

แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 การจัดการบริการสุขภาพแบบองค์รวม และสร้างระบบบริการสุขภาพทุกระดับบริการให้มีคุณภาพ มาตรฐาน

ลำดับ	เป้าประสงค์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย	OKR	โครงการ	มาตรการ / Tactic/ Tools	How to					Key Result (ผลลัพธ์/การวัดผล)								
							สสอ.ตาพระยา	รพ.ตาพระยา	NPCU	รพ.สค.	ภาคีเครือข่าย(กรม/อสศ./NGO)									
1	<p>3.ประชาชนทุกกลุ่มมีสุขภาพที่ดีราบรื่น อัตราการตาย จากโรคที่สำคัญที่เป็นปัญหาและป้องกันได้ในทุกกลุ่มวัยลดลงอย่างต่อเนื่อง</p> <p>4.ระบบบริการสุขภาพของอำเภอในทุกระดับบริการบริการมีมาตรฐานปลอดภัย เป็นเลิศ เป็นที่เชื่อมั่น และวางใจได้ของผู้ใช้บริการ</p> <p>5.ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับการส่งเสริมสุขภาพตามเกณฑ์</p>	<p>5.ส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยเข้ารับบริการสุขภาพตามจุดสิทธิประโยชน์ รวมถึงได้รับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมตั้งแต่เกิดจนจบด้วยกลไกของชุมชน หมู่บ้านครอบครัว และทักษะสุขภาพของประชาชน</p> <p>6.พัฒนากระบวนการทางการแพทย์ของอำเภอในทุกระดับการบริการมีมาตรฐาน มีความปลอดภัย ยกระดับการบริการสุขภาพด้วยความเป็นเลิศ และสากล</p>	<p>1.อัตราความตายจากสาเหตุที่ป้องกันได้ลดลง</p> <p>2.อัตราอาหารต่ำกว่า 1 ปี ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 คน ลดลง</p> <p>3.ระดับสติปัญญาเฉลี่ย (IQ) ของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เพิ่มขึ้น</p> <p>4.ส่วนสูงเฉลี่ยเด็กอายุ 5 ปี และ 12 ปีเพิ่มขึ้น</p>	<p>O3 เด็กตาพระยา มีพัฒนาการและเติบโตตามวัย</p> <p>K1 ผักกรรพ่คุณภาพ</p> <p>K2 เด็กมีพัฒนาการสมวัย</p> <p>K3 เด็กผ่านเกณฑ์สูงสุดชั้นส่วน</p>	<p>2.โครงการการจัดบริการสุขภาพแบบองค์รวม และสร้างระบบบริการสุขภาพทุกระดับบริการให้มีคุณภาพ มาตรฐาน อ.ตาพระยา จ.สระแก้ว ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2567</p>	<p>1.ยกระดับความพร้อมของสถานบริการและบุคลากรในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก</p> <p>2.พัฒนาศักยภาพของเครือข่ายในการจัดบริการและดูแลแม่และเด็ก</p> <p>3.การดำเนินงาน ANC คุณภาพ</p> <p>3.1.ANC 8 ครั้ง คุณภาพทุก รพ. /รพ.สค.</p> <p>3.2.เยี่ยมหลังคลอดครบตามเกณฑ์ 100% (5ครั้ง)</p> <p>3.3.ห้องคลอดคุณภาพ</p> <p>4.1 อำเภอ 1 ตำบลหญิงครรภ์ 1,000 วัน plus 2,500 วัน สสอ.4D</p> <p>5.ดำเนินงานกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่</p>	<p>1.ขึ้นเดือนหญิงครรภ์ 1,000 วัน plus 2,500 วัน</p> <p>1.1.แต่งตั้งคณะกรรมการระดับอำเภอ/ตำบล</p> <p>1.2.ถ่ายทอดนโยบายสู่ระดับปฏิบัติ</p> <p>1.3.นิเทศติดตาม</p> <p>1.4.ประเมินผล</p> <p>2.ขึ้นเดือนอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์</p> <p>2.1.แต่งตั้งคณะทำงานระดับอำเภอ/ตำบล</p> <p>2.2.ถ่ายทอดนโยบายสู่ระดับปฏิบัติ</p> <p>2.3.นิเทศติดตาม</p> <p>2.4.ประเมินผล</p> <p>3.จัดอบรมฟื้นฟูความรู้ด้านการพัฒนาเด็กในกลุ่มผู้ให้บริการ</p>	<p>1.MCH Board ระดับอำเภอ</p> <p>2.พัฒนาห้องคลอดคุณภาพ</p> <p>3.ดำเนินงานกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่</p> <p>4.วางแผนกำหนดกิจกรรมต่างๆ</p>	<p>1.ดำเนินงานกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่</p> <p>3.ขึ้นเดือนหญิงครรภ์ 1,000 วัน plus 2,500 วัน</p> <p>3.1.ขึ้นเดือนงานตำบลแม่ตั้งครรภ์ 1,000 วัน plus 2,500 วัน สสอ.4D</p> <p>3.2.ดำเนินงานกิจกรรม กับ กอช.แม่แล</p>	<p>1.ค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่</p> <p>2.ติดตามกลุ่มเป้าหมายให้บริการวางแผนครอบครัว</p> <p>3.เยี่ยมหลังคลอดตามเกณฑ์</p> <p>4.ให้ความรู้/รู้รับ (ป้องกันตั้งครรภ์/ป้องกันตั้งครรภ์ซ้ำ)</p> <p>5.ขึ้นเดือนตำบลแม่ตั้งครรภ์ 1,000 วัน plus 2,500 วัน สสอ.4D</p> <p>6.พัฒนาหน่วยบริการ</p> <p>7.ตรวจพัฒนาการ</p> <p>8.ประสาน สสอ./ร.ร. ตำบลพัฒนาการ</p> <p>9.อบรมผู้ดูแลเด็กในโรงพยาบาลพัฒนาการเด็ก</p>	<p>1.อบท.(เขต.)สนับสนุน ตำบลแม่ตั้งครรภ์ 1,000 วัน plus 2,500 วัน สสอ.4D</p> <p>2.อบท.ค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ให้เข้ารับบริการ ANC</p> <p>3.อบท.(เขต.)สนับสนุน ตำบลแม่ตั้งครรภ์ 1,000 วัน plus 2,500 วัน สสอ.4D</p> <p>4.อบท.เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็ก</p> <p>5.สนับสนุนอาหารเสริมสำหรับส่งเสริมพัฒนาการเด็ก</p>	<p>1.มีการขึ้นเดือนนโยบาย อำเภอ 1 ตำบลแม่ตั้งครรภ์ 1,000 วัน plus 2,500 วัน สสอ. 4D</p> <p>2.ANC 12 W ตามเกณฑ์</p> <p>3.ANC 8 ครั้ง คุณภาพทุก รพ. /รพ.สค.</p> <p>4.เยี่ยมหลังคลอด 5 ครั้ง 100 %</p> <p>5.มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ลดลง</p> <p>6.ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม(อบท./สถานศึกษา/สปศ.)</p> <p>7.คัดกรองพัฒนาการเด็กให้ได้ 90%</p> <p>8.เด็กงสสพัฒนาการล่าช้า ได้รับการติดตาม 100%</p> <p>9.เด็กพัฒนาการล่าช้า ได้รับการดูแล 100%</p> <p>10.มีการขึ้นเดือนตำบลแม่ตั้งครรภ์ 1,000 วัน plus 2,500 สสอ.4D</p>								
													<p>1.ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี</p> <p>2.ร้อยละตำบลผ่านเกณฑ์การประเมินการดำเนินงานผู้ก่อการดี</p> <p>3.ลดอัตราฆาตด้วยสิ่งจาง จากปีที่ผ่านมา</p>	<p>O4 ทุกกลุ่มวัยได้รับการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ</p> <p>K1 ได้รับการคัดกรองสุขภาพตามช่วงวัย</p> <p>K2 ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามภาวะเสี่ยงของสุขภาพ</p> <p>K3 มีการเฝ้าระวังการชนน้ำ</p> <p>K4 มีการเฝ้าระวังอุบัติเหตุจราจร</p> <p>K5 อัตราฆาตด้วยลดลง</p>	<p>1.ดำเนินงานผู้ก่อการดีป้องกันการชนน้ำทุก มบ.</p> <p>2.รณรงค์การปฏิบัติตามกฎจราจรในการใช้รถใช้ถนน</p> <p>3.ค้นหา/บำบัด ผู้มีปัญหสุขภาพจิต</p> <p>4. จัดตั้งคณะทำงานด้านอุบัติเหตุระดับตำบล</p> <p>5.ค้นหาและกักตุนจุดเสี่ยงอุบัติเหตุจราจรในอำเภอ</p> <p>6.เชื่อมโยงแผนอุบัติเหตุจราจรบูรณาการวิโจะ 1 ครั้ง</p> <p>7.เพิ่ม ออจ.ในการแจ้งเหตุผ่านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน</p>	<p>1.ประชุมวางแผนระบบการดำเนินงาน</p> <p>2.ประสานการปฏิบัติงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p> <p>3.ประชุมชี้แจงการดำเนินงาน</p> <p>4.นิเทศและติดตามการดำเนินงาน</p>	<p>1.ขึ้นเดือนนโยบายผู้ก่อการดี</p> <p>2.คัดกรองสุขภาพตามกลุ่มวัย</p> <p>3.รณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามแนวทางสุขภาพ</p> <p>4.คัดกรอง ค้นหา สุขภาพจิตทุกกลุ่มวัย 2Q 9Q</p> <p>5.ติดตามการดำเนินงานในพื้นที่</p> <p>6.เฝ้าระวังผู้ปวยadmitที่พยายามฆ่าตัวตาย(ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ)</p>	<p>1.ขึ้นเดือนนโยบายผู้ก่อการดี</p> <p>2.รณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p>3.รณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามแนวทางสุขภาพ</p> <p>4.คัดกรอง ค้นหา สุขภาพจิตทุกกลุ่มวัย 2Q 9Q</p> <p>5.ติดตามการดำเนินงานในพื้นที่</p>	<p>1.ขึ้นเดือนนโยบายผู้ก่อการดี</p> <p>2.สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานผู้ก่อการดี</p> <p>3.เฝ้าระวัง กลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ไม่ก่อให้เกิดความวุ่นวายในชุมชน</p>	<p>1.ประชาชนเข้าแจ้งบริการคัดกรองสุขภาพตามเกณฑ์</p> <p>2.ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3.มบ./ตำบล ผ่านเกณฑ์ผู้ก่อการดี</p> <p>4.มีการเรียกใช้บริการผ่านหมายเลข 1669 เพิ่มขึ้น</p> <p>5.มีการประสานงานแบบบูรณาการในการตอบโต้ฉุกเฉินเหตุและสาธารณภัยทางถนน</p> <p>6.การนำส่งผู้ปวยอุบัติเหตุจราจรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีระดับ</p>
													<p>O5 ภูเขาสะอาดในชุมชนเยาวชนลดลง</p> <p>K1 เยาวชนลด ละ เลิก พฤติกรรมที่ยุ่งเกี่ยวกับสารเสพติด</p> <p>K2 เยาวชนที่มีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับสารเสพติด ได้รับการบำบัด</p> <p>K3 เยาวชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่มที่สร้างสรรค์</p>	<p>O5 1.ดำเนินงานชมรมทูปิ่นเบอรี่วันในชุมชน</p> <p>2.ดำเนินงานตำบลทูปิ่นเบอรี่วัน</p> <p>3.ดำเนินงานอำเภอทูปิ่นเบอรี่วัน</p>	<p>1.ดำเนินการตามแนวทาง อำเภอ TO BE NUMBER ONE</p> <p>2.ประชุมขับเคลื่อนการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE ผู้ระดับตำบล หมู่บ้าน</p> <p>3.จัดมหกรรม TO BE NUMBER ONE เพื่อคัดเลือกเป็นตัวแทนระดับอำเภอประกวดระดับจังหวัด</p> <p>4.นิเทศ ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงาน</p>	<p>1.ขึ้นเดือนการดำเนินงาน อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน TO BE NUMBER ONE</p> <p>2.เข้าร่วมมหกรรมกรรม TO BE NUMBER ONE ระดับอำเภอ</p>	<p>1.ขึ้นเดือนการดำเนินงาน อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน TO BE NUMBER ONE</p> <p>2.เข้าร่วมมหกรรมกรรม TO BE NUMBER ONE ระดับอำเภอ</p>	<p>1.จัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ในชุมชน</p> <p>2.ขึ้นเดือนการดำเนินงานชมรม TO BE NUMBER ONE ประเภทชุมชน</p> <p>3.เข้าร่วมประกวดชมรม TO BE NUMBER ONE ประเภทชมรมระดับอำเภอ</p> <p>4.สนับสนุนการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE อย่างต่อเนื่อง</p>	<p>1.สนับสนุนการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE ระดับตำบล หมู่บ้าน</p> <p>2.มีชมรม TO BE NUMBER ONE ร่วมในมหกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้</p> <p>3.ร้อยละกลุ่มเป้าหมายเป็นสมาชิกชมรม TO BE NUMBER ONE</p>	

ลำดับ	เป้าประสงค์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย	OKR	โครงการ	มาตรการ / Tactic/ Tools	How to					Key Result (ผลลัพธ์/การวัดผล)
							สส.ตาพรยา	พ.ตาพรยา	NPCU	พ.สส.	ภาคีเครือข่าย(อสม./อศค./NGO)	
			1.ร้อยละของผู้สูงอายุที่ก่อนมารับบริการด้วยภาวะ Geriatric syndromes ลดลง	O6 ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี K1 คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ BGS (Basic geriatric screening) คัดกรองสุขภาพ 10 ตำบล 95% K2 คัดกรองผู้สูงอายุใน รพ. 100% K3 1 อำเภอ 1 ตำบล 1 ต้นแบบโรงเรียนผู้สูงอายุ		1.พัฒนาศักยภาพเครือข่ายและบุคลากรในการจัดการและดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม 2.ส่งเสริมผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี 2.1.ผู้สูงอายุทุกคนมี care plan 2.2.ผู้สูงอายุมี care giver ดูแล 2.3.ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพ ... 3.คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ BGS (Basic geriatric screening) 10 ตำบล 95% 4. 1 อำเภอ 1 ตำบล 1 ต้นแบบโรงเรียนผู้สูงอายุ 5.Know your number & Know your risk สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วย H4U 6.ขับเคลื่อนการดำเนินงาน 1 อำเภอ 1 ชุมชนวิถีใหม่ ท่าม่วง NCD 1 (CBI)	1.ขับเคลื่อน พชอ. สุ่ พชต. (การดูแลผู้สูงอายุ) 2. 1 อำเภอ 1 ตำบล 1 โรงเรียนผู้สูงอายุ 3.ขับเคลื่อนการดำเนินงาน LTC	1.จัดตั้งคณิศรผู้สูงอายุ 2.ขับเคลื่อนการดำเนินงาน LTC 3.คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ BGS 4.ขับเคลื่อน 1 ตำบล 1 โรงเรียนผู้สูงอายุ 3.ขับเคลื่อนการดำเนินงาน LTC	1.ขับเคลื่อน พชอ. สุ่ พชต. (การดูแลผู้สูงอายุ) 2.ขับเคลื่อน 1 ตำบล 1 โรงเรียนผู้สูงอายุ 3.ขับเคลื่อนการดำเนินงาน LTC	1.จัดตั้งคณิศรผู้สูงอายุ 2.ขับเคลื่อนการดำเนินงาน LTC 3.คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ BGS 4.ขับเคลื่อน 1 ตำบล 1 โรงเรียนผู้สูงอายุ	1.อปท.สนับสนุนการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ 2. บูรณาการ LTC ระดับตำบล อำเภอ	1.บุคลากรมีการดำเนินงาน Long Term Care 2.ผลการคัดกรอง Healthy Aging ตามเกณฑ์ 3.มีการดำเนินงาน รร.ผู้สูงอายุระดับตำบล
			1.อัตราป่วยรายใหม่ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงลดลง 2.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น 3.ร้อยละของประชาชนที่ได้รับการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และเรื้อรัง K1 คัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ในสตรีอายุ 30-60 ปี ตามเป้าหมาย K2 คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ของประชากรอายุ 50-70 ปี ตามเป้าหมาย K3 ประชากรกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองหนองพยาธิ ตามเป้าหมาย K4 ประชากรกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการคัดกรองด้วยเครื่องอัลตราซาวด์	O7 ลดอัตราตายด้วยโรคมะเร็ง K1 คัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ในสตรีอายุ 30-60 ปี ตามเป้าหมาย K2 คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ของประชากรอายุ 50-70 ปี ตามเป้าหมาย K3 ประชากรกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองหนองพยาธิ ตามเป้าหมาย K4 ประชากรกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการคัดกรองด้วยเครื่องอัลตราซาวด์		1.คัดกรองมะเร็งที่เป็นปัญหาสุขภาพหลัก คือ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง มะเร็งตับและท่อน้ำดี 1.ขับเคลื่อน/กำกับติดตาม 1 อำเภอ 1 สถานีสุขภาพดิจิทัล 2.ขับเคลื่อนการใช้ Application H4U 3.ติดตามการดำเนินงาน สถานีสุขภาพดิจิทัลผ่าน Dash Board Smart City ระดับอำเภอ 4.จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานชุมชนวิถีใหม่ท่าม่วง NCD	1.ร่วมขับเคลื่อน การดำเนินงาน 1 อำเภอ 1 สถานีสุขภาพดิจิทัล 2.ดำเนินงาน 1 อำเภอ 1 ชุมชนวิถีใหม่ท่าม่วง NCD 3.ตรวจภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้า	1.ร่วมขับเคลื่อน การดำเนินงาน 1 อำเภอ 1 สถานีสุขภาพดิจิทัล 2.ขับเคลื่อนการดำเนินงาน 1 ตำบล 1 ชุมชนวิถีใหม่ท่าม่วง NCD	1.ร่วมขับเคลื่อน การดำเนินงาน 1 อำเภอ 1 สถานีสุขภาพดิจิทัล 2.ขับเคลื่อนการดำเนินงาน 1 ตำบล 1 ชุมชนวิถีใหม่ท่าม่วง NCD 3.คัดกรองสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายทุกระดับ	1.สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน 2.ร่วมค้นหาผู้มีความเสี่ยงทางสุขภาพ	1.อัตราป่วยรายใหม่โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงลดลง 2.ผู้ป่วยเบาหวานและความดันควบคุมได้ตามเกณฑ์ 3.ตำบลมีการดำเนินงานชุมชนวิถีใหม่ท่าม่วง NCD	
			O8 วิ่งทำงานท่าม่วง NCDs K1 ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง K2 ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ (DM ร้อยละ40,HT ร้อยละ 60)			1.พัฒนาคลินิกปรับพฤติกรรมคุณภาพ 2.สร้างบุคคลต้นแบบ NCDs Remission Model 3.Know your number & Know your risk 4.สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วย H4U 5.ขับเคลื่อนการดำเนินงาน 1 อำเภอ 1 ชุมชนวิถีใหม่ท่าม่วง NCD 1 (CBI)	1.กำกับติดตามการคัดกรองให้ได้ตามเป้าหมาย 2.ถ่ายทอดนโยบาย 3.ขับเคลื่อนการดำเนินงาน NCDs Remission Model (ภาวะเสี่ยงที่ไม่มีอาการแสดงของโรค) ในชุมชน 4.มาตรการชุมชนวิถีใหม่ท่าม่วง NCD 1 (CBI)	1.คัดกรองสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ 2.รณรงค์สร้างกระแสการดำเนินงานในระดับชุมชน 3.พัฒนาคลินิกปรับพฤติกรรมคุณภาพระดับ รพ. 4.ขับเคลื่อนการดำเนินงาน NCDs Remission Model (ภาวะเสี่ยงที่ไม่มีอาการแสดงของโรค) ในชุมชน 5.ขับเคลื่อนชุมชนวิถีใหม่ท่าม่วง NCD 1 (CBI)	1.อบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ปรับพฤติกรรมคุณภาพ (ระดับชุมชน) 2.รณรงค์สร้างกระแสการดำเนินงานในระดับชุมชน 3.ขับเคลื่อนการดำเนินงาน NCDs Remission Model (ภาวะเสี่ยงที่ไม่มีอาการแสดงของโรค) ในชุมชน 4.ขับเคลื่อนชุมชนวิถีใหม่ท่าม่วง NCD 1 (CBI)	1.คัดกรองสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ 2.รณรงค์สร้างกระแสการดำเนินงานในระดับชุมชน 3.พัฒนาคลินิกปรับพฤติกรรมคุณภาพระดับ รพ. 4.ขับเคลื่อนการดำเนินงาน NCDs Remission Model (ภาวะเสี่ยงที่ไม่มีอาการแสดงของโรค) ในชุมชน 5.ขับเคลื่อนชุมชนวิถีใหม่ท่าม่วง NCD 1 (CBI)	1.อสม. ประชาชนพันธุ์ หากกลุ่มเป้าหมาย 2.สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน 3.ร่วมค้นหาบุคคลต้นแบบในชุมชน	1.ผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดร้อยละอัตราตายด้วยโรคมะเร็งลดลง 2.ร้อยละกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการตรวจคัดกรองตามเป้าหมายที่กำหนด 3.มีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน NCDs Remission Model (ภาวะเสี่ยงที่ไม่มีอาการแสดงของโรค) ในชุมชน 4.มีการขับเคลื่อนชุมชนวิถีใหม่ท่าม่วง NCD 1 (CBI) 5.พ.สส. มี Health station แห่งละ 1 สถานี (นำร่อง) 6.ผู้ป่วยที่อยู่ในระบบ Tele medicine ได้รับความพึงพอใจ 100 และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมทุกราย

ลำดับ	เป้าประสงค์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย	OKR	โครงการ	มาตรการ / Tactic/ Tools	How to					Key Result (ผลลัพธ์/การวัดผล)
							สส.สาทรพยา	พ.สาทรพยา	NPCU	พ.สส.	ภาคีเครือข่าย(อสม./สสค./NGO)	
1			1.มีการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้ครอบคลุม	O9. พัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิให้ได้คุณภาพมาตรฐาน K1 จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้ครอบคลุมและมีความ K2 ประชาชนได้รับบริการดูแลโดยหมอครอบครัว ร้อยละ 80 K3 หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการดำเนินงานตามแนวทาง		1.จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตาม พรบ. และ Service Plan Blueprint 2.พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ 3.อบรมพัฒนากำลังคนในระบบสุขภาพปฐมภูมิ (3 หมอ) 4.พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) 5.พัฒนาและยกระดับการจัดการสุขภาพภาคประชาชนโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนและเครือข่ายตำบลจัดการสุขภาพชีวิต 6.อบรมพัฒนาศักยภาพผู้นำเพื่อวางรูปแบบการจัดการ	1.จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตาม พรบ. และ Service Plan Blueprint 2.พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (3 หมอ) 4.ขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) 5.พัฒนาและยกระดับการจัดการสุขภาพภาคประชาชนโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนและเครือข่ายตำบลจัดการสุขภาพชีวิต 4.อบรมพัฒนาศักยภาพผู้นำ เพื่อวางรูปแบบการจัดการ 5.พัฒนาตามเกณฑ์ EMS	1.สนับสนุนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตาม พรบ. และ Service Plan Blueprint 2.พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ 3.พัฒนาและยกระดับการจัดการสุขภาพภาคประชาชนโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนและเครือข่ายตำบลจัดการสุขภาพชีวิต 4.อบรมพัฒนาศักยภาพผู้นำ เพื่อวางรูปแบบการจัดการ 5.พัฒนาตามเกณฑ์ EMS	1.ดำเนินการตามแนวทางการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตาม พรบ. และ Service Plan Blueprint 2.พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ 3.พัฒนาและยกระดับการจัดการสุขภาพภาคประชาชนโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนและเครือข่ายตำบลจัดการสุขภาพชีวิต 4.พัฒนาตามเกณฑ์ EMS	1.ดำเนินการตามแนวทางการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตาม พรบ. และ Service Plan Blueprint 2.พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ 3.พัฒนาและยกระดับการจัดการสุขภาพภาคประชาชนโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนและเครือข่ายตำบลจัดการสุขภาพชีวิต 4.พัฒนาตามเกณฑ์ EMS	1.สนับสนุนการดำเนินงานตามแนวทางบริการปฐมภูมิ	1.มีการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ 2.ประชาชนได้รับการดูแลโดยหมอครอบครัว ร้อยละ 80 3.หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการดำเนินงานตามแนวทาง
2			1.หน่วยบริการมีการพัฒนาตามเกณฑ์คุณภาพ	O10 หน่วยบริการมีการพัฒนาตามเกณฑ์คุณภาพบริการ K1 พัฒนาหน่วยบริการตามเกณฑ์ cup award / ปฐมภูมิ K2 พัฒนาตามเกณฑ์คุณภาพบริการ 2.1.HA 2.2.PMQA		1.พัฒนาหน่วยบริการตามเกณฑ์ cup award / ปฐมภูมิ 2.พัฒนาตามเกณฑ์คุณภาพบริการ 2.1.HA 2.2.PMQA 3.สนับสนุนการดำเนินงาน รพ.สส.ดิดดาว	1.พัฒนาหน่วยบริการตามเกณฑ์ cup award / ปฐมภูมิ 2.พัฒนาตามเกณฑ์คุณภาพบริการ 2.1.HA 2.2.PMQA 3.สนับสนุนการดำเนินงาน รพ.สส.ดิดดาว	1.พัฒนาหน่วยบริการตามเกณฑ์ ปฐมภูมิ	1.พัฒนาหน่วยบริการตามเกณฑ์ ปฐมภูมิ	1.สนับสนุนการดำเนินงานตามมาตรฐานการดำเนินงาน	1.หน่วยบริการมีการพัฒนาและผ่านเกณฑ์การพัฒนาตามเกณฑ์คุณภาพบริการ 1.1.cup award 1.2.ปฐมภูมิ 1.3.HA 1.4.PMQA 1.5.ITA	
			1.ร้อยละการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินสาขา Stroke , STEMI ,Sepsisและ อุบัติเหตุเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 30) 2.ร้อยละการเข้าถึงระบบ FAST track เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 3.อัตราป่วยตายของผู้ป่วยSTEMI (< ร้อยละ 10) , Stroke (< ร้อยละ 7) , ติดเชื้อในกระแสเลือด (และ อุบัติเหตุ < ร้อยละ 26.5) ลดลง ร้อยละ 2	O11 เพิ่มศักยภาพการดูแลในหน่วยบริการทุกระดับ (อสม,รพสต, เจ้าหน้าที่กู้ชีพ,รพ.) K1 ลดอัตราการป่วยและผู้ป่วย 1.1.เพิ่มเวลาเข้าถึง Fasttrack stroke 1.2.ลดระยะเวลาเข้าถึง SK ในผู้ป่วย STEMI 1.3.ลดระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย Multiptr trauma in hospital care 1.4.ลดภาวะแทรกซ้อนของ Septic shock จากการไม่ประเมินซ้ำ 1.5.Early warning sign เช็จุด (3 SACT) 1.6. จัดทำ Stroke corner K2 เพิ่ม Self awerness ในผู้ป่วยและญาติ K3 เพิ่มสมรรถนะบุคลากรในการดูแล		1.พัฒนากระบวนการในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน (Stroke , STEMI,Sepsis,trauma) - พัฒนาการประเมิน Stroke risk / CVD risk - อบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ อสมและเจ้าหน้าที่กู้ชีพเบื้องต้น (EMR) - พัฒนา Stroke coner - จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยรายโรคแบบไร้รอยต่อ (ปฐมภูมิ -ทุติยภูมิ) - รพสต. และ NCD Clinic จัดทำทะเบียน EMS member club ในกลุ่มเสี่ยง - ผู้ป่วย IMC ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากทีมสหสาขาวิชาชีพ (Stroke , STEMI,Sepsis,trauma) ตั้งแต่ปฐมภูมิไปจนถึงทุติยภูมิ	1.จัดตั้งทีมเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน (Stroke , STEMI,Sepsis,trauma) 1.พัฒนาการเข้าถึงบริการ Fasttrack 2.พัฒนาการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน/การเปลี่ยนถ่ายบริการกับญาติ/เพิ่มการเข้าถึงบริการ/EMS member club 3.พัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย Fasttrack 4.พัฒนาความรู้และทักษะบุคลากร	1.พัฒนาการเข้าถึงบริการ Fasttrack 2.พัฒนาการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน/การเปลี่ยนถ่ายบริการกับญาติ/เพิ่มการเข้าถึงบริการ/EMS member club 3.พัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย Fasttrack 4.พัฒนาความรู้และทักษะบุคลากร	1.เพิ่มการฝึกอบรมกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ 2.พัฒนาศักยภาพ 3 หมอ ในการคัดกรองกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ 3.พัฒนาระบบการดำเนินงาน Telehealth /Telemedicine 4.พัฒนาระบบ EMS member club	1.จัดทำ Station Health เกี่ยวกับ การคัดกรอง รักษา ส่งต่อ 2.ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงบริการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มประชาชน ผู้ป่วยและญาติ 3.พัฒนาระบบเครื่องมือวินิจฉัยใน รพ สส. - มี EKG ใน NPCU 5 แห่ง	1.พัฒนาความรู้และทักษะในการประเมินผู้ป่วยโรค FAST track (อสม. เชี่ยวชาญ) และเพิ่มทักษะในการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Second call)	1. ร้อยละการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สาขา Stroke ,STEMI ,Sepsisและ อุบัติเหตุเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 30) 2.ร้อยละการเข้าถึงระบบ FAST track เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 2.อัตราป่วยตายของผู้ป่วย - STEMI < ร้อยละ 10 - Stroke < ร้อยละ 7 - ติดเชื้อในกระแสเลือด < ร้อยละ26 (ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล) อุบัติเหตุลดลงร้อยละ 2
			7.พัฒนาศักยภาพระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพด้วยระบบดิจิทัล	O12 เตรียมความพร้อมระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพในมาตรฐาน K1 พัฒนาศูนย์ส่งต่อระหว่างระดับ รพ สส.เครือข่ายสาทรพยา และ รพ. ตาพระยา K2 พัฒนาศูนย์การส่งต่อโรคพหุพันในเครือข่าย		1. การพัฒนาศูนย์ส่งต่อคุณภาพ 2. การพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (ER คุณภาพ) 3. การพัฒนาการเข้าถึงระบบ EMS คุณภาพ	1.พัฒนาระบบการส่งต่อในเครือข่าย				ผ่านเกณฑ์ศูนย์ส่งต่อคุณภาพ	

ลำดับ	เป้าประสงค์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย	OKR	โครงการ	มาตรการ / Tactic/ Tools	How to					Key Result (ผลลัพธ์/การวัดผล)
							สส.สาพรยา	พ.สาพรยา	NPCU	พ.สส.	ภาคีเครือข่าย(อสม./สสค./NGO)	
			<ol style="list-style-type: none"> ร้อยละของผู้ป่วยIMC ได้รับการปรับสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน ร้อยละ 70 ร้อยละของผู้ป่วยIMC ได้รับการปรับสภาพขั้นต้นและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน ร้อยละ 70 ร้อยละของหน่วยบริการที่มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ร้อยละ 80 ผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้รับยา Opioids ร้อยละ 80 ร้อยละของผู้ป่วยประคับประคองที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ร้อยละ 80 ผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายที่มีกิจกรรม Family Meeting ร้อยละ 80 	<p>O13.ผู้ป่วย IMC/PC ได้รับการดูแลทุกสัปดาห์ทุกกลุ่มวัย</p> <p>K1.ผู้ป่วย IMC Barthel index < 15 คะแนน , Multiple impairment >= 2 คะแนน ได้เข้า program ทุกสัปดาห์</p> <p>K2.ผู้ป่วยPalliative careทุกคนได้รับการทำAdvance Care Planและได้รับการเยี่ยมบ้าน</p>		<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยIMC 4 กลุ่มโรคโดย การประเมินBarthel index ทุกสัปดาห์ พัฒนาการทำ Team meeting ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ใช้เครื่องช่วยหายใจ/High flowในกลุ่มผู้ป่วย Palliative care3.ใช้เครื่องช่วยหายใจ/High flowในกลุ่มผู้ป่วยPalliative care ขยายโชนกลุ่มผู้ป่วย Palliative care เพิ่มการดูแลผู้ป่วยPalliative care7กลุ่มโรค 		<ol style="list-style-type: none"> จัดโชนดูแลกลุ่มผู้ป่วยPalliative care/IMC เพิ่มการดูแลผู้ป่วยกลุ่มPalliative careและทำAdvance care planในทุกระดับบริการ ใช้เครื่องช่วยหายใจ/High flowในกลุ่มผู้ป่วยPalliative care สัปดาห์ผู้ป่วยPalliative careผู้ ชุมชนและติดตามเยี่ยมบ้านผ่านระบบThai Refer 				<ol style="list-style-type: none"> ร้อยละของผู้ป่วยIMC ได้รับการปรับสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน ร้อยละ 70 ร้อยละของผู้ป่วยIMC ได้รับการปรับสภาพขั้นต้นและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน ร้อยละ 70
6. ประชาชนได้รับการดูแลที่เหมาะสมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนในการนอนโรงพยาบาล ลดความแออัด และลดอัตราครองเตียงในผู้ป่วยทุกกลุ่มวัย ทุกกลุ่มโรค	8.ยกระดับการบริการส่งเสริมสุขภาพและรักษาในทุกกลุ่มวัย ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน	<ol style="list-style-type: none"> จำนวนหน่วยบริการที่จัดให้บริการ home ward กลุ่มผู้ป่วยเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของ 7 กลุ่มโรค 	<p>O14 ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพ เข้าร่วมการจัดตั้งสถานียสุขภาพชุมชน K1 ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้ด้วยตนเอง</p>		<ol style="list-style-type: none"> ขยายระบบบริการตรวจสุขภาพด้วยตนเองในชุมชนด้วยระบบดิจิทัล ขยายคลินิกบริการใน พ.สส.ให้ครอบคลุม NCD พัฒนาหน่วยบริการสุขภาพ รพ/ พ.สส ให้ได้ตามคุณภาพและมาตรฐาน มีสถานชีวิธาภิบาล (home ward) DM HT palliative imc ติดเตียง จัดทำ Station Health เกี่ยวกับบริการคัดกรอง รักษา ส่งต่อ 	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินผล ติดตาม 	<ol style="list-style-type: none"> รับผู้ป่วย และเข้ารับการรักษาตามแนวทาง Tele medicine จัดส่งยาให้ผู้ป่วย ตามแนวทางที่กำหนด กำหนดแนวในการดำเนินงาน CPG home ward ศึกษาดูงาน กำหนดแนวในการดำเนินงาน CPG ทุกกลุ่มโรคที่กำหนด 	<ol style="list-style-type: none"> จัดส่งบุคลากรร่วมศึกษาดูงาน จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องในการดูแลhome ward ดำเนินงานตาม cpg 	<ol style="list-style-type: none"> จัดส่งบุคลากรร่วมศึกษาดูงาน จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องในการดูแลhome ward ดำเนินงานตาม cpg 	<ol style="list-style-type: none"> สนับสนุนแนวทางดำเนินงานตามแนวทางที่กำหนด 	<ol style="list-style-type: none"> จำนวนหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการ home ward 3s ได้รับการมีความพึงพอใจรูปแบบการรักษาแบบ home ward 	