

ตารางเป้าหมาย ลด ป่วย ตาย แอ๊ด รอคอย ของ Service plan ปีงบประมาณ ๒๕๕๙

สาขา	สถานการณ์ปัจจุบัน	เป้าหมายปี ๒๕๕๘	เป้าหมายปี ๒๕๕๙	มาตรการ
สุขภาพจิต จิตเวช และยาเสพติด	อัตราการฆ่าตัวตาย ๑๓.๒ ต่อแสน เข้าถึงบริการซึมเศร้า ๓๗ % ผลงานคัดกรองผู้ป่วยผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยง ครอบคลุมร้อยละ ๒๐ กลุ่มอายุที่ฆ่าตัวตายมากคือ อายุ ๓๑-๖๐ปี ๖๔.๗ % อาชีพที่ฆ่าตัวตายมากที่สุดคือ อาชีพรับจ้าง ๕๑.๕ %	-ระดับ Aหรือ S มีward จิตเวชอย่างน้อยเขตละ ๑ แห่ง -มีการจัดการเตียงฉุกเฉินจิตเวช ภายใน ๓-๕ วัน ในหน่วยบริการระดับ A ทุกแห่ง	- เพิ่มการเข้าถึงบริการปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ - เพิ่มเตียงบริการจิตเวช และระบบบริการจิตเวชเด็ก เชื่อมโยงกับด้านการพัฒนาการเด็ก - กระจายยาสำคัญเชื่อมงานบริการกับงานส่งเสริม ป้องกันตามกลุ่มวัย - ผู้ป่วยโรคจิตได้รับการส่งกลับไปรับยาที่ รพ.ระดับ M ,F มากขึ้น	- กำหนดแนวทางการส่งต่อ-รับกลับผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัด - บริหารจัดการให้มียาจิตเวชพร้อมใช้ในโรงพยาบาลที่ไม่มีจิตแพทย์ และในโรงพยาบาลชุมชน - พัฒนาบุคลากร แพทย์ เพิ่มพูนทักษะ, เกสัชกรพยาบาล เรื่อง โรคจิตเวช และการบำบัดรักษา - จัดให้มีศูนย์ให้คำปรึกษา เชื่อมโยงกับระบบช่วยเหลือในสถานบริการระดับ F๓ ขึ้นไป - เพิ่มศักยภาพบุคลากรในการวินิจฉัย คัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วยได้เหมาะสมในสถานบริการทุกระดับ - เพิ่มความเข้มแข็งของทีม MCATT ในด้านการให้คำปรึกษา การติดตามเยี่ยมบ้าน ดูแลผู้ป่วยในชุมชน

สาขา	สถานการณ์ปัจจุบัน	เป้าหมายปี ๒๕๕๘	เป้าหมายปี ๒๕๕๙	มาตรการ
<p>ปฐมนุรักษ์ Palliative care Long Term Care</p>	<p>มีอำเภอที่มี DHS เชื่อมโยงระบบบริการ ปฐมนุรักษ์ ครบ ๑๐๐% อำเภอที่ดำเนินการ แก้ไขปัญหาสุขภาพเรื่อง โรคเรื้อรัง ๒๐ อำเภอ</p> <p>การดูแลผู้สูงอายุ ๑๕ อำเภอ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ๗ อำเภอ มีตำบล long term care ๒ ตำบล/อำเภอ = ๕๐ แห่ง ผ่านเกณฑ์ คุณภาพตำบล</p> <p>ประชากรสูงอายุ ๑๕.๕๗% โรคที่พบ ความดัน ๕๔.๔๓% เบาหวาน ๑๙.๓๐% ซึมเศร้า ๑๔.๔๑% ภาวะเครียด ๖.๖๗% ข้อเข่าเสื่อม ๔.๗๓% สมองเสื่อม ๐.๑๔% วัณโรค ๐.๕๗๕</p> <p>มีผู้สูงอายุติดเตียง ๒.๒๙% ติดบ้าน ๑๐.๖๗%</p>	<p>อำเภอมี DHS คุณภาพ ร้อยละ ๘๐</p>	<ul style="list-style-type: none"> - มี DHS คุณภาพเพิ่มขึ้น - เพิ่มการเข้าถึงและครอบคลุม บริการกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ Palliative Care และพัฒนาการ เด็ก - พัฒนาศักยภาพตำบล Long Term Care ให้ได้มาตรฐาน - เพิ่มการเข้าถึงบริการ โดยการ ขยายตำบล Long Term Care 	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน - พัฒนา Family Care Team(FCT) ให้มีมาตรฐาน และครบตามเกณฑ์ - ลดความแออัดของผู้ป่วย นอกโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) - พัฒนากลุ่ม Long Term Care ให้ผ่านเกณฑ์คุณภาพผู้ ตำบล Long Term Care ต้นแบบ - จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วย Long Term Care และ Palliative care - พัฒนาศักยภาพด้าน การแพทย์และพยาบาลในการ ดูแลผู้ป่วย Long Term Care และ Palliative care - พัฒนาระบบการกำกับ ติดตาม ประเมินผล

สาขา	สถานการณ์ปัจจุบัน	เป้าหมายปี ๒๕๕๘	เป้าหมายปี ๒๕๕๙	มาตรการ
NCD	<p>ปี ๒๕๕๗ ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ๒๖๕.๔๒ ต่อแสน ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ ๔๐.๑๓% ได้รับการประเมิน CVD risk ๕๓.๙๕% ผู้ป่วยเสี่ยงสูงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ได้ยาลดเสี่ยง ๕๐.๑๑% ผู้ป่วยความดันรายใหม่ ๕๘๔.๖๔ ต่อแสน ควบคุมความดัน ได้ตามเกณฑ์ ๖๔.๘๗ % ได้รับการประเมิน CVD risk ๔๔.๗๒ % ผู้ป่วยเสี่ยงสูงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ได้ยา ๙๐.๔๕ % ปี ๒๕๕๘ นโยบายลดความแออัด สัดส่วนผู้ป่วยเบาหวาน รพสต.: รพช= ๔๖.๑๔:๕๓.๘๖ ผู้ป่วย ความดัน = ๕๖.๙๔:๔๓.๐๖ ผู้ป่วยควบคุมเบาหวานได้ดีใน รพสต.๕๗.๑๘,รพช. ๕๑.๕๖ ผู้ป่วยควบคุมความดันได้ดีใน รพสต.๗๗.๕๓% ใน รพช.๗๙.๒๓ % ประชาชน อายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป มีภาวะอ้วน BMI> ๒๕= ๓๒.๕๑%</p>	มีStroke unit ในรพ.ระดับ A, S	<ul style="list-style-type: none"> - CKD ควบคุม ได้ ๕๐ % - อัตราผู้ป่วยรายใหม่ IHD DM HT Stroke ลดลง - DM HT ควบคุมได้ร้อยละ ๔๐/๕๐ - โรงพยาบาลระดับ A มีบริการ Stroke Unit ครบ ๑๐๐ % - โรงพยาบาลระดับ S มีการบริการ stroke Unit ๕๐% 	<p>ด้านการป้องกัน</p> <ul style="list-style-type: none"> -คัดกรองกลุ่มเสี่ยง DM HT CKD CVD -โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ -สถานที่ทำงานปลอดโรคปลอดภัย -ตำบลจัดการสุขภาพ <p>ด้านการบริหารจัดการ</p> <ul style="list-style-type: none"> -NCD board -CKD clinic คุณภาพ ในรพ. F๑ ขึ้นไป -NCD คลินิก คุณภาพ <p>ด้านข้อมูล</p> <ul style="list-style-type: none"> -พัฒนาระบบข้อมูล NCD และจัดทำฐานข้อมูลกลาง NCD c และ CKD

สาขา	สถานการณ์ปัจจุบัน	เป้าหมายปี ๒๕๕๘	เป้าหมายปี ๒๕๕๙	มาตรการ
๕ สาขาหลัก	<p>การพัฒนาาระบบบริการ ๕ สาขาหลัก มีเป้าหมายคือลดความแออัดของหน่วยบริการระดับตติยภูมิ และเพิ่มศักยภาพหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ และปฐมภูมิ ให้มีศักยภาพดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้นด้วยบริการที่มีมาตรฐาน ในปี ๒๕๕๗ จังหวัดเชียงใหม่มีผู้ป่วยใส่ดิ่งอกเสบ จำนวน ๓,๓๘๙ ราย ผ่าตัดที่โรงพยาบาลระดับ M๒ (รพ.สันทราย ๑๒๕ ราย รพ.สันป่าตอง ๗๘๕ ราย รพ.หางดง ๓๖๔ ราย) ในปี ๒๕๕๘ มีผู้ป่วยใส่ดิ่งอกเสบทั้งหมด ๓,๖๗๐ ราย ผ่าตัดที่โรงพยาบาลระดับ M๒ (รพ.สันทราย ๑๖๔ ราย รพ.สันป่าตอง ๖๑๙ ราย รพ.หางดง ๓๖๕ ราย) สำหรับการผ่าตัดคลอด(C/S) ในปี ๒๕๕๗ มีจำนวนผ่าตัดคลอด ๓,๑๐๑ ราย ผ่าตัดที่โรงพยาบาลระดับ M๒ (รพ.สันทราย ๗๓ ราย รพ.สันป่าตอง ๒๕๑ ราย รพ.หางดง ๑๔๘ ราย) การผ่าตัดคลอด (C/S) ในปี ๒๕๕๘ มีจำนวนผ่าตัดคลอด ๓,๓๘๑ ราย ผ่าตัดที่โรงพยาบาลระดับ M๒ (รพ.สันทราย ๙๗ ราย รพ.สันป่าตอง ๒๐๘ ราย รพ.หางดง ๑๙๕ ราย)</p>	<p>คัลยกรรม รพ.ระดับ M๑ M๒ สามารถ ผ่าตัดใส่ดิ่งและ C/S ได้ทุกแห่ง</p> <p>อายุรกรรม - ลดอัตราการตายผู้ป่วย SEPSIS < ร้อยละ ๒๐ - ลดอัตราการตายจาก UGIH < ร้อยละ ๑๐</p> <p>กุมารเวชกรรม -</p>	<p>-Refer in ลดลง ๑๐%</p> <p>คัลยกรรม - โรงพยาบาลระดับ M ๒ ทุกแห่ง ให้ผ่าตัดใส่ดิ่งได้ ๒๕% ของ Case ที่มีในจังหวัด</p> <p>สูติกรรม -โรงพยาบาลระดับ M ๒ ทุกแห่งให้ผ่าตัดคลอดได้ ๑๐% ของ Case C/S ที่มีในจังหวัด</p> <p>อายุรกรรม - ลดอัตราการตายผู้ป่วย SEPSIS < ร้อยละ ๒๐ - ลดอัตราการตายจาก UGIH < ร้อยละ ๑๐ - Refer in sepsis ลดลง ๓๐ %</p> <p>กุมารเวชกรรม -Refer in sepsis ในเด็กลดลง ๓๐%</p>	<p>คัลยกรรม - พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลระดับ M๒ ให้สามารถผ่าตัดใส่ดิ่ง ได้มากขึ้น</p> <p>สูติกรรม -พัฒนาศักยภาพ รพ.ระดับ M๒ ให้สามารถผ่าคลอดได้เพิ่มขึ้น</p> <p>อายุรกรรม - พัฒนา รพ. ระดับ A และ M ๑ เปิดช่องบริการ sepsis fast track - พัฒนาศักยภาพบุคลากร และ Case manager รพ. M๒ ในการดูแลผู้ป่วย sepsis - นิเทศงาน รพ.เครือข่าย โดยคณะกรรมการสาขาหลัก อายุรกรรม</p> <p>กุมารเวชกรรม -พัฒนาศักยภาพ รพ. ระดับ M๒ ลงไป ให้สามารถดูแลผู้ป่วยเด็กที่ On respirator</p>

สาขา	สถานการณ์ปัจจุบัน	เป้าหมายปี ๒๕๕๘	เป้าหมายปี ๒๕๕๙	มาตรการ
		สาขาออร์โธปิดิกส์	สาขาออร์โธปิดิกส์ -รพ.ระดับ M๒ ลงไปรักษา non Displace fracture ได้ ๒๕ % ของผู้ป่วย non displace fracture ทั้งจังหวัด	สาขาออร์โธปิดิกส์
แพทย์แผนไทย	ระบบบริการแพทย์แผนไทยจังหวัด เชียงใหม่ มีหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ มาตรฐานในระดับ รพศ. รพท. และ รพช. ร้อยละ ๙๑.๖๖ ระดับ รพ.สต. ร้อยละ ๓๔.๙๔ มีการใช้ยาแพทย์แผนไทยอย่างน้อย ๕ รายการ ร้อยละ ๗๓ ของหน่วย บริการทั้งหมด บุคลากรแพทย์แผนไทยทั้งหมด ๖๖ คน สามารถประกอบโรคศิลปะสาขาเวชกรรม ไทย ได้ ๓๗ คน อยู่ใน รพศ. รพท. และ รพช. ๒๔ คน รพ.สต. ๑๓ คน	-	- ร้อยละของสถานบริการ สาธารณสุขทุกระดับมีการ จัดบริการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ผสมผสานที่ ได้มาตรฐานไม่น้อยกว่า ๗๐%	- กำหนดบัญชียาแพทย์แผน ไทยในโรงพยาบาลชุมชนและ รพ.สต. - จัดบริการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ผสมผสานใน ผู้สูงอายุ - พัฒนาระบบการแพทย์แผน ไทยสู่งานวิจัย - พัฒนาระบบการกำกับ ติดตาม
หัวใจและหลอดเลือดสมอง	อัตราการตายผู้ป่วย STEMI ร้อยละ ๙.๒๗ (เป้าหมาย < ๑๐%) อัตราตายของผู้ป่วย ในรพ.โรคหัวใจล้มเหลว ร้อยละ ๘.๓๑ ระยะเวลารอคอยคิวผ่าตัดหัวใจแบบเปิด นาน ๔-๖ เดือน โรงพยาบาลทุกแห่งมียา SK และสามารถให้ยา SK ได้ ๑๐๐ % รพ. A-F๒ สามารถจัดตั้ง Wafarin clinic ๑๙	สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด ได้ใน รพ.ระดับ F ๒ ขึ้นไป	- ให้ยาละลายลิ่มเลือดใน โรงพยาบาล F๒ > ๗๕% - รพช.ทุกแห่งมีระบบการ สำรองยา SK และ Enoxaparin - เพิ่มเตียง CCU อีก ๔ เตียง รองรับผู้ป่วยส่งต่อมาทำ	ด้านพัฒนาโครงสร้างการ ทำงาน -จัดตั้งศูนย์ประสานงานการส่ง ต่อที่มีคุณภาพ(แนวทางการส่ง ต่อ ,ข้อตกลงการรับส่งต่อ, ผู้รับผิดชอบประสานการรับส่ง ต่อผู้ป่วย)

สาขา	สถานการณ์ปัจจุบัน	เป้าหมายปี ๒๕๕๘	เป้าหมายปี ๒๕๕๙	มาตรการ
หัวใจและหลอดเลือดสมอง(ต่อ)	<p>แห่ง ร้อยละ ๘๒.๖๐ ในรพ. A-M๒ มีการจัดตั้ง Heart failure clinic ครบทุกแห่ง อัตราการได้รับการเปิดหลอดเลือดด้วยยา SK และทำ PPCI ร้อยละ ๘๐.๙๕(เป้าหมาย >๗๐%) อัตราการได้ทำ PPCI ภายใน ๙๐ นาทีเมื่อแรกรับ ร้อยละ ๙๐.๕๔ (เป้าหมาย>๗๐%)</p>		<p>PCI ในนครพิงค์</p> <ul style="list-style-type: none"> - เพิ่มเครือข่าย Wafarin clinic ครบ ๑๐๐ % - รพช.ทุกระดับมีพยาบาล case manager - อัตราตาย STEMI<๑๐% - Door to Balloon Time <๙๐ นาที >๘๐% <p>-ระยะรอคอยการผ่าตัดหัวใจไม่เกิน ๓ เดือน > ๘๐ %</p>	<p>-สร้างความเข้มแข็งของคณะกรรมการproviderในการกำกับติดตาม ประเมินผลแผนในการกำกับติดตาม ประเด็นในการติดตาม สรุปผล)</p> <p>ด้านข้อมูล</p> <p>-พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้ รพช.,รพท., รพช.ทุกแห่งใช้ระบบ Thai refer ในการส่งต่อผู้ป่วย</p> <p>-จัดทำฐานข้อมูลกลางของสาขา</p> <p>ด้านบริหารจัดการ</p> <p>-กำหนดและจัดทำคู่มือการปฏิบัติครอบคลุมการส่งเสริม ป้องกัน การรักษา การจัดการยา</p> <p>-จัดทำแผนงบประมาณ แผนความต้องการกำลังคน และแผน พัฒนากำลังคนที่สอดคล้องกับ SP</p> <p>ด้านกำกับติดตามประเมินผล</p> <p>-กำกับติดตามในประเด็น การ</p>

สาขา	สถานการณ์ปัจจุบัน	เป้าหมายปี ๒๕๕๘	เป้าหมายปี ๒๕๕๙	มาตรการ
				บริหารจัดการ การรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วย ประเด็นด้านการ ส่งเสริมป้องกันการคัดกรอง ผู้ป่วย ประเด็นลดอัตราป่วย อัตราตาย
มะเร็ง	อัตราตายอันดับ ๑ ของจังหวัด ๑๑๙:แสน ประชากร มะเร็งเพศชาย มะเร็งปอด ๓๒.๕ มะเร็งตับ ๓๑.๐ มะเร็งลำไส้ใหญ่ ๑๔.๒ เพศหญิง มะเร็งเต้านม ๒๗.๓ มะเร็ง ปอด ๒๓.๖ มะเร็งปากมดลูก ๑๙.๕ ผลการ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปี ๒๕๕๘ ครอบคลุม ๔๘.๑๘ % การคัดกรองมะเร็ง เต้านมด้วยตนเอง ๕๖.๐๓ % โดย อสม. ๓๖.๔๑ % โดยเจ้าหน้าที่ ๑๕.๕๐% การ จัดทำทะเบียนมะเร็งรายใหม่ ใน ปี ๒๕๕๗ = ๙๐๗ ราย ปี ๒๕๕๘ =..... ราย การ รักษา โดยการผ่าตัด มีระยะเวลารอคอย ๒๑.๕ วัน เคมีบำบัด ระยะเวลารอคอย ๔๗.๔ วัน ผู้ป่วยได้รับการรักษา ภายใน ระยะเวลาที่กำหนด ๕๑.๕% ผู้ป่วยระยะ สุดท้ายได้รับบริการ Pain clinic ๘๙.๘ %	รพ.ระดับ M๑สามารถให้เคมี บำบัด แบบ Short stay ได้	<ul style="list-style-type: none"> - ลดระยะเวลารอคอยด้าน รังสีรักษา ภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ - จัดให้มีบริการเคมีบำบัดใน โรงพยาบาลระดับ M๑ ขึ้น ไป - ลดระยะเวลาได้ยาเคมี บำบัดให้ได้ภายใน ๖ สัปดาห์ - ระยะเวลาการผ่าตัด ภายหลังวินิจฉัย ภายใน ๔ สัปดาห์ 	ด้านพัฒนาโครงสร้างการ ทำงาน -จัดตั้งศูนย์ประสานงานการส่ง ต่อที่มีคุณภาพ(แนวทางการส่ง ต่อ ,ข้อตกลงการรับส่งต่อ, เครือข่ายการส่งต่อ , ผู้รับผิดชอบประสานการรับส่ง ต่อผู้ป่วย) -สร้างความเข้มแข็งของ คณะกรรมการprovider board Cancer boardในการ กำกับติดตาม ประเมินผล (แผนในการกำกับติดตาม ประเด็นในการติดตาม สรุปผล) ด้านข้อมูล -พัฒนาระบบเทคโนโลยี สารสนเทศให้ รพศ.,รพท.,

สาขา	สถานการณ์ปัจจุบัน	เป้าหมายปี ๒๕๕๘	เป้าหมายปี ๒๕๕๙	มาตรการ
				<p>รพช.ทุกแห่งใช้ระบบ Thai refer ในการส่งต่อผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> -จัดทำทะเบียนผู้ป่วยมะเร็ง -จัดทำฐานข้อมูลกลางของสาขา <p>ด้านส่งเสริมป้องกัน</p> <ul style="list-style-type: none"> -คัดกรองหากกลุ่มเสี่ยง มะเร็งเต้านม ปากมดลูก มะเร็งตับ -ตำบลจัดการสุขภาพ,DHS <p>- ด้านบริหารจัดการ</p> <ul style="list-style-type: none"> -กำหนดและจัดทำคู่มือการปฏิบัติครอบคลุมการส่งเสริมป้องกัน การรักษา การจัดหา <p>ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> -จัดทำแผนงบประมาณ แผนความต้องการกำลังคน และแผน พัฒนากำลังคนที่สอดคล้องกับSP <p>ด้านกำกับติดตามประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> -กำกับติดตามในประเด็น การบริหารจัดการ การรับ-ส่งต่อผู้ป่วย ประเด็นด้านการส่งเสริมป้องกันการคัดกรอง

สาขา	สถานการณ์ปัจจุบัน	เป้าหมายปี ๒๕๕๘	เป้าหมายปี ๒๕๕๙	มาตรการ
				ผู้ป่วย ประเด็นลดอัตราป่วย อัตราตาย
ทารกแรกเกิด	<p>อัตราการตาย = ๒๓.๓๗ ภาวะขาดออกซิเจนในเด็กแรกเกิด = ๒๙.๙๘:๑๐๐๐ การเกิดมีชีพ อัตราตายในทารกแรกเกิดที่มีอายุ < ๒๘ วัน ต่อพันการเกิดมีชีพ = ๒.๒๗ LBW = ๙.๐๙% ฝากครรภ์ครั้งแรก ก่อน ๑๒ wks = ๔๙.๕๗% ฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้ง ๔๘.๕๑% ห้องคลอดคุณภาพ ๕๐% จำนวน เตียง NICU = ๑:๖๐๐ Live birth</p>	<p>มีจำนวนเตียง NICU อัตราส่วน ๑:๕๐๐ Live Birth</p>	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราตายทารกอายุน้อยกว่า ๒๘ วัน ≤ 5 : ทารกเกิดมีชีพ ๒,๐๐๐ ราย - มีจำนวนเตียง NICU อัตราส่วน ๑:๕๐๐ Live Birth 	<p>ด้านพัฒนาโครงสร้างการทำงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดตั้งศูนย์ประสานงานการส่งต่อที่มีคุณภาพ(แนวทางการส่งต่อ , ข้อตกลงการรับส่งต่อ, ผู้รับผิดชอบประสานการรับส่งต่อผู้ป่วย) - สร้างความเข้มแข็งของคณะกรรมการ provider board, MCH board SP สาขาสูติกรรม ในการกำกับติดตาม ประเมินผล(แผนในการกำกับติดตาม ประเด็นในการติดตาม สรุปผล) <p>ด้านข้อมูล</p> <ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้ รพศ., รพท.,

สาขา	สถานการณ์ปัจจุบัน	เป้าหมายปี ๒๕๕๘	เป้าหมายปี ๒๕๕๙	มาตรการ
ทารกแรกเกิด(ต่อ)				<p>รพช.ทุกแห่งใช้ระบบ Thai refer ในการส่งต่อผู้ป่วย</p> <p>-จัดทำฐานข้อมูลกลางของสาขา</p> <p>ด้านการบริหารจัดการ</p> <p>-กำหนดและจัดทำคู่มือการปฏิบัติครอบคลุมการส่งเสริมป้องกัน การรักษา การจัดหา ยา</p> <p>-จัดทำแผนงบประมาณ แผนความต้องการกำลังคน และแผน พัฒนากำลังคนที่สอดคล้องกับ SP</p> <p>ด้านกำกับติดตามประเมินผล</p> <p>-กำกับติดตามในประเด็น การบริหารจัดการ การรับ-ส่งต่อผู้ป่วย ประเด็นด้านการส่งเสริมป้องกันการคัดกรองผู้ป่วย ประเด็นลดอัตราป่วย อัตราตาย</p>

สาขา	สถานการณ์ปัจจุบัน	เป้าหมายปี ๒๕๕๘	เป้าหมายปี ๒๕๕๙	มาตรการ
อุบัติเหตุ	<p>อัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน = ๒๐.๑๑:แสน ในปี ๒๕๕๗ และ ๒๕.๗๖ ในปี ๒๕๕๘ เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ ๔๗.๑๙ % ตำบลที่มีทีม</p> <p>FR ๗๐% ระยะเวลาที่ทีมกู้ชีพถึงจุดเกิดเหตุเมื่อได้รับแจ้ง ๘-๑๐ นาที</p> <p>ผู้ป่วย Head injury ได้รับการผ่าตัดภายใน ๙๐ นาที ๔๓.๑๔% ได้รับการผ่าตัดภายใน ๑๒๐ นาที ๖๘.๖๓ % ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ได้รับการผ่าตัด ภายใน ๖๐ นาที ๕๐ % และได้รับการผ่าตัดภายใน ๙๐ นาที ๖๖.๖๗ % อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินที่รับไว้ในโรงพยาบาลภายใน ๒๔ ชม. กลุ่ม Non trauma อัตราการรอดชีวิต ๙๙.๓๓% กลุ่ม trauma ๙๙.๖๔%</p>	<p>มีประสาทศัลยแพทย์ ในรพ. ระดับ A และ S</p> <p>-มี Burn unit เขตละ ๑ แห่ง</p> <p>-ลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนนไม่เกิน ๑๖ ต่อแสนประชากร</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Functional emergency Administration, Model injury prevention - อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยอุบัติเหตุลดลงน้อยกว่า ๒๑ ต่อแสน - สถานพยาบาลร้อยละ ๘๐ ผ่านการประเมินระบบปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล - อัตราระยะเวลาการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยมากกว่า ๓๐ นาที <๑๐% - อัตราการใช้โปรแกรม Thai refer ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉิน ของ รพช. ๑๐๐% - จัดตั้ง Burn unit และเพิ่มการให้บริการผู้บาดเจ็บแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวกในรายชื่อชั้นซัน ระดับ ๒ > ๑๕ % - 	<p>ระบบข้อมูล</p> <ul style="list-style-type: none"> -บูรณาการข้อมูล ๓ ฐาน -สอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิต <p>การป้องกัน</p> <ul style="list-style-type: none"> -กำหนดจุดเสี่ยง และแก้ไขปัญหาจุดเสี่ยง -มาตรการของ สสจ./จังหวัด -มาตรการด้านชุมชน -มาตรการชุมชนDHS และตำบลจัดการสุขภาพ <p>การรักษา</p> <ul style="list-style-type: none"> -EMS คุณภาพ -คุณภาพ ER/Inhos/refer/rehab -Trauma fast tract <p>การบริหารจัดการ</p> <ul style="list-style-type: none"> -EOC ติดตามงานระดับจังหวัด -พัฒนาระบบควบคุมกำกับและติดตามประเมินผล --จัดตั้งหน่วยจัดการข้อมูลอุบัติเหตุในรพ.ระดับ A Mo

สาขา	สถานการณ์ปัจจุบัน	เป้าหมายปี ๒๕๕๘	เป้าหมายปี ๒๕๕๙	มาตรการ
อุบัติเหตุ(ต่อ)				- จัดทำแผนงบประมาณและแผนกำลังคนที่สอดคล้องกับ SP -จัดทำแผนเปิดให้บริการ Burn Unit และแผนพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้บาดเจ็บแผลไหม้ น้ำร้อนลวก
ตา	จังหวัดเชียงใหม่มีตาต่อกระจกระดับสายตาบอด ประมาณ ๓,๕๐๐ ราย ปี ๒๕๕๘ ผ่าตัดตาต่อกระจก ไป ๔,๑๐๐ ราย เป็นระดับสายตาบอด ๑,๘๐๐ ราย ร้อยละ ๔๔ ทำให้มีผู้ป่วยระดับสายตาบอดที่ยังไม่ได้ ผ่าตัดตกค้าง ประมาณ ๑,๗๐๐ ราย ต่อกระจกระดับสายตาบอดได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน ๕๑% ระดับสายตามัวได้รับการผ่าตัดตัดภายใน ๙๐ วัน ๗๘ % ผู้สูงอายุ ได้รับการคัดกรองตาต่อกระจก โดย อสม. ร้อยละ ๕๐	-Blinding cataract ได้รับการผ่าตัด โดยcataract surgical rate๒๐๐๐ข้าง:ล้านประชากร -จัดตั้ง Retina center เขตละ ๑ แห่ง	- ผู้ป่วย Blinding cataract ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน ๘๐% - ผู้สูงอายุ > ๘๐% ได้รับการตรวจวัดระดับสายตา	ด้านการพัฒนาระบบข้อมูล -บันทึกฐานข้อมูลผ่านโปรแกรม Vision ๒๐๒๐ ๑๐๐% ด้านการส่งเสริมป้องกัน -คัดกรองตาต่อกระจก โดย อสม.ทุกอำเภอ ด้านการรักษาและส่งต่อ -จัดระบบบริการการรักษา การผ่าตัด และการส่งต่อผู้ป่วย ข้อตกลงการส่งต่อ เครือข่าย การส่งต่อ ด้านการบริหารจัดการ ด้านบริหารจัดการ -กำหนดและจัดทำคู่มือการปฏิบัติครอบคลุมการส่งเสริม

สาขา	สถานการณ์ปัจจุบัน	เป้าหมายปี ๒๕๕๘	เป้าหมายปี ๒๕๕๙	มาตรการ
ตา(ต่อ)				<p>ป้องกัน การรักษา</p> <p>-จัดทำแผนงบประมาณ แผนความต้องการกำลังคน และแผน พัฒนากำลังคนที่สอดคล้องกับ SP</p> <p>ด้านกำกับติดตามประเมินผล</p> <p>-กำกับติดตามในประเด็น การบริหารจัดการ การรับ-ส่งต่อผู้ป่วย ประเด็นด้านการส่งเสริมป้องกันการคัดกรองผู้ป่วย ประเด็นลดอัตราป่วย อัตราตาย</p>
ไต	<p>จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจังหวัดเชียงใหม่ มีประมาณ ๒๕๐,๐๐๐ คน และเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ประมาณ ๔,๔๐๐ คน คิดเป็น ๐.๓% สามารถเข้าถึงบริการบำบัดรักษาทดแทนไต RRT จำนวน ๒,๖๖๔ ราย ร้อยละ ๖๐.๕</p>	<p>จัดให้มีบริการ PD Clinic ในรพ.ระดับ M๑ ขึ้นไปมากกว่าหรือเท่ากับ ๕๐% ในรพ.ระดับ M๒</p>	<ul style="list-style-type: none"> - จัดบริการ CKD Clinic ในรพ.ระดับ M๒ ๘๐% - ผ่าตัดเปลี่ยนไต ๖๐๐ ราย จากภาพรวมประเทศ 	<p>-จัดตั้งCKD clinic เพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง</p> <p>-พัฒนาบริการฟอกเลือดทางช่องท้อง(CAPD)</p> <p>-พัฒนาบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis,HD)</p> <p>-พัฒนาระบบการรับบริจาค</p>

สาขา	สถานการณ์ปัจจุบัน	เป้าหมายปี ๒๕๕๘	เป้าหมายปี ๒๕๕๙	มาตรการ
				อวัยวะ -พัฒนาฐานข้อมูลกลาง -พัฒนาระบบกำกับติดตาม
สุขภาพช่องปาก	จังหวัดเชียงใหม่มี รพ.สต.จำนวน ๒๖๗ แห่ง ให้บริการสุขภาพช่องปาก ๒๑๘ แห่ง ร้อยละ ๘๑.๖๕ มีทันตภิบาลอยู่ประจำ ๑๒๒ แห่ง ร้อยละ ๔๕.๖๙ มีทันตภิบาลหมุนเวียน ๙๖ แห่ง มียูนิตทำฟันครบชุด ๑๑๖ แห่ง มียูนิตทำฟันไม่ครบชุด ๑๖ แห่ง ปี ๒๕๕๘ ให้บริการใส่ฟันเทียมผู้สูงอายุ ๒,๑๑๕ ราย จากเป้าหมาย ๑,๑๙๕ ราย คิดเป็น ๑๗๖.๙๘% ให้บริการรากฟันเทียม ๕๓ ราย คิดเป็น ๗๐.๖๗% (เป้าหมาย ๗๕ ราย) รพ.A-M๒ สามารถใส่เพดานเทียมในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ได้ทุกแห่ง ปี ๒๕๕๘ ใส่ Obturator ได้ ๒๕ ราย	รพ.สต./ศสม. ร้อยละ ๕๐ มีทันตบุคลากรประจำให้บริการสุขภาพ	-เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากในทุกกลุ่มวัยมากกว่า ๓๐ % -มีบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต. ไม่น้อยกว่า ๕๐ %	-จัดบริการทันตกรรมเชิงรุกให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย -เพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพบริการสุขภาพช่องปาก -จัดทำแผนการลงทุน และแผนกำลังคนที่สุดคล้องกับ SP -พัฒนาระบบกำกับติดตามและประเมินผล