา ไต NCD ๕ สาขาหลัก สุขภาพช่องปาก อุบัติเหตุ การพัฒนาระบบ IT การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง (๑๓) ด้านความร่วมมือด้านสาธารณสุขชายแดน จังหวัดหนองคายกับนครหลวงเวียงจันทน์ และเมืองคู่นาน มีความร่วมมือที่ดี ส่งเสริมสนับสนุน การพัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุข การคุ้มครองผู้บริโภค การส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ (๑๔) ภาควิชาเครือข่ายหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ภาคประชาสังคม ให้การสนับสนุนการดำเนินงานด้านสาธารณสุข มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางด้านสุขภาพสุขภาพ และการจัดการระบบสุขภาพในระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ

จุดแข็ง (Strengths : S)	โอกาส (Opportunities : O)
	จังหวัด และมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ แนวทางเพื่อปรับปรุงงานบริการ (๑๕) กระทรวงสาธารณสุข ออกประกาศห้ามผลิต จำหน่าย นำเข้า ไขมันทรานส์ (๑๖) กระแสความตื่นตัวด้านการสร้างสุขภาพ กิจกรรม การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพและการป้องกันโรค มากขึ้น การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การลด อาหาร หวาน มัน เค็ม อาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยง ทางด้านสุขภาพ (๑๗) กระแสการใช้เทคโนโลยีในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยใช้ Application ด้านสุขภาพผ่านทาง Smart Phone ในกิจกรรมทางกายประเภทต่างๆ รวมถึง ความรู้ทางด้านสุขภาพ
กลยุทธ์ SO : ๑. S๑, S๒, S๔, O๔, O๕, O๖, O๗, O๑๒ : พัฒนาและยกระดับมาตรฐานสถานบริการสุขภาพ ๒. S๑, S๒, S๔ + O๑, O๒, O๓, O๔, O๕, O๖, O๗, O๑๒ : เสริมสร้างศักยภาพการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในการจัดการด้านสุขภาพ ๓. S๑, S๓ + O๓, O๖, O๗ : ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ	

จุดแข็ง (Strengths : S)	อุปสรรค (Threats : T)
(๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย มีศักยภาพในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ - ด้านมาตรฐานบริการสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชทำบ่อเป็นโรงพยาบาลชุมชนแห่งแรกในประเทศไทยที่ได้รับการรับรองมาตรฐานสถานพยาบาล JCI (Joint Commission International) เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานการบริการและความปลอดภัยและโรงพยาบาลหนองคาย(รพท.) ได้รับการรับรองมาตรฐาน HA (Hospital Accreditation) - ด้านการรักษาพยาบาล มีระบบการรักษาพยาบาลในรูปแบบเครือข่ายเชื่อมต่อบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และการจัดแบ่งโซน ๓ เครือข่ายบริการภายในจังหวัดและจัดระบบส่งต่อเพื่อส่งต่อผู้ป่วยภายในจังหวัดและนอกเขตบริการ สามารถให้บริการประชาชนได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ - ประชาชนมีความพึงพอใจต่อการบริการในโรงพยาบาลร้อยละ ๘๒ - ด้านการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรค มีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง มีความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข และระบบเฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่อ โรคติดต่ออุบัติใหม่ และการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างชายแดน - ด้านการส่งเสริมสุขภาพ มีระบบดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัย กลุ่มแม่และเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน ผู้สูงอายุ พระภิกษุ สามเณร เพื่อการตรวจคัดกรอง ประเมินสถานะสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ - ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และ รพ.สต.มีระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) ในสถานพยาบาลและในชุมชน การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ร้อยละ ๑๐๐ สามารถให้บริการได้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมาย - ด้านบริหารจัดการองค์กร เป็นหน่วยงานที่ได้รับการรับรองการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) และผ่านการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA)	(๑) การพัฒนาทางเศรษฐกิจ การค้า การลงทุนมีการนำแรงงานต่างชาติเข้ามาทำงานในพื้นที่ เสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ ปัญหาสังคม ปัญหายาเสพติด (๒) การพัฒนาทางเศรษฐกิจมีผลกระทบจากการจัดการปัญหาขยะ และอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (๓) การแพร่ระบาดของโรคอันเนื่องมาจากการเคลื่อนย้ายคน สัตว์ พืชและ พาหะชนิดอื่น มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบาด โรคอุบัติใหม่ อุตซ้ำ (๔) แรงงานเข้าเมืองผิดกฎหมายก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสังคม ด้านโรคติดต่อ และความไม่เข้มแข็งของเศรษฐกิจ (๕) พื้นที่ตามแนวชายแดนมีระยะทางยาวทำให้เกิดอุปสรรคต่อความสงบเรียบร้อย ความมั่นคงภายในประเทศ รวมถึงความมั่นคงด้านสุขภาพ (๖) การดูดยาในแม่น้ำโขงทำให้เกิดฝุ่นละออง และมลพิษทางเสียง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน (๗) การแพร่ระบาดของยาเสพติดส่งผลกระทบต่อสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ การท่องเที่ยว และการศึกษา (๘) ประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ โดยผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บของประชาชน (Behavioral Risk Factors Surveillance System : BRFSS) พ.ศ.๒๕๔๘ - ๒๕๕๘ พบว่า ความชุกของภาวะน้ำหนักเกิน, ภาวะอ้วน, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบ heavy drink ภายใน ๓๐ วันที่ผ่านมา และการรับประทานผักและผลไม้เฉลี่ยมากกว่า ๕ หน่วยมาตรฐานต่อวัน ภายใน ๗ วันที่ผ่านมา มีความชุกเพิ่มสูงขึ้น และผลการสำรวจฯ ปี ๒๕๕๘ พบว่า ประชาชนมีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ ๓๐.๕, ภาวะอ้วน ร้อยละ ๗.๕ , การสูบบุหรี่ในปัจจุบันร้อยละ ๒๑.๓, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน ร้อยละ ๓๖.๒ , การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบ Heavy drink ภายใน ๓๐ วันที่

จุดแข็ง (Strengths : S)	อุปสรรค (Threats : T)
(๒) มาตรฐานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้รับการรับรองมาตรฐานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และผ่านเกณฑ์การประเมินการให้บริการ ผู้ป่วยนอกคู่ขนานระดับดี สามารถให้บริการประชาชนครอบคลุมการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมการปลูกสมุนไพรไว้ในครัวเรือน การปลูกสมุนไพรตามมาตรฐาน GAP เพื่อการผลิตยาสมุนไพร และการพัฒนาศักยภาพการนวดไทยในแหล่งท่องเที่ยวจังหวัดหนองคาย (๓) ด้านการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ มีเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน ๑๐,๔๕๘ คน ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน และการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านการจัดการสุขภาพ โดยมีหมู่บ้านจัดการสุขภาพและตำบลจัดการสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข (๔) ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ ประชาชนมีความครอบคลุมสิทธิในระบบประกันสุขภาพ ร้อยละ ๙๙.๙๗ สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในสถานพยาบาลระดับตำบล อำเภอ จังหวัด	ผ่านมา ร้อยละ ๗.๓ , การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบ Binge drink ภายใน ๓๐ วันที่ผ่านมา ร้อยละ ๑๓.๖ และการรับประทานผักและผลไม้เฉลี่ยมากกว่า ๕ หน่วยมาตรฐานต่อวัน ภายใน ๗ วันที่ผ่านมา ร้อยละ ๒๔.๓ (๙) เกษตรกรใช้สารเคมีในการเกษตร พบเกษตรกรมีความเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีผลการตรวจเลือดโดยใช้กระดาษทดสอบโคลีนเอสเตอเรสในระดับที่ไม่ปลอดภัย เกินค่ามาตรฐาน โดยมีค่าความเสี่ยงร้อยละ ๗.๒๕ (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ ๗)
กลยุทธ์ ST : ๑. S๑, S๒, S๓ + T๘ : สร้างสุขภาพและป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ๒. S๑, S๒, S๓ + T๑, T๓, T๔, T๕ : พัฒนาระบบการควบคุมป้องกันโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ อุตุนิยมวิทยา ๓. S๔ + T๑, T๔, T๕ : การสร้างหลักประกันสุขภาพคนไทยและชาวต่างชาติ ๔. S๑, S๒, S๓, S๔ + T๑, T๕, T๘ : การเฝ้าระวังป้องกันและพัฒนาระบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ๕. S๑, S๒, S๓, + T๒, T๖, T๙ : การเฝ้าระวังป้องกันปัญหาสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและโรคจากการประกอบอาชีพ	

จุดอ่อน (Weakness : W)	โอกาส (Opportunities : O)
(๑) สาเหตุการป่วยการตายที่สำคัญของประชาชนจังหวัดหนองคาย พบว่า สาเหตุการป่วย ๕ อันดับแรก ได้แก่ ๑. โรคเลือดและอวัยวะสร้างเลือดและความผิดปกติบางชนิดที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกัน ๒. โรคเบาหวาน ๓. ความผิดปกติเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม อื่นๆ สาเหตุการตาย ๕ อันดับแรก ได้แก่ ๑. โรคเสื่อมอื่นของระบบประสาท ๒. การติดเชื้อในกระแสเลือด ๓. ปอดบวม ๔. เนื้องอกร้ายของตับ ๕. ไตวาย (๒) อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรจังหวัดหนองคาย ในปี ๒๕๖๑ มีอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร เท่ากับ ๑ : ๓,๗๕๕ อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรตามเกณฑ์ข้อมูลตัวชี้วัดการพัฒนาจังหวัดของสภาพัฒน์ เท่ากับ ๑ : ๒,๘๘๐ ซึ่งมีจำนวนแพทย์ในการดูแลประชาชนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด และจำนวนแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร ไม่เพียงพอในการให้บริการประชาชนในพื้นที่ โดยใช้ข้อมูลกำลังคน ๓ สายงานหลัก ตามกรอบอัตรากำลังปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ ภาระงานของบุคลากรตามสายงานหลัก (FTE : Full Time Equivalent) ขาดแคลนแพทย์ จำนวน ๒๖ คน, ทันตแพทย์ จำนวน ๑๓ คน, เภสัชกร ๓ คน (๓) การรับรองมาตรฐานสถานพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน ได้รับการรับรองมาตรฐานคุณภาพสถานพยาบาล HA (Hospital Accreditation) จำนวน ๔ แห่ง (ร้อยละ ๕๐) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้รับการรับรองมาตรฐานระดับ ๕ ดาว จำนวน ๕๔ แห่ง (ร้อยละ ๖๓.๕๓) (๔) ด้านมาตรฐานงานระบาดวิทยาและควบคุมโรค ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ (ทีม SRRT ระดับอำเภอ) ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน ๖ อำเภอ (ร้อยละ ๖๖.๖๗) และอำเภอผ่านเกณฑ์ควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน จำนวน ๕ อำเภอ (ร้อยละ ๕๕.๕๖) จังหวัดผ่านเกณฑ์กฎอนามัยระหว่างประเทศ ค.ศ. ๒๐๐๕ (International Health Regulations ๒๐๐๕ : IHR ๒๐๐๕) ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ๘ เป้าหมายจาก ๑๒ เป้าหมาย (๕) การควบคุมวัณโรค พบว่ามีอัตราผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค (Success Rate) ร้อยละ ๗๗.๔๖ มีผลสำเร็จต่ำกว่าเป้าหมาย ($\geq$ร้อยละ ๘๕)	(๑) นโยบายรัฐบาลที่มุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพชีวิตด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้กับประชาชน (๒) นโยบายการพัฒนาประเทศ Thailand ๔.๐ รัฐเอกชน ประชาชนร่วมพลังการขับเคลื่อนเศรษฐกิจไทยด้วยนวัตกรรม จากประเทศที่มีรายได้ปานกลางสู่ประเทศรายได้สูง ที่มุ่งเน้นการพัฒนาใน ๕ อุตสาหกรรม โดยด้านสุขภาพ เป็น ๑ ใน ๕ กลุ่ม คือ กลุ่มอุตสาหกรรมเพื่อสุขภาพ (Health, Wellness & Bio-Medical) เป้าหมายการพัฒนาคนไทย ๔.๐ (๓) แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ได้มีการกำหนดเป้าประสงค์ในภาพรวม คือประชาชนทุกภาคส่วนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีส่วนร่วมในการวางระบบในการดูแลสุขภาพ ได้รับโอกาสที่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะ ตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ภายใต้ระบบสาธารณสุขที่เป็นเอกภาพและการอภิบาลระบบที่ดี (๔) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔) ระยะ ๕ ปี โดยมีประเด็นด้านสาธารณสุขโดยส่งเสริมให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดีตลอดช่วงชีวิตด้วยการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ เพิ่มประสิทธิภาพระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ และพัฒนาระบบดูแล สร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับสังคมสูงวัย กระจายการให้บริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพให้ครอบคลุมและทั่วถึง พัฒนาศักยภาพบริการสุขภาพ สร้างคุณภาพสิ่งแวดล้อมที่ดี ลดมลพิษและลดผลกระทบต่อสุขภาพ สร้างความร่วมมือใน/ต่างประเทศ ในการวางระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ (๕) เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals) มีเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพคนไทย (๖) การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขมีความสอดคล้องกับร่างยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๗๙) การเสริมสร้างสุขภาพ และสถานบริการสุขภาพและความงาม การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี และการส่งเสริมให้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสุขภาพในทุก

จุดอ่อน (Weakness : W)	โอกาส (Opportunities : O)
(๖) การควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่าผู้ป่วยไข้เลือดออก ต่อเนื่องทุกปี มีรูปแบบการระบาด ปีเว้น ๒ ปี ผู้ป่วย ไข้เลือดออกปี ๒๕๕๘ จำนวน ๕๗๗ ราย, ปี ๒๕๕๙ จำนวน ๑๘๓ ราย, ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๑๖๔ ราย อัตราป่วย ๓๑.๕๒/แสนประชากร อัตราป่วยไข้เลือดออก จังหวัดหนองคายสูงกว่าเขตสุขภาพที่ ๘ (๒๗.๗๖/แสน ประชากร) (๗) ประชาชนมีการป่วยด้วยโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ จำนวนผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง ๖,๐๕๕ คน (อัตราป่วย ๑,๑๖๓.๖๑/แสนประชากร) จำนวนผู้ป่วยโรคอาหารเป็น พิษ ๑,๒๑๐ คน (อัตราป่วย ๒๓๒.๕๓/แสนประชากร) (๘) การดูแลสุขภาพตามกลุ่มวัย พบว่าในงานอนามัยแม่ และเด็ก พบมารดาตาย จำนวน ๒ ราย อัตรามารดา ๕๖.๑๘/แสนการเกิดมีชีพ หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแล ก่อนคลอด ๕ ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ ๘๔.๑๑ (เกณฑ์ ร้อยละ ๘๕) และพบปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิง ตั้งครรภ์ ร้อยละ ๑๔.๖๘ (เกณฑ์ ไม่เกินร้อยละ ๑๐) และระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ในทารกแรกเกิด ไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน มีผลงานร้อยละ ๔.๑๓ (เกณฑ์ น้อยกว่าร้อยละ ๓) กลุ่มวัยทำงาน มีความสำเร็จในการสร้างสุขภาพป้องกัน ปังภัยเสี่ยงโรค NCD ในประชาชน ร้อยละ ๘๘.๓๖ ประชาชนวัยทำงานมีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ ๖๐.๒๒ และค่าดัชนีมวลกายของประชากรจังหวัดหนองคาย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป พบว่า มีภาวะน้ำหนักปกติ ร้อยละ ๘๓.๘๖ มีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ ๑๖.๑๔ (๙) จังหวัดหนองคายเข้าสู่ผู้สูงอายุ (Aging Society) ผู้สูงอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไปร้อยละ ๑๔.๓๐ ผู้สูงอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๙.๕๐ และผลสำรวจสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ในด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) พบผู้สูงอายุติดสังคม ร้อยละ ๙๕.๓๔ ผู้สูงอายุติดบ้าน ร้อยละ ๔.๑๙ ผู้สูงอายุติดเตียง ร้อยละ ๐.๔๗ (๑๐) อัตราตายจากอุบัติเหตุจราจร ปี ๒๕๖๐ อัตรา ๓๕.๒๖ ต่อแสนประชากร (๑๘๔ ราย) ปี ๒๕๖๑ ผลงาน ๑๐ เดือน อัตรา ๒๐.๖๙ ต่อแสนประชากร (จำนวน ๑๐๘ ราย) สาเหตุจากพฤติกรรมการขับขี่ ไม่ สวมหมวกนิรภัย ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย การดื่มสุรา (๑๐) ด้านการบริหารจัดการระบบสุขภาพ พบว่า ระบบ ข้อมูลและสารสนเทศด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการ จัดบริการ ของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	พื้นที่ (๗) แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) มีเป้าหมาย ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน โดยมียุทธศาสตร์ ๔ Excellence Strategies ประกอบด้วย ๑. P&P Excellence ๒. Service Excellence ๓. People Excellence ๔. Governance Excellence (๘) นโยบายการพัฒนาศักยภาพบริการและงาน สาธารณสุขชายแดนเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน (ASEAN Community) (๙) การพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษ Phase ๒ ที่จังหวัด หนองคาย เพื่อส่งเสริมการค้า การลงทุน การ เตรียมการด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบ ต่อสุขภาพ และโรคจากการประกอบอาชีพ การสร้าง หลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว (๑๐) นโยบายเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy) เป็น รากฐานในการพัฒนาระบบการจัดการภาครัฐ (๑๑) แผนพัฒนาจังหวัดหนองคายที่มียุทธศาสตร์การ พัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุข ลดอัตราตาย ด้วยโรคเมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และการควบคุม ป้องกันโรคระบาดจาก คน พืช สัตว์ (๑๒) แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพเขตสุขภาพที่ ๘ มุ่งเน้นการพัฒนาอาหารปลอดภัย การควบคุม ป้องกันโรคไข้เลือดออก การพัฒนาระบบบริการด้าน โรคหัวใจและหลอดเลือด ตา ไต NCD ๕ สาขาหลัก สุขภาพช่องปาก อุบัติเหตุ การพัฒนาระบบ IT การ บริหารจัดการด้านการเงินการคลัง (๑๓) ด้านความร่วมมือด้านสาธารณสุขชายแดน จังหวัดหนองคายกับนครหลวงเวียงจันทน์ และเมือง คู่นาน มีความร่วมมือที่ดี ส่งเสริมสนับสนุนการ พัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุข การคุ้มครอง ผู้บริโภค การส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ (๑๔) ภาศิเครือข่ายหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัคร สาธารณสุข (อสม.) ภาคประชาสังคม ให้การ สนับสนุนการดำเนินงานด้านสาธารณสุข มีส่วนร่วม ในกิจกรรมทางด้านสุขภาพสุขภาพ และการจัดการ ระบบสุขภาพในระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด และมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น

จุดอ่อน (Weakness : W)	โอกาส (Opportunities : O)
ร้อยละ ๘๔.๘๘ ยังต้องพัฒนาในด้านความครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลาในการนำเข้าสู่ข้อมูล และการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (๑๑) ด้านการบริหารการเงินการคลังด้านสุขภาพ พบว่า หน่วยบริการมีประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงิน การคลังและไม่มีวิกฤตระดับ ๗ ผ่านเกณฑ์จำนวน ๕ แห่งจากทั้งหมด ๙ แห่ง (ร้อยละ ๕๕.๕๖) (๑๒) ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค พบว่า มีความปลอดภัยในการบริโภคน้ำบริโภคในภาชนะที่ปิดสนิทและ ผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูป ร้อยละ ๙๗.๗๓ ในการสุ่ม ตรวจอาหารสด โดยรถ Mobile Unit พบ ยาฆ่าแมลง ฟอรัมาลิน และพบความไม่ปลอดภัยของน้ำมันทอด ซ้ำและเกลือบริโภค (๑๓) ผลการการจัดบริการตาม Service Plan ผลงานไม่ ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด ได้แก่ สาขา NCDs, สาขาทารกแรกเกิด อนามัยแม่และเด็กสาขาไต, สาขา การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง	ข้อเสนอแนะ แนวทางเพื่อปรับปรุงงานบริการ (๑๕) กระทรวงสาธารณสุข ออกประกาศห้ามผลิต จำหน่าย นำเข้า ไขมันทรานส์ (๑๖) กระแสความตื่นตัวด้านการสร้างสุขภาพ กิจกรรม การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพและการป้องกันโรค มากขึ้น การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การลด อาหาร หวาน มัน เค็ม อาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยง ทางด้านสุขภาพ (๑๗) กระแสการใช้เทคโนโลยีในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยใช้ Application ด้านสุขภาพผ่านทาง Smart Phone ในกิจกรรมทางกายประเภทต่างๆ รวมถึง ความรู้ทางด้านสุขภาพ
กลยุทธ์ WO : ๑. W๑, W๘, W๑๓, + O๑, O๓, O๔, O๕, O๖, O๗, O๑๑, O๑๒, O๑๕, O๑๖, O๑๗ : เพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ๒. W๔, W๕, W๖, W๗ + O๑, O๓, O๔, O๕, O๖, O๗, , O๘, O๑๑, O๑๒, O๑๓, O๑๔ : พัฒนาและยกระดับมาตรฐานการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน ๓. W๘, W๙ + O๑, O๓, O๔, O๕, O๖, O๑๑ : พัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกกลุ่มวัยให้ได้มาตรฐาน ๔. W๑, W๒, W๘, W๙ W๑๐, W๑๓ + O๑, O๓, O๔, O๕, O๖, O๗, O๑๑, O๑๒, O๑๔, O๑๖, O๑๗ : พัฒนาระบบบริการตาม Service Plan ให้ได้มาตรฐาน ๕. W๗, W๑๒+ O๑, O๓, O๔, O๕, O๖, O๗, O๙, O๑๒, O๑๔, O๑๖, O๑๗ : พัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพการคุ้มครองผู้บริโภค ๖. W๒, W๓, W๑๐, W๑๑+ O๒, O๓, O๔, O๖, O๗, O๙, O๑๐, O๑๑, O๑๒, O๑๔ : พัฒนาระบบการบริหารจัดการให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ โปร่งใส ๗. W๑๑+ O๒, O๓, O๔, O๖, O๗, O๙, O๑๐, O๑๑, O๑๒, O๑๔ : เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังด้านสุขภาพ	

จุดอ่อน (Weakness : W)	อุปสรรค (Threats : T)
(๑) สาเหตุการป่วยการตายที่สำคัญของประชาชนจังหวัดหนองคาย พบว่า สาเหตุการป่วย ๕ อันดับแรก ได้แก่ ๑. โรคเลือดและอวัยวะสร้างเลือดและความผิดปกติทางชนิดที่เกี่ยวกับภูมิคุ้มกัน ๒. โรคเบาหวาน ๓. ความผิดปกติเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม อื่นๆ สาเหตุการตาย ๕ อันดับแรก ได้แก่ ๑. โรคเสื่อมอื่นของระบบประสาท ๒. การติดเชื้อในกระแสเลือด ๓. ปอดบวม ๔. เนื้องอกร้ายของตับ ๕. ไตวาย (๒) อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรจังหวัดหนองคาย ในปี ๒๕๖๑ มีอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร เท่ากับ ๑ : ๓,๗๕๕ อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรตามเกณฑ์ข้อมูลตัวชี้วัดการพัฒนาจังหวัดของสภาพัฒน์ เท่ากับ ๑ : ๒,๙๘๐ ซึ่งมีจำนวนแพทย์ในการดูแลประชาชนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด และจำนวนแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร ไม่เพียงพอในการให้บริการประชาชนในพื้นที่ โดยใช้ข้อมูลกำลังคน ๓ สายงานหลัก ตามกรอบอัตรากำลังปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ ภาระงานของบุคลากรตามสายงานหลัก (FTE : Full Time Equivalent) ขาดแคลนแพทย์ จำนวน ๒๖ คน, ทันตแพทย์ จำนวน ๑๓ คน, เภสัชกร ๓ คน (๓) การรับรองมาตรฐานสถานพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน ได้รับการรับรองมาตรฐานคุณภาพสถานพยาบาล HA (Hospital Accreditation) จำนวน ๔ แห่ง (ร้อยละ ๕๐) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้รับการรับรองมาตรฐานระดับ ๕ ดาว จำนวน ๕๔ แห่ง (ร้อยละ ๖๓.๕๓) (๔) ด้านมาตรฐานงานระบาดวิทยาและควบคุมโรค ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ (ทีม SRRT ระดับอำเภอ) ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน ๖ อำเภอ (ร้อยละ ๖๖.๖๗) และอำเภอผ่านเกณฑ์ควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน จำนวน ๕ อำเภอ (ร้อยละ ๕๕.๕๖) จังหวัดผ่านเกณฑ์กฎอนามัยระหว่างประเทศ ค.ศ. ๒๐๐๕ (International Health Regulations ๒๐๐๕ : IHR ๒๐๐๕) ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ๘ เป้าหมายจาก ๑๒ เป้าหมาย (๕) การควบคุมวัณโรค พบว่ามีอัตราผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค (Success Rate) ร้อยละ ๗๗.๔๖ มีผลสำเร็จต่ำกว่าเป้าหมาย ($\geq$ร้อยละ ๘๕)	(๑) การพัฒนาทางเศรษฐกิจ การค้า การลงทุนมีการนำแรงงานต่างชาตินำมาทำงานในพื้นที่ เสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ ปัญหาสังคม ปัญหายาเสพติด (๒) การพัฒนาทางเศรษฐกิจมีผลกระทบจากการจัดการปัญหาขยะ และอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (๓) การแพร่ระบาดของโรคอันเนื่องมาจากการเคลื่อนย้ายคน สัตว์ พืชและ พาหะชนิดอื่น มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบาด โรคอุบัติใหม่ อุตุนิภัย (๔) แรงงานเข้าเมืองผิดกฎหมายก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสังคม ด้านโรคติดต่อ และความไม่เข้มแข็งของเศรษฐกิจ (๕) พื้นที่ตามแนวชายแดนมีระยะทางยาวทำให้เกิดอุปสรรคต่อความสงบเรียบร้อย ความมั่นคงภายในประเทศ รวมถึงความมั่นคงด้านสุขภาพ (๖) การดูดยาในแม่น้ำโขงทำให้เกิดฝุ่นละออง และมลพิษทางเสียง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน (๗) การแพร่ระบาดของยาเสพติดส่งผลกระทบต่อสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ การท่องเที่ยว และการศึกษา (๘) ประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ โดยผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บของประชาชน (Behavioral Risk Factors Surveillance System : BRFS) พ.ศ.๒๕๔๘-๒๕๕๘ พบว่า ความชุกของภาวะน้ำหนักเกิน, ภาวะอ้วน, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบ heavy drink ภายใน ๓๐ วันที่ผ่านมา และการรับประทานผักและผลไม้เฉลี่ยมากกว่า ๕ หน่วยมาตรฐานต่อวัน ภายใน ๗ วันที่ผ่านมา มีความชุกเพิ่มสูงขึ้น และผลการสำรวจ ปี ๒๕๕๘ พบว่า ประชาชนมีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ ๓๐.๕, ภาวะอ้วน ร้อยละ ๗.๕, การสูบบุหรี่ในปัจจุบันร้อยละ ๒๑.๓, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน ร้อยละ ๓๖.๒, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบ Heavy drink ภายใน ๓๐ วันที่ผ่านมา ร้อยละ ๗.๓, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบ Binge drink ภายใน ๓๐ วันที่ผ่านมา ร้อยละ ๑๓.๖ และการรับประทานผักและผลไม้

จุดอ่อน (Weakness : W)	อุปสรรค (Threats : T)
(๖) การควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่าผู้ป่วยไข้เลือดออก ต่อเนื่องทุกปี มีรูปแบบการระบาด ปีเว้น ๒ ปี ผู้ป่วย ไข้เลือดออกปี ๒๕๕๘ จำนวน ๕๗๗ ราย, ปี ๒๕๕๙ จำนวน ๑๘๓ ราย, ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๑๖๔ ราย อัตราป่วย ๓๑.๕๒/แสนประชากร อัตราป่วยไข้เลือดออก จังหวัดหนองคายสูงกว่าเขตสุขภาพที่ ๘ (๒๗.๗๖/แสน ประชากร) (๗) ประชาชนมีการป่วยด้วยโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ จำนวนผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง ๖,๐๕๕ คน (อัตราป่วย ๑,๑๖๓.๖๑/แสนประชากร) จำนวนผู้ป่วยโรคอาหาร เป็นพิษ ๑,๒๑๐ คน (อัตราป่วย ๒๓๒.๕๓/แสน ประชากร) (๘) การดูแลสุขภาพตามกลุ่มวัย พบว่าในงานอนามัยแม่ และเด็ก พบมารดาตาย จำนวน ๒ ราย อัตรามารดา ๕๖.๑๘/แสนการเกิดมีชีพ หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแล ก่อนคลอด ๕ ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ ๘๔.๑๑ (เกณฑ์ ร้อยละ ๘๕) และพบปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิง ตั้งครรภ์ ร้อยละ ๑๔.๖๘ (เกณฑ์ ไม่เกินร้อยละ ๑๐) และระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ในทารกแรกเกิด ไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน มีผลงานร้อยละ ๔.๑๓ (เกณฑ์ น้อยกว่าร้อยละ ๓) กลุ่มวัยทำงาน มีความสำเร็จในการสร้างสุขภาพป้องกัน ปังภัยเสี่ยงโรค NCD ในประชาชน ร้อยละ ๘๘.๓๖ ประชาชนวัยทำงานมีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ ๖๐.๒๒ และค่าดัชนีมวลกายของประชากรจังหวัด หนองคาย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป พบว่า มีภาวะน้ำหนักปกติ ร้อยละ ๘๓.๘๖ มีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ ๑๖.๑๔ (๙) จังหวัดหนองคายเข้าสู่ผู้สูงอายุ (Aging Society) ผู้สูงอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไปร้อยละ ๑๔.๓๐ ผู้สูงอายุ ๖๕ ปี ขึ้นไป ร้อยละ ๙.๕๐ และผลสำรวจสภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุในด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) พบผู้สูงอายุติดสังคม ร้อยละ ๙๕.๓๔ ผู้สูงอายุ ติดบ้านร้อยละ ๔.๑๙ ผู้สูงอายุติดเตียง ร้อยละ ๐.๔๗ (๑๐) อัตราตายจากอุบัติเหตุจราจร ปี ๒๕๖๐ อัตรา ๓๕.๒๖ ต่อแสนประชากร (๑๘๔ ราย) ปี ๒๕๖๑ ผลงาน ๑๐ เดือน อัตรา ๒๐.๖๙ ต่อแสนประชากร (จำนวน ๑๐๘ ราย) สาเหตุจากพฤติกรรม การขับขี่ ไม่สวมหมวกนิรภัย ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย การดื่มสุรา (๑๑) ด้านการบริหารจัดการระบบสุขภาพ พบว่า ระบบ ข้อมูลและสารสนเทศด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการ	เฉลี่ยมากกว่า ๕ หน่วยมาตรฐานต่อวัน ภายใน ๗ วันที่ผ่านมา ร้อยละ ๒๔.๓ (๙) เกษตรกรใช้สารเคมีในการเกษตร พบเกษตรกรมีความเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีผลการ ตรวจเลือดโดยใช้กระดาษทดสอบโคลีนเอสเตอเรสใน ระดับที่ไม่ปลอดภัย เกินค่ามาตรฐาน โดยมีค่าความ เสี่ยงร้อยละ ๗.๒๕ (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ ๗)

จุดอ่อน (Weakness : W)	อุปสรรค (Threats : T)
จัดบริการ ของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล ร้อยละ ๘๔.๘๘ ยังต้องพัฒนาในด้านความครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลาในการนำเข้าสู่ข้อมูล และการ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (๑๒) ด้านการบริหารการเงินการคลังด้านสุขภาพ พบว่า หน่วยบริการมีประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงิน การคลังและไม่มีวิกฤตระดับ ๗ ผ่านเกณฑ์จำนวน ๕ แห่งจากทั้งหมด ๙ แห่ง (ร้อยละ ๕๕.๕๖) (๑๓) ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค พบว่า มีความปลอดภัยใน การบริโภคน้ำบริโภคในภาชนะที่ปิดสนิทและ ผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูป ร้อยละ ๙๗.๗๓ ในการสุ่ม ตรวจสอบอาหารสด โดยรถ Mobile Unit พบ ยาฆ่าแมลง พอร์มาลิน และพบความไม่ปลอดภัยของน้ำมันทอด ซ้ำและเกลือบริโภค (๑๔) ผลการการจัดบริการตาม Service Plan ผลงานไม่ ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด ได้แก่ สาขา NCDs ,สาขาทารกแรกเกิด อนามัยแม่และเด็กสาขาไต, สาขา การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง	
กลยุทธ์ WT : ๑. W๑, W๓, W๔, W๘, W๙, W๑๐, W๑๓ + T๑, T๒, T๓, T๕, T๖, T๗ , T๘ , T๙ : ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการจัดการปัญหาสุขภาพ	

ส่วนที่ ๓

สรุปข้อมูลแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ จังหวัดหนองคาย ปี พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๖๕ (รอบปี พ.ศ.๒๕๖๒)

จากการวิเคราะห์/ประเมินศักยภาพสภาวะแวดล้อมภายในและสภาวะแวดล้อมภายนอกของ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ข้อมูลระดับนโยบายต่างๆของรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล
ผลงานตามตัวชี้วัดที่สำคัญ ตลอดจนข้อมูลอื่นๆที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
หนองคายจึงได้กำหนดกรอบทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพ ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัด
หนองคาย พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๖๕ (รอบปี พ.ศ. ๒๕๖๒) ดังนี้

๑. วิสัยทัศน์ (Vision)

“เป็นองค์กรที่มีระบบบริหารจัดการที่มีคุณภาพ ระบบบริการสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภคที่มีคุณภาพได้
มาตรฐาน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อคนหนองคายสุขภาพดี”

๒. พันธกิจ (Mission)

- ๒.๑ พัฒนาระบบการบริหารจัดการตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ
- ๒.๒ พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขตามมาตรฐานและคุ้มครองผู้บริโภคให้มีคุณภาพ
- ๒.๓ สร้างเสริมสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

๓. เป้าประสงค์รวม

ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

๔. ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายรวม

- ๔.๑ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) ไม่น้อยกว่า ๘๕ ปี
- ๔.๒ อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) ไม่น้อยกว่า ๗๕ ปี
- ๔.๓ สถานบริการได้รับรองมาตรฐาน HA (Hospital Accreditation) ร้อยละ ๑๐๐
- ๔.๔ ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๐
- ๔.๕ ดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๗๐
- ๔.๖ หน่วยงานในสังกัดผ่านการประเมิน ITA ร้อยละ ๑๐๐

๕. คำนิยาม : MOPH เป็นนายตนเอง เร่งสร้างสิ่งใหม่ ใส่ใจประชาชน ถ่อมตนอ่อนน้อม

M : Mastery เป็นนายตนเอง

O : Originality เร่งสร้างสิ่งใหม่

P : People Center approach ใส่ใจประชาชน

H : Humility ถ่อมตนอ่อนน้อม

๖. เป้าประสงค์ (Goal)

- ๖.๑ อัตราตายและอัตรารายด้วยโรคไม่ติดต่อลดลง
- ๖.๒ สถานบริการสุขภาพและการจัดบริการตามกลุ่มวัยได้มาตรฐาน
- ๖.๓ ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และได้รับการคุ้มครองผู้บริโภค
- ๖.๔ อัตราตายและอัตรารายด้วยโรคติดต่อลดลง
- ๖.๕ ระบบการบริหารจัดการมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ โปร่งใส

๗. ประเด็นยุทธศาสตร์การพัฒนา

๗.๑ ยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมการสร้างสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ยกระดับมาตรฐานสถานบริการสุขภาพ และพัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกกลุ่มวัยให้ได้มาตรฐาน

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพการคุ้มครองผู้บริโภคและความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาและยกระดับมาตรฐานการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ พัฒนาระบบการบริหารจัดการให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ โปร่งใส

๗.๒ จุดยืนทางยุทธศาสตร์ (Positioning)

(๑) สร้างเสริมสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย

(๒) ยกระดับมาตรฐานสถานบริการสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภค

(๓) พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ โปร่งใส

๘. กลยุทธ์ตามประเด็นยุทธศาสตร์

๘.๑ ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมการสร้างสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ

กลยุทธ์ที่ ๑ สร้างสุขภาพและป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ ๒ เพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ

๘.๒ ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ยกระดับมาตรฐานสถานบริการสุขภาพ และพัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกกลุ่มวัยให้ได้มาตรฐาน

กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาและยกระดับมาตรฐานสถานบริการสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ ๒ พัฒนาระบบบริการตาม Service Plan ให้ได้มาตรฐาน

กลยุทธ์ที่ ๓ พัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกกลุ่มวัยให้ได้มาตรฐาน

กลยุทธ์ที่ ๔ เสริมสร้างศักยภาพการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในการจัดการด้านสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ ๕ การเฝ้าระวังป้องกันปัญหาสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและโรคจากการประกอบอาชีพ

๘.๓ ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพการคุ้มครองผู้บริโภคและความรอบรู้ด้านสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคให้มีคุณภาพ

กลยุทธ์ที่ ๒ ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

๘.๔ ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาและยกระดับมาตรฐานการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ

กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนามาตรฐานการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน

กลยุทธ์ที่ ๒ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการจัดการปัญหาสุขภาพ

๘.๕ ยุทธศาสตร์ที่ ๕ พัฒนาระบบการบริหารจัดการให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ โปร่งใส

กลยุทธ์ที่ ๑ พัฒนาระบบบริหารจัดการด้วยหลักธรรมาภิบาล

กลยุทธ์ที่ ๒ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังด้านสุขภาพ

ตารางความสัมพันธ์ เป้าประสงค์ ประเด็นยุทธศาสตร์ กลยุทธ์

เป้าประสงค์ (Goal)	ประเด็นยุทธศาสตร์	กลยุทธ์
๑. อัตราตายและอัตราป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อลดลง	๑. ส่งเสริมการสร้างสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ	๑.๑ สร้างสุขภาพและป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
		๑.๒ เพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ
๒. สถานบริการสุขภาพและการจัดการบริการตามกลุ่มวัยได้มาตรฐาน	๒. ยกระดับมาตรฐานสถานบริการสุขภาพและพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพทุกกลุ่มวัยให้ได้มาตรฐาน	๒.๑ พัฒนาและยกระดับมาตรฐานสถานบริการสุขภาพ
		๒.๒ พัฒนาระบบบริการตาม Service Plan ให้ได้มาตรฐาน
		๒.๓ พัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกกลุ่มวัยให้ได้มาตรฐาน
		๒.๔ เสริมสร้างศักยภาพการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในการจัดการด้านสุขภาพ
		๒.๕ การเฝ้าระวังป้องกันปัญหาสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและโรคจากการประกอบอาชีพ
๓. ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และได้รับการคุ้มครองผู้บริโภค	๓. พัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพการคุ้มครองผู้บริโภคและความรอบรู้ด้านสุขภาพ	๓.๑ พัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคให้มีคุณภาพ
		๓.๒ ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ
๔. อัตราตายและอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อลดลง	๔. พัฒนาและยกระดับมาตรฐานการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ	๔.๑ พัฒนามาตรฐานการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน
		๔.๒ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการจัดการปัญหาสุขภาพ
๕. ระบบการบริหารจัดการมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ โปร่งใส	๕. พัฒนาระบบการบริหารจัดการให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ โปร่งใส	๕.๑ พัฒนาระบบบริหารจัดการด้วยหลักธรรมาภิบาล
		๕.๒ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังด้านสุขภาพ

ตารางความสัมพันธ์ ประเด็นยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ และตัวชี้วัด

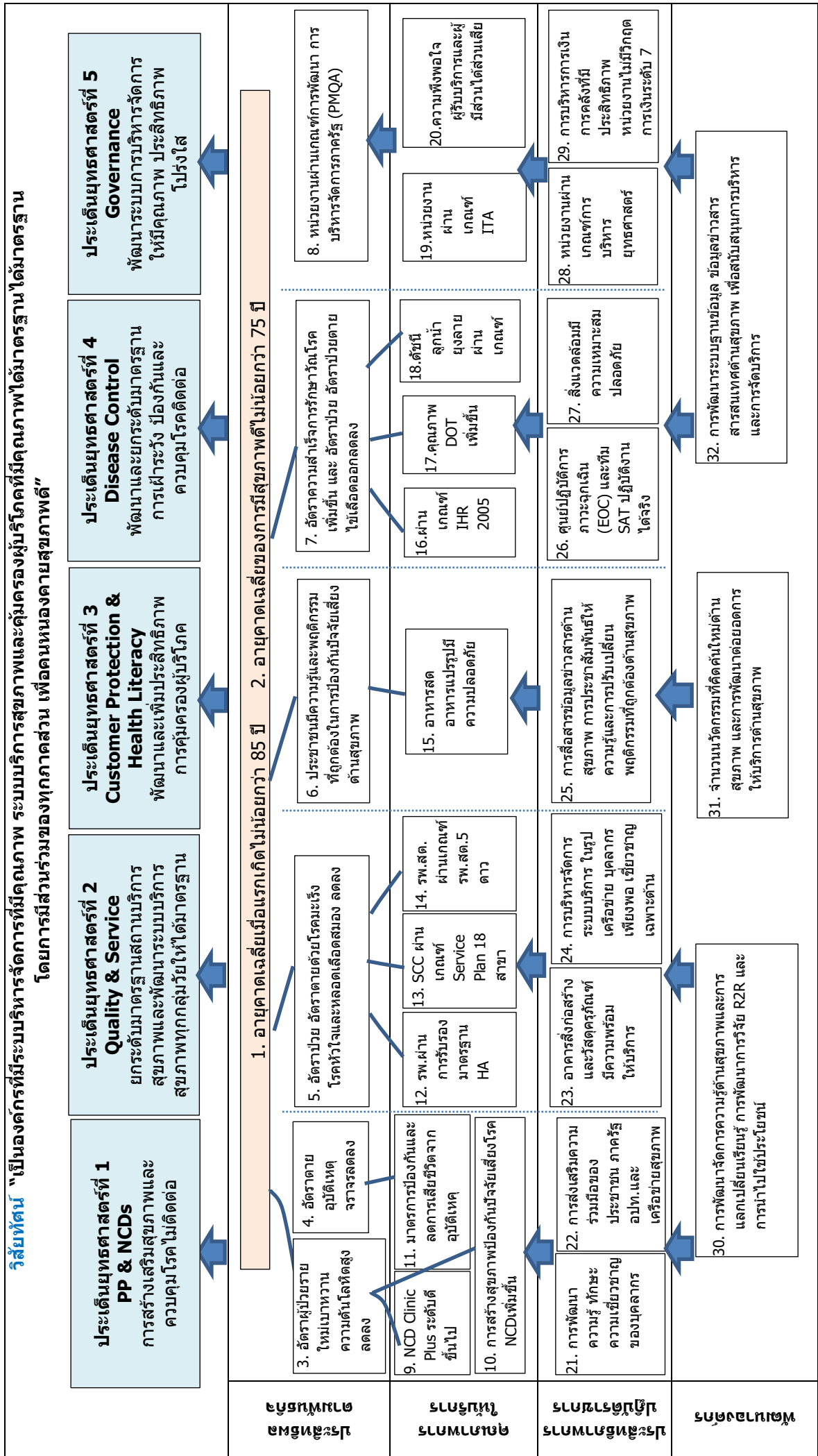
ประเด็นยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด
๑. ส่งเสริมการสร้างสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ	๑.๑ สร้างสุขภาพและป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ	๑. ร้อยละความสำเร็จการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในประชาชน ๒. ร้อยละของประชาชนวัยทำงานมีดัชนีมวลกายปกติ
	๑.๒ เพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ	๓. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระดับดีขึ้นไป (> ๖๐%) ๔. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ทั้งหมดลดลงร้อยละ ๕ (เทียบกับปีที่ผ่านมา) ๕. อัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง ลดลงร้อยละ ๓ (เทียบกับปี ๒๕๖๑) ๖. อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ๗. อัตราตายโรคเบาหวาน ลดลงร้อยละ ๕ ๘. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (ระดับ ๕) ๙. อัตราเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ไม่เกิน ๑๔ ต่อแสนปชก. ๑๐. อำเภอดำเนินการประเมินการป้องกันและลดอุบัติเหตุระดับอำเภอ (D-RTI) ระดับดีมาก (Excellent) ร้อยละ ๕๐
๒. ยกระดับมาตรฐานสถานบริการสุขภาพ และพัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกกลุ่มวัยให้ได้มาตรฐาน	๒.๑ พัฒนาและยกระดับมาตรฐานสถานบริการสุขภาพ	๑๑. ร้อยละโรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐาน HA ตามบันได ๓ ขั้น และ ผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓ ๑๒. ร้อยละ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ๑๓. ร้อยละพื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)
	๒.๒ พัฒนาระบบบริการตาม Service Plan ให้ได้มาตรฐาน	๑๔. จำนวน SCC จัดบริการได้ตามเกณฑ์และเชื่อมโยงบริการกับ PCC และหน่วยบริการทุกระดับ ผลงาน Service Plan ๑๙ สาขา ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย ๑๕. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ใน รพ.) ๑๖. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจต่อแสนประชากร ๑๗. ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๓ ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้ * ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) /PCI ในผู้ป่วย STEMI ได้ ๑๘. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ๑๙. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ ๑๐ ต่อปี ๒๐. อัตราตายทารกแรกเกิด (ต่อพันการเกิดมีชีพ) ๒๑. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

ประเด็นยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด
		๒๒. ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ๒๓. ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต * ร้อยละกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ๒๔. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ * ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ ๕๐ ๒๕. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired <ร้อยละ ๓๐ ๒๖. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture ๒๖.๑ ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) ๒๖.๒ ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน ๗๒ ชั่วโมงหลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery) ๒๗. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด ๒๘. อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับ ไม่เกิน ๓๑.๕๓ ต่อแสนประชากร ๒๙. อัตราตายด้วยโรคมะเร็งปอด ไม่เกิน ๑๗.๕๕ ต่อแสนประชากร ๓๐. ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR<๔ml/min/๑.๗๒m²/yr ๓๑. ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน ๓๒. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ๐.๗ : ๑๐๐ ๓๓. ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) ๓๔. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ๓๕. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery ร้อยละ ๑๕ ๓๖. ร้อยละของระบบ ECS คุณภาพในโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไป * อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย level ๑ ภายใน ๒๔ ชม.ทั้งที่ห้องฉุกเฉินและนอน รพ. ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ๓๗. ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ ๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free) ๓๘. ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการทันตกรรม ๓๙. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่อง (Remission Rate)

ประเด็นยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด
	๒.๓ พัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกกลุ่มวัยให้ได้มาตรฐาน	๔๐. ร้อยละความสำเร็จของ MCH คุณภาพระดับอำเภอในการบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก ๔๑. อัตราการตายเท่ากับ ๐ ๔๒. ร้อยละเด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย ๔๓. ร้อยละวัยเรียนสูงที่สุดส่วน ๔๔. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ต่อพันประชากร ๔๕. ร้อยละของ Healthy Aging คงที่หรือเพิ่มขึ้น ๔๖. ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว (LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์
	๒.๔ เสริมสร้างศักยภาพการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในการจัดการด้านสุขภาพ	๔๗. ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ และผลงาน ๒ ประเด็นผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย ๔๘. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (อสค.)
	๒.๕ การเฝ้าระวังป้องกันปัญหาสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและโรคจากการประกอบอาชีพ	๔๙. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ๕๐. ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตเศรษฐกิจพิเศษตามเกณฑ์ที่กำหนด
๓. พัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพการคุ้มครองผู้บริโภคและความรอบรู้ด้านสุขภาพ	๓.๑ พัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคให้มีคุณภาพ	๕๑. ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๙๗ ๕๒. ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ๕๓. ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ฝ่าฝืนกฎหมายได้รับการดำเนินการ ๕๔. การโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายได้รับการดำเนินการ ๕๕. อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษลดลง
	๓.๒ ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ	๕๖. ประชาชนวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (HL) และมีพฤติกรรมสุขภาพ (HB) ๓๐.๒๘.ถูกต้อง ในระดับพอใช้ขึ้นไป
๔. พัฒนาและยกระดับมาตรฐานการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ	๔.๑ พัฒนามาตรฐานการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน	๕๗. จำนวนประเด็นหลักที่จังหวัดผ่านเกณฑ์ IHR-JEE (๑๙ ประเด็น) ๕๘. ทีม SRRT ระดับจังหวัด และ ระดับอำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ๕๙. ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อ ๖๐. จังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง ๖๑. ไม่เกิดการระบาดของโรคติดต่อเชื้ออุบัติใหม่ (EID) ใน Generation ที่ ๒ ๖๒. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ * อัตราผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียน ๖๓. ร้อยละ ๗๐ ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อได้รับการกำกับกา

ประเด็นยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด
		กินยาต่อหน้า DOT โดย จนท. หรือ อสม. ๖๔. ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรค HIV และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก
	๔.๒ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการจัดการปัญหาสุขภาพ	๖๕. ดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายมีค่าตามเกณฑ์ที่กำหนด ๖๖. อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง > ร้อยละ ๒๐ ของค่ามัธยฐาน ๕ ปีย้อนหลัง ๖๗. อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ ๐.๑๓
๕. พัฒนาระบบการบริหารจัดการให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ โปร่งใส	๕.๑ พัฒนาระบบบริหารจัดการด้วยหลักธรรมาภิบาล	๖๘. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐสู่เกณฑ์คุณภาพ PMQA ๖๙. ร้อยละอำเภอฟผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารยุทธศาสตร์ ๗๐. ร้อยละของหน่วยงานผ่านการประเมิน ITA ในระดับ ๙๐% ขึ้นไป ไม่น้อยกว่า ๙๐% ๗๑. ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน ๗๒. ร้อยละจังหวัดและหน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลและมีผลงาน QOF ผ่านเกณฑ์ ๗๓. ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด ๗๔. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ๗๕. ร้อยละของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์ ๗๖. จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ
	๕.๒ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังด้านสุขภาพ	๗๗. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน (ไม่เกินร้อยละ ๔) ๗๘. ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป

Strategy Map : แผนที่ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ จังหวัดหนองคาย พ.ศ.2561-2565 (รอบปี 2562)



ส่วนที่ ๔

ความสัมพันธ์ประเด็นยุทธศาสตร์ แผนงาน ตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย

และสรุปบัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)

ภายใต้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุภาพ จังหวัดหนองคาย

ปี พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๕ (รอบปี พ.ศ.๒๕๖๒)

ความสัมพันธ์ประเด็นยุทธศาสตร์ แผนงาน ตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย

วิสัยทัศน์ : “เป็นองค์กรที่มีระบบบริหารจัดการที่มีคุณภาพ ระบบบริการสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภคที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อคนหนองคายสุขภาพดี”

ประเด็นยุทธศาสตร์	แผนงาน	ตัวชี้วัดของแผนงาน	ค่าเป้าหมาย				
			พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
๑. ส่งเสริมการสร้างสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ	แผนงานที่ ๑ สร้างสุขภาพและป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ	๑. ร้อยละความสำเร็จการสร้างสุขภาพป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค NCD ในบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน	๘๗.๒๖	๙๐	๙๐	๙๐	๙๐
		๒. ร้อยละของประชาชนวัยทำงานมีดัชนีมวลกายปกติ	๖๐	๖๒	๖๔	๖๖	๖๘
	แผนงานที่ ๒ เพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ	๓. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระดับดีขึ้น (>๖๐%)	-	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐
		๔. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ทั้งหมดลดลงร้อยละ ๕ (เทียบกับปีที่ผ่านมา)	ลดลงร้อยละ ๕ (๒,๗๒๒ ราย)	ลดลงร้อยละ ๕ (๒,๕๘๖ ราย)	ลดลงร้อยละ ๕ (๒,๔๕๗ ราย)	ลดลงร้อยละ ๕ (๒,๓๓๔ ราย)	ลดลงร้อยละ ๕ (๒,๒๑๗ ราย)
		๕. อัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง ลดลงร้อยละ ๓ (เทียบกับปี ๒๕๖๑)	(๕,๗๕๘ ราย)	ลดลงร้อยละ ๓ (๕,๕๘๕ ราย)	ลดลงร้อยละ ๓ (๕,๔๑๗ ราย)	ลดลงร้อยละ ๓ (๕,๒๕๔ ราย)	ลดลงร้อยละ ๓ (๕,๐๙๖ ราย)
		๖. อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	๑๐	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐
		๗. อัตราตายโรคเบาหวาน ลดลงร้อยละ ๕	๑๐๒ ราย	ลดลงร้อยละ ๕ (๙๗ ราย)	ลดลงร้อยละ ๕ (๙๒ ราย)	ลดลงร้อยละ ๕ (๘๗ ราย)	ลดลงร้อยละ ๕ (๘๓ ราย)
		๘. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (ระดับ ๕)	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕
		๙. อัตราเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ไม่เกิน ๒๓.๒ ต่อแสน ปชก.	๒๕	๒๓.๒	๒๓.๒	๒๓.๒	๒๓.๒
		๑๐. อำเภอฟกานการประเมินการป้องกันและลดอุบัติเหตุระดับอำเภอ (D-RTI) ระดับดีมาก (Excellent) ร้อยละ ๕๐	ระดับดี	ระดับดีมาก ร้อยละ๕๐	ระดับดีมาก ร้อยละ๗๕	ระดับดีมาก ร้อยละ ๑๐๐	ระดับดีเฒ่า ร้อยละ ๒๐
๒. ยกระดับมาตรฐานสถานบริการสุขภาพและพัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกกลุ่มวัยให้ได้มาตรฐาน	แผนงานที่ ๓ พัฒนาและยกระดับมาตรฐานสถานบริการสุขภาพ	๑๑. ร้อยละโรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐาน HA ตามบันได ๓ ขั้น และผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
		๑๒. ร้อยละ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว	๔๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
		๑๓. ร้อยละพื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)	๒๑.๗๔	๓๗.๗๔	๕๖.๖๐	๗๓.๕๘	๗๙.๒๕

ประเด็นยุทธศาสตร์	แผนงาน	ตัวชี้วัดของแผนงาน	ค่าเป้าหมาย				
			พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
	แผนงานที่ ๔ พัฒนาระบบบริการตาม Service Plan ให้ได้ มาตรฐาน	๑๔. ร้อยละ SCC จัดบริการได้ตามเกณฑ์และเชื่อมโยงบริการกับ PCC และ หน่วยบริการทุกระดับ ผลงาน Service Plan ๑๙ สาขา ผ่านเกณฑ์ตาม เป้าหมาย	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
	๑. NCDs โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	๑๕. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ใน รพ.)	๗	๖	๕	๔	๓
	๒. โรคหัวใจ	๑๖. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจต่อแสนประชากร	<๒๗	<๒๖	<๒๕	<๒๔	<๒๓
		๑๗. ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๓ ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
		* ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับ ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) /PCI ในผู้ป่วย STEMI ได้	๙๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
	๓. RDU การใช้ยาอย่าง สมเหตุสมผล	๑๘. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU)	ขั้นที่ ๑ ๑๐๐% ขั้นที่ ๒ ๒๐%	ขั้นที่ ๑ ๑๐๐% ขั้นที่ ๒ ๒๐% ขั้นที่ ๓ ๑๐%	ขั้นที่ ๒ ๘๐% ขั้นที่ ๓ ๒๐%	ขั้นที่ ๓ ๘๐%	ขั้นที่ ๓ ๑๐๐%
	๔. ศูนย์ความเป็นเลิศทาง การแพทย์ (ส่งต่อ)	๑๙. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ ๑๐ ต่อปี	ลดลงร้อยละ ๑๐ ต่อปี	ลดลงร้อยละ ๑๐ ต่อปี	ลดลงร้อยละ ๑๐ ต่อปี	ลดลงร้อยละ ๑๐ ต่อปี	ลดลงร้อยละ ๑๐ ต่อปี
	๕. New born ทารกแรกเกิด	๒๐. อัตราตายทารกแรกเกิด (ต่อพันการเกิดมีชีพ)	๔	๔	๔	๔	๔
	๖. Palliative Care การดูแลแบบประคับประคอง	๒๑. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	๖๐	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐
	๗. แพทย์แผนไทย	๒๒. ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก					
	๘. สุขภาพจิตและจิตเวช	๒๓. ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	๕๕	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕
		* ร้อยละกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า	๙๐	๙๐	๙๐	๙๐	๙๐
		๒๔. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	๖.๓	๖.๓	๖	๖	๖
		* ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จได้รับการเฝ้าระวัง และติดตาม ดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ	๕๐	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐

ประเด็นยุทธศาสตร์	แผนงาน	ตัวชี้วัดของแผนงาน	ค่าเป้าหมาย				
			พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
	๙. ๕ สาขาหลัก	๒๕. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired <ร้อยละ ๓๐	<๓๐	<๓๐	<๓๐	<๓๐	<๓๐
		๒๖. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture	๑๐	๒๐	๓๐	๔๐	๕๐
		๒๖.๑ ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture)	<๓๐	<๒๘	<๒๕	<๒๐	<๑๘
		๒๖.๒ ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน ๗๒ ชั่วโมงหลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery)	๕๐	๕๐	๕๐	๕๐	๕๐
	๑๐. โรคมะเร็ง	๒๗. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	๘๕	๘๕	๙๐	๙๐	๙๐
		๒๘. อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับ ไม่เกิน ๓๑.๕๓ ต่อแสนประชากร	๓๑.๘๘	๓๑.๕๓	๓๑.๒๓	๓๐.๙๑	๓๐.๖๑
		๒๙. อัตราตายด้วยโรคมะเร็งปอด ไม่เกิน ๑๗.๕๕ ต่อแสนประชากร	๑๗.๗๓	๑๗.๕๕	๑๗.๓๗	๑๗.๑๙	๑๗.๐๑
	๑๑. ไต	๓๐. ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR<๔ml/min/๑.๗๒m๒/yr	๖๖	๖๗	๖๘	๖๙	๗๐
	๑๒. ตา	๓๑. ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน	๘๐	๙๐	๙๐	๙๐	๙๐
	๑๓. ปลุกถ่ายอวัยวะ	๓๒. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ๐.๗ : ๑๐๐	๐.๗ : ๑๐๐	๐.๗ : ๑๐๐	๐.๗ : ๑๐๐	๐.๗ : ๑๐๐	๐.๗ : ๑๐๐
	๑๔. ระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care)	๓๓. ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง	๒๕	๕๐	๗๕	๑๐๐	๑๐๐
	๑๕. ระบบบริการ One day surgery	๓๔. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	๑๕	๒๐	๒๕	๓๐	๓๕
	๑๖. ระบบบริการ Minimally Invasive Surgery (MIS)	๓๕. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery ร้อยละ ๑๕	๑๐	๑๕	๒๐	๒๕	๓๐

ประเด็นยุทธศาสตร์	แผนงาน	ตัวชี้วัดของแผนงาน	ค่าเป้าหมาย				
			พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
	๑๗. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ	๓๖. ร้อยละของระบบ ECS คุณภาพในโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไป	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
		* อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย level ๑ ภายใน ๒๔ ชม.ทั้งที่ห้องฉุกเฉินและนอน รพ. ไม่เกินร้อยละ ๑๐	≤๑๐	≤๑๐	≤๑๐	≤๑๐	≤๑๐
	๑๘. สุขภาพช่องปาก	๓๗. ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ ๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	๖๐	๗๐	๗๐	๗๐	๗๐
		๓๘. ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการทันตกรรม	๗๐	๗๐	๙๐	๙๐	๙๐
	๑๙. ยาเสพติด	๓๙. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่อง (Remission Rate)	๔๐	๔๐	๔๐	๔๐	๔๐
	แผนงานที่ ๕ พัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกกลุ่มวัยให้ได้มาตรฐาน						
	๑. MCH	๔๐. ร้อยละความสำเร็จของ MCH คุณภาพระดับอำเภอในการบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก	๙๐	๙๐	๙๐	๙๐	๙๐
		๔๑. อัตราการตายเท่ากับ ๐	๐	๐	๐	๐	๐
		๔๒. ร้อยละ ๙๐ ของเด็ก ๐-๕ ปีมีพัฒนาการสมวัย	-	๙๐	๙๐	๙๐	๙๐
	๒. วัยเรียน	๔๓. ร้อยละวัยเรียนสูงดีสมส่วน	๖๘	๖๘	๖๘	๖๘	๖๘
	๓. วัยรุ่น	๔๔. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ต่อพันประชากร	≤๔๒	≤๓๘	≤๓๖	≤๓๔	≤๓๒
	๔. ผู้สูงอายุ	๔๕. ร้อยละของ Healthy Aging คงที่หรือเพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี ๖๐	เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี ๖๑	เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี ๖๒	เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี ๖๓	เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี ๖๔
		๔๖. ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว (LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐
	แผนงานที่ ๖ เสริมสร้างศักยภาพการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในการจัดการด้านสุขภาพ	๔๗. ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ และผลงาน ๒ ประเด็นผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐
		๔๘. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (อสค.)	๕๕	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐

ประเด็นยุทธศาสตร์	แผนงาน	ตัวชี้วัดของแผนงาน	ค่าเป้าหมาย				
			พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
	แผนงานที่ ๗ การเฝ้าระวังป้องกัน ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่มี ผลกระทบต่อสุขภาพและ โรคจากการประกอบ อาชีพ	๔๙. ร้อยละโรงพยาบาลพัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital					
		- รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	๕๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
		- รพ. ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
		ผ่านเกณฑ์ระดับดี	๕๐	๘๕	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
		ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก	๒๐	๔๐	๖๐	๘๐	๑๐๐
		ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus	-	๑	๑	๑	๑
		๕๐. ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสำหรับการ จัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม					
		- ในเขตเศรษฐกิจพิเศษตามเกณฑ์ที่กำหนด (๑๖ แห่ง)	๕๐	๗๐	๙๐	๙๕	๑๐๐
		- นอกเขตเศรษฐกิจพิเศษตามเกณฑ์ที่กำหนด (๖๗ แห่ง)	๓๐	๕๐	๗๐	๙๐	๑๐๐
๓. พัฒนาและเพิ่ม ประสิทธิภาพการ คัดกรองผู้บริโภคน	แผนงานที่ ๘ พัฒนาระบบการ คัดกรองผู้บริโภคให้มี คุณภาพ	๕๑. ผลผลิตภัณฑอาหารสดและอาหารแปรรูปได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่ กำหนด ร้อยละ ๙๗	๙๗	๙๗	๙๗	๙๗	๙๗
		๕๒. ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐาน ตามเกณฑ์ที่กำหนด	๙๗	๙๗	๙๗	๙๗	๙๗
		๕๓. ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ฝ่า ฝืนกฎหมายได้รับการดำเนินการ	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
		* ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ตามที่กฎหมายกำหนด	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
		๕๔. การโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายได้รับการดำเนินการ	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
		๕๕. อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษลดลง					
		๕๕.๑ อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงลดลงร้อยละ ๒๐ จากปี ๒๕๕๗	๒๐	๒๐	๒๐	๒๐	๒๐
		๕๕.๒ อัตราป่วยด้วยโรคอาหารเป็นพิษลดลงร้อยละ ๕๐ จากปี ๒๕๕๗	๕๐	๕๐	๕๐	๕๐	๕๐
	แผนงานที่ ๙ ส่งเสริมให้ประชาชนมี ความรู้ด้านสุขภาพ	๕๖. ประชาชนวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (HL) และมี พฤติกรรมสุขภาพ (HB) ๓๐.๒๘.ถูกต้อง ในระดับพอใช้ขึ้นไป	-	๖๐	๖๐	๖๐	๖๐

ประเด็นยุทธศาสตร์	แผนงาน	ตัวชี้วัดของแผนงาน	ค่าเป้าหมาย				
			พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
๔. พัฒนาและยกระดับมาตรฐานการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ	แผนงานที่ ๑๐ พัฒนามาตรฐานการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน	๕๗. จำนวนประเด็นหลักที่จังหวัดผ่านเกณฑ์ IHR-JEE (๑๙ ประเด็น)	๔ ประเด็น ๑,๑๐,๑๓,๑๗	๘ ประเด็น ๑,๑๐,๑๓,๑๗, ๒,๔,๗,๑๑	๑๒ ประเด็น ๑,๑๐,๑๓,๑๗, ๒,๔,๗,๑๑, ๓,๕,๙,๑๖	๑๙ ประเด็น เพิ่ม ๖,๘,๑๑,๑๒, ๑๔,๑๕,๑๘	๑๙ ประเด็น ทุกประเด็น
		๕๘. ทีม SRRT ระดับจังหวัด ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว	ระดับพื้นฐาน	ระดับดี	-	-	ระดับดี
		๕๙. ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอ/หน่วยระบาดวิทยาระดับตำบลผ่านเกณฑ์ระบาดวิทยาโรคติดต่อ	-	ร้อยละ ๔๐ (๔ อำเภอ)	ร้อยละ ๗๐ (๗ อำเภอ)	ร้อยละ ๑๐๐ (๙ อำเภอ)	ร้อยละ ๑๐๐ (๙ อำเภอ)
		๖๐. จังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	๑	๑	๑	๑	๑
		๖๑. ไม่เกิดการระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (EID) ใน Generation ที่ ๒	๐	๐	๐	๐	๐
		๖๒.๑ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	>๘๕	>๘๕	>๘๕	>๘๕	>๘๕
		๖๒.๒ อัตราผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปี ๒๕๖๒	-	๘๒.๕	๘๒.๕	๘๒.๕	๘๒.๕
		๖๓. ร้อยละผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อได้รับการกำกับการกินยาต่อหน้า DOT โดย จนท. หรือ อสม.	๗๐	๘๐	๘๐	๘๐	๘๐
		๖๔. ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรค HIV และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก	๘๗	๙๐	๙๒	๙๔	๙๖
	แผนงานที่ ๑๑ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการจัดการปัญหาสุขภาพ	๖๕. ดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายมีค่าตามเกณฑ์ที่กำหนด					
		๖๕.๑ ร้อยละ ๙๒ ของหมู่บ้าน/ชุมชน มีค่า HI<๑๐	๙๒	๙๓	๙๔	๙๕	๙๖
		๖๕.๒ ร้อยละ ๑๐๐ ของโรงเรียน/วัด/ศพด. มีค่า CI=๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
		๖๕.๓ ร้อยละ ๑๐๐ ของหน่วยงานสาธารณสุข มีค่า CI=๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
		๖๖. อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง >ร้อยละ ๒๐ ของค่ามัธยฐาน ๕ ปีย้อนหลัง	๒๐	๒๐	๒๐	๒๐	๒๐
		๖๗. อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ ๐.๑๓	๐.๑๓	๐.๑๓	๐.๑๓	๐.๑๓	๐.๑๓

ประเด็นยุทธศาสตร์	แผนงาน	ตัวชี้วัดของแผนงาน	ค่าเป้าหมาย				
			พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
๕. พัฒนาระบบการบริหารจัดการให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ โปร่งใส	แผนงานที่ ๑๒ พัฒนาระบบบริหารจัดการด้วยหลักธรรมาภิบาล	๖๘. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐสู่เกณฑ์คุณภาพ PMQA	ผ่านเกณฑ์คุณภาพระดับก้าวหน้า PL (Progressive Level) หมวด ๑ หมวด ๕	ผ่านเกณฑ์คุณภาพระดับก้าวหน้า PL (Progressive Level) หมวด ๒ หมวด ๔	ผ่านเกณฑ์คุณภาพระดับก้าวหน้า PL (Progressive Level) หมวด ๓ หมวด ๖	ผ่านเกณฑ์คุณภาพระดับก้าวหน้า PL (Progressive Level) หมวด ๑-๖	ผ่านเกณฑ์คุณภาพระดับก้าวหน้า PL (Progressive Level) หมวด ๑-๖
		๖๙. ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารยุทธศาสตร์	-	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
		๗๐. ร้อยละของหน่วยงานผ่านการประเมิน ITA ในระดับ ๙๐% ขึ้นไป	๙๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
		๗๑. ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐
		๗๒. ร้อยละจังหวัดและหน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลและมีผลงาน QOF ผ่านเกณฑ์	๙๐	๙๐	๙๐	๙๕	๙๕
		๗๓. ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐	๑๐๐
		๗๔. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐
		๗๕. ร้อยละของหน่วยบริการมีผลงานวิจัย R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์	๒๕	๓๐	๓๕	๔๐	๔๕
		๗๖. จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ	๑๐	๑๕	๒๐	๒๕	๓๐
	แผนงานที่ ๑๓ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังด้านสุขภาพ	๗๗. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน (ไม่เกินร้อยละ ๔)	≤๔	≤๔	≤๔	≤๒	๐
		* หน่วยบริการมีประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังและไม่มีวิกฤติทางการเงิน ระดับ ๗	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
		๗๘. ร้อยละหน่วยงานผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

สรุปบัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)

โครงการ ที่	บัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)				งบประมาณดำเนินการ				
	แผนงาน/โครงการ	แหล่งงบประมาณ	ผลผลิต สบ.	หน่วยรับผิดชอบ	พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
	แผนงานที่ ๑ สร้างสุขภาพและป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ								
๑	โครงการคนหนองคาย ทุนดีสุขภาพดี ปี ๒๕๖๑ กิจกรรม ๑. กิจกรรมรวมพลังสร้างกระแสปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพระดับจังหวัด ๒. MOU องค์การไรรุ่งหน่วยงานในสังกัด สสจ.นค. ๓. สถานประกอบการทุนดี สุขภาพดี เป้าหมาย ๕ แห่ง ๔. ติดตามการดำเนินงานชมรมกิจกรรมทางกาย และองค์กร ไรรุ่ง		โครงการพัฒนาและสร้างเสริม ศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงานแบบ บูรณาการM๔๔๕๐-การพัฒนาและ สร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัย ทำงาน (ยกเลิกโครงการ)	ส่งเสริมสุขภาพ	ยกเลิก โครงการ				
*	โครงการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน จังหวัดหนองคาย ปี ๒๕๖๒ กิจกรรม 1. การขับเคลื่อนระดับจังหวัด อบรมผู้รับผิดชอบงาน ผู้สูงอายุ จากทุกหน่วยบริการ 2. ติดตาม นิเทศ ประชุมสรุปประมวลผลการดำเนินงาน			กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ		๕๐,๐๐๐			
	แผนงานที่ ๒ เพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ								
๒	โครงการบูรณาการสร้างสุขภาพดีวิถีหนองคาย ลดภัย โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ กิจกรรม ๑. จัดประชุม NCD Board จังหวัด ๒. ประชุมทีมงาน Case Manager ๓. อบรมกระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) ในบุคลากร สธ. ๔. ตำบลนาร่อง Home BP ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ๕. อำเภอ นาร่อง ๓ ลด ๒ เพิ่ม โรคเบาหวาน ๖. ประชุมประเมิน NCD Clinic Plus, CKD Clinic, DPAC Clinic, คลินิกอดบุหรี่คุณภาพ	สบ. งบดำเนินงาน (๑-๔,๖)	ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง M๔๔๘๐-สนับสนุนการสร้างเสริม สุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และภัยสุขภาพ	ควบคุมโรคไม่ติดต่อ	๒๗๑,๕๐๐				
		กรม/กอง (๕)	โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ ปฐมภูมิ และเครือข่ายระบบสุขภาพ ระดับอำเภอM๔๔๕๔-พัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพ มาตรฐาน		๕๐,๐๐๐				

โครงการ ที่	บัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)				งบประมาณดำเนินการ				
	แผนงาน/โครงการ	แหล่งงบประมาณ	ผลผลิต สงป.	หน่วยรับผิดชอบ	พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
๓	โครงการรณรงค์กำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช พร้อมทั้งถวายเป็นพระราชกุศลแด่สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถทรงเจริญพระชนมพรรษา ๘๔ พรรษา <u>กิจกรรม</u> ๑. สนับสนุนการดำเนินงานการแก้ไขพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในตำบลเป้าหมาย ปี ๒๕๖๑ (๙ ตำบล ได้แก่ ต.หนองกอมเกาะ อ.เมือง, ต.บ้านถ่อน อ.ท่าบ่อ, ต.กุดบง อ.โพนพิสัย, ต.พานพร้าว อ.ศรีเชียงใหม่, ต.นาจั่ว อ.สังคม, ต.ผาง อ.สระใคร, ต.เฝ้าไร่ อ.เฝ้าไร่, ต.รัตนวาปี อ.รัตนวาปี, ต.โพนทอง อ.โพธิ์ตาก) ๒. สนับสนุนการดำเนินงานการแก้ไขพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในตำบลเป้าหมายปี ๒๕๕๙-๒๕๖๐ (๙ ตำบล ได้แก่ ต.วัดธาตุ อ.เมือง, ต.น้ำโมง อ.ท่าบ่อ, ต.จุมพล อ.โพนพิสัย, ต.พระพุทธรบาท อ.ศรีเชียงใหม่, ต.แก้งไก่อ.สังคม, ต.คอกช้าง อ.สระใคร, ต.หนองหลวง อ.เฝ้าไร่, ต.บ้านด่อน อ.รัตนวาปี, ต.โพธิ์ตาก อ.โพธิ์ตาก) ๓. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานแก้ไขพยาธิโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีและการบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล Isan cohort ๔. ประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดการเรียน OV CCA ในโรงเรียนเป้าหมาย ๗๐ แห่ง ๕. เฝ้าระวังอาหารปนเปื้อนพยาธิใบไม้ตับ ๖. ประชุมเชิงปฏิบัติการจัดการสิ่งปฏิกูลในชุมชน ๗. พัฒนาระบบบริการส่งต่อรักษามะเร็งท่อน้ำดี	กรม/กอง		ควบคุมโรคไม่ติดต่อ	๑,๘๐๐,๐๐๐				

โครงการ ที่	บัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)				งบประมาณดำเนินการ				
	แผนงาน/โครงการ	แหล่งงบประมาณ	ผลผลิต สงป.	หน่วยรับผิดชอบ	พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
*	โครงการรณรงค์กำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช พร้อมทั้งถวายเป็นพระราชกุศลแด่สมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ ทรงเจริญพระชนมพรรษา ๘๔ พรรษา <u>กิจกรรม</u> ๑.คัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยการตรวจอุจจาระ ๒.คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีโดยการตรวจอัลตราซาวด์ ๓.พัฒนาให้โรงเรียน มีการจัดการเรียนการสอนอย่างจริงจัง เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในสี่ช่วงชั้น คือ ระดับชั้นอนุบาล,ประถมศึกษาปีที่ ๑-๓,ประถมศึกษาปีที่ ๔-๖,มัธยมศึกษาปีที่ ๑-๓ ๔.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี/กลุ่มติดพยาธิใบไม้ตับ / กลุ่มผลอัลตราซาวด์ผิดปกติ ๕. พัฒนาระบบและบุคลากรด้านการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะสุดท้าย โดยแพทย์แผนไทย			นางศิริพร มณี กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุภาพจิต และยาเสพติด		๒,๔๒๙,๐๐๐			

โครงการ ที่	บัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)				งบประมาณดำเนินการ				
	แผนงาน/โครงการ	แหล่งงบประมาณ	ผลผลิต สงป.	หน่วยรับผิดชอบ	พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
๔	โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดหนองคาย ปี ๒๕๖๑ <u>กิจกรรม</u> ๑. ประชุมผู้รับผิดชอบงาน EMS ทบพวน วิเคราะห์ และวางแผนให้บริการผู้ป่วยเร่งด่วนและฉุกเฉินวิกฤต (สีแดงและสีเหลือง) ๒. การพัฒนา/ฝึกอบรมพนักงานขับรถพยาบาลในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ๓. การพัฒนา อบรมอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน (อฉช.) ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ๔. การออกเยี่ยม ติดตามสร้างความครอบคลุม การตรวจประเมินมาตรฐาน และการประชาสัมพันธ์ด้านการแพทย์ฉุกเฉินและการส่งเสริมความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน ๕. สรุป และรายงานผล	สป. งบดำเนินงาน	โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ ครบวงจรและระบบส่งต่อM๔๙๕๖- พัฒนาระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่ง ต่อ	ควบคุมโรคไม่ติดต่อ	๔๐,๓๐๐				
		สป. งบดำเนินงาน	โครงการพัฒนาและสร้างเสริม ศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงานแบบ บูรณาการM๔๙๕๐-การพัฒนาและ สร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัย ทำงาน		๑๕๕,๘๕๐				
๕	โครงการบริหารจัดการงานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัด หนองคาย ปี ๒๕๖๑ <u>กิจกรรม</u> ๑. การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจของภาคีเครือข่าย การ ประชุมคณะทำงานและคณะอนุกรรมการระบบการแพทย์ ฉุกเฉิน ๑.๑ การประชุมฉุกเฉิน ระดับคณะอนุกรรมการการแพทย์ จังหวัด ๑.๒ การประชุมคณะทำงานการพัฒนาเครือข่ายระบบ การแพทย์ฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศูนย์รับ แจ้งเหตุและสั่งการ รพท./รพช. องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น สมาคม และมูลนิธิต่างๆ ๒. การพัฒนา อบรมอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉิน EMR หลักสูตร ๔๐ ชม. และ EMT-B หลักสูตร ๑๒๐ ชม. ๓. การส่งเสริมพัฒนางานวิชาการด้านการแพทย์ฉุกเฉินระดับ	สพด.		ควบคุมโรคไม่ติดต่อ	๓,๕๙๔,๘๐๐				

โครงการ ที่	บัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)				งบประมาณดำเนินการ				
	แผนงาน/โครงการ	แหล่งงบประมาณ	ผลผลิต สงป.	หน่วยรับผิดชอบ	พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
	จังหวัด เขต และประเทศ (EMS Forum/EMS Rally) ๔. การพัฒนาความรู้ระบบ ITEMS ระบบข้อมูลสารสนเทศ และระบบการจ่ายตรงค่าชดเชยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ๕. สนับสนุนการให้บริการประชาชนผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินหน่วยกู้ชีพในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับ ๖. พัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการสำนักงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด ๖.๑ จัดจ้างนักวิชาการพัฒนาคอมพิวเตอร์เพื่อดูแลและระบบฐานข้อมูล (นายวิฑูรย์ พิพัฒน์กานต์กุล) ๖.๒ สนับสนุนการเดินทางไปประชุม/สัมมนา อบรมแก่บุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งในและนอกเขตจังหวัดหนองคาย ๗. สนับสนุนกิจกรรม/การและดำเนินงานของศูนย์รับแจ้งเหตุสังการ ๗.๑ จ้างพยาบาลวิชาชีพ ๗.๒ จ้างนักวิชาการคอมพิวเตอร์ ๗.๓ ค่าตอบแทนพยาบาลสังการ ๒๔ ชม. ๗.๔ ค่าตอบแทนพนักงานสื่อสารประจำศูนย์ ๒๔ ชม. ๗.๕ จัดหาวัสดุครุภัณฑ์และอุปกรณ์ประจำศูนย์สังการ ๘. ประชุมคณะทำงาน EMS ทบทวน วิเคราะห์ และวางแผนให้บริการผู้ป่วยเร่งด่วนและฉุกเฉินวิกฤต (สีแดงและสีเหลือง) ๙. กิจกรรมการส่งเสริมการประชาสัมพันธ์ ๑๐. สรุป และรายงานผล								
	แผนงานที่ ๓ พัฒนาและยกระดับมาตรฐานสถานบริการสุขภาพ								
๖	โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ จังหวัดหนองคาย (HA) กิจกรรม ๑. พัฒนาระบบและระบบการปฏิบัติงาน ๒. จัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพ รพ.ภายใน จว.และยื่นคำขอเพื่อรับการประเมินหรือต่ออายุล่วงหน้าอย่างน้อย ๖ ค. ก่อนหมดอายุการรับรอง			พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ	บูรณาการร่วมกับ SCC คก.๘-	๒๐๐,๐๐๐			

โครงการ ที่	บัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)				งบประมาณดำเนินการ				
	แผนงาน/โครงการ	แหล่งงบประมาณ	ผลผลิต สงป.	หน่วยรับผิดชอบ	พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
	๓. จัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพระดับ จว./หน่วยบริการ ๔. ส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพระหว่าง รพ.ในเขตรับผิดชอบ ๕. กำกับ ติดตามเยี่ยมกระตุ้นระดับจังหวัด เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ๖. สนับสนุนการดำเนินงาน								
๗	โครงการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตามเกณฑ์ รพ.สต. ดีดดาว <u>กิจกรรม</u> ๑. ประชุมทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัด (ครู ข) ๒. อบรมพัฒนาทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ (ครู ค) ๓. นิเทศติดตาม/เยี่ยมเสริมพลัง ตามเกณฑ์ รพ.สต.ดีดดาว ๔. ประเมินรับรอง รพ.สต.ดีดดาว ระดับ ๕ ดาว ๕. ติดตามเยี่ยมประเมิน รพ.สต.ดีดดาว ระดับ ๕ ดาว ที่ผ่าน การประเมินรับรองในปี ๒๕๖๐ (สุ่มอำเภอละ ๑ แห่ง)	สป. งบดำเนินงาน	โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ ปฐมภูมิ และเครือข่ายระบบ สุขภาพระดับอำเภอM๔๙๕๔- พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้มี คุณภาพมาตรฐาน	พัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ	๒๑๑,๒๕๐				
	แผนงานที่ ๔ พัฒนาระบบบริการตาม Service Plan ให้ได้มาตรฐาน								
๘	โครงการพัฒนาระบบบริการแบบเครือข่าย (SCC) <u>กิจกรรม</u> scc๑ พัฒนาสมรรถนะ QRT-HA, QA, LA, X-ray, IC, IMC โดยวิทยากรในพื้นที่ scc๒ เยี่ยมเสริมพลังการจัดบริการแบบเครือข่ายจัดบริการตาม Service Plan ๑๘ สาขา scc๓ ประเมินการจัดบริการได้ตามเกณฑ์และเชื่อมโยงกับ PCC และหน่วยบริการทุกระดับผลงาน Service Plan ๑๘ สาขา & IMC imc๑ ประชุมชี้แจงคณะทำงานและผู้ให้บริการ imc๒ พัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อการลงทะเบียน ส่งต่อและติดตามผู้ป่วยและฐานข้อมูล QRT ระดับจังหวัด imc๓ พัฒนาเครือข่าย IMC เพื่อการฟื้นฟูสุขภาพและ โพนพิสัย imc๔ เยี่ยมเสริมพลังและทบทวน case IPD Rehab ใน	สป. งบดำเนินงาน	โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ ปฐมภูมิ และเครือข่ายระบบสุขภาพ ระดับอำเภอM๔๙๕๔-พัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพ มาตรฐาน	พัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ	๑๖๑,๕๒๐				

โครงการ ที่	บัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)				งบประมาณดำเนินการ				
	แผนงาน/โครงการ	แหล่งงบประมาณ	ผลผลิต สงป.	หน่วยรับผิดชอบ	พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
	รพ.ระดับ M,F แม่ข่ายโซน imc๕ สรุปผลการดำเนินงานและวางแผนดำเนินงานปีต่อไป imc๖ เวทีคืนข้อมูลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ภายในจังหวัด HA๑ จัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพ รพ.ภายใน จว.และยื่นคำขอเพื่อรับการประเมินหรือต่ออายุล่วงหน้าอย่างน้อย ๖ ด. ก่อนหมดอายุการรับรอง HA๒ จัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพระดับ จว./หน่วยบริการ HA๓ ส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพระหว่าง รพ.ในเขตรับผิดชอบ HA๔ กำกับ ติดตามเยี่ยมกระตุ้นระดับจังหวัด เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง								
*	โครงการพัฒนาระบบบริการแบบเครือข่าย (SCC) จังหวัดหนองคาย กิจกรรม - ทบทวนการแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการบริการแบบเครือข่ายระดับจังหวัด/เครือข่าย - พัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการเครือข่ายเน้นการจัดบริการแบบเครือข่าย - พัฒนาสมรรถนะทีมแกนนำเครือข่าย และระบบข้อมูลเพื่อสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย - เยี่ยมเสริมพลังการจัดบริการแบบเครือข่ายจัดบริการตาม Service Plan ๑๙ สาขา - ประเมินการจัดบริการได้ตามเกณฑ์และเชื่อมโยงกับ PCC และหน่วยบริการทุกระดับผลงาน Service Plan ๑๙ สาขา			พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ		๒๐๐,๐๐๐			

โครงการ ที่	บัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)				งบประมาณดำเนินการ				
	แผนงาน/โครงการ	แหล่งงบประมาณ	ผลผลิต สงป.	หน่วยรับผิดชอบ	พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
๙	โครงการพัฒนาเครือข่ายและระบบบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กิจกรรม ๑. อบรมบุคลากรและพัฒนารูปแบบระบบ Stroke/STEMI Fast track ๒. อบรมเครือข่ายสุขภาพในชุมชนเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ	สป. งบดำเนินงาน	ผลผลิตประชาชนได้รับการดูแล สุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ ถูกต้องM๔๙๘๐-สนับสนุนการสร้าง เสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ	ควบคุมโรคไม่ติดต่อ	๖๓,๒๐๐				
๑๐	โครงการพี่เลี้ยงน้อง (รพ.แม่ข่ายเยี่ยม รพ.ลูกข่าย Service plan) (เยี่ยมรพ.ทุกแห่งในจังหวัดหนองคาย) กิจกรรม	สป. งบดำเนินงาน	โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ ปฐมภูมิ และเครือข่ายระบบ สุขภาพระดับอำเภอM๔๙๕๔- พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้มี คุณภาพมาตรฐาน	รพ.หนองคาย	๓๙,๖๐๐	๔๓,๒๐๐			
๑๑	โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ ยาอย่างสมเหตุผล จังหวัดหนองคาย ปี ๒๕๖๑ กิจกรรม ๑. จัดประชุมคณะกรรมการ คณะทำงาน RDU ระดับจังหวัด ๒. การนิเทศติดตามการดำเนินงาน RDU ของหน่วยบริการ ในจังหวัดหนองคาย โดยคณะกรรมการระดับจังหวัด ๓. การสร้าง Motivation ผลการดำเนินงานแลกเปลี่ยน เรียนรู้นำเสนอผลงานเด่นด้าน RDU	เงินบำรุง		คุ้มครองผู้บริโภคและ เภสัชสาธารณสุข	๓๗,๑๔๐				
๑๒	โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ๔ สาขา ได้แก่ ๑) สาขาโรคหัวใจ ๒) สาขาโรคมะเร็ง ๓) สาขา อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ๔) สาขาทารกแรกเกิด กิจกรรม ๑. พัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ ๔ สาขา ๒. พัฒนาระบบสารสนเทศการจัดเก็บ/บันทึกข้อมูล/ Feedback ข้อมูล ในโปรแกรม ๔๓ แฟ้ม/Refer link/HDC			รพ.หนองคาย		๒๕,๐๐๐			

โครงการ ที่	บัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)				งบประมาณดำเนินการ				
	แผนงาน/โครงการ	แหล่งงบประมาณ	ผลผลิต สงป.	หน่วยรับผิดชอบ	พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
	๓. การติดตาม/ประเมินผลงาน ๔. ทำแผนพัฒนาแพทย์/พยาบาลเฉพาะทาง ๔ สาขา ๕. พัฒนาระบบบริการ สาขาส่งต่อ								
๑๓	โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนด <u>กิจกรรม</u> - อบรม NCPR +STABLE - อบรมการดูแลทารกแรกเกิดวิกฤต(PT+PPHN) - คัดกรอง CHD screening - จัดหาครุภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ - ส่งพยาบาลอบรมเฉพาะทางทารกแรกเกิด (บาท/คน) - พัฒนาข้อมูลสารสนเทศและการจัดเก็บข้อมูล	เงินบำรุง รพ.		รพ.หนองคาย		๒๕,๐๐๐			
๑๔	โครงการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) <u>กิจกรรม</u> ๑. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ๒. พัฒนาระบบและเครื่องมือ ๓. ติดตามประเมินคุณภาพงาน			รพ.หนองคาย		(๒๐,๐๐๐)			
						๑๐,๐๐๐			
						๕,๐๐๐			
						๕,๐๐๐			
๑๕	โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการ แพทย์ทางเลือก ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ <u>กิจกรรม</u> ๑. ชี้แจงการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลบริการแพทย์แผนไทย ด้วยระบบ Cockpit ๒. ประชุมเชิงปฏิบัติการแพทย์แผนไทยในการจัดทำแนวทาง เวชปฏิบัติการรักษาทางการแพทย์แผนไทย ๓. ประชุมพัฒนาระบบงานแพทย์แผนไทยระดับจังหวัด ๔. อบรมเชิงปฏิบัติการแพทย์แผนไทยในการตรวจ วินิจฉัย การบำบัดรักษาโรคทางการแพทย์แผนไทย และการใช้ยาปรุง สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย ๕. อบรมพยาบาลแผนก OPD ในการคัดกรองผู้มารับการ รักษาทางการแพทย์แผนไทย	เงินบำรุง		แพทย์แผนไทยและ แพทย์ทางเลือก	๑๙๕,๕๐๐				

โครงการ ที่	บัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)				งบประมาณดำเนินการ				
	แผนงาน/โครงการ	แหล่งงบประมาณ	ผลผลิต สบป.	หน่วยรับผิดชอบ	พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
	๖. ประเมินการจัดบริการแพทย์แผนไทย ๖.๑ คลินิก OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนานแผนกผู้ป่วยนอก ๖.๒ คลินิกครบวงจรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ๖.๓ คลินิกบริการผู้ป่วยใน (IPD) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ๖.๔ กระบวนการรับรองคุณภาพ (TTM HA) ใน รพ. ๗. ประเมินมาตรฐานบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) ในรพ.สต. ๘. ประชุมแพทย์แผนไทยและเภสัชกรในการบริหารจัดการยาสมุนไพร ๙. อบรมแพทย์แผนไทยในการจัดทำผลงานวิจัย/นวัตกรรม/R๒R ด้านการแพทย์แผนไทยและการใช้ยาสมุนไพรไทย ๑๐. สนับสนุนวัตถุดิบสมุนไพรในการจัดทำผลงานวิจัย/นวัตกรรม/R๒R ด้านการแพทย์แผนไทย ๑๑. นิเทศติดตาม การปลูกสมุนไพร การเก็บเกี่ยวและการเก็บรักษาของกลุ่มผู้ปลูกสมุนไพร ๑๒. นิเทศติดตาม รพ. ที่มีการผลิตยาสมุนไพรให้ผ่านเกณฑ์ WHO GMP ๑๓. ประสานศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๘ อุตรธานีในการตรวจสอบคุณภาพวัตถุดิบสมุนไพร/ยาสมุนไพร ๑๔. ติดตามการบันทึกและการประมวลผลข้อมูลบริการแพทย์แผนไทยผ่านโปรแกรม HDC								
*	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ <u>กิจกรรม</u> ๑. ประชุมเชิงปฏิบัติการแพทย์แผนไทยในการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาทางการแพทย์แผนไทย, การใช้ยาสมุนไพร และแนวทางการคัดกรองผู้มารับการรักษาทางการแพทย์แผนไทย ๒. อบรมเชิงปฏิบัติการแพทย์แผนไทยในการตรวจวินิจฉัย					๔๒๔,๓๐๐			

โครงการ ที่	บัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)				งบประมาณดำเนินการ				
	แผนงาน/โครงการ	แหล่งงบประมาณ	ผลผลิต สงป.	หน่วยรับผิดชอบ	พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
	การบำบัด รักษาโรคทางการแพทย์แผนไทยและการใช้ยา ปรุงสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย ๓. อบรมพยาบาลแผนก OPD ในการคัดกรองผู้มารับการ รักษาทางการแพทย์แผนไทย ๔. อบรมแพทย์แผนไทยในการจัดทำผลงานวิจัย/นวัตกรรม/ R๒R ด้านการแพทย์แผนไทยและการใช้ยาสมุนไพรไทย ๕. อบรมหลักสูตรผู้สั่งการรักษาทางการแพทย์แผนไทยฯ (๖๐ ชม.) ๖. อบรมฟื้นฟูผู้สั่งการรักษาทางการแพทย์แผนไทยฯ (๖๐ ชม.) ๗. ประชุมเชิงปฏิบัติการรวบรวมองค์ความรู้ ภูมิปัญญา การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ ทางเลือก ๘. ประชุมพัฒนาระบบงานแพทย์แผนไทยระดับจังหวัด ๙. ประเมิน OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนานแผนกผู้ป่วยนอกใน รพ. ๑๐. ประเมินการจัดบริการแพทย์แผนไทยคลินิกเฉพาะโรค/ คลินิกครบวงจรในรพ.เป้าหมาย ๑๑. ประเมินการจัดคลินิกบริการผู้ป่วยใน (IPD) ด้าน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกใน รพ.เป้าหมาย ๑๒. ประเมินกระบวนการรับรองคุณภาพ (TTM HA) ใน รพ. ๑๓. ประเมินมาตรฐานบริการการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) ใน รพ.สส. ๑๔. ประเมินการจัดบริการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์ คุณภาพรพ.สส.ดีดดาวในรพ.สส.เป้าหมาย ๑๕. ประชุมแพทย์แผนไทยและเภสัชกรในการบริหารจัดการ และการควบคุมคุณภาพยาสมุนไพร ๑๖. นิเทศติดตามผู้ปลูกสมุนไพรในชุมชนที่มี การปลูก สมุนไพร การเก็บเกี่ยว และการเก็บรักษา ให้ผ่านเกณฑ์ GAP								

โครงการ ที่	บัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)				งบประมาณดำเนินการ				
	แผนงาน/โครงการ	แหล่งงบประมาณ	ผลผลิต สป.	หน่วยรับผิดชอบ	พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
	๑๗. นิเทศติดตามรพ.ที่มีการผลิตยาสมุนไพรให้ผ่านเกณฑ์ WHO GMP ๑๘. ประสานศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๘ อุดรธานี ในการตรวจสอบคุณภาพวัตถุดิบสมุนไพร/ยาสมุนไพร ๑๙. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจากทุกสิทธิ ๒๐. ติดตามการบันทึกและการประมวลผลข้อมูลบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกผ่านโปรแกรม HDC								
๑๖	โครงการพัฒนาระบบการส่งต่อ รักษา และดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในจังหวัดหนองคาย ปี ๒๕๖๑ กิจกรรม ๑. ประชุมคณะทำงานสุขภาพจิตเพื่อชี้แจงแผนการดำเนินงานสุขภาพจิตให้กับผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต ปีละ ๒ ครั้ง ๒. การสร้างสุขในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน ๓. พัฒนาระบบการส่งต่อ รักษา และดูแลผู้ป่วยจิตเวชใน จังหวัดหนองคาย ปี ๒๕๖๑	สป. งบดำเนินงาน	โครงการพัฒนาและสร้างเสริม ศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงานแบบ บูรณาการ M๔๙๕๐-การพัฒนาและ สร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัย ทำงาน	ควบคุมโรคไม่ติดต่อ	๑๖๐,๘๐๐				
*	โครงการ พัฒนาระบบการส่งต่อ รักษา และดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในจังหวัดหนองคาย ปี ๒๕๖๒ กิจกรรม ๑. จัดประชุมชี้แจงการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวช ๒. จัดประชุมพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการให้ คำปรึกษา (หลักสูตรระยะสั้น ๓ วัน) - Node ๑ (อำเภอเมือง สระใคร) - Node ๒ (อำเภอท่าบ่อ สังคม ศรีเชียงใหม่ โพธิ์ตาก) - Node ๓ (อำเภอโพนพิสัย เฝ้าไร่ รัตนวาปี)			สสจ.หนองคาย		๖๕,๐๐๐			
๑๗	โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในจังหวัด หนองคาย ปี ๒๕๖๒ กิจกรรม			สสจ.หนองคาย		๗๐,๐๐๐			

โครงการ ที่	บัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)				งบประมาณดำเนินการ				
	แผนงาน/โครงการ	แหล่งงบประมาณ	ผลผลิต สงป.	หน่วยรับผิดชอบ	พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
	๑. จัดประชุมทบทวนระบบการเฝ้าระวังผู้ป่วยรายวัน ไม่สำเร็จ ๒. การอบรมการใช้โปรแกรม Dashboard ในการเฝ้าระวัง ติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงการฆ่าตัวตาย								
๑๘	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก (สูตินารี เวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และออโรโธดิกส์) กิจกรรม ๑. พัฒนาศักยภาพความรู้บุคลากร ๒. พัฒนาระบบสารสนเทศ			รพ.หนองคาย		๔๐,๐๐๐			
๑๙	โครงการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันและรักษาโรคมะเร็งจังหวัด หนองคาย กิจกรรม ๑. พัฒนาระบบและบุคลากร ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็ง ลงในฐานข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (โปรแกรม Thai Cancer Base) ๒. อบรมหลักสูตรการให้ยาเคมีบำบัดหลักสูตร ๑๐ วัน (๖ คน) ๓. ประชุมคณะกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมโดย เครื่องเอกซเรย์เต้านม (Mammogram) ๔. การคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเครื่องเอกซเรย์เต้านม (Mammogram) เป้าหมาย ๓ อำเภอ ๕. ประชุมเชิงปฏิบัติการ การดำเนินงานคัดกรองมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูกในชุมชน	-		ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สสจ.หนองคาย	๐	๓๖๔,๗๐๐			
๒๐	โครงการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ ตรง โรงพยาบาลหนองคาย และโรงพยาบาลสมเด็จพระ ยุพราชท่าบ่อ กิจกรรม ๑. คัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ ๕๐-๗๐ ปีด้วยวิธี Fit test ๒. ตรวจยืนยันผู้มีผลตรวจ Fit test เป็น Positive โดยการ ส่องกล้อง	สปสช.		ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สสจ.หนองคาย	๓๑๙,๖๒๐	๓๗๒,๕๗๕			

โครงการ ที่	บัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)				งบประมาณดำเนินการ				
	แผนงาน/โครงการ	แหล่งงบประมาณ	ผลผลิต สบ.	หน่วยรับผิดชอบ	พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
๒๑	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาไต <u>กิจกรรม</u> ๑. จัดตั้ง CKD corner ในระดับ รพ.สต. (รพท./รพช.ที่ดำเนินการแล้ว มีการประเมินเชิงคุณภาพเน้นในผู้ป่วยCKD stage ๓-๔) ๒. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข และ อสม. (รพ.สต./อสม.) ๓. การติดตามนิเทศประเมิน CKD clinic คุณภาพ โดยทีมระดับจังหวัด ๔. กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้			รพ.หนองคาย		๔๕,๐๐๐			
๒๒	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุ <u>กิจกรรม</u> ๑. พัฒนาแนวทางการดำเนินงานร่วมกันในการส่งต่อผู้ป่วยที่มี VA < ๑๐/๒๐๐ เข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาที่ทีมจักษุ ๒. ดำเนินการเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านจักษุได้อย่างทั่วถึง ๓. พัฒนาการส่งต่อและการดูแลผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อในเขตจังหวัดหนองคาย			รพ.หนองคาย		๑๒,๐๐๐			
๒๓	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ <u>กิจกรรม</u> ๑. อบรมเพิ่มศักยภาพพยาบาลประสานงานและ- ทักษะการเจรจา ของผู้เจรจาขอรับบริจาคอวัยวะทุกโรงพยาบาลในจังหวัดหนองคาย ๒. รณรงค์ประชาสัมพันธ์การบริจาคในส่วนของภาคประชาชน สื่อต่างๆ			รพ.หนองคาย		๒๐,๐๐๐			
๒๔	โครงการพัฒนาระบบการดูแลระยะกลาง Intermediate care (IMC) <u>กิจกรรม</u> ๑. ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง ๒. ติดตามประเมินผลและการส่งผู้ป่วยกลับโดย รพ.แม่ข่าย			สสจ.หนองคาย					

โครงการ ที่	บัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)				งบประมาณดำเนินการ				
	แผนงาน/โครงการ	แหล่งงบประมาณ	ผลผลิต สงป.	หน่วยรับผิดชอบ	พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
	๓. ผู้ป่วย Stroke, TBI,SCI ที่รอดชีวิตได้รับการประเมินและวางแผนเข้า IMC จาก สถิติ/ข้อมูล ๔. แผนการลงเยี่ยม/ส่งข้อมูลให้กับพื้นที่ที่รับผิดชอบ								
๒๕	โครงการพัฒนาระบบบริการ one day surgery กิจกรรม ๑. พัฒนาระบบบริการผ่าตัด แบบวันเดียว (One day Surgery) ๒. พัฒนาและจัดตั้ง One day Surgery Unit ๓. พัฒนาศักยภาพการรักษาพยาบาลการบริการผ่าตัดแบบวันเดียว (One day Surgery)			รพ.หนองคาย					
๒๖	โครงการพัฒนาระบบบริการ Minimally Invasive Surgery กิจกรรม ๑. พัฒนาระบบบริการผ่าตัด แบบ Minimally Invasive Surgery ๒. พัฒนาและจัดตั้ง Minimally Invasive Surgery Unit ๓. พัฒนาศักยภาพการรักษาพยาบาล Minimally Invasive Surgery			รพ.หนองคาย					
๒๗	โครงการพัฒนาการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดหนองคาย ปี ๒๕๖๒ กิจกรรม ๑. การประชุมพัฒนาความรู้ ความเข้าใจของคณะทำงาน หัวหน้างาน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ๒. การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนา และการประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามเกณฑ์ ER, ECS, EMS และRefer พร้อมจัดทำแผนพัฒนาส่วนขาดเสนอผู้บริหาร เพื่อดำเนินการพัฒนา ๓. การพัฒนา อบรมบุคลากร ER ,ECS, EMS ,Refer ,CPR ,พัฒนา ออช. การป้องกันกรจมน้ำ และการพัฒนาระบบรายงานข้อมูล					(๙๕๐,๐๐๐) ๓๐,๐๐๐ - ๕๕๐,๐๐๐			

โครงการ ที่	บัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)				งบประมาณดำเนินการ				
	แผนงาน/โครงการ	แหล่งงบประมาณ	ผลผลิต สงป.	หน่วยรับผิดชอบ	พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
	๔. การรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเรียกใช้ ๑๖๖๙ ๕. การประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ๖. การติดตามกำกับ ประเมินผลแบบเสริมพลัง และเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้					๑๒๐,๐๐๐ ๒๐๐,๐๐๐ ๕๐,๐๐๐			
๒๘	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก <u>กิจกรรม</u> ๑. ประชุมเครือข่ายบริการสุขภาพช่องปากระดับจังหวัด ๒. จัดทำสื่อสนับสนุนหน่วยบริการและโรงเรียน ๓. จัดประชุมเครือข่ายเฝ้าระวังทันตสุขภาพเด็กนักเรียนปรับมาตรฐานทีมสำรวจและระบบข้อมูลทันตสุขภาพ ๔. ตรวจคัดกรองและจัดลำดับปัญหาทันตสุขภาพ ๕. สำรวจสภาวะทันตสุขภาพกลุ่มเป้าหมายประจำปี/สุมตรวจ sealant ๖. สรุปผลการสำรวจ/การตรวจคัดกรองและคืนข้อมูล ๗. ตรวจเช็คการดูแลซ่อมแซมยูนิตทำฟันใน รพ.สต./รพช. ๘. จัดหาครุภัณฑ์ทันตกรรมสำหรับ รพ.สต.ที่มีทันตภิบาลประจำ/ทดแทนชำรุด ๙. อบรมฟื้นฟูผู้ช่วยทันตกรรม/ทันตภิบาลใน รพ.สต./รพ.ทั้งใหม่-เก่า ๑๐. สัมมนาวิชาการทันตแพทย์/ทันตภิบาล(ร่วมงานทันตบุคลากรดีเด่นภาคอีสาน) ๑๑. ออกประเมินมาตรฐาน รพ./รพ.สต.ตามมาตรฐาน Thai Dental Safety Goal	เงินบำรุง		ทันตสาธารณสุข	๑๑๑,๗๕๐				

โครงการ ที่	บัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)				งบประมาณดำเนินการ				
	แผนงาน/โครงการ	แหล่งงบประมาณ	ผลผลิต สงป.	หน่วยรับผิดชอบ	พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
๒๙	โครงการฟื้นฟูพระราชนิพนธ์และการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ จ.หนองคาย ปี ๒๕๖๑ กิจกรรม ๑. สนับสนุนอุปกรณ์สาธิตเพื่อการฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ๒. จัดบริการใส่ฟันเทียมพระราชนิพนธ์ ๓. สนับสนุนชมรมผู้สูงอายุในการจัดกิจกรรม ๔. พัฒนาศักยภาพทันตแพทย์ในการการใส่ฟันเทียม	สป. งบดำเนินงาน	โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยสูงอายุแบบบูรณาการM๔๕๑-การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยสูงอายุ	ทันตสาธารณสุข	๑๒,๙๐๐				
๓๐	โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด (TO BE NUMBER ONE) จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ กิจกรรม			ควบคุมโรคไม่ติดต่อ	๙๘๐,๖๖๐				
๓๑	โครงการเพิ่มคุณภาพระบบบริการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด กิจกรรม ๑. การจัดทำแผนปฏิบัติการดำเนินการป้องกันและบำบัดยาเสพติดระดับหน่วยบำบัดทั้งหน่วยบริการและในชุมชน ๒. ประเมิน คัดกรองผู้เสพยาเสพติด ตามแผนV๒. และส่งต่อผู้ป่วย ที่ใช้สารเสพติด เพื่อรับการบำบัดรักษาในหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข ๓. ให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยด้วยจิต สังคมบำบัดทุกระบบแบบผู้ป่วยนอกและชุมชน ๔. ติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ ๗ ครั้ง ใน ๑ ปี และส่งต่อให้ฝ่ายปกครอง (ศปสอ.) ติดตามในระบบบังคับบำบัด ๕. สนับสนุนด้านวิชาการ เช่น วิทยากรต่างๆ								

โครงการ ที่	บัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)				งบประมาณดำเนินการ				
	แผนงาน/โครงการ	แหล่งงบประมาณ	ผลผลิต สงป.	หน่วยรับผิดชอบ	พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
	แผนงานที่ ๕ พัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกกลุ่มวัยให้ได้มาตรฐาน								
๓๒	โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัยเพื่อเพิ่ม IQ เด็กไทย จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ <u>กิจกรรม</u> ๑. ประชุมคณะกรรมการ MCH Board ระดับจังหวัด ๔ ครั้ง ๒. ติดตามประเมินผลสถานบริการที่เปิดบริการ ANC WCC, LR และอำเภอไอโอดีนโดยคณะกรรมการประเมินของอำเภอและจังหวัด ๓. อบรมเชิงปฏิบัติการ การทำคลอด การใช้แบบฟอร์มและกรฟดูแลคลอด การดูแลมารดาที่มีความเสี่ยงสูง US, NST, Neonatal resuscitation/Stabilization and Transportation และอบรมฟื้นฟูความรู้การดูแลทารก Preterm and Low birth weigh ภาวะวิกฤติ สำหรับแพทย์ พยาบาล ที่เกี่ยวข้อง ๔. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพกลุ่มพ่อแม่ ผู้ปกครอง ครู ผู้ดูแลเด็ก ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) เด็ก Autistic Spectrum Disorder เด็ก LD (Learning Development) ๕. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการผู้บันทึกข้อมูลและผู้รับผิดชอบงาน ANC, LR และ NICU ของโรงพยาบาลทุกแห่ง	สป. งบดำเนินงาน	โครงการประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสม M๔๙๔๗-การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย	ส่งเสริมสุขภาพ	๑๕๙,๙๖๐				
๓๓	โครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน <u>กิจกรรม</u> ๑. พัฒนาระบบการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการเด็กวัยเรียน สูง ต่ำส่วน ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน (IQ , EQ ดี) ๒. ส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนสูงดี ส่วนแข็งแรง และฉลาด ส่งเสริมการเรียนรู้แบบบูรณาการ ๓. ประเมินรับรองโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	สป. งบดำเนินงาน	โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่นแบบบูรณาการ M๔๙๔๘-สร้างเสริมสุขภาพกลุ่มเด็กวัยเรียน	ส่งเสริมสุขภาพ	๑๐๒,๕๙๐				

โครงการ ที่	บัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)				งบประมาณดำเนินการ				
	แผนงาน/โครงการ	แหล่งงบประมาณ	ผลผลิต สบป.	หน่วยรับผิดชอบ	พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
๓๔	โครงการส่งเสริมสุขภาพอนามัยเด็กวัยเรียน <u>กิจกรรม</u> ๑. การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้รับผิดชอบงานอนามัยวัยเรียน ๒. การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในเด็กวัยเรียน ๓. การประเมินรับรองโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร			ส่งเสริมสุขภาพ		๓๙,๐๐๐			
๓๕	โครงการป้องกันการตกน้ำจมน้ำและลดการเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี <u>กิจกรรม</u> ๑. จัดอบรมสร้างวิทยากร ครู ก ๒. การติดตามประเมินทีมผู้ก่อการดี/ตำบลต้นแบบอุบัติเหตุ	สป. งบดำเนินงาน	โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่นแบบบูรณาการM๔๙๔๘-สร้างเสริมสุขภาพกลุ่มเด็กวัยเรียน	ควบคุมโรคไม่ติดต่อ	๖๘,๙๐๐				
๓๖	โครงการวัยรุ่นจังหวัดหนองคาย ห่างไกลการท้องในวัยรุ่น ๒๕๖๑ <u>กิจกรรม</u> ๑. ส่งเสริมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๒. ติดตามการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการดำเนินงานคลินิกวัยรุ่น YFHS	สป. งบดำเนินงาน	โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่นแบบบูรณาการM๔๙๔๙-ส่งเสริมพัฒนาระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่น	ส่งเสริมสุขภาพ	๖๗,๐๗๐				
๓๗	โครงการพัฒนาและสร้างเสริมสุขภาพคนหนองคาย กลุ่มวัยสูงอายุ <u>กิจกรรม</u> ๑. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ๒. พัฒนาระบบ/สร้างความร่วมมือ/และติดตามนิเทศแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่ ๓. ประชุมเครือข่ายผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพ ๔ กลุ่มวัย (วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยผู้สูงอายุ)	สป. งบดำเนินงาน	โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยสูงอายุแบบบูรณาการM๔๙๕๑-การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ	ส่งเสริมสุขภาพ	๑๓๔,๐๐๐				

โครงการ ที่	บัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)				งบประมาณดำเนินการ				
	แผนงาน/โครงการ	แหล่งงบประมาณ	ผลผลิต สงป.	หน่วยรับผิดชอบ	พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
๓๘	โครงการพัฒนาศักยภาพการรักษายาบาลและควบคุม ป้องกันโรคแบบบูรณาการ กิจกรรม : การพัฒนาศักยภาพ ชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรม ๑. การขับเคลื่อนระดับจังหวัด อบรมผู้รับผิดชอบงาน ผู้สูงอายุ จากทุกหน่วยบริการ ๒. การขับเคลื่อนระดับอำเภอ อบรมสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน ตำบลอำเภอ			ส่งเสริมสุขภาพ	-	๑,๗๙๓,๕๐๐			
๓๙	โครงการพัฒนาระบบและติดตามผลการดำเนินงานการ จัดบริการบริหารจัดการระบบบริการสาธารณสุขสำหรับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเขตสุขภาพที่ ๘ กิจกรรม ๑. ประชุมขับเคลื่อนผู้รับผิดชอบหน่วยบริการสาธารณสุขและจาก อปท. ๒. ติดตามนิเทศงานในระดับอำเภอ/อปท.			ส่งเสริมสุขภาพ	-	๕๗,๐๐๐			
๔๐	โครงการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ ๘ กิจกรรม ๑. อบรมฟื้นฟูองค์ความรู้บุคลากรเรื่องการคัดกรองหกล้ม และสมองเสื่อม ๒. ประเมินคัดกรองการคัดกรองหกล้มและสมองเสื่อม ๓. พัฒนาระบบการส่งต่อผู้มีความเสี่ยงสมองเสื่อม			ส่งเสริมสุขภาพ	-	๙๖,๐๐๐			
๔๑	โครงการส่งเสริมสุขภาพพระภิกษุ สามเณร			ส่งเสริมสุขภาพ	-	๔๐,๐๐๐			
	แผนงานที่ ๖ เสริมสร้างศักยภาพการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในการจัดการด้านสุขภาพ								
๔๒	โครงการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ (พชอ.) จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ กิจกรรม ๑. อบรมพัฒนาทีมเลขานุการ (ในส่วนของสาธารณสุข) ในการ ขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	สป. งบดำเนินงาน (๑,๓-๕)	โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ ปฐมภูมิ และเครือข่ายระบบสุขภาพ ระดับอำเภอM๔๕๕๔-พัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพ มาตรฐาน	พัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ	๑๙๐,๒๕๐				

โครงการ ที่	บัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)				งบประมาณดำเนินการ				
	แผนงาน/โครงการ	แหล่งงบประมาณ	ผลผลิต สงป.	หน่วยรับผิดชอบ	พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
	๒. การจัดประชุม จัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาเน้นการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย ๒ ประเด็น ๓. นำเสนอแผนการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยเลขา พขอ. และจัดทำMOU กับท่านผู้ว่าราชการฯ Kick off DHB ๔. การติดตามประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนา/แก้ไข ปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้วย UCCARE ๕. การสรุปผลการดำเนินการทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยกระบวนการชื่นชมและเสริมพลังแก่ DHB ที่มีประสิทธิภาพ	กรม/กอง (๒)	โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ และเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอM๔๕๕๔-พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพมาตรฐาน		๙๐,๐๐๐				
๔๓	พัฒนางานสุขภาพภาคประชาชนเพื่อเสริมสร้างบทบาทภาคีเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และขับเคลื่อนแผนสุขภาพตำบลสู่การปฏิบัติ จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๑	สป. งบดำเนินงาน (๕,๖,๘,๑๒)	โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ และเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอM๔๕๕๔-พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพมาตรฐาน	พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ	๑๒๐,๗๑๐				
	กิจกรรม ๑. พัฒนาศักยภาพอสม. นักจัดการสุขภาพชุมชนในการขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพ(บูรณาการกลุ่มวัย) ๒. พัฒนาศักยภาพอสม. นักจัดการสุขภาพชุมชนในการขับเคลื่อนหมู่บ้าน/ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต(บูรณาการกลุ่มวัย/ยุทธศาสตร์จังหวัด) ๓. พัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มประชากรต่างด้าว (อสต.) พื้นที่นาร่องภาคอีสาน ๔. การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย (อสค.) ๕. การเยี่ยมเสริมพลังตำบลจัดการคุณภาพชีวิต (แบบบูรณาการ) ๖. การพัฒนาองค์กรอสม.สร้างสุขภาพพู้ตน ลดเสี่ยงลดโรค ๗. การส่งเสริม อสม.เชิงรุก ๘. การสร้างเสริมแรงจูงใจประกวด อสม.ดีเด่น ปี ๒๕๖๑	สปส. (๑,๓,๔,๕,๖,๘,๑๑,๑๓) อปท. (๒) อบจ. (๗,๙,๑๐)	สปส. ๕๕๘,๐๐๐ อบจ. ๗๕,๗๓๐,๔๐๐ อปท. ๕,๑๖๐,๐๐๐		๘๑,๔๔๘,๔๐๐				

โครงการ ที่	บัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)				งบประมาณดำเนินการ				
	แผนงาน/โครงการ	แหล่งงบประมาณ	ผลผลิต สบ.	หน่วยรับผิดชอบ	พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
	๙. การประชุมวิชาการพัฒนาศักยภาพ อสม. วันอสม. แห่งชาติจังหวัดหนองคาย ปี ๒๕๖๑ ๑๐. การอบรมพัฒนาศักยภาพอสม.เนื่องในวันอสม.จังหวัด หนองคาย ปี๒๕๖๑ ๑๑. กิจกรรมวัน อสม. แห่งชาติ ปี ๒๕๖๑ ๑๒. ส่งเสริมพัฒนาเครือข่ายชมรมอสม. ๑๓. การพัฒนาระบบข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานสุขภาพ ภาคประชาชน								
	แผนงานที่ ๗ การเฝ้าระวังป้องกันปัญหาสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและโรคจากการประกอบอาชีพ								
๔๔	โครงการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมในหน่วยบริการและมุ่งสู่ ชุมชน ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ กิจกรรม ๑. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพทีมประเมินระดับ อำเภอ/จังหวัด ๒. นิเทศติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน โดยทีม ประเมินระดับจังหวัด	เงินบำรุง		อนามัยสิ่งแวดล้อม และอาชีวอนามัย/ ควบคุมโรคติดต่อ	๔๔,๙๐๐				
๔๕	โครงการพัฒนาหน่วยบริการสาธารณสุขสำหรับการ จัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขต เศรษฐกิจพิเศษ กิจกรรม ๑. ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานตาม เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรใน รพ.และใน รพ.สต.และโรคจากการประกอบอาชีพ ๒. ประชุมสถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัยกายใจเป็น สุขและการบันทึกข้อมูลโรคจากการประกอบอาชีพ ๓. นิเทศติดตามตรวจสอบเอกสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างใน เลือดในเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงและติดตามสถานประกอบการ ปลอดโรคฯ เขตเศรษฐกิจพิเศษ	เงินบำรุง		กลุ่มงานอนามัย สิ่งแวดล้อมและ อาชีวอนามัย	๕๔,๑๔๐				

โครงการ ที่	บัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)				งบประมาณดำเนินการ				
	แผนงาน/โครงการ	แหล่งงบประมาณ	ผลผลิต สงป.	หน่วยรับผิดชอบ	พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
๔๖	โครงการส่งเสริมและพัฒนาหน่วยบริการสาธารณสุขสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม จังหวัดหนองคาย ปี ๒๕๖๒ กิจกรรม ๑. การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานอาชีวอนามัย ๒. การอบรมการวินิจฉัยโรคจากการทำงานและโรคจากการประกอบอาชีพ ๓. การประชุมสถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย ปลอดภัย เป็นสุข ๔. นิเทศ ติดตาม สนับสนุนการจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม			ควบคุมโรคติดต่อ		๙๙,๔๘๐			
	แผนงานที่ ๘ พัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคให้มีคุณภาพ								
๔๗	โครงการส่งเสริมและพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปให้ได้รับความปลอดภัย จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ กิจกรรม ๑. ประชุม/อบรม/ศึกษาดูงาน พนักงานเจ้าหน้าที่เรื่องแนวทางการพัฒนาสถานที่ผลิตและกระบวนการผลิตอาหาร การขออนุญาต ข้อกำหนด การตรวจ สถานที่ผลิต อาหารตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด วิธีการเก็บตัวอย่างและการบังคับใช้กฎหมาย (๑ ครั้ง/ปี) ๒. จัดทำระบบฐานข้อมูลสถานที่ผลิตอาหารแปรรูปและสถานที่จำหน่ายอาหารสด ๓. ประชุม/อบรม/ศึกษาดูงานสำหรับ จนท.ผู้รับผิดชอบและภาคีเครือข่ายในการบูรณาการการดำเนินงานด้านคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร ๔. ออกตรวจสถานที่จำหน่ายผัก ผลไม้สด เนื้อสัตว์สด และ	สป. งบดำเนินงาน	ผลผลิตประชาชนได้รับการดูแล สุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ ถูกต้องM๔๙๘๑-สนับสนุนและ ดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภคด้าน สุขภาพ	คุ้มครองผู้บริโภคและ เภสัชสาธารณสุข	๓๐๗,๔๙๐				

โครงการ ที่	บัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)				งบประมาณดำเนินการ				
	แผนงาน/โครงการ	แหล่งงบประมาณ	ผลผลิต สงป.	หน่วยรับผิดชอบ	พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
	สถานที่ใช้น้ำมันทอดอาหาร ณ แหล่งจำหน่าย (ตามแผนของ Mobile Unit) ๕. ออกเก็บตัวอย่างผัก ผลไม้สด เนื้อสัตว์สด และสถานที่ใช้น้ำมันทอดอาหาร ณ แหล่งจำหน่าย (กรณีที่เกิดการตรวจสอบปนเปื้อนด้วยชุดทดสอบเบื้องต้นไม่ผ่านในครั้งที่ ๑ (Mobile Unit) และครั้งที่ ๒ โดยอำเภอ) (๙ อำเภอ) ๖. ออกตรวจสอบสถานที่ผลิตและเก็บตัวอย่างอาหารแปรรูป กลุ่มเป้าหมาย ส่งตรวจวิเคราะห์ ๗. ออกตรวจสอบเรื่องร้องเรียน ๘. จัดนิทรรศการการเลือกซื้ออาหารสดและอาหารแปรรูปที่ปลอดภัย ๙. จัดทำสื่อ/เอกสาร/แผ่นพับ/สิ่งพิมพ์/ปรับปรุง Website สำหรับเผยแพร่ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ ภาศิเครือข่ายผู้ประกอบการและประชาชนทั่วไปในการเลือกผลิตภัณฑ์อาหารสดอาหารแปรรูปที่ปลอดภัย								
๔๘	โครงการส่งเสริมอาหารปลอดภัยได้มาตรฐาน เพื่อลดการระบาดของโรคอาหารเป็นพิษและโรคอุจจาระร่วง <u>กิจกรรม</u> ๑. ตำบลจัดฝึกอบรมบุคลากร เรื่องการสุขาภิบาลอาหาร ๒. CUP จัดอบรมการวินิจฉัย รักษาผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษ และโรคอุจจาระร่วง ๓. จังหวัดติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ ๔. อำเภอนิเทศติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ ๕. สนับสนุนคู่มือ / สื่อ ปชส.แก่พื้นที่	สป. งบดำเนินงาน	ผลผลิตประชาชนได้รับการดูแล สุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ ถูกต้องM๔๘๘๑-สนับสนุนและ ดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภคด้าน สุขภาพ	ควบคุมโรคติดต่อ	๒๑,๖๐๐				
	แผนงานที่ ๙ ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ								

โครงการ ที่	บัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)				งบประมาณดำเนินการ				
	แผนงาน/โครงการ	แหล่งงบประมาณ	ผลผลิต สบป.	หน่วยรับผิดชอบ	พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
๔๙	โครงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพแก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ต้นแบบ จังหวัดหนองคาย <u>กิจกรรม</u> ๑. จัดประชุมชี้แจงเครือข่ายเครือข่ายผู้เกี่ยวข้องและจัดประกวดคัดเลือกพื้นที่ผลงานดีเด่นจังหวัด เพื่อส่งประกวดเขต	เงินบำรุง	ผลผลิตประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องM๔๙๘๑-สนับสนุนและดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	งานสื่อสารองค์กรและประชาสัมพันธ์	๕๔,๑๖๐				
	แผนงานที่ ๑๐ พัฒนามาตรฐานการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน								
๕๐๐	โครงการพัฒนาการดำเนินงานเฝ้าระวังควบคุมโรค๑๙ ประเด็นตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ <u>กิจกรรม</u> ๑. ประชุมและติดตาม ความก้าวหน้าของคณะทำงานในแต่ละประเด็น ๓ ครั้ง			ควบคุมโรคติดต่อ	-	๓๐,๐๐๐			
๕๑	โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรคและภัยสุขภาพให้ได้มาตรฐาน <u>กิจกรรม</u> ๑. ประเมินระบบเฝ้าระวังโรค (AFP และใช้เลือดออก) ๒. ติดตามนิเทศ ประเมินมาตรฐานงานระบาดวิทยาโรคติดต่อ ๓. ประชุมเครือข่ายระบาดวิทยาภาคสนาม (SRRT Rally)	สบ. งบดำเนินงาน	โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยสูงอายุแบบบูรณาการM๔๙๕๑-การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ	ควบคุมโรคติดต่อ	(๒๒๑,๑๖๐) ๖๒,๕๒๐ ๓๔,๕๖๐ ๑๒๔,๐๘๐	(๒๔๘,๘๒๐) ๓๔,๘๐๐ ๒๕,๙๒๐ ๑๘๘,๑๐๐			
๕๒	โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ <u>กิจกรรม</u> ๑. ประชุมทบทวนหลักสูตรผู้บริหารและทีมผู้ปฏิบัติงานด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ในระบบบัญชาการเหตุการณ์ ๒. กิจกรรมการลงพื้นที่ติดตาม เฝ้าระวัง สอบสวนโรคในพื้นที่ (กรณีฉุกเฉิน) ๓. อบรมพัฒนาศักยภาพทีม SRRT ให้สามารถปฏิบัติงาน EOC/SAT ได้ ๔. การซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขตามระบบบัญชาการเหตุการณ์	สบ. งบดำเนินงาน	โครงการสร้างเสริมความเสมอภาคด้านสุขภาพเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุแบบบูรณาการM๔๙๘๖-สร้างเสริมความเสมอภาคด้านสุขภาพเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ	ควบคุมโรคติดต่อ	๑๑๐,๐๐๐				

โครงการ ที่	บัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)				งบประมาณดำเนินการ				
	แผนงาน/โครงการ	แหล่งงบประมาณ	ผลผลิต สบป.	หน่วยรับผิดชอบ	พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
๕๓	โครงการจัดตั้งและพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน(EOC)ที่ได้มาตรฐาน <u>กิจกรรม</u> ๑. จัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในศูนย์ เช่น PC สเปคสูง โต๊ะเก้าอี้ ทีวี ,Digital Board,อุปกรณ์สื่อสาร ฯลฯ			ควบคุมโรคติดต่อ	๕๐๐,๐๐๐	๕๐๐,๐๐๐	๑๐๐,๐๐๐	๕๐,๐๐๐	
๕๔	โครงการลงพื้นที่ติดตาม เฝ้าระวังสอบสวนโรคในพื้นที่ (กรณีฉุกเฉิน) <u>กิจกรรม</u> ๑. ลงพื้นที่ติดตาม เพื่อร่วมเฝ้าระวังสอบสวนโรคและควบคุมโรคในพื้นที่ (กรณีฉุกเฉิน)			ควบคุมโรคติดต่อ	๑๐๐,๐๐๐	๑๐๐,๐๐๐	๑๐๐,๐๐ ๐	๑๐๐,๐๐ ๐	
๕๕	โครงการการอบรมพัฒนา/ฟื้นฟูศักยภาพทีม SRRT ให้มีศักยภาพในการปฏิบัติงาน SAT เพื่อรองรับการปฏิบัติงานใน CDCU ตามพรบ.โรคติดต่อ ๒๕๕๘ ได้ <u>กิจกรรม</u> ๑. อบรมพัฒนา/ฟื้นฟูศักยภาพทีม SRRT ประจำปี			ควบคุมโรคติดต่อ	๕๐,๐๐๐	๕๐,๐๐๐	๕๐,๐๐๐	๕๐,๐๐๐	
๕๖	โครงการเฝ้าระวังตอบโต้โรคติดต่ออุบัติใหม่ <u>กิจกรรม</u> ๑. นิเทศติดตาม/พัฒนาระบบฐานข้อมูลเฝ้าระวังโรคติดต่ออุบัติใหม่ระดับอำเภอ ๒. ดำเนินการซ้อมแผนตอบโต้โรคติดต่ออุบัติใหม่ในพื้นที่ ๓. โครงการชี้แจงการวัดและประเมินผลโครงการสำรวจพฤติกรรม ปชช.ฯ ๔. โครงการสำรวจ ปชช.ในพื้นที่ เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมพึงประสงค์ในการป้องกันติดต่ออุบัติใหม่	งบขายแดน	โครงการประชาชนได้รับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและถ่ายทอดองค์ความรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมM๔๙๕๒-พัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตพื้นที่ชายแดน พื้นที่ทุรกันดารพื้นที่สูง และพื้นที่เกาะ	ควบคุมโรคติดต่อ	๑๘,๗๕๐				
๕๗	โครงการนิเทศติดตาม พัฒนาระบบฐานข้อมูลและการเฝ้าระวังโรคติดต่ออุบัติใหม่ระดับอำเภอ/ตำบล <u>กิจกรรม</u> ๑. ลงพื้นที่เพื่อนิเทศกำกับติดตามและพัฒนาระบบฐานข้อมูลการเฝ้าระวังโรคติดต่ออุบัติใหม่ ๒. อบรมทีมผู้ปฏิบัติงานในการตอบโต้ควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS)	Non UC							

โครงการ ที่	บัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)				งบประมาณดำเนินการ				
	แผนงาน/โครงการ	แหล่งงบประมาณ	ผลผลิต สงป.	หน่วยรับผิดชอบ	พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
	๓. ดำเนินการซ่อมแผนตอบโต้โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เป็นปัญหา หรือคาดว่าจะปัญหาในพื้นที่	งบพัฒนากลุ่ม จังหวัดฯ กระทรวงมหาดไทย				๒๖๙,๘๔๐			
๕๘	โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมเพื่อยุติปัญหา วัณโรค จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ <u>กิจกรรม</u> ๑. การนิเทศติดตามการดำเนินงานควบคุม วัณโรคในระดับ อำเภอและตำบล ๒. ประชุมติดตามผลการดำเนินงานเร่งรัดควบคุมวัณโรค ๓. สัมมนาเครือข่ายยุติปัญหาวัณโรค ๔. การประชุมเชิงปฏิบัติการกรณีผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต และ ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา	งบขยายแดน	โครงการประชาชนได้รับการ ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและ ถ่ายทอดองค์ความรู้เพื่อการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ ถูกต้องและเหมาะสมM๔๙๕๒- พัฒนาระบบบริการสุขภาพเขต พื้นที่ชายแดน พื้นที่ทุรกันดารพื้นที่ สูง และพื้นที่เกาะ	ควบคุมโรคติดต่อ	(๑๐๐,๐๐๐) ๑๘,๐๐๐ ๑๙,๕๐๐ ๓๙,๐๐๐ ๒๓,๕๐๐	(๑๐๐,๐๐๐) ๑๒,๐๐๐ ๒๔,๐๐๐ ๔๐,๐๐๐ ๒๔,๐๐๐			
๕๙	โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรค (เอ็ดส์) <u>กิจกรรม ปี ๒๕๖๒</u> ๑. อบรม ประชุม พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ให้คำปรึกษา เรื่อง RRTTR(Reach-Recruit-Test- Treat-Retain) ๒. ประชุมคณะอนุกรรมการเอดส์ระดับจังหวัด (๒ ครั้ง) ๓. การรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ (๒ ครั้ง) ๔. อบรม ประชุม พัฒนาศักยภาพบุคลากรแกนนำทางการ แพทย์ ผู้ให้คำปรึกษา เพื่อดำเนินการลดการตีตราและเลือก ปฏิบัติ ๕. อบรม ประชุม พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการเฝ้าระวัง โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ๖. ติดตามนิเทศ ประเมินผลการดำเนินงาน	งบขยายแดน	โครงการประชาชนได้รับการ ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและ ถ่ายทอดองค์ความรู้เพื่อการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ ถูกต้องและเหมาะสมM๔๙๕๒- พัฒนาระบบบริการสุขภาพเขต พื้นที่ชายแดน พื้นที่ทุรกันดารพื้นที่ สูง และพื้นที่เกาะ	ควบคุมโรคติดต่อ	(๓๓,๖๐๐) - - - - ๑๐,๘๐๐ ๒๒,๘๐๐	(๓๑๖,๗๖๐) ๑๐,๐๐๐ ๑๐๐,๐๐๐ ๑๓๑,๑๖๐ ๔๒,๐๐๐ ๑๐,๘๐๐ ๒๒,๘๐๐			
๖๐	พัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในพื้นที่ชายแดน <u>กิจกรรม</u> ๑. อบรมให้ความรู้ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและ ภัยสุขภาพ ให้แก่ อสต. จำนวน ๕๐ คน	งบขยายแดน	โครงการประชาชนได้รับการ ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและ ถ่ายทอดองค์ความรู้เพื่อการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ ถูกต้องและเหมาะสมM๔๙๕๒-	พัฒนายุทธศาสตร์ สาธารณสุข	๒๖,๔๕๐				

โครงการ ที่	บัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)				งบประมาณดำเนินการ				
	แผนงาน/โครงการ	แหล่งงบประมาณ	ผลผลิต สบ.	หน่วยรับผิดชอบ	พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
			พัฒนาระบบบริการสุขภาพเขต พื้นที่ชายแดน พื้นที่ทุรกันดารพื้นที่ สูง และพื้นที่เกาะ						
	แผนงานที่ ๑๑ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการจัดการปัญหาสุขภาพ								
๖๑	โครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค การรักษาพยาบาล ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก กิจกรรม ๑. การเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคไข้เลือดออก ๒. การพัฒนามาตรฐานการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรค ไข้เลือดออก แก่ บุคลากร สธ.ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออก	สป. งบดำเนินงาน	ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง M๔๔๘๐-สนับสนุนการสร้างเสริม สุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และภัยสุขภาพ	ควบคุมโรคติดต่อ	(๑๐๔,๐๔๐) ๕๒,๒๐๐ ๕๑,๘๔๐	(๑๐๔,๐๔๐) ๕๒,๒๐๐ ๕๑,๘๔๐			
	แผนงานที่ ๑๒ พัฒนาระบบบริหารจัดการด้วยหลักธรรมาภิบาล								
๖๒	โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพตามเกณฑ์คุณภาพการบริหาร จัดการภาครัฐ (PMQA) กิจกรรม ๑. จัดประชุม PMQA การวิเคราะห์องค์กร การวางแผน พัฒนาองค์กร และการนำเสนอผลงานที่เป็น Best Practice ในการพัฒนาองค์กร	เงินบำรุง		พัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ	๑๒๖,๐๐๐	๑๒๐,๐๐๐			
๖๓	โครงการบริหารยุทธศาสตร์ ปี ๒๕๖๑ กิจกรรม ๑. พัฒนาระบบบริหารจัดการด้านนโยบาย ยุทธศาสตร์ และ พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรด้านสุขภาพ ๒. การนิเทศ ติดตาม ควบคุมกำกับและประเมินผลงาน หน่วยงานในสังกัด ๓. การรับฟังความคิดเห็นผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	เงินบำรุง		พัฒนายุทธศาสตร์ สาธารณสุข	๕๕๕,๗๕๐	๕๕๕,๗๕๐			
๖๔	ส่งเสริมการให้ความรู้ด้านการป้องกันและปราบปรามการ ทุจริต ตามยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการป้องกันและปราบปราม การทุจริต ระยะที่ ๓ (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔)สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ กิจกรรม ๑. ชี้แจงการกำหนดมาตรการ/แนวทางการป้องกันและแก้ไข	สป. งบดำเนินงาน (๒,๓)	โครงการพัฒนาและสร้างเสริม ศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและ วัยรุ่นแบบบูรณาการM๔๔๔๔- ส่งเสริมพัฒนาระบบบริการสร้างเสริม สุขภาพในกลุ่มวัยรุ่น	นิติการ	๑๐๐,๐๐๐				
		ศปท. (๑)	โครงการประเมินคุณธรรมและ ความโปร่งใสแบบบูรณาการ		๖๖,๐๐๐				

โครงการ ที่	บัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)				งบประมาณดำเนินการ				
	แผนงาน/โครงการ	แหล่งงบประมาณ	ผลผลิต สงป.	หน่วยรับผิดชอบ	พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
	ปัญหาทุจริตประพฤติมิชอบ/การดำเนินการประเมินความ โปร่งใสการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ๒. สร้างเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขเฝ้าระวังการทุจริต ๓. สร้างแรงจูงใจและเชิดชูคนดี		M๔๙๙๑-เสริมสร้างพฤติกรรม จริยธรรม และการต่อต้านการทุจริต						
๖๕	โครงการพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ กิจกรรม ๑. จัดประชุม พบส.เภสัชกรรมประจำเดือน ๒. การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานบริหารเวชภัณฑ์	เงินบำรุง		คุ้มครองผู้บริโภคและ เภสัชสาธารณสุข	๔๓,๔๘๐				
๖๖	โครงการพัฒนาระบบการควบคุมภายในและบริหารความ เสี่ยงหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ จังหวัดหนองคาย ปี ๒๕๖๒ กิจกรรม ๑.ชี้แจงภาคีเครือข่ายและคณะทำงานด้านการควบคุม ภายใน ผ่านระบบเครือข่าย อินเทอร์เน็ต ๒. ประชุม/อบรมเพื่อพัฒนาความรู้ ความเข้าใจคณะทำงาน ด้านการควบคุมภายใน ๓. สนับสนุนไฟล์คู่มือการควบคุมภายในและบริหารความ เสี่ยงสำหรับหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ ๔. ส่งเสริมสนับสนุน การจัดประชุมเชิงปฏิบัติ การงานการ ควบ คุมภายในระดับส่วนงานย่อย ทุกส่วนงาน ๕. ปรับปรุงพัฒนาระบบการสื่อสารและเผยแพร่ข้อมูล ผ่าน ระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ๖. การควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผล	เงินบำรุง		บริหารทั่วไป	(๒๘,๐๐๐) ๒๘,๐๐๐	(๒๗,๐๖๐) ๒๑,๓๐๐ ๕,๗๖๐			
๖๗	โครงการพัฒนาระบบและติดตามข้อมูลสารสนเทศ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ปี ๒๕๖๑ กิจกรรม ๑. ติดตามข้อมูลให้ได้คุณภาพระดับอำเภอ ๒. ประชุมติดตามคุณภาพข้อมูล/การใช้ข้อมูลในการทำงาน ของ ผอ.รพ.สต. ๓. Audit เวชระเบียน โดยใช้วิธีระหว่าง CUP	สป. งบดำเนินงาน สปสช.	โครงการพัฒนาและสร้างเสริม ศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ แบบบูรณาการM๔๙๕๑-การพัฒนา และเสริมสร้างศักยภาพคนไทยกลุ่ม วัยผู้สูงอายุ	พัฒนายุทธศาสตร์ สาธารณสุข	๑๐๖,๙๕๐				
					๓๑,๒๘๐				

โครงการ ที่	บัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)				งบประมาณดำเนินการ				
	แผนงาน/โครงการ	แหล่งงบประมาณ	ผลผลิต สงป.	หน่วยรับผิดชอบ	พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
๖๘	โครงการพัฒนาบุคลากรด้าน IT และการติดตามประเมินผลระบบข้อมูล <u>กิจกรรม</u> ๑. พัฒนาบุคลากรในการบันทึกข้อมูล JHCIS HOSxP ในหน่วยบริการ -อบรมฟื้นฟู ๑ ครั้ง (จัดระดับอำเภอ ๙ อำเภอ) ๒. นิเทศ ติดตาม ประเมินคุณภาพข้อมูลในหน่วยบริการ - ประชุมติดตามใน กวป. - ประชุมติดตามใน ผอ.รพ.สต. - ประชุมติดตามใน สสจ.			พัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข		(๑๑๕,๑๑๐) ๔๔,๖๑๐ ๑๕,๐๐๐ ๔๘,๐๐๐ ๗,๕๐๐			
๖๙	โครงการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นเลิศ <u>กิจกรรม</u> กิจกรรมที่ ๑ การพัฒนาบุคลากรก่อนประจำการปฐมนิเทศและอบรมหลักสูตรการเป็นข้าราชการที่ดี ปี ๒๕๖๑ กิจกรรมที่ ๒ การอบรมการใช้โปรแกรมระบบบำนาญ (e-pension) สำหรับข้าราชการ ลูกจ้างประจำ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ และผู้สนใจ กิจกรรมที่ ๓ ปัจฉิมนิเทศ สำหรับข้าราชการ ลูกจ้างประจำ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ และผู้สนใจ กิจกรรมที่ ๔ การพัฒนาเครือข่าย HR หนองคาย	เงินบำรุง		บริหารทรัพยากรบุคคล	๒๙๙,๘๐๐				
๗๐	โครงการพัฒนางานวิจัยและวิชาการจังหวัดหนองคาย <u>กิจกรรม</u> ๑. พัฒนาระบบงานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดหนองคาย ๒. ประชุมใหญ่ทางวิชาการประจำปี ๒๕๖๑ ๓. พัฒนาระบบพี่เลี้ยงและระบบให้คำปรึกษาในการทำงานวิจัย R๒R และจัดการความรู้	เงินบำรุง		บริหารทรัพยากรบุคคล	๑๐๔,๙๐๐				

โครงการ ที่	บัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)				งบประมาณดำเนินการ				
	แผนงาน/โครงการ	แหล่งงบประมาณ	ผลผลิต สบ.	หน่วยรับผิดชอบ	พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
	แผนงานที่ ๑๓ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังด้านสุขภาพ								
๗๑	โครงการพัฒนาคุณภาพระบบการบริหารจัดการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเงินและการคลัง ของหน่วยบริการ <u>กิจกรรม</u> ๑. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพผู้บริหารทางการเงิน(CFO) ระดับจังหวัดและระดับหน่วยบริการ (ประกันฯสัญจร) ๒. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนพัฒนาระบบงานบริหารจัดการ และเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลังของหน่วยบริการ โดยการนำโปรแกรมสำเร็จรูปต่างๆ มาพัฒนาระบบบริหารจัดการ ของโรงพยาบาล ๓. ศึกษาดูงานและประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับ รพ.Bright spot			ประกันสุขภาพ		๔๐๐,๐๐๐			
๗๒	โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อสนับสนุนการจัดเก็บรายได้ค่าบริการทางการแพทย์ ของหน่วยบริการ <u>กิจกรรม</u> - พัฒนาระบบจัดเก็บรายได้ค่าบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เพิ่มรายได้และลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะวิกฤติด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการ			ประกันสุขภาพ		๔๐๐,๐๐๐			
๗๓	โครงการพัฒนาระบบการเงินและบัญชี และตรวจสอบคุณภาพบัญชีหน่วยบริการ ๒๕๖๑ <u>กิจกรรม</u> ๑. ประชุมเชิงปฏิบัติการ ๑.๑ รวบรวมการเงินทั้งจังหวัดสิ้นปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ๑.๒ ประชุม/อบรม/ชี้แจงนโยบายบัญชี สป ๒๕๖๑ รพ./สสอ./รพ.สต. ๑.๓ ประชุมชี้แจงนโยบายและแนวทางการตรวจสอบบัญชีเครือข่ายบริการที่ ๘ ๑.๔ รวบรวมการเงินทั้งจังหวัดครึ่งปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ๒. ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน	เงินบำรุง		งานการเงินและบัญชี	๑๘๙,๐๙๐	๑๘๙,๐๙๐			

โครงการ ที่	บัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)				งบประมาณดำเนินการ				
	แผนงาน/โครงการ	แหล่งงบประมาณ	ผลผลิต สงป.	หน่วยรับผิดชอบ	พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
	๒.๑ เตรียมตรวจสอบบัญชีหน่วยบริการเพื่อให้ผ่านเกณฑ์ คุณภาพบัญชีระดับ B ขึ้นไป ระดับจังหวัดหนองคาย ๒.๒ ตรวจสอบบัญชีหน่วยบริการเพื่อให้ผ่านเกณฑ์คุณภาพ บัญชีระดับ B ขึ้นไป ระดับจังหวัด ๒.๓ กำกับ ติดตาม การจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้าง รพท/รพช/ สสอ./รพ.สต.								
					๙๓,๐๑๒,๒๑๐	๗,๓๙๓,๖๔๕			
	แผนงาน : Function								
๑	โครงการตรวจราชการและนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๑ กิจกรรม ๑. ชี้แจงแนวทางการตรวจราชการและนิเทศงาน กท.สร. ปี ๒๕๖๑ ๒. ควบคุม กำกับติดตาม ประเมินผลการตรวจราชการ	เงินบำรุง		พัฒนายุทธศาสตร์ สาธารณสุข	๑๑๑,๕๐๐				
๒	โครงการพัฒนาศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ กิจกรรม ๑. จัดอบรมผู้ขออนุญาต โดยใช้ระบบ E-submission ของ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ๒. จัดอบรมผู้ขออนุญาต โดยใช้ระบบการอนุญาตสถาน ประกอบการเพื่อสุขภาพ ๓. มีสิ่งอำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการ เช่น น้ำดื่ม หนังสือพิมพ์ ค่าน้ำมัน ๔. ออกตรวจสอบสถานประกอบการกรณีขออนุญาตใหม่ (Pre-marketing)	สป. งบดำเนินงาน	ผลผลิตประชาชนได้รับการดูแล สุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ ถูกต้องM๔๙๘๑-สนับสนุนและ ดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภคด้าน สุขภาพ	คุ้มครองผู้บริโภคและ เภสัชสาธารณสุข	๘๔,๘๔๐				

โครงการ ที่	บัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)				งบประมาณดำเนินการ				
	แผนงาน/โครงการ	แหล่งงบประมาณ	ผลผลิต สบ.	หน่วยรับผิดชอบ	พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
๓	โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพจังหวัด หนองคาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ กิจกรรม ๑. ประชุมผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันตาม หลักเกณฑ์ GPP ๒. ออกตรวจสอบกำกับสถานประกอบการ (Post- marketing) ด้านวัตถุเสพติดด้านยาและเครื่องสำอาง ๓. ตรวจวิเคราะห์ยาแผนโบราณและเครื่องสำอาง ๔. ประชุมพนักงานเจ้าหน้าที่	สบ. งบดำเนินงาน	ผลผลิตประชาชนได้รับการดูแล สุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ ถูกต้องM๔๙๘๑-สนับสนุนและ ดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภคด้าน สุขภาพ	คุ้มครองผู้บริโภคและ เภสัชสาธารณสุข	๗๕,๕๑๐				
๔	โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพจังหวัดหนองคาย ปี ๒๕๖๑ กิจกรรม ๑. ด้านพัฒนาองค์กรและระบบปฏิบัติการ ๑.๑ ประชุม/อบรม/ศึกษา/ดูงานเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ๒. ด้านพัฒนาภาคีเครือข่าย ๒.๑ ประชุม/อบรม/ศึกษา/ดูงานสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ งานและคณะทำงานในทุกระดับ ๒.๒ ประชุมคณะอนุกรมสถานพยาบาลประจำจังหวัด ๓. ด้านการส่งเสริมพัฒนามาตรฐานงานบริการสุขภาพ ๓.๑ ตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลประกอบการอนุญาต ๓.๒ ตรวจมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประกอบการอนุญาต ๓.๓ ตรวจเยี่ยมแนะนำ เพื่อพัฒนามาตรฐานสถาน ประกอบการด้านบริการสุขภาพ ๔. ด้านการตรวจสอบ ควบคุม กำกับมาตรฐานสถานพยาบาล และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ๔.๑ ตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลประจำปี ๔.๑.๑ คลินิก ๔.๑.๒ โรงพยาบาลเอกชน	สบ. งบดำเนินงาน	ผลผลิตประชาชนได้รับการดูแล สุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ ถูกต้องM๔๙๘๑-สนับสนุนและ ดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภคด้าน สุขภาพ	คุ้มครองผู้บริโภคและ เภสัชสาธารณสุข	๗๙,๓๓๐				

โครงการ ที่	บัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)				งบประมาณดำเนินการ				
	แผนงาน/โครงการ	แหล่งงบประมาณ	ผลผลิต สงป.	หน่วยรับผิดชอบ	พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
	๔.๒ ตรวจสอบมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประจำปี ๔.๓ ตรวจเฝ้าระวังสถานพยาบาล/สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ๔.๔ ตรวจสอบเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ ๕. ค่าใช้จ่ายในการสนับสนุนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านบริการสุขภาพ - ค่าป้ายประชาสัมพันธ์ - ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง								
๕	โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน <u>กิจกรรม</u> กิจกรรมที่ ๑ การประชุมพิจารณาการย้ายข้าราชการ, ลูกจ้าง และการ จัดทำโครงสร้างหน่วยงาน กิจกรรมที่ ๒ การประชุมพิจารณาการเลื่อนเงินเดือนและค่าจ้างประจำ กิจกรรมที่ ๓ การประชุมพิจารณาการคัดเลือกข้าราชการ กิจกรรมที่ ๔ คำตอบแทนกรรมการสอบคัดเลือกพนักงานราชการ, คำตอบแทนคณะกรรมการ อ่านผลงานทางวิชาการ เพื่อ ประเมินให้ได้เลื่อนระดับ	เงินบำรุง		บริหารทรัพยากร บุคคล	๕๕,๒๕๐				

โครงการ ที่	บัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)				งบประมาณดำเนินการ				
	แผนงาน/โครงการ	แหล่งงบประมาณ	ผลผลิต สงป.	หน่วยรับผิดชอบ	พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
๖	โครงการป้องกันควบคุมโรคหนอนพยาธิในถิ่น ทุรกันดาร จังหวัดหนองคาย กิจกรรม ๑. กิจกรรมการตรวจอุจจาระเพื่อหาหนอนพยาธิ ๒. การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้โรคหนอนพยาธิ ๓. การบำบัดผู้ที่ตรวจพบหนอนพยาธิ ๔. การให้ยารักษาโรคหนอนพยาธิด้วยยา Albendazole แบบรักษาหมู่ (Mass treatment) ๕. จังหวัดนิเทศติดตามสนับสนุนการดำเนินงาน ๖. ติดตามตรวจอุจจาระนักเรียนที่ตรวจพบหนอนพยาธิ ๗. สนับสนุนคู่มือ/สื่อ ปชส.แก่พื้นที่	อื่นๆ		ควบคุมโรคติดต่อ	๐				
๗	โครงการติดตามประเมินผลการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน โรคและระบบลูกโซ่ความเย็น จ.หนองคาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ กิจกรรม ๑. ติดตามประเมินผลการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และระบบลูกโซ่ความเย็นคลังวัคซีน	เงินบำรุง		ควบคุมโรคติดต่อ	๖,๔๘๐				
๘	สำรวจความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมประชาชนในการ ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าตามโครงการพระราชดำริ "สัตว์ปลอด โรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า" กิจกรรม ๑. ดำเนินการสำรวจพฤติกรรมของปชช.ในพื้นที่เกี่ยวกับ พฤติกรรมความรู้ ความเข้าใจ ในการป้องกันควบคุมโรคพิษ สุนัขบ้า	สป. งบดำเนินงาน	ผลผลิตประชาชนได้รับการดูแล สุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ ถูกต้องM๔๙๘๐-กิจกรรม สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และ ภัยสุขภาพ	ควบคุมโรคติดต่อ	๑๐,๐๐๐				
๙	โครงการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์และสัมมนาสื่อมวลชนเพื่อ สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและลดปัญหาสาธารณสุข จังหวัดหนองคาย กิจกรรม ๑. จัดสัมมนาเครือข่ายสื่อมวลชนและนักประชาสัมพันธ์สาสุข พบสื่อ ประจำปี๒๕๖๑	เงินบำรุง		งานสื่อสารองค์กร และประชาสัมพันธ์	๑๓๐,๓๐๐				

โครงการ ที่	บัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)				งบประมาณดำเนินการ				
	แผนงาน/โครงการ	แหล่งงบประมาณ	ผลผลิต สบ.	หน่วยรับผิดชอบ	พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
	๒. จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์เรื่องที่เป็นปัญหา สธ.								
๑๐	โครงการออกร้านนิทรรศการกระทรวงสาธารณสุขเพื่อบริการ ความรู้และสุขภาพในงานฉลองอนุสาวรีย์ปราบฮ่อและงาน กาชาด จังหวัดหนองคาย ปี ๒๕๖๑ กิจกรรม ๑. จัดนิทรรศการความรู้และบริการสุขภาพแก่ประชาชนที่มา ท่องเที่ยวในงานฯ	เงินบำรุง		งานสื่อสารองค์กร และประชาสัมพันธ์	๗๓,๕๗๕				
๑๑	โครงการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานระบบบริการสุขภาพและ มาตรฐานงานสุขศึกษาแก่สถานบริการภาครัฐ จังหวัด หนองคาย กิจกรรม ๑. จัดประชุมชี้แจงผู้รับผิดชอบงานมาตรฐานระบบบริการ สุขภาพของสถานบริการภาครัฐ	เงินบำรุง		งานสื่อสารองค์กร และประชาสัมพันธ์	๑๖,๕๖๔				
๑๒	โครงการพัฒนามาตรฐานคุณภาพบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมใน พื้นที่เทศบาล (EHA) จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ กิจกรรม ๑. ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบบริการด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมในเทศบาล ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ๒. การนิเทศติดตามและประเมินผล	เงินบำรุง		อนามัยสิ่งแวดล้อม และอาชีวอนามัย	๒๘,๒๘๐				
๑๓	โครงการสนับสนุนการดำเนินงานคณะอนุกรรมการพิจารณา วินิจฉัยคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ม.๔๑ กิจกรรม ๑. ประชุมคณะอนุกรรมการฯ ๒. ออกสืบค้นข้อมูลข้อเท็จจริงกรณีคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือ เบื้องต้น ม.๔๑ ออกประชาสัมพันธ์และมอบเงินช่วยเหลือฯ ณ หน่วยบริการที่ยื่นฯ	อื่นๆ		ประกันสุขภาพ	๑๖๖,๒๘๐				
๑๔	โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขรวมใจ "ทำความ ดี เทิดไถ้องคราชน" จังหวัดหนองคาย กิจกรรม ๑. การประชุมกรรมการจริยธรรม	เงินบำรุง		ชมรมจริยธรรม	๓๓,๖๐๐				

โครงการ ที่	บัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)				งบประมาณดำเนินการ				
	แผนงาน/โครงการ	แหล่งงบประมาณ	ผลผลิต สบป.	หน่วยรับผิดชอบ	พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
	๒. กิจกรรมการปฏิบัติธรรม/ฟังธรรม/สันทนาการ ๓ วัน ถวายเป็นพระราชกุศล ๓. การปฏิบัติส่งเสริมศาสนกิจและจริยธรรม								
๑๕	โครงการรณรงค์ลดละเลิกเหล้า-บุหรี่ กิจกรรม ๑. สร้างแกนนำเด็กและเยาวชนป้องกันนักสูบหน้าใหม่ ๒. รณรงค์วันงดสูบบุหรี่โลก	เงินบำรุง		ควบคุมโรคไม่ติดต่อ	๑๐๐,๘๐๐				
๑๖	พัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อสนับสนุนการเป็นเมือง ศูนย์กลางบริการสุขภาพในอาเซียน กิจกรรม การพัฒนา ศคอส.สู่ระดับ ๓ ด้วย SIIM ๑. การปรับปรุงห้องที่ตั้งศูนย์บริการ ศคอส. (S : STRUCTURE) ๒. การพัฒนาฐานข้อมูลการจัดบริการที่เป็นมิตรแก่ชาวไทย และชาวต่างชาติ (I : INFORMATION) ๓. พัฒนาระบบการบริหารจัดการ ศคอส. และการพัฒนา website การประชาสัมพันธ์ข้อมูลบริการด้านสุขภาพ (I : INTERVENTION) ๔. พัฒนาเว็บไซต์ในการประชาสัมพันธ์การบริการที่เป็นมิตร และงานบริการข้อมูลแก่ชาวต่างชาติ (I : INTERVENTION) ๕. การอบรมการใช้เครื่องมือสื่อสาร / ภาษา ตลอดจนทักษะ การสื่อสารโดยการใช้ Application ระบบการบริการข้อมูล อัจฉริยะ ระบบป้ายบอกทางอัจฉริยะ (I : INNOVATION) ๖. การพัฒนาระบบติดตาม ควบคุมกำกับและประเมินผลงาน (M : MONITOR & EVALUATION) ๖.๑ รวบรวมข้อมูล / วิเคราะห์ข้อมูล ปัญหาอุปสรรค เพื่อ นำไปพัฒนาระบบการบริการ ๖.๒ การกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงานหน่วยบริการ กลุ่มเป้าหมาย	อื่นๆ	โครงการสนับสนุนเป็นเมือง ศูนย์กลางบริการสุขภาพใน อาเซียนM๔๙๔๕-สนับสนุนเป็น เมืองศูนย์กลางบริการสุขภาพใน อาเซียน	พัฒนายุทธศาสตร์ สาธารณสุข	๑๖๙,๕๐๐				
๑๗	โครงการบูรณาการจัดระบบการลงทะเบียนผู้มีสิทธิเพื่อคน หนองคายมีหลักประกันด้านสุขภาพ	อื่นๆ		ประกันสุขภาพ	๗๙,๔๘๐				

โครงการ ที่	บัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)				งบประมาณดำเนินการ				
	แผนงาน/โครงการ	แหล่งงบประมาณ	ผลผลิต สงป.	หน่วยรับผิดชอบ	พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
	กิจกรรม ๑. จัดประชุมชี้แจงนโยบาย/แนวทางการดำเนินงานและสรุปความก้าวหน้าการดำเนินงานแก่นายทะเบียนอำเภอและผู้เกี่ยวข้อง ๒. สำรวจข้อมูลประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ/ตรวจสอบสิทธิ/แยกประเภทสิทธิ ๓. ลงทะเบียนผู้มีสิทธิในกองทุนประกันสุขภาพต่างๆ ให้ครอบคลุม ๔. ตรวจสอบและปรับปรุงฐานข้อมูลการลงทะเบียนผู้มีสิทธิทุกเดือน ๕. จัดทำสรุปผลความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพเพื่อนำเสนอในการประชุมของผู้บริหารทุกเดือน ๖. พัฒนาระบบฐานข้อมูลและระบบรายงานการประกันสุขภาพคนต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนภายในเครือข่ายจังหวัด ๗. ประชาสัมพันธ์การจัดบริการสุขภาพของหน่วยบริการแก่คนต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียน ๘. จัดทำแผนนิเทศติดตาม ควบคุมกำกับการทำงานของหน่วยลงทะเบียน								
๑๘	ค่าใช้จ่าย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กิจกรรม ๑. ค่าเช่าเครื่องถ่ายเอกสาร ๒. ค่าจ้างเหมาบริการ ๓. ค่าวัสดุใช้สอย ๔. ค่าใช้จ่ายไปราชการ ๕. ค่าสาธารณูปโภค	สป. งบดำเนินงาน	All_M	บริหารทั่วไป	๕,๒๐๖,๘๕๐				
๑๙	ค่าใช้จ่าย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ กิจกรรม จัดสรร ๙ อำเภอ	สป. งบดำเนินงาน	โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ ปฐมภูมิ และเครือข่ายระบบ สุขภาพระดับอำเภอM๔๙๕๔- กิจกรรมพัฒนาระบบบริการปฐม ภูมิให้มีคุณภาพมาตรฐาน	บริหารทั่วไป	๓,๑๓๙,๔๐๐				

โครงการ ที่	บัญชีรายการชุดโครงการ (Project Idea)				งบประมาณดำเนินการ				
	แผนงาน/โครงการ	แหล่งงบประมาณ	ผลิต สงป.	หน่วยรับผิดชอบ	พ.ศ.๒๕๖๑	พ.ศ.๒๕๖๒	พ.ศ.๒๕๖๓	พ.ศ.๒๕๖๔	พ.ศ.๒๕๖๕
๒๐	รับเสด็จ การกิจฉุกเฉิน เร่งด่วน	เงินบำรุง		บริหารทั่วไป	๑,๐๐๐,๐๐๐				
๒๑	ควบคุมโรคระบาด อุบัติภัย กิจกรรม ๑. จัดประชุม War Room โรคไข้เลือดออกระดับจังหวัด ในช่วงการระบาด ๒. สนับสนุนการดำเนินการควบคุมโรคไข้เลือดออก นอกเวลา	เงินบำรุง		ควบคุมโรคติดต่อ	๕๑๙,๒๓๑				
				รวม	๑๑,๐๘๖,๗๗๐				
				รวมทั้งสิ้น	๑๐๔,๐๙๘,๙๘๐	๗,๓๙๓,๖๔๕			



การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพ จังหวัดหนองคาย
โดยใช้ข้อมูลสาเหตุการตาย สาเหตุการป่วยที่สำคัญซึ่งเป็นสภาพปัญหาของพื้นที่ (Area based) จ.หนองคาย
ที่มา : 1. การวิเคราะห์สาเหตุการป่วย สาเหตุการตาย พ.ศ.2558-2561 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
2. รายงานผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข จังหวัดหนองคาย พ.ศ.2558-2561 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

ปัญหาของพื้นที่ (Area based)		Based line 3 ปีย้อนหลัง			ปีปัจจุบัน	สถานการณ์ปี 2560	
		2558	2559	2560	2561 (9 m)	เขต	ประเทศ
ตาย	1 มะเร็งตับ (กยผ.) C220-C229	169 ราย 32.53 /แสน ปชก	182 ราย 34.98 /แสน ปชก	157 ราย 30.08 /แสน ปชก	115 ราย 22.04 /แสน ปชก	(กยผ. 2560) 27.4/แสน ปชก.	(กยผ. 2560) 16.34/แสน ปชก.
ตาย	2 ติดเชื้อในกระแสเลือด (กยผ.) A41	188 ราย 36.18 /แสน ปชก	183 ราย 35.17 /แสน ปชก	191 ราย 36.60 /แสน ปชก	130 ราย 24.91 /แสน ปชก	(HDC) 23.20/แสน ปชก.	(HDC) 32.24 /แสน ปชก.
ตาย	3 ปอดบวม (กยผ.) J189	146 ราย 28.1 /แสน ปชก.	168 ราย 32.29 /แสน ปชก.	176 ราย 33.72 /แสน ปชก.	104 ราย 19.93 /แสน ปชก.	1,021 ราย (HDC) 18.45 /แสน ปชก.	19,096 ราย (HDC) 28.85 /แสน ปชก.
ตาย	4 ไตวาย (กยผ.) N17-N19	157 ราย 30.22 /แสน ปชก	165 ราย 31.71 /แสน ปชก	155 ราย 29.70 /แสน ปชก	156 ราย 29.89 /แสน ปชก	419 ราย (HDC) 7.57/แสน ปชก	898 ราย (HDC) 1.36 /แสน ปชก
ตาย	5 เบาหวาน (กยผ.) E10-E14	155 ราย 29.83 /แสน ปชก	154 ราย 29.59 /แสน ปชก	110 ราย 21.08 /แสน ปชก	102 ราย 19.4 /แสน ปชก	1,680 ราย (ปี 2558) 30.48/แสน ปชก	11,665 ราย (ปี 2558) 17.83/แสน ปชก
ตาย	6 หลอดเลือดสมอง (กยผ.) I60-I69	140 ราย 26.94 /แสน ปชก	156 ราย 29.98 /แสน ปชก	155 ราย 29.70 /แสน ปชก	112 ราย 21.46 /แสน ปชก	1,676 ราย (สำนักโรค ไม่ติดต่อ 2558) 30.41/แสน ปชก.	27,884 ราย (ตรวจ ราชการ 2560) 42.62/แสน ปชก.
ตาย	7 หัวใจขาดเลือด (กยผ.) I20-I25	84 ราย 16.17 /แสน ปชก	95 ราย 18.26 /แสน ปชก	78 ราย 14.95 /แสน ปชก	52 ราย 9.96 /แสน ปชก	943 ราย (ปี 2558) 17.11/แสน ปชก.	18,111 ราย (ปี 2558) 27.88/แสน ปชก.
ตาย	8 ความดันโลหิตสูง (กยผ.) I10-I15	37 ราย 7.12 /แสน ปชก	40 ราย 7.69 /แสน ปชก	35 ราย 6.71 /แสน ปชก	22 ราย 4.22 /แสน ปชก	453 ราย (ปี 2558) 8.22/แสน ปชก	7,578 ราย (ปี 2558) 11.58/แสน ปชก
ตาย	9 อุบัติเหตุจากรถ (3 ลาน) V00-V99	68 ราย (43 แฟ้ม) 13.09 /แสน ปชก	149 ราย (3 ลาน) 28.63 /แสน ปชก	184 ราย (3 ลาน) 35.26 /แสน ปชก	108 ราย (3 ลาน) 20.69 /แสน ปชก	(RTI ตำบลต้นแบบ2559) 25.48/แสนปชก	(ปี 2558) 36.2 /แสนปชก
ตาย	10 มารดาตาย (เกณฑ์ ไม่เกิน 18 ต่อแสนการเกิดมีชีพ)	1 ราย (คลอด 4,920) 20.33/แสนการ	0 ราย (คลอด 4,359) 0/แสนการเกิดมีชีพ	0 ราย (คลอด 5,394) 0/แสนการเกิดมีชีพ	2 ราย (คลอด 3,178) 62.93/แสนการ	5 ราย (คลอด 35,614) 14.0/แสน ปชก	84 ราย (คลอด 704,058) 14.15/แสน ปชก
	11 TB (วัณโรค)						
ป่วย	อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ มากกว่าร้อยละ 86	75.83	73.59	78.44	83.33 (588/409)	76.36	77.47
ตาย	อัตราตายในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	10.35 (454/47)	7.04 (497/35)	11.28 (523/59)	11.73 (588/69)	7.27	8.24
	ลดลงร้อยละ 5		ลด 31.98	เพิ่ม 60.23		-9.98	-13.34
ป่วย	12 อัตราป่วยไขเลือดออก ลดลงร้อยละ 20 จากปีที่ผ่านมา	577 ราย 111.15 /แสน ปชก (เพิ่มขึ้น 140.4%)	183 ราย 35.22/แสน ปชก (ลดลง 21.80%)	164 ราย 31.52 /แสน ปชก (ลดลง 34.40%)	129 ราย (ณ ส.ค.61) 24.72 /แสน ปชก	1,555 ราย 28.21/แสน ปชก	53,190 ราย 80.80 /แสน ปชก
ตาย	ไข้เลือดออก (เกณฑ์ ไม่เกินร้อยละ 0.13)	3 ราย ร้อยละ 0.52	0	0	0	0 0%	62 0.12
ป่วย	13 อุจจาระร่วง (ลดลง 20% จากปีที่ผ่านมา)	8,903 ราย 1,710.92/แสน ปชก	7,643 ราย 1,468.73/แสน ปชก	6,055 ราย 1,163.61/แสน ปชก	4,655 ราย 891.96/แสน ปชก	53,054 ราย 957.40/แสน ปชก	1,038,349 ราย 1,571.83/แสน ปชก.
	อาหารเป็นพิษ	2,036 ราย 391.27/แสน ปชก	1,203 ราย 231.18/แสน ปชก	1,210 ราย 232.53/แสน ปชก	815 ราย 156.16/แสน ปชก	6,967 ราย 125.72/แสน ปชก	110,396 ราย 167.11/แสน ปชก.
ป่วย	14 โรคอุบัติใหม่ - Zika	-	ผู้ป่วยยืนยัน 11 ราย (ณ ตั้งครรภ์ 2 ราย) ผู้ติดเชื้อไม่มีอาการ 1 ราย (ณ ตั้งครรภ์)	ผู้ป่วยยืนยัน 11 ราย (ณ ตั้งครรภ์ 1 ราย) อ.รัตนวาปี 9 ราย อ.โพนพิสัย 2 ราย	ไม่มีผู้ป่วยยืนยัน	ผู้ป่วยติดเชื้อ 16 ราย จาก 3 จังหวัด ติดเชื้อไม่มีอาการ 16 ราย	ผู้ป่วยยืนยัน 577 ราย จาก 33 จังหวัด ผู้ติดเชื้อไม่มีอาการ 33 ราย www.ddc.moph.go.th
กลุ่ม วัย	15 LBW ไม่เกินร้อยละ 7 (HDC)	3.77 (4,160/157)	6.10 (3,736/228)	5.88 (3,251/191)	3.82 (6 ก.ย.61) (2,668/102)	5.67 (6 ก.ย.61) (32,425/1,839)	6.21 (6 ก.ย.61) (289,770/17,988)
	16 เด็ก 12 ปีฟันดีไม่มีผุ	55.11%	53.06%	72.11%	73.27%	79.50%	71.75%
	17 สังคมผู้สูงอายุ (ร้อยละ)	68,417 คน 13.17%	71,192 คน 13.68%	74,621 คน 14.30%	74,621 คน 14.30%	765,729 คน 13.80%	10,445,591 คน 15.78%