



แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเขาฉกรรจ์

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

บททวนปัญหาและสถานการณ์ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖



สถิติผู้ป่วยนอก	จำนวน	ร้อยละ
ความดันโลหิตสูง	๘,๐๐๙	๑๑.๐๓/
เบาหวาน	๓,๘๙๖	๑๐.๙๒
คอหอยส่วนจมูกอักเสบเฉียบพลัน (ไข้หวัด)	๑,๑๓๘	๑.๖๒๙
กระเพาะอาหารกับลำไส้อักเสบ และลำไส้ใหญ่อักเสบ	๑,๑๐๙	๑.๕๓๓
อาหารไม่ย่อย	๑,๐๐๓	๑.๓๕๓/
พินสุ	๘๔๐	๑.๑๖๑
เวียนศีรษะ	๘๐๙	๑.๑๑๘
การตายของเนื้อเยื่อในพิน	๓/๕๘	๑.๐๔๘
การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลันไม่ระบุรายละเอียด	๓/๕๘	๑.๐๔๘
ความผิดปกติของเมตาบอลิซึมของไลโปโปรตีนไม่ระบุรายละเอียด	๖๑๓	๐.๘๔๓/



สถิติผู้ป่วยใน	จำนวน	ร้อยละ
ปอดบวมที่เกิดจากไวรัสอื่น	๑๓๔	๘.๐๕๘
ท้องร่วง ไม่ระบุรายละเอียด	๑๑๔	๖.๘๕๕
เซลล์เนื้อเยื่ออักเสบ	๖๖	๓.๙๖๙
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับการกำเริบเฉียบพลัน	๖๓	๓.๓/๘๘
หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน	๔๐	๒.๔๐๕
หัวใจล้มเหลว	๓๙	๒.๓๔๕
ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	๓๔	๒.๐๔๔
โรคหัด ไม่ระบุรายละเอียด	๓๓	๑.๙๘๔
วัณโรค	๓๓	๑.๙๘๔
การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ	๓๑	๑.๘๖๔

COST ผู้ป่วยนอก	จำนวน
Essential (primary) hypertension (I๑๐)	๖,๓๙๕,๒๖๖.๘๒
NIDM Without complications (E๑๑๙)	๑๐,๓๘๔,๒๔๙.๒๓
Acute nasopharyngitis [common cold] (J๐๐)	๒,๒๗๕,๒๙๓.๑๓
Gastroenteritis and colitis of unspecified origin (A๐๙๙)	๓๐๓,๑๖๙.๓/๔
Dyspepsia (K๓๐)	๕๕๖,๕๔๙.๒๑

COST ผู้ป่วยใน	จำนวน
Pneumonia, unspecified (J๑๒๘-J๑๘๙)	๑,๒๔๘,๓๖๐.๐๐
Gastroenteritis and colitis of unspecified origin (A๐๙๙-A๐๙๐)	๕๓๐,๕๑๓.๓๐
Cellulitis of other parts of limb (L๐๓๑)	๕๓๗,๓๖๒.๐๐
Chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation, unspecified (J๔๔๑)	๔๐๓,๒๓๕.๐๐
Acute bronchitis, unspecified (J๒๐๙)	๑๖๙,๓๗๕.๐๐

โรคทางระบาดวิทยา	จำนวน	อัตราต่อแสน
Diarrhea อุจจาระร่วง	๕๙๖	๑.๐๖๓/๑๐๐,๐๐๐
Covid-๑๙ Coronavirus disease ๒๐๑๙	๒๓๑	๔.๑๓/๑๐๐,๐๐๐
Pneumonia ปอดบวม	๑๓๑	๓.๐๖/๑๐๐,๐๐๐
Hand foot mouth disease มือ เท้า ปาก	๓๖	๖.๕๔/๑๐๐,๐๐๐
Food poisoning อาหารเป็นพิษ	๒๖	๕.๖/๑๐๐,๐๐๐

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่สำคัญกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์)

- ๐-๕ ปี สูงดิลมส่วน
- ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ ๕ ปี (๑๑๓ ซม.)
- ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ ๕ ปี (๑๑๒ ซม.)
- เด็กอายุ ๖-๑๔ ปี สูงดิลมส่วน
- เด็กอายุ ๖-๑๔ ปี มีภาวะผอม
- เด็กอายุ ๖-๑๔ ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน



- ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ ๑๒ ปี (๑๕๔ ซม.)
- ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ ๑๒ ปี (๑๕๕ ซม.)
- การตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน
- ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการใน ระดับปฐมภูมิ ได้รับการรักษาด้วยการ แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ผลการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

- รพ.เขาดงกระรอก ดำเนินการ ๑๓ โครงการ คิดเป็นร้อยละ ๕๓.๑๔ และเบิกจ่ายงบประมาณทั้งหมดร้อยละ ๔๐.๐๑
- สสอ.เขาดงกระรอก ดำเนินการ ๕ โครงการ คิดเป็นร้อยละ ๘๘.๓๓ และเบิกจ่ายงบประมาณทั้งหมดร้อยละ ๖๙.๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑. การสร้างระบบสุขภาพเพื่อประชาชนที่ทุกคนเป็นเจ้าของ

O๖K๒๓



กลยุทธ์ที่ ๑ ยกระดับความพร้อมของสถานบริการและบุคลากร และพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายในการจัดบริการและดูแลแม่และเด็ก

เป้าประสงค์ : ๑. อัตราตายมารดาจากสาเหตุที่ป้องกันได้ลดลงจากปีที่ผ่านมากว่า ๒. อัตราตายทารกต่ำกว่า ๑ ปี ต่อการเกิดมีชีพ ๑,๐๐๐ คน ลดลง ๓. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๐-๑๙ ปี ลดลง



O๑ มารดาและทารกได้รับการตามเกณฑ์คุณภาพ

- K๑ ANC คุณภาพ ทุก รพ. /รพ.สต.
- K๒ หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางลดลง
- K๓ เยี่ยมหลังคลอดครบตามเกณฑ์ ๘๐%
- K๔ ขับเคลื่อนหมัตจรรยา ๑,๐๐๐ วัน Plus ๒,๕๐๐ วัน สพด. ๔D ผ่านทีม CFT ทุกตำบล

O๒ เด็กมีพัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน

- K๑ คัดกรองพัฒนาการเด็กให้ได้ ๙๐%
- K๒ เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้น ๑๐๐%
- K๓ การดำเนินงาน สพด. ๔D ๑๐๐%

O๓ วัยรุ่นมีคุณภาพที่ดี

- K๑ อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ลดลง
- K๒ การเข้าถึงบริการสุขภาพอนามัยของวัยรุ่นในหน่วยบริการเพิ่มมากขึ้น
- K๓ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ลดลงจากปีที่ผ่านมากว่า
- K๔ อัตราการคงอยู่ระหว่างการบำบัดยาเสพติด (Retention rate) เพิ่มขึ้น

กลยุทธ์ที่ ๒ พัฒนาศักยภาพเครือข่ายและบุคลากรในการจัดบริการและดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม

เป้าประสงค์ : ๑. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ต้องมารับบริการด้วยภาวะ Geriatric syndromes เพิ่มขึ้น

O๔ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

- K๑ คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ (ร้อยละ ๑๐๐)
- K๒ พัฒนาระบบส่งต่อ ภายใน ภายนอก/CPG
- K๓ พัฒนา ๑ สถานบริการ ๑ ชมรมผู้สูงอายุต้นแบบด้านสุขภาพ



O๖ ลดอัตราตายด้วยโรคมะเร็ง

- K๑ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ในสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ตามเป้าหมาย ร้อยละ ๗๐
- K๒ คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงของประชากรอายุ ๕๐-๗๐ ปี ตามเป้าหมาย ร้อยละ ๕๕
- K๓ ประชากรกลุ่มอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองหนองพยาธิ ตามเป้าหมาย
- K๔ ประชากรกลุ่มอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการคัดกรองด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ตามเป้าหมาย
- K๕ ประชากรกลุ่มอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองมะเร็งช่องปาก

กลยุทธ์ที่ ๓ ยกระดับการจัดการรายบุคคล โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการ

เป้าประสงค์ : ๑. อัตราป่วยรายใหม่ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงลดลง ๒. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ๓. ร้อยละของประชาชนได้รับการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ ๔. ลดอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ จากปีที่ผ่านมากว่า

O๕ วัยทำงานห่างไกลโรคNCDs

- K๑ ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง ๕% จากปีที่ผ่านมากว่า
- K๒ ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ (DM ร้อยละ ๔๐, HT ร้อยละ ๖๐)
- K๓ PCU/รพ.สต. ให้บริการผู้ป่วยโรค DM HT กลุ่มสีเขียว ร้อยละ ๑๐๐
- K๔ ๑ หน่วยบริการมีผู้ป่วย DM remission (ต้นแบบ) อย่างน้อย ๑ คน

3 กลยุทธ์ 3 เป้าประสงค์
6 Objective

ยุทธศาสตร์ที่ ๑. การสร้างระบบสุขภาพเพื่อประชาชนที่ทุกคนเป็นเจ้าของ



โครงการ	รพ.	สสอ.	รพ.สต.	ภาคีเครือข่าย
<p>O๑ มารดาและทารกได้รับบริการตามเกณฑ์คุณภาพ</p> <p>O๒ เด็กมีพัฒนาการสมวัย สูง ต่ำ ส่วน</p> <p>โครงการมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus ๒,๕๐๐ วัน และสพด. ๔D</p>	<p>๑. ประชุม MCH Board ระดับอำเภอ</p> <p>๒. ANC คุณภาพ LR คุณภาพ WCC คุณภาพ ๒.๑ พี่เลี้ยง ANC รพ.สต</p> <p>๒.๒ พัฒนาศักยภาพ ANC รพ.สต.</p> <p>๒.๓ พัฒนาระบบส่งต่อเยี่ยมหลังคลอดบูรณาการ Thai COC</p> <p>๓. มีระบบเฝ้าระวังการป้องกันภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์</p>	<p>๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานและเยี่ยมเสริมพลัง/กำกับติดตามตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน plus ๒,๕๐๐ วัน สพด.๔D บูรณาการกับตำบลจัดการคุณภาพชีวิต และพัฒนาศักยภาพทีม CFT ระดับตำบล</p> <p>๒. พัฒนาศักยภาพทีม CFT ระดับอำเภอ / ตำบล</p> <p>๓. ติดตามการบันทึกข้อมูลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์</p>	<p>๑. ขับเคลื่อนตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน plus ๒,๕๐๐ วัน สพด.๔D บูรณาการกับตำบลจัดการคุณภาพชีวิต และพัฒนาศักยภาพทีม CFT ระดับตำบล</p> <p>๒. พัฒนา ANC คุณภาพ ตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ</p> <p>๓. พัฒนางานเยี่ยมหลังคลอด บูรณาการ Thai COC</p>	<p>๑. อปท.(พชต.)สนับสนุน ตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน plus ๒,๕๐๐ วัน สพด.๔D</p> <p>๒. พัฒนาศักยภาพทีม CFT ระดับตำบล</p>
	<p>๑. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ในการใช้ DSPM</p> <p>๒. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ในการใช้ TDA๔1</p> <p>๓. ทบทวนการนำเข้าข้อมูล ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน</p> <p>๔. ยกระดับ สพด.๔D ให้ผ่านเกณฑ์พื้นฐานทุกแห่ง</p>	<p>๑. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ในการใช้ DSPM</p> <p>๒. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ในการใช้ TDA๔1</p> <p>๓. กำกับติดตาม ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล</p> <p>๔. ยกระดับ สพด.๔D ให้ผ่านเกณฑ์พื้นฐานทุกแห่ง</p>	<p>๑. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ในการใช้ DSPM</p> <p>๒. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ในการใช้ TDA๔1</p> <p>๓. ทบทวนการนำเข้าข้อมูล ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน</p> <p>๔. ยกระดับ สพด.๔D ให้ผ่านเกณฑ์พื้นฐานทุกแห่ง</p>	<p>๑. พัฒนาศักยภาพ อสม. ในการติดตามการเจริญเติบโตของเด็ก</p> <p>๒. พัฒนาศักยภาพผู้อำนวยการ เล่น ในครอบครัว.</p>

(1) Care Plan Plus (2) ข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย
(3) อปท. (4) FCT (5) วิเคราะห์คืนข้อมูล



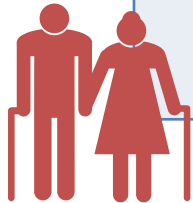
ยุทธศาสตร์ที่ ๑. การสร้างระบบสุขภาพเพื่อประชาชนที่ทุกคนเป็นเจ้าของ



โครงการ	รพ.	สสอ.	รพ.สต.	ภาคีเครือข่าย
<p>0๓ วัยรุ่นมีคุณภาพที่ดี</p> <p>โครงการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพกลุ่มวัยรุ่นในสถานศึกษา</p>	<p>๑. พัฒนาศูนย์สุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น ให้ได้มาตรฐาน สอดคล้องกับบริบทวัยรุ่นในพื้นที่ (เน้นการเข้าถึงอย่างอนามัย)</p> <p>๒. ระบบส่งต่อวัยรุ่น</p> <p>๓. สร้างเครือข่ายแกนนำวัยรุ่นเรียนรู้ด้านสุขภาพ</p> <p>๔. ประชุมเครือข่ายสถานศึกษา เพื่อทบทวนสถานการณ์สุขภาพเด็กวัยรุ่นและร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาโภชนาการในเด็กวัยรุ่น</p>	<p>๑. พัฒนางานด้านเครือข่าย ป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพวัยรุ่นให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์อำเภออนามัยเจริญพันธุ์</p> <p>๒. สนับสนุน กำกับติดตามระบบส่งต่อวัยรุ่น</p> <p>๓. สนับสนุน ติดตามงานสร้างเครือข่ายแกนนำวัยรุ่นเรียนรู้ด้านสุขภาพ</p> <p>๔. ประชุมเครือข่ายสถานศึกษา เพื่อทบทวนสถานการณ์สุขภาพเด็กวัยรุ่นและร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาโภชนาการในเด็กวัยรุ่น</p>	<p>๑. พัฒนางานด้านเครือข่าย ป้องกันและแก้ไข ปัญหาสุขภาพวัยรุ่นให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์อำเภออนามัยเจริญพันธุ์</p> <p>๒. ศูนย์เฝ้าระวังในชุมชน</p> <p>๓. สร้างเครือข่ายแกนนำวัยรุ่นเรียนรู้ด้านสุขภาพ</p> <p>๔. ประชุมเครือข่ายสถานศึกษา เพื่อทบทวนสถานการณ์สุขภาพเด็กวัยรุ่นและร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาโภชนาการในเด็กวัยรุ่น</p>	<p>๑. สถานศึกษาสอนเพศวิถีศึกษา และพัฒนาศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นในสถานศึกษา</p> <p>๒. อปท. สนับสนุนงบประมาณ จัดพื้นที่สร้างสรรค์ให้แกนนำวัยรุ่นเรียนรู้ได้ แสดงออกเชิงสร้างสรรค์และแลกเปลี่ยนแนวทางการดูแลสุขภาพวัยรุ่น</p> <p>๓. ภาคีเครือข่ายร่วม ทบทวนสถานการณ์สุขภาพเด็กวัยรุ่นและร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาโภชนาการในเด็กวัยรุ่น</p>
<p>0๔ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี</p> <p>โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ</p>	<p>๑. พัฒนาศูนย์คลินิกผู้สูงอายุให้ได้คุณภาพตามมาตรฐาน</p> <p>๒. พัฒนาระบบส่งต่อภายใน และภายนอกโรงพยาบาล</p> <p>๓. พัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุต้นแบบด้านสุขภาพ (๑ รพ. ๑ ชมรมต้นแบบด้านสุขภาพ)</p>	<p>๑. สนับสนุน และกำกับติดตามผลการคัดกรองสุขภาพและการแก้ไขปัญหาสุขภาพกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย</p> <p>๒. กระตุ้นติดตาม กำกับติดตาม การพัฒนาระบบส่งต่อจากชุมชน ไปโรงพยาบาล</p> <p>๓. กำกับติดตามชมรมผู้สูงอายุต้นแบบด้านสุขภาพ</p>	<p>๑. คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุเชิงรุก และส่งต่อกลุ่มเสี่ยง</p> <p>๒. พัฒนาระบบส่งต่อจากชุมชน ไปโรงพยาบาล</p> <p>๓. พัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุต้นแบบด้านสุขภาพ (๑ รพ.สต. ๑ ชมรมต้นแบบด้านสุขภาพ)</p>	<p>๑. พัฒนาศักยภาพ อสม. ร่วมออกคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุเชิงรุก</p> <p>๒. พัฒนาระบบส่งต่อจากชุมชน ไป รพ.สต.</p> <p>๓. อปท. สนับสนุนงบประมาณพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ</p>

(1) เพศศึกษาวิถี (2) งบประมาณในรร./ชุมชน
(3) คลินิก/มุมวัยรุ่น (4) พื้นที่สร้างสรรค์

(1) GSB (อปท.) (2) คลินิก/มุมผู้สูงอายุ
(3) ชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ (4) ส้วมนั่งราบ/ห้องน้ำเป็นมิตร



ยุทธศาสตร์ที่ ๑. การสร้างระบบสุขภาพเพื่อประชาชนที่ทุกคนเป็นเจ้าของ



โครงการ	รพ.	รพ.สต.	ภาคีเครือข่าย
<p>0๔ วัยทำงานห่างไกลโรค NCDs</p> <p>โครงการพัฒนารูปแบบการบริการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง</p>	<p>๑.NCD Board ระดับอำเภอ ติดตามการดำเนินงานทุก ๓ เดือน</p> <p>๒.พัฒนา NCD Clinic Plus รพ.-รพ.สต.</p> <p>๓.พัฒนา CPG โรคไม่ติดต่อที่สำคัญ + ถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติ</p> <p>๔.พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูล ถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน</p> <p>๕.พัฒนาระบบบริการเพื่อลดเสี่ยง ลดโรค (๔R)</p> <p>๖.พัฒนาแนวทางการดำเนินงาน คลินิก DPAC คุณภาพ สู่ NCD Clinic Plus</p> <p>๗.พัฒนาศักยภาพบุคลากร Case Manager /Mini Case Manager ทดแทน/ ฟื้นฟู/ศึกษาดูงาน</p>	<p>๑.พัฒนา NCD Clinic Plus ระดับรพ.สต.</p> <p>๒. พัฒนาคคลินิก DPAC (รายบุคคล Keto, IF, low carb)</p> <p>๓.พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูล ถูกต้อง ครบถ้วนเป็นปัจจุบัน</p> <p>๔.รู้เสี่ยง เลี่ยงเบาหวาน ในโรงเรียนมัธยม ๒ แห่ง (อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป)</p>	<p>๑.คัดกรองความเสี่ยงตามกลุ่มวัย</p> <p>๒.ชุมชน ลดโรค ลดเสี่ยง โรคไม่ติดต่อ (CBL-NCDs)</p> <p>๓.อปท.(พชต.)สนับสนุนงบประมาณในการจัดตั้ง/ จัดกิจกรรมในชมรมออกกำลังกายในชุมชน</p>
<p>0๖ ลดอัตราตายด้วย โรคมะเร็ง</p> <p>โครงการรู้ทันโรคมะเร็ง</p>	<p>๑.ประชุมคณะทำงานมะเร็ง</p> <p>๒.จัดกิจกรรมรณรงค์กินปลา ปลอดภัย</p> <p>๓.จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็ง โปรแกรม Thai Cancer base</p> <p>๔.จัดกิจกรรมวันมะเร็งโลก (๔ กุมภาพันธ์)</p> <p>๕. อบรมครู ก ใช้ App รู้ทันมะเร็ง</p>	<p>๑.คัดกรองมะเร็งตาม กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>๒.จัดกิจกรรมรณรงค์กินปลา ปลอดภัย</p> <p>๓.จัดกิจกรรมวันมะเร็งโลก</p> <p>๔. ขยายผลการดูแลสุขภาพโดยการใช้ App รู้ทันมะเร็ง, H๔U, หมอพร้อม</p> <p>๕. หมู่บ้านต้นแบบ Health Literacy (โดยการใช้ App รู้ทันมะเร็ง, H๔U, หมอพร้อม) ๑ หน่วยบริการ/๑หมู่บ้านนำร่อง</p>	<p>๑.อสม.ประชาสัมพันธ์ความรู้โรคมะเร็ง และหากกลุ่มเป้าหมาย</p> <p>๒. ร้านส้มตำน้ำปลาร้า ปูสุก</p> <p>๓. หมู่บ้านต้นแบบ Health Literacy (โดยการใช้ App รู้ทันมะเร็ง, H๔U, หมอพร้อม) ๑ หน่วยบริการ/๑หมู่บ้านนำร่อง</p>

(1) ข้อมูล (2) สถานีสุขภาพ
(3) คลินิก Keto&IF (4) NCD Remission Model
(5) ชมรมออกกำลังกาย

(1) หมู่บ้านต้นแบบอาหารปลอดภัย (2) App รู้ทันมะเร็ง





กลยุทธ์ ๔ ยกระดับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิให้มีความสามารถในการบริหารจัดการระบบสุขภาพเชิงพื้นที่ที่เข้มแข็ง

เป้าประสงค์ : ๑.พัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีมาตรฐานและครอบคลุม ร้อยละ ๑๐๐ ๒.ประชาชนเข้าถึงบริการ หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ร้อยละ ๖๐ (ปี ๒๕๖๖ ร้อยละ ๔๙) ๓.เพิ่มขีดความสามารถบริการ รองรับ ๕ สาขาหลักใน รพ.สต./PCU/NPCU

- (1) ปฐมภูมิ เชื่อมโยง Service plan (7+ 2) ส่งเสริม+ป้องกัน
- (2) ทุติยภูมิ พัฒนาคุณภาพบริการ (รักษา/ฟื้นฟู/ส่งต่อ)

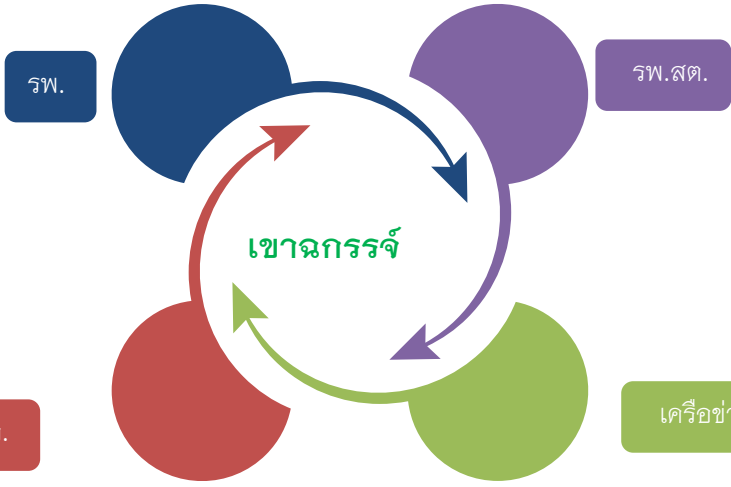
O๔ พัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิให้ได้คุณภาพมาตรฐาน

K๑ ประชาชนได้รับการดูแลโดยหมอครอบครัว ผ่านหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ร้อยละ ๑๐๐

K๒ ประชาชนเข้าถึงบริการหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ร้อยละ ๕๐ ๕ สาขาหลัก - NCD, ANC, LTC, คัดกรองมะเร็ง, ๑๕

กิจกรรมริเริ่ม : โครงการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง

- ๑.สนับสนุนแพทย์อบรมฯ Fam Med (ฟื้นฟู)
- ๒.พัฒนาศักยภาพ หมอคนที่ ๑ (อสม.) ตาม Service Plan
- ๓.พัฒนาศักยภาพ หมอคนที่ ๒ (เจ้าหน้าที่) ตาม Service Plan
- ๔.พัฒนาหน่วยบริการ PCU/NPCU ตามมาตรฐาน
- ๕.พัฒนาระบบงาน Tele-med/ Home Wardเพิ่มเครือข่าย EMS อปท เพิ่ม EMS Member Club (ปักหมุดกลุ่มสีแดง)



- ๑..พัฒนาศักยภาพ หมอคนที่ ๑(อสม.) ตาม Service Plan
- ๒.พัฒนาศักยภาพ หมอคนที่ ๒ (เจ้าหน้าที่) ตาม Service Plan
- ๔.พัฒนาหน่วยบริการ PCU/NPCU ตามมาตรฐาน
- ๕.พัฒนาระบบงาน Tele-med/ Home Wardเพิ่มเครือข่าย EMS อปท เพิ่ม EMS Member Club (ปักหมุดกลุ่มสีแดง)

อำนวยความสะดวก
ประสานงาน กำกับ
ติดตาม

สสอ.

สนับสนุนการดำเนิน
ปฐมภูมิ

เครือข่าย

ยุทธศาสตร์ที่ ๒.การจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเป็นเลิศ




กลยุทธ์ ๕ พัฒนาศักยภาพระบบบริการสุขภาพ ของโรงพยาบาลทุกระดับให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีความปลอดภัย ประชาชนเชื่อมั่น วางใจในระบบบริการ

เป้าประสงค์ : ๑.ร้อยละของการเข้าถึงบริการด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ร้อยละ ๔๐ ๒.อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหัวใจ มะเร็ง ทารกแรกเกิด หลอดเลือดสมอง และอุบัติเหตุ ลดลง (Stroke < ร้อยละ ๗ , STEMI < ร้อยละ ๑๐ , Cancer < ลดลงจาก Base line ,New Born < ๔:๑,๐๐๐ เกิดมีชีวิต) ๓.ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี > ๔๐% ๔.โรงพยาบาลผ่านการประเมิน HA

0๙ หน่วยบริการทุกระดับ รพ. รพ.สต./สอ. มีศักยภาพเพิ่มขึ้น

K๑ Self containment เพิ่มขึ้น K๒ ลด GAP บุคลากร K๓ ลด GAP สิ่งก่อสร้าง/ ครุภัณฑ์ K๔ เพิ่ม Active Bed รพช. ๖๐% , CMI ... (เทียบ รพช. ระดับเดียวกันในเขต) K๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลด Walk in (ลด OP Visit น้อยกว่ามัธยฐาน ๓ ปี, ลดรอคอยไม่เกิน ๑ ชม. ๓๐ นาที) K๖ ผ่านเกณฑ์การประเมินตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ

กิจกรรมริเริ่ม : ๑.พัฒนาระบบและกลไกเสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือ ระบบบริการพยาบาลและการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน ให้สอดคล้องกัน ใน Service Plan

สาขา	โรงพยาบาล	สสอ.	รพ.สต.	เครือข่าย
 สาขา Stroke	๑.เปิดให้บริการ stroke Unit ๑ เตียง (IPD) ๒. ดูแล Palliative Care (End of Life) ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ๑ เตียง ๓.จัดทำ ชี้แจงแนวทาง Warning Sign เชิงรุก (๓SAC Stroke, STEMI, Sepsis, AED, CPR) ในคลินิก NCD ๔.คัดกรองผู้ป่วย NCD ที่มีความเสี่ยงสูง เข้าคลินิก DPACT ๕.EMS Member Club ในกลุ่มเสี่ยงสูง CVD risk > ๒๐ ๖.พยาบาลวิชาชีพผ่านการอบรม Basic Stroke ๕ day	อำนวยความสะดวก ประสานงาน ควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผล	๑.Warning Sign เชิงรุก (๓SAC Stroke, STEMI, Sepsis, AED, CPR) ๒.คัดกรองผู้ป่วย NCD ที่มีความเสี่ยงสูง CVD risk > ๒๐	๑.อปท มีส่วนร่วมในระบบส่งต่อภายในเครือข่าย ๒.Health Literacy ในชุมชน (ผู้ป่วย/Care Giver) ๓. Warning Sign เชิงรุก (๓SAC Stroke, STEMI, Sepsis, AED, CPR)
 สาขา STEMI	๑.เพิ่มการให้ยา TNK ที่ รพ. ๒.ทบทวนกลุ่มเสี่ยง ที่ต้องทำ EKG base line ๓. Early warning sign เชิงรุกทุกระดับ (๓SACT) ๔.ระบบการดูแลผู้ป่วย Fast tract STEMI ๕.EMS Member Club กลุ่มเสี่ยง CVD risk > ๒๐ ๖. Telemed consult EKG จาก รพ.สต และ Plan ให้ TNK ตั้งแต่ Scene	อำนวยความสะดวก ประสานงาน ควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผล	๑.Early warning sign เชิงรุกทุกระดับ (๓SACT) ๒.คัดกรองกลุ่มเสี่ยงใน PCU/NPCU (EKG) ๓.Health Literacy ในชุมชน (ผู้ป่วย/ นักเรียน/ Care Giver) โดยใช้- Warning Sign เชิงรุก (๓SAC Stroke, STEMI, Sepsis, AED, CPR, TB) ๔.ทำ EKG ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (๑ รพ.สต/อำเภอ) ๕.จัดหาและอบรมการใช้ EKG ใน PCU/NPCU อำเภอละ ๑ แห่ง ๖. Telemed EKG ไปยัง รพ.	๑.อปท มีส่วนร่วมในระบบส่งต่อภายในเครือข่าย ๒.Health Literacy ในชุมชน (ผู้ป่วย/ นักเรียน/ Care Giver) โดยใช้ Warning Sign เชิงรุก (๓SAC Stroke, STEMI, Sepsis, AED, CPR)
 สาขา Cancer	๑.สามารถดูแลผู้ป่วย Palliative Care (End of Life) ด้วยเครื่องช่วยหายใจ ๒. ตรวจจ Fit Test รพช./ รพ.สต. คัดกรองใน รพช./รพ.สต. (Self Test) ๓.มหกรรมคัดกรอง CCA โดยใช้เครื่อง Ultra sound /Out Source ๔.ระบบการส่งผู้ป่วยที่มีความผิดปกติไป รพร.สระแก้ว ๕.จัดทำทะเบียนมะเร็ง	อำนวยความสะดวก ประสานงาน ควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผล	๑. Fit Test รพช./ รพ.สต. คัดกรองใน รพช./รพ.สต. (Self Test) ๒.Ultra Sound มหกรรมคัดกรอง/Out Source ๓.รณรงค์ป้องกันกาเกิดมะเร็ง ตำบล ท่อน้ำดี	๑..รณรงค์ป้องกันกาเกิดมะเร็ง ตำบล ท่อน้ำดี ผู้นำชุมชน อปท. / สนับสนุนงบประมาณ

ยุทธศาสตร์ที่ ๒.การจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเป็นเลิศ


กลยุทธ์ ๕ พัฒนาศักยภาพระบบบริการสุขภาพ ของโรงพยาบาลทุกระดับให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีความปลอดภัย ประชาชนเชื่อมั่น วางใจในระบบบริการ

เป้าประสงค์ : ๑.ร้อยละของการเข้าถึงบริการด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ร้อยละ ๙๐ ๒.อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหัวใจ มะเร็ง ทารกแรกเกิด หลอดเลือดสมอง และอุบัติเหตุ ลดลง (Stroke < ร้อยละ ๗ , STEMI < ร้อยละ ๑๐ , Cancer < ลดลงจาก Base line ,New Born < ๔:๑,๐๐๐ เกิดมีชีวิต) ๓.ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี > ๔๐% ๔.โรงพยาบาลผ่านการประเมิน HA

0๙ หน่วยบริการทุกระดับ รพ. รพ.สต./สอ. มีศักยภาพเพิ่มขึ้น

K๑ Self containment เพิ่มขึ้น K๒ ลด GAP บุคลากร K๓ ลด GAP สิ่งก่อสร้าง/ ครุภัณฑ์ K๔ เพิ่ม Active Bed รพช. ๖๐% , CMI ... (เทียบ รพช. ระดับเดียวกันในเขต) K๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลด Walk in (ลด OP Visit น้อยกว่ามัธยฐาน ๓ ปี, ลดรอคอยไม่เกิน ๑ ชม. ๓๐ นาที) K๖ ผ่านเกณฑ์การประเมินตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ

กิจกรรมริเริ่ม : ๑.พัฒนาระบบและกลไกเสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือ ระบบบริการพยาบาลและการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน ให้สอดคล้องกัน ใน Service Plan

สาขา	โรงพยาบาล	สสอ.	รพ.สต.	เครือข่าย
 สาขา New Born	๑.ดูแลทารกแรกเกิด Sick New Born ๑ เดียง ที่ refer back กลับ จาก รพร.สระแก้ว ๒. Guide line การส่งต่อมารดา Pre Term/ทารกแรกเกิด ๓.อบรมการใช้เครื่องมือแพทย์ในหอผู้ป่วยวิกฤติ ๔. พัฒนาศักยภาพพยาบาลการดูแลทารกวิกฤติ ๑ เดือน ๕.การเข้าถึงยาการคลอดก่อน ๖. มีทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงก่อนกำหนด ๗. จ่ายยาป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ๘.ส่งต่อข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสู่ รพ.สต ให้รับทราบข้อมูล ๙.BBA box set (Ex.metergin IM stat)	อำนาจความสะดวก ประสานงาน ควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผล	๑.ทำคลอดฉุกเฉิน ๒.มี Set BBA ทุก รพ.สต ๓.เยี่ยมทารกหลังคลอด ตามเกณฑ์ ๓ ครั้ง ๔. ติดตามเยี่ยมมารดาที่มีความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด	๑.อปท มีส่วนร่วมในระบบส่งต่อภายในเครือข่าย ๒.อสม.แม่ขุนหัว
 สาขา Trauma	๑.พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ Pre-hos In-hos Refer ๒.พัฒนาระบบ Fast tract ในกลุ่มผู้ป่วย Trauma ๓.พัฒนาศักยภาพ พนักงานขับรถฉุกเฉิน ให้เป็น EMT-B	อำนาจความสะดวก ประสานงาน ควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผล	สาขา Trauma ๑.พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่Pre-hos In-hos Refer ๒.ER คุณภาพทุก รพ.สต ๓.พัฒนาศักยภาพ จนท. รพ.สต ให้เป็น EMR และ EMT-B ตามลำดับ	๑.อปท มีส่วนร่วมในระบบส่งต่อภายในเครือข่าย ๒.สอบสวนอุบัติเหตุ ๓.รณรงค์การขับขี้อย่างปลอดภัย พขอ. ๔.พัฒนาศักยภาพ ยกระดับเครือข่ายหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จาก จนท. EMR เป็น EMT-B
 สาขา NCD	๑.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย DM ที่มี HbA๑C > ๑๐% -กลุ่มสีเขียว (ภายใน NCD clinic) - กลุ่มสีเหลือง - กลุ่มสีแดง (ในรูปแบบโครงการเฉพาะกลุ่ม) ๒. คลินิก NCD + DPACT ๓. NCD at home ๔.Telemed NCD ๔.ปรับเปลี่ยน CKD ในกลุ่ม ๓a ๓b และ ๔	อำนาจความสะดวก ประสานงาน ควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผล	๑.คลินิก NCD ๒. Early warning signs Stroke ,STEMI ๓. NCD at home ๔.Telemed NCD ๕.พัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วย ESRD ใน CAPD ในชุมชน	๑.ร่วมติดตามเยี่ยม และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว -**พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัว การกิน การปรุงประกอบอาหาร ออกกำลังกาย -DTX โดย อสม.

ยุทธศาสตร์ที่ ๒.การจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเป็นเลิศ

กลยุทธ์ ๕ พัฒนาศักยภาพระบบบริการสุขภาพ ของโรงพยาบาลทุกระดับให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีความปลอดภัย ประชาชนเชื่อมั่น วางใจในระบบบริการ

เป้าประสงค์ : ๑.ร้อยละของการเข้าถึงบริการด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ร้อยละ ๙๐ ๒.อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหัวใจ มะเร็ง ทารกแรกเกิด หลอดเลือดสมอง และอุบัติเหตุ ลดลง (Stroke < ร้อยละ ๗ , STEMI < ร้อยละ ๑๐ , Cancer < ลดลงจาก Base line ,New Born < ๔:๑,๐๐๐ เกิดมีชีพ) ๓.ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี > ๔๐% ๔.โรงพยาบาลผ่านการประเมิน HA

0๙ หน่วยบริการทุกระดับ รพ. รพ.สต./สอ. มีศักยภาพเพิ่มขึ้น

K๑ Self containment เพิ่มขึ้น K๒ ลด GAP บุคลากร K๓ ลด GAP สิ่งก่อสร้าง/ ครุภัณฑ์ K๔ เพิ่ม Active Bed รพช. ๖๐% , CMI ... (เทียบ รพช. ระดับเดียวกันในเขต) K๕ ลดแออัด ลดรอคอย ลด Walk in (ลด OP Visit น้อยกว่ามัธยฐาน ๓ ปี, ลดรอคอยไม่เกิน ๑ ชม. ๓๐ นาที) K๖ ผ่านเกณฑ์การประเมินตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ

กิจกรรมริเริ่ม : ๑.พัฒนาระบบและกลไกเสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือ ระบบบริการพยาบาลและการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน ให้สอดคล้องกัน ใน Service Plan

สาขา	โรงพยาบาล	สสอ.	รพ.สต.	เครือข่าย
 สาขาสุขภาพจิต	๑.คัดกรองประชาชนกลุ่มเปราะบาง และ เด็ก นักเรียน ๒. เฝ้าระวังการฆ่าตัวตายของประชาชน ๓.ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง เข้าสู่กระบวนการรักษา ๔.บูรณาการคลินิกจิตเวชร่วมกับ รพร.สระแก้ว ๕. ดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน และส่งต่อ	อำนวยความสะดวก ประสานงาน ควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผล	๑.คัดกรองประชาชนกลุ่มเปราะบาง และเด็กนักเรียน ๒.เฝ้าระวังการฆ่าตัวตายของประชาชน	๑.ผู้นำชุมชน อสม. อปท. ตำรวจ ดูแล ส่งผู้ป่วย จิตเวชฉุกเฉินเข้ารับการรักษา ๒.พัฒนาผู้นำ ชุมชนในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะ ฉุกเฉิน ให้เข้าสู่กระบวนการรักษาได้ โดย อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช (การเข้าถึงตัว ผู้ป่วยด้วยวิธี ตามวิธีการที่ถูกต้อง)
๑.พัฒนาระบบงานคุณภาพ และมาตรฐาน ๒.ระบบอำนวยการรักษาคุณภาพ หลังการรับรอง	๑.มาตรฐาน HA และระบบอำนวยการรักษาคุณภาพหลังการรับรอง ๒.Cup award ๓.มาตรฐาน ๙ ด้าน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จากระดับพัฒนาเป็นระดับคุณภาพ ๔. NCD clinic plus จากระดับดีมาก เป็นระดับดีเด่น ๕. มาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ ๒๕๖๕ สภาเทคนิคการแพทย์ ๖. มาตรฐานงานรังสีเทคนิค	Cup Award / NCD clinic plus	รพ.สต.มาตรฐานปฐมภูมิ	

- (1) แผนกจิตเวช (2) มหกรรมคัดกรอง (3) เฝ้าระวัง
- (4) SMIV (5) หมู่บ้าน/โรงเรียนวัดชินใจ



ยุทธศาสตร์ที่ ๒.การจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเป็นเลิศ

กลยุทธ์ ๖ พัฒนาศักยภาพระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพด้วยระบบดิจิทัล

เป้าประสงค์ : ๑.ร้อยละความสำเร็จในการส่งต่อ ๑๐๐% ๒.ร้อยละเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะนำส่งผู้ป่วย ๐

0๑๐ ผู้รับบริการ / ผู้ป่วย ได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและมีคุณภาพ

K๑ ECS คุณภาพ K๒ ER คุณภาพ

- ๑. Tele conference ๕ Excellence และรายโรคที่สำคัญ
- ๒. คู่มือพัฒนาระบบส่งต่อ ๕ สาขาหลัก และตามแนวทางการปฏิบัติงาน (Guideline) การส่งต่อรายโรคที่สามารถส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายได้ในทันที
- ๓. เพิ่มเครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่
- ๔. พัฒนาศักยภาพพยาบาลส่งต่อ

รพ.

รพ.สต.

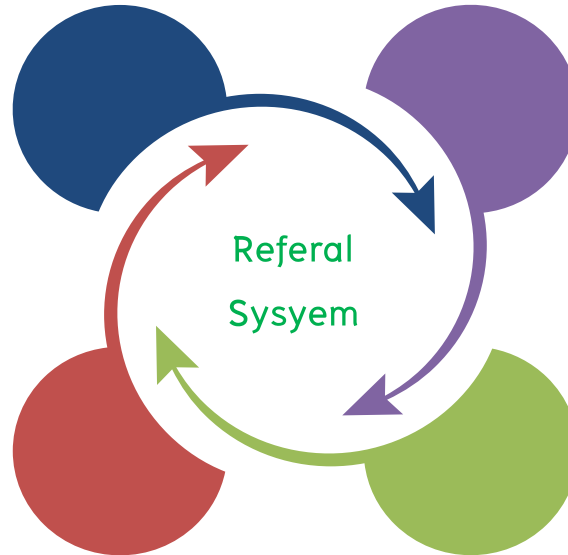
- ๑. ดำเนินการตามคู่มือการส่งต่อ ๕ สาขาหลัก (ในส่วนปฐมภูมิ)
- ๒. พัฒนา ER คุณภาพ

อำนวยความสะดวก ประสานงาน
ควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผล

สสอ.

เครือข่าย

- ๑. อปท. มีส่วนร่วมในระบบส่งต่อภายในเครือข่าย
- ๒. เพิ่มเครือข่ายบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน ทบทวนวิธีการใช้เครื่อง AED / CPR



- (1) พัฒนาศักยภาพ CPR และใช้ AED ในกลุ่มองค์กร, อสม., นักเรียน, ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง
- (2) Member Club

ยุทธศาสตร์ที่ ๒. การจัดการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเป็นเลิศ

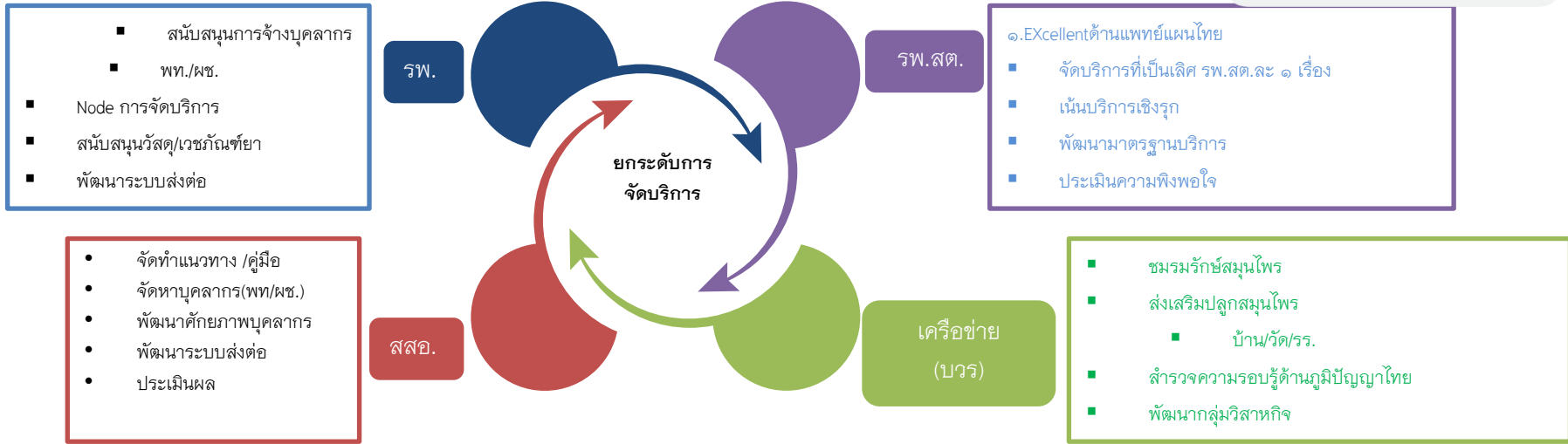
กลยุทธ์ ๗/ ยกระดับการจัดการบริการแพทย์แผนไทย ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร สนับสนุนการแปรรูปวัตถุดิบสมุนไพร ให้มีคุณภาพมาตรฐาน

เป้าประสงค์ : ๑.ผู้ป่วย IMC (Stroke TBI) ได้รับการฟื้นฟูต่อเนื่องด้วยแพทย์แผนไทยร้อยละ ๘๐
 ๒.ผู้ป่วย Palliative Care ได้รับการฟื้นฟูต่อเนื่องด้วยแพทย์แผนไทยร้อยละ ๘๐
 ๓.มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรของหน่วยบริการ ร้อยละ ๖



0๑๑ เพิ่มระบบบริการด้านการแพทย์แผนไทยในการดูแลผู้ป่วย

- K๑ ผู้ป่วย Intermediate care (Stroke และ TBI) ได้รับการฟื้นฟูด้วยแพทย์แผนไทย ร้อยละ ๘๐
- K๒ ผู้ป่วย Palliative Care ได้รับการฟื้นฟูด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย ร้อยละ ๘๐
- K๓ ผู้ป่วย โรคสะเทือนใจ ได้รับการรักษาด้วยแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ร้อยละ ๘๐
- K๔ การดูแลมารดาหลังคลอดด้วยแพทย์แผนไทย ร้อยละ ๘๐



(1) Node บริการ (2) บริการที่เป็นเลิศ (3) ปลูก/กิน/ใช้/รัฐวิสาหกิจ

ยุทธศาสตร์ที่ ๓. การบริหารจัดการองค์กร ทรัพยากร ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

OK๑๖

กลยุทธ์ที่ ๔ พัฒนากำลังคนให้เพียงพอ มีสมรรถนะ มีความสุขในการทำงาน


กลยุทธ์ที่ ๙ พัฒนาศูนย์บริการธรรมาภิบาล และยกระดับระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพสู่ Digital Transformation


เป้าประสงค์ : บุคลากรเพียงพอ มีความสุขและอยู่อย่างภาคภูมิใจ

เป้าประสงค์ : ระบบบริหารมีธรรมาภิบาล มั่นคงทางการเงินการคลัง

- 0๑ หน่วยบริการมีการจัดการอัตรากำลังที่เพียงพอต่อการจัดบริการตาม Service Plan
- 0๒ บุคลากรมีสมรรถนะด้านบริหาร ด้านบริการ ด้านวิชาการ
- 0๓ หน่วยบริการมีการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข

- 0๑ หน่วยบริการมีการพัฒนาคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน
- 0๒ หน่วยบริการมีประสิทธิภาพการบริหารจัดการ การเงินการคลัง
- 0๓ หน่วยบริการมีการยกระดับระบบบริการสู่ Digital Health Transformation


 แผนพัฒนาสมรรถนะรายบุคคล (IDP: ที่สอดคล้องกับ JS, JD, ยุทธศาสตร์, วิชาชีพ)

 ร่วมเป็นทีมวิชาการระดับ CUP และจัดทำผลงานวิชาการ ๑ หน่วย/กลุ่มงาน/งาน ๑ ผลงาน (วิจัย, CQI, นวัตกรรม, Best Practice, เป็นต้น) พร้อมส่งผลงานประกวดระดับ CUP, จังหวัด, เขต


 ประเมิน Happynometer ๙ ด้าน และร่วมกิจกรรม ตามแผนระดับ CUP

(1) IDP (2) Service แม่และเด็ก, ผู้สูงอายุ, จิตเวช
(3) KM

 ระบบบัญชี/การเงิน/การพัสดุ

 ปรับปรุงระบบสารสนเทศในหน่วยบริการให้มีมาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

 ใช้งานระบบ Plan-D

 พัฒนาศักยภาพการจัดหารายได้จากงานบริการ

พัฒนา EMS การจากการ On Top ตามผลงานสนับสนุนการตัวชี้วัดที่สำคัญ/งานนโยบาย

บรรยากาศในการแข่งขัน
WEB ส่งผ่านความรู้
ศูนย์จัดหารายได้/วิเคราะห์งาน



ยุทธศาสตร์ที่ ๔. การบริหารจัดการการสาธารณสุขชายแดนและพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษที่มีประสิทธิภาพ และ การพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ

OK๓

กลยุทธ์ที่ ๑๐. พัฒนาระบบงานคุ้มครองผู้บริโภค ระบบงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมที่เชื่อมโยงกับพื้นที่ชายแดนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและประชาชน

กลยุทธ์ที่ ๑๑. พัฒนาระบบบริการสุขภาพแรงงานต่างชาติและส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างชาติ

กลยุทธ์ที่ ๑๒. การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายและระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ ๑๓. พัฒนาระบบเฝ้าระวังควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	การดำเนินงาน	ผลลัพธ์	OKR
๑. อบรมทักษะ และความรู้ บุคลากรในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (การสอบสวน ,การเก็บข้อมูล ,การเก็บตัวอย่าง และการวิเคราะห์เบื้องต้น) หลักสูตร CDCU	รพ./สสอ./รพ.สต./สอ.	ต.ค.-ธ.ค. ๖๖	บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้ และทักษะในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทันเวลา	บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้ และทักษะในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ร้อยละ ๘๐
๒. ซ้อมแผนรองรับโรคและภัยสุขภาพ Table topหรือ ซ้อมแผนแบบจำลองสถานการณ์ ร่วมกับภาคีเครือข่ายครอบคลุมประเด็นสำคัญ (โรค ,สาธารณสุขภัย, อุบัติเหตุสารเคมี)	หัวหน้าส่วนราชการ/ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอเขาฉกรรจ์/ผู้นำ ชุมชน/อปท./กู้ชีพกู้ภัย	ม.ค.-มี.ค.๖๗/ ความเสี่ยงระดับอำเภอ/มาตรการ ที่มตอบโต้ระดับตำบล/หมู่บ้าน	มีระบบการสั่งการ บริหารงาน และตอบโต้ที่มี คุณภาพ	มีระบบการสั่งการ บริหารงาน และตอบโต้ที่มีคุณภาพ
๓. ประชุมคณะกรรมการการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ (EOC)	หัวหน้าส่วนราชการ/ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอเขาฉกรรจ์/ผู้นำ ชุมชน/อปท.	ไตรมาสละ ๑ ครั้ง ยกเว้นกรณีมี สถานการณ์ฉุกเฉิน	มีระบบการสั่งการ บริหารงาน และตอบโต้ที่มี คุณภาพ	มีระบบการสั่งการ บริหารงาน และตอบโต้ที่มีคุณภาพ
๔. ประชุมทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT)ระดับตำบล	ผู้นำชุมชน/อปท./อสม. และ เครือข่ายในตำบล	ม.ค.-มี.ค.๖๗	ตำบลมีทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว(SRRT) ที่เข้มแข็ง	-

ยุทธศาสตร์ที่ ๕. การพัฒนาศักยภาพ และเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการเป็น เจ้าของระบบสุขภาพ

O๖K๘

กลยุทธ์ที่ ๑๔ พัฒนาการดูแลสุขภาพสำหรับบุคคล/ครอบครัว เพื่อมุ่งสู่ Health Literacy ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล Mobile-Health



เป้าประสงค์ : บุคคล ครอบครัว ชุมชน มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองได้

O๑ หน่วยบริการทุกระดับมีการจัดระบบสนับสนุนให้ บุคคล/ครอบครัว เพื่อมุ่งสู่ Health Literacy ด้วยการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล/Mobile-Health (หมอฟพร้อม, Telemedicine, Web, Line)

O๒ บุคคล/ครอบครัว มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง และมีสุขภาพที่เหมาะสมตามวัย

O๓ ครอบครัว มีความอบอุ่น เข้มแข็ง

Mobile Health for Health Literacy

K๑ หน่วยบริการทุกระดับมีการจัดระบบบริการสนับสนุนให้ บุคคล/ครอบครัว ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล Mobile-Health

K๒ ประชาชนเข้าถึง ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล Mobile-Health (หมอฟพร้อม เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕/เดือน/ประชากร, Telemedicine ร้อยละ ๕๐ ของกลุ่ม NCD, IMC, LTC Web, Line = ชุดความรู้ที่เกี่ยวข้องในโรคภัยสุขภาพ/การส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวัย สัปดาห์ละ ๑ เรื่อง)

K๓ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในระดับบุคคล ร้อยละ ๖๐ ระดับครอบครัว ร้อยละ ๖๐

K๔ ครอบครัว มีความอบอุ่น เข้มแข็ง ตามเกณฑ์ตัวชี้วัด จปฐ. ร้อยละ ๘๐

กิจกรรมริเริ่ม : โครงการพัฒนาการดูแลสุขภาพสำหรับบุคคล/ครอบครัว เพื่อมุ่งสู่ Health Literacy ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล Mobile-Health

เชิญชวนประชาชนลงทะเบียน App หมอฟพร้อม (เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕/เดือน/ประชากร)	ระบบบริการเชิงรับ: ในการสนับสนุนบริการของผู้ป่วยติดเตียง / กลุ่มเปราะบาง (ทางด้านสุขภาพ)	ระบบบริการเชิงรุก: ทีม ๓ หมอ และ LTC ในการสนับสนุนบริการของผู้ป่วยติดเตียง / กลุ่มเปราะบาง (ทางด้านสุขภาพ)	สำรวจระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในระดับบุคคล ร้อยละ ๖๐ ระดับครอบครัว ร้อยละ ๖๐ (ปีละ ๒ ครั้ง)
---	--	--	--

กลยุทธ์ที่ ๑๕ พัฒนาศักยภาพความเข้มแข็ง “หมู่บ้าน/ตำบล มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” โดยความร่วมมือ “บ้าน วัด โรงเรียน ส่วนราชการ”

เป้าประสงค์ : ภาคีเครือข่ายในรูปแบบ “บ้าน วัด โรงเรียน ส่วนราชการ” เข้ามามีส่วนร่วม และเป็นเจ้าของระบบสุขภาพ

O๑ พัฒนาศักยภาพการทำงานในรูปแบบ พชอ./พชต.

O๒ ประสานและเสริมพลังบ้าน วัด โรงเรียน ส่วนราชการ ในการบูรณาการร่วมขับเคลื่อน “หมู่บ้าน/ตำบล มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” ตามแนวทางกระทรวงมหาดไทย

O๓ สนับสนุนงานวิชาการ และรังสรรค์นวัตกรรมในการดูแล และแก้ไขปัญหาสุขภาพในระดับชุมชน

K๑ พชอ. ผ่านเกณฑ์การประเมิน UCCARE ในระดับที่ ๔ ขึ้นไป ร้อยละ ๘๐ ตาม Item ของประเด็น และหัวข้อการประเมิน

K๒ ส่วนราชการระดับอำเภอ/ตำบล มีแผนการขับเคลื่อน “หมู่บ้าน/ตำบล มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน”

K๓ มีการใช้ผลงานวิชาการ และรังสรรค์นวัตกรรมในการดูแล และแก้ไขปัญหาสุขภาพในระดับชุมชน มากกว่าร้อยละ ๖๐

K๔ ปัญหาสุขภาพในระดับอำเภอ/ตำบล ได้รับการแก้ไขร้อยละ ๘๐

กิจกรรมริเริ่ม : ๑. โครงการพัฒนาศกยภาพการดำเนินงาน พชอ./พชต.

๒. โครงการส่งเสริมสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย

1. กิจกรรมทีมวัดซินใจ สร้างเป้าหมายในชีวิต
2. กิจกรรมด้านชุมชนเชิงรุกค้นหาผู้เสพหน้าใหม่ และลดพื้นที่มั่วสุมของวัยรุ่น
3. กิจกรรมส่งเสริมการเข้าถึงอุทยานยาม และความรู้เพศศึกษาวิถีในโรงเรียน/ชุมชน
4. กิจกรรมส่งเสริมชมรม 3 ชมรมในระดับหมู่บ้าน (TO BE NUMBER ONE, ออกกำลังกาย, ผู้สูงอายุ)
5. กิจกรรมส่งเสริมส่งเสริมคุณภาพชีวิตครอบครัวผู้สูงอายุติดเตียง, IMC
6. กิจกรรมดูแลหญิงตั้งครรภ์, เด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ, กลุ่มเปราะบางทางสังคม, จิตเวช
7. กิจกรรม ธาราการกายอุปกรณ์ โดลัมมันรัจ รวจจับ

พชอ./พชต.

ศักยภาพของชุมชน,
วัด, ส่วนราชการ
“หมู่บ้าน/ตำบล มั่นคง
มั่งคั่ง ยั่งยืน”



ยุทธศาสตร์ที่ ๑. การสร้างระบบสุขภาพเพื่อประชาชนที่ทุกคนเป็นเจ้าของ O๖K๒๓

ยุทธศาสตร์ที่ ๒. การจัดการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเป็นเลิศ O๔K๑๔



THANK



ยุทธศาสตร์ที่ ๓. การบริหารจัดการองค์กร ทรัพยากร ให้มี
ประสิทธิภาพสูงสุด O๖K๑๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔. การบริหารจัดการการสาธารณสุขชายแดนและพื้นที่
เศรษฐกิจพิเศษที่มีประสิทธิภาพและการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน
และภัยสุขภาพ O๔K๓



ยุทธศาสตร์ที่ ๕. การพัฒนาศักยภาพ และเสริมสร้างการมีส่วนร่วม
ของภาคีเครือข่าย ในการเป็นเจ้าของระบบสุขภาพ O๖K๔