



แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

นโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2568

ยกระดับสาธารณสุขไทย สุขภาพแข็งแรงทุกวัย เศรษฐกิจสุขภาพไทยมั่นคง

1. ยกระดับ 30 บาทรักษาทุกที่ เพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ

- **เชื่อมใจถึงสุขภาพ** ในระบบบริการสุขภาพ โดยทำดีถึงชาวบ้านกับใกล้ถึงคนป่วยสุขภาพ
- **พัฒนาระบบ Telemedicine / AI การแพทย์** และเทคโนโลยีสุขภาพ (Health Tech)
- **ขยายเครือข่ายบริการระดับปฐมภูมิ** Health Station ระบบปฐมภูมิคำพิบูลย์ ให้ทันสมัย รองรับ
- **พัฒนา sw.5g** ให้ครอบคลุม กับเดิม มีระบบบริการที่ดี

2. เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และบำบัดยาเสพติด

- พัฒนาระบบส่งยาควบคุมจิตให้ทั่วถึงระบบบริการ การให้คำปรึกษา โดยดิจิทัลบำบัด
- ขยายบริการบำบัดยาเสพติด **มีจิตวิทยาบำบัด** และ **ชุมชนเพื่อนรัก** ให้ครอบคลุมระดับอำเภอด้วยบริการบำบัด
- **มีระบบสุขภาพจิตและบำบัดยาเสพติด** เป็นมิตรกับผู้ป่วยระดับต้น

3. คนไทยห่างไกลโรค และภัยสุขภาพ

- ส่งเสริมสุขภาพที่ดี **เพื่อลดโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ (NCDs)**
- เน้น **ต้นแบบการดูแลสุขภาพ 50 ปี 55 ปี** สุขภาพของเพื่อน ผู้ตามรุ่นถัดไป
- **ปรับปรุงกฎหมายและมาตรการ** ที่เกี่ยวข้องการควบคุม ยาสูบ สุรา และสุขภาพ เช่น ควบคุม NCDs การป้องกันผู้สูงอายุและผู้พิการ
- ส่งเสริม **คนแก่สุขภาพดี สิกขิประโยชน์**
- ควบคุม **โรคติดต่อ HPV / วัคซีนป้องกันมะเร็ง / มะเร็งกระเพาะ**
- เน้น **ต้นแบบสุขภาพที่ดีด้วย** เชื่อมโยงสุขภาพจิต ให้ดี มีเวรด้วย



4. สร้างความเข้มแข็งเครือข่ายสุขภาพ ภาคประชาชน

- พัฒนากฎหมายสนับสนุนต่อสุขภาพภาคประชาชน
- ส่ง **wsu, osu**.
- **พัฒนาศักยภาพ อสม.** เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตสู่ชุมชน
- **ส่งเสริมสิทธิด้านสุขภาพ** ของประชาชนทุกกลุ่ม

7. บริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุข

- **สนับสนุนการมีส่วนร่วมในการลงทุน** พัฒนาระบบสาธารณสุข
- **พัฒนากฎหมาย / ระบบสนับสนุน** การบริการจัดการ sw. 5g การบริการดิจิทัล
- **บริการจัดการกองทุน / สนับสนุน** หน่วยงานบริการสุขภาพ
- **พัฒนาระบบสุขภาพ** ระบบบริการด้านสาธารณสุข
- **สร้างระบบสุขภาพที่ดี** ทั่วทั้งจังหวัด นวัตกรรม sw. 5g
- ส่งเสริม **sw. 5g** ป้อนสู่พื้นที่เป็นเครือข่ายด้วย

6. เพิ่มศักยภาพเศรษฐกิจสุขภาพ สู่ Medical & Wellness Hub

- ส่งเสริม **การท่องเที่ยวสุขภาพ** ควบคู่กับบริการสุขภาพ
- **ยกระดับภูมิปัญญาไทย** ส่งเสริม **นวัตกรรมสมุนไพร** ในระบบบริการสุขภาพ
- **พัฒนาศักยภาพคน** ในธุรกิจบริการสุขภาพและสุขภาพ
- **ปรับปรุงกฎระเบียบ** ส่งเสริมการลงทุนสุขภาพ / อุตสาหกรรม
- ส่งเสริม **การเชื่อมโยง** การ **สร้างตลาดคนในดี** บริการสุขภาพและสุขภาพในวิถีชีวิตการแพทย์

5. จัดระบบบริการสุขภาพ เพื่อกลุ่มเปราะบาง และพื้นที่พิเศษ

- **ยกระดับ สถานเฝ้าระวังโรค** ภูมิปัญญาคน
- **พัฒนาศักยภาพระบบบริการสุขภาพ** และหน่วยงานบริการ
- ส่งเสริม **การให้บริการ** **ผู้ดูแลสุขภาพในชุมชน** (Caregiver)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
โทรศัพท์ ๐๔๓-๗๗๗๘๗๒ ต่อ ๓๑๓

- ก -
คำนำ

ด้วยกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการมอบนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๖๗ โดยได้จัดทำแผนและรายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้กรอบ ๕ Excellences ๑๒ แผนงาน ๒๘ โครงการ และ ๓๕ ตัวชี้วัด เพื่อใช้ในการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน และให้หน่วยงานในกำกับใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อสร้างระบบสุขภาพที่แข็งแกร่ง เพิ่มรากฐานความมั่นคงทางสุขภาพ ให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดีขึ้น มีอายุคาดเฉลี่ยการมีสุขภาพดีที่ยืนยาวขึ้นภายใต้เป้าหมาย “ยกระดับสาธารณสุขไทย แข็งแรงทุกว้ย เศรษฐกิจสุขภาพไทย มั่นคง”

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพ จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๘-๒๕๗๐ สอดคล้องกับ (๑) แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๗๙ กระทรวงสาธารณสุข (๒) แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ.๒๕๖๖-๒๕๘๐ (๓) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ (Sustainable Development Goals: SDGs) (๔) วิสัยทัศน์ของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๘-๒๕๗๐ คือ “คนมหาสารคามมีสุขภาพดี เครือข่ายมีส่วนร่วม ในการจัดระบบบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน องค์กรและบุคลากรด้านบริการสุขภาพมีคุณภาพ ภายใต้วิถีพอเพียง” เพื่อให้ตอบสนองต่อเป้าประสงค์สูงสุดที่ต้องการคือประชาชนจังหวัดมหาสารคามมีอายุเฉลี่ยยืนยาว สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข ปี ๒๕๖๑-๒๕๗๙ และ สำนักงานสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคามซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพของจังหวัด ได้มีการประชุมสรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ประจำปี ๒๕๖๗ ของกลุ่มงานทุกกลุ่มงาน เมื่อวันที่ ๗-๘ ตุลาคม ๒๕๖๗ และการประชุม ทบทวน จัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๘ และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๘ จัดทำ House Model และ Small success เมื่อวันที่ ๑๑-๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ รวมทั้งได้มีการประชุมเตรียมความพร้อมการชี้แจงแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน ปี ๒๕๖๘ ของคณะอนุกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (อ.กสพ.) จำนวน ๘ คณะ ในการประชุมถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคามสู่การปฏิบัติ ระดับอำเภอ/กสพ./อ.กสพ. (รวมหน่วยปฐมภูมิทุกแห่ง) วันที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ รวมทั้งจังหวัดได้ประกาศนโยบายสำคัญจังหวัดมหาสารคาม ประจำปี ๒๕๖๘ โดยมีนายวิบูลย์ แววบัณฑิต (ผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม) ได้ประกาศเจตนารมณ์ร่วมกับดร.นายแพทย์พิทักษ์พงศ์ พายูหะ (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม) เพื่อส่งเสริมและสนับสนุน การขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงาน “มหาสารคามจังหวัดสุขภาพดี ปี ๒๕๖๘” เพื่อมุ่งสู่มหาสารคาม อยู่ดีมีสุข ภายใต้หลักการดำเนินงาน ๓ อ ๔ ส และโครงการ ๑๖๐ ปี เมืองมหาสารคามส่งเสริมสุขภาพดีองค์กรรวม เทิดพระเกียรติ ๗๒ พรรษา พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เพื่อเฉลิมฉลอง ๑๖๐ ปี เมืองมหาสารคาม

- ข -

แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๘-๒๕๗๐ ภายใต้อันดับ ๕ ประเด็น
ยุทธศาสตร์ (Excellence) ๑๓ แผนงาน ๓๑ โครงการ ๔๔ ตัวชี้วัดหลัก ประกอบด้วย

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครอง
ผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence : PP&P Excellence)
(๔ แผนงาน ๖ โครงการ ๑๖ ตัวชี้วัดหลัก)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
(๔ แผนงาน ๑๖ โครงการ ๑๘ ตัวชี้วัดหลัก)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)
(๑ แผนงาน ๑ โครงการ ๑ ตัวชี้วัดหลัก)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ ยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล
(Governance Excellence) (๓ แผนงาน ๖ โครงการ ๖ ตัวชี้วัดหลัก)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕ Health-Related Economy Excellence
(๑ แผนงาน ๒ โครงการ ๓ ตัวชี้วัดหลัก)

หวังว่าเอกสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการขับเคลื่อนและพัฒนางานสาธารณสุข
ของจังหวัดมหาสารคาม ให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพสูงสุด โดยมุ่งหวังให้บรรลุตามเป้าหมายที่
กระทรวงสาธารณสุขกำหนด หากท่านมีข้อเสนอแนะประการใด ขอได้โปรดแจ้งกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์
สาธารณสุข จะเป็นพระคุณยิ่ง คณะทำงานพร้อมที่จะรับฟังข้อคิดเห็น เพื่อการปรับปรุงได้ดียิ่งขึ้น
ในโอกาสต่อไป

คณะผู้จัดทำ

๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

๑. ที่ปรึกษา

- | | |
|-------------------------------------|---|
| ๑. นายแพทย์พิทักษ์พงศ์ พายุหะ | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม |
| ๒. นายแพทย์หัสชา เน้อยทอง | นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) |
| ๓. นายพรสิทธิ์ ทวยนันท์ | นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมและพัฒนา) |
| ๔. ทันตแพทย์วัฒน์นะ ศรีวัฒนา | ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข) |
| ๕. เกสัชกรบุญถม ปาปะแพ | เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข) |
| ๖. นางพชรวรรณ คุณกุลรัตน์ | รักษาการ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
(ด้านบริการทางวิชาการ) |
| ๗. นางชมพูนุช พายุหะ | ประธานสมาคมแม่บ้านสาธารณสุขสาขามหาสารคาม |
| ๘. นายกฤษณ์ โพธิ์ศรี | ผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม |
| ๙. นางสรารุจิต อินทร | ผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม |
| ๑๐. นายประวัติ แปลงมาลัย | ผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม |
| ๑๑. นางรุ่งเรือง แสนโกษา | หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป |
| ๑๒. นายสังัด เชื้อลิ้นฟ้า | หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข |
| ๑๓. นางวันเพ็ญ ต้นสุวรรณ | หัวหน้ากลุ่มกฎหมาย |
| ๑๔. เกสัชกรแฉล้ม รัตนพันธ์ | หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข |
| ๑๕. นางสุธิดา คณมะ | หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล |
| ๑๖. นางพิสมัย ศรีทำนา | หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ |
| ๑๗. นางรัตติญา ประสาระเอ | หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ |
| ๑๘. ทันตแพทย์สุพระลักษณ์ รัศมีรัตน์ | หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข |
| ๑๙. นางรัฐวดี โคตรนรินทร์ | หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |
| ๒๐. นางดวงดาว ราตรีสุข | หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ |
| ๒๑. นางสาวอรกัญญา สิงห์คำ | หัวหน้ากลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ |
| ๒๒. นายเดชาชิต แก้วม่วง | หัวหน้ากลุ่มงานดิจิทัลทางการแพทย์และสุขภาพ |
| ๒๓. นางสุกัญญา สารฤทธิคาม | รักษาการหัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย |
| ๒๔. นางอาภรณ์ ภูมิ | รักษาการหัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ |
| ๒๕. นางสาวนวลปรารงค์ ดวงสว่าง | รักษาการหัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพจิต และยาเสพติด |
| ๒๖. นายสุขสรร์ ศิริสุริยสุนทร | รักษาการหัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ |

๒. ผู้รวบรวมเอกสาร

- | | |
|-----------------------------|---|
| ๑. นายสงค์ เชื้ออินฟ้า | หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข |
| ๒. นางสาวรัชณีวิภา จิตรากุล | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| ๓. นางวิจิตตา อิ่มสำอางค์ | นักสาธารณสุขชำนาญการ |
| ๔. นางสาวฐิติยา ญาณพิบูลย์ | นักวิชาการสาธารณสุข |

๓. ออกแบบปก

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| ๑. นางสาวรัชณีวิภา จิตรากุล | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| ๒. นางสาวฐิติยา ญาณพิบูลย์ | นักวิชาการสาธารณสุข |

สารบัญ

ลำดับ	เรื่อง	หน้า
	คำนำ	ก
	ที่ปรึกษา	ค
	สารบัญ	จ
	ส่วนที่ ๑ แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๘-๒๕๗๐	๑
	แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๘-๒๕๗๐ และตัวชี้วัด	๒
	การดำเนินงานสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๘	
	แผนงาน/โครงการ และตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม	
	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ แยกตามประเด็นยุทธศาสตร์	๑๖
	(๕ Excellence ๑๓ แผนงาน ๓๑ โครงการ ๔๔ ตัวชี้วัด)	
	ส่วนที่ ๒ House Model/Small success	๒๓
	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค	
	เป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence : PP&P Excellence)	๒๕
	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	๖๖
	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)	๑๐๐
	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ ยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล	๑๐๔
	(Governance Excellence)	
	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕ Health-Related Economy Excellence	๑๒๐

ส่วนที่ ๑

แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัด
มหาสารคาม ปี ๒๕๖๘-๒๕๗๐

**แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๘-๒๕๗๐
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๘**

**๑. กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๘-๒๕๗๐ และ
ตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๘**

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ในฐานะหน่วยงานหลักในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัด ได้มีการดำเนินการ ดังนี้

๑) การรับชมการนำเสนอผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ และการมอบนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ในวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๖๗ เวลา ๑๓.๐๐น.-๑๔.๓๐น. โดยมี นายสมศักดิ์ เทพสุทิน (รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข) และนายเดชอิศม์ ขาวทอง (รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข) เป็นประธาน ผู้เข้าร่วมประชุม ได้แก่ ดร.นายแพทย์พิทักษ์พงศ์ พายูหะ (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม) รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และหัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ณ ห้องประชุมบุษราคัม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๒) การประชุมสรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ประจำปี ๒๕๖๗ ตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๗ ในวันที่ ๗-๘ ตุลาคม ๒๕๖๗ เวลา ๐๙.๐๐น.-๑๖.๓๐น. ณ ห้องประชุมบุษราคัม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยมี ดร.นายแพทย์พิทักษ์พงศ์ พายูหะ (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม) เป็นประธาน ผู้เข้าร่วมประชุม ได้แก่ บุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามทุกคน

๓) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ได้จัดการประชุมชี้แจงแนวทางการขับเคลื่อนแผนงาน โครงการ และตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี ๒๕๖๘ แยกตามประเด็นยุทธศาสตร์ (๕ Excellence ๑๒ แผนงาน ๒๘ โครงการ ๓๕ ตัวชี้วัด) ในวันที่ ๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ เวลา ๑๓.๓๐น.-๑๖.๓๐น. ผ่านระบบออนไลน์โปรแกรม Cisco Webex โดยมี ดร.นายแพทย์พงศธร พอกเพิ่มดี (รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข) เป็นประธาน ณ ห้องประชุมบุษราคัม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ผู้เข้าร่วมประชุม ได้แก่ ดร.นายแพทย์พิทักษ์พงศ์ พายูหะ (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม) และบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๔) การประชุมเตรียมความพร้อมปรับ-ลด ตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๗ เป็นแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๘-๒๕๗๐ (โดยการทบทวนตัวชี้วัด ปี ๒๕๖๗ ปรับเพิ่ม-ลดและกำหนดตัวชี้วัด ปี ๒๕๖๘ จากนโยบายนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และกรมต่างๆที่เกี่ยวข้อง) ในวันที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ เวลา ๑๓.๓๐น.-๑๖.๓๐น. ณ ห้องประชุมบุษราคัม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยมีดร.นายแพทย์พิทักษ์พงศ์ พายูหะ (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เป็นประธาน ผู้เข้าร่วมประชุม ได้แก่ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม หัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงาน และบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๕) การประชุมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๘-๒๕๗๐ และการขับเคลื่อนการดำเนินงาน “มหาสารคาม จังหวัดสุขภาพดี ๓ อ ๔ ส” การขับเคลื่อนตัวชี้วัดวาระ ๑๖๐ ปี จังหวัดมหาสารคาม (ของคณะอนุกรรมการด้านสุขภาพ) โครงการ ๑๖๐ ปี เมืองมหาสารคาม ส่งเสริมสุขภาพดีต้องร่วมมือ เทิดพระเกียรติ ๗๒ พรรษา พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และการนำเสนอแนวทางการดำเนินงาน ด้านสาธารณสุข ปี ๒๕๖๘ (House Model/Small success) สู่การปฏิบัติ ในวันที่ ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ เวลา ๐๙.๐๐น.-๑๖.๓๐น. ณ ห้องประชุมบุษราคัม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยมี

ดร.นายแพทย์พิทักษ์พงศ์ พายูหะ (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม) เป็นประธาน ผู้เข้าร่วมประชุม ได้แก่ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม หัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงาน ผู้เกี่ยวข้องในการจัดทำ แผนยุทธศาสตร์ และบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๖) การประชุมเตรียมความพร้อมในการชี้แจงตัวชี้วัดและแนวทางการดำเนินงานตาม House Model/Small success ของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปี ๒๕๖๘-๒๕๗๐ สู่การปฏิบัติระดับอำเภอ/กสพ./อ.กสพ. (รวมหน่วยปฐมภูมิทุกแห่ง) ร่วมกับประธานและ เลขานุการ คณะอนุกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (อ.กสพ.) จำนวน ๘ คณะ ในวันที่ ๒๑ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๗ เวลา ๐๙.๐๐น-๑๖.๓๐น. ณ ห้องประชุมบุษราคัม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยมีนายพรสิทธิ์ ทวยนันท์ (นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ ด้านส่งเสริมพัฒนา)

๗) การประชุมเตรียมความพร้อมการชี้แจงแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน ปี ๒๕๖๘ ของ คณะอนุกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (อ.กสพ.) จำนวน ๘ คณะ ในการประชุมเชิงปฏิบัติการถ่ายทอด แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคามสู่การปฏิบัติ ปี ๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๗ เวลา ๑๐.๓๐น-๑๒.๐๐น. ณ ห้องประชุมบุษราคัม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยมีนายพรสิทธิ์ ทวยนันท์ (นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ ด้านส่งเสริมพัฒนา)

๘) การประชุมการมอบนโยบายระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๘-๒๕๗๐ สู่การปฏิบัติระดับอำเภอ/กสพ./อ.กสพ. (รวมหน่วยปฐมภูมิทุกแห่ง) ของ ปี ๒๕๖๘ รวมทั้งสถานีอนามัย เฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดองค์การบริหาร ส่วนจังหวัดมหาสารคามทุกแห่ง ในวันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ เวลา ๐๙.๐๐น.-๑๖.๓๐น. ณ ห้องประชุม โรงแรมตักสิลา จังหวัดมหาสารคาม โดยมี นายแพทย์พิทักษ์พงศ์ พายูหะ (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด มหาสารคาม) เป็นประธาน ร่วมกับนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (นายกโท ดร.คมคาย อุดรพิมพ์) มอบนโยบายการดำเนินงานระดับปฐมภูมิตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย ปี ๒๕๖๘ สู่การปฏิบัติในระดับอำเภอ/ระดับตำบล (ระดับปฐมภูมิ) ทุกสังกัดทั้งจังหวัด และรองนายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม นำเสนอ House Model/Small success ของ ตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๘-๒๕๗๐ (ของกลุ่มงานที่รับผิดชอบ) ผู้เข้าร่วมประชุมได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง หัวหน้ากลุ่มงานทุก กลุ่มงาน และผู้เกี่ยวข้องในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพ องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

๒. แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๘-๒๕๗๐ และตัวชี้วัดการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๘

แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๘-๒๕๗๐ และตัวชี้วัดการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๘

๑. วิสัยทัศน์

คนมหาสารคามมีสุขภาพดี เครือข่ายมีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน องค์กรและบุคลากรด้านบริการสุขภาพมีคุณภาพ ภายใต้วิถีพอเพียง

๒. พันธกิจ

กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๐ ตามที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๐ ได้ระบุมีอำนาจหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไว้ดังต่อไปนี้

- (๑) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่จังหวัด
- (๒) ดำเนินการและให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด
- (๓) กำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุข ในเขตพื้นที่จังหวัด เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมายมีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและ มีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
- (๔) ส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด ให้เป็นไปตามนโยบายของกระทรวง
- (๕) พัฒนาระบบสารสนเทศ งานสุขศึกษา และการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพ ในเขตพื้นที่จังหวัด
- (๖) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

๓. โครงสร้างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม



๔. ตัวชี้วัดหลักระดับองค์กร (Corporate KPIs) เป้าหมายในปี ๒๕๖๘

๑. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy: LE) ไม่น้อยกว่า ๗๗ ปี
๒. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy: HALE) ไม่น้อยกว่า ๖๙.๕ ปี
๓. มีคุณภาพ (Quality) สถานบริการได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๑๐๐
๔. มีธรรมาภิบาล (Governance) หน่วยงานในสังกัดผ่านการประเมิน ITA ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๔

๕. ตัวชี้วัดหลักระดับองค์กร (Corporate KPIs) เป้าหมายในปี ๒๕๘๐ ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๗๙ กระทรวงสาธารณสุข

๑. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy: LE) ไม่น้อยกว่า ๘๕ ปี
๒. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy: HALE) ไม่น้อยกว่า ๗๕ ปี
๓. ดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐
๔. ดัชนีสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐
๕. การเข้าถึง (Access) อัตราการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐๐
๖. ความครอบคลุม (Coverage) ของแพทย์และเตียงโรงพยาบาลสังกัด สัดส่วนแพทย์ ๑ คน ต่อ ๑,๕๐๐ ประชากร และ สัดส่วนเตียง ๒ ต่อ ๑,๐๐๐ ประชากร
๗. มีคุณภาพ (Quality) สถานบริการได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๑๐๐
๘. มีธรรมาภิบาล (Governance) หน่วยงานในสังกัดผ่านการประเมิน ITA ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕

๖. ประเด็นยุทธศาสตร์/เป้าประสงค์ของประเด็นยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๘-๒๕๗๐ จำนวน ๕ ประเด็นยุทธศาสตร์ ๑๓ แผนงาน ๓๑ โครงการ ๔๔ ตัวชี้วัดหลัก

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence : PP&P Excellence) (๔ แผนงาน ๖ โครงการ ๑๖ ตัวชี้วัดหลัก)

๑. แผนงานที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
 - (๑) โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
 - (๒) โครงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชากร
๒. แผนงานที่ ๒ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
 - (๓) โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
๓. แผนงานที่ ๓ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
 - (๔) โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ
๔. แผนงานที่ ๔ การยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส และวาระจังหวัดมหาสารคาม ๑๖๐ ปี
 - (๕) โครงการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส
 - (๖) โครงการยกระดับคุณภาพชีวิตด้วยวาระจังหวัดมหาสารคาม ๑๖๐ ปี

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

(๔ แผนงาน ๑๖ โครงการ ๑๘ ตัวชี้วัดหลัก)

๕. แผนงานที่ ๕ การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

- (๗) โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
- (๘) โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม.

๖. แผนงานที่ ๖ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

- (๙) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- (๑๐) โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ
- (๑๑) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด
- (๑๒) โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
- (๑๓) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
- (๑๔) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก
- (๑๕) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ
- (๑๖) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต
- (๑๗) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ
- (๑๘) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง
- (๑๙) โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด
- (๒๐) โครงการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก

๗. แผนงานที่ ๗ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

- (๒๑) โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

๘. แผนงานที่ ๘ การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ

- (๒๒) โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

(๑ แผนงาน ๑ โครงการ ๑ ตัวชี้วัดหลัก)

๙. แผนงานที่ ๙ การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

- (๒๓) โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ ยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

(๓ แผนงาน ๖ โครงการ ๖ ตัวชี้วัดหลัก)

๑๐. แผนงานที่ ๑๐ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพดิจิทัล

- (๒๔) โครงการยกระดับระบบบริการสุขภาพด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล

๑๑. แผนงานที่ ๑๑ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

- (๒๕) โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส
- (๒๖) โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
- (๒๗) โครงการพัฒนาคุณภาพการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุสมผล
- (๒๘) โครงการยกระดับการพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพสู่เป้าหมายจังหวัดสุขภาพดี

ประชาชนมีอายุยืนยาว

๑๒. แผนงานที่ ๑๒ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

- (๒๙) โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕ Health-Related Economy Excellence

(๑ แผนงาน ๒ โครงการ ๓ ตัวชี้วัดหลัก)

๑๓. แผนงานที่ ๑๓ โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์

(๓๐) โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์

(๓๑) โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ

๗. นโยบายมุ่งเน้นกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๘

๗.๑ นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๘ (นายสมศักดิ์ เทพสุทิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข)

“ยกระดับสาธารณสุขไทย แข็งแรงทุกวัย เศรษฐกิจสุขภาพไทยมั่นคง”



7 นโยบาย กระทรวงสาธารณสุข 2568

ยกระดับการสาธารณสุขไทย สุขภาพแข็งแรงทุกวัย เศรษฐกิจสุขภาพไทยมั่นคง

งานสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริ
โครงการเฉลิมพระเกียรติ

- 1** ยกระดับ 30 บาท รักษาทุกที่
เพิ่มการเข้าถึงบริการ
เชื่อมโรงพยาบาล / Telemedicine / AI ทางไกลแพทย์ / ระบบบริการปฐมภูมิ
- 2** เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต
และบำบัดยาเสพติด
มีจิตอาสา / ชุมชนลือลือรัก / ปรับปรุงโครงสร้าง
- 3** คนไทยห่างไกลโรค
และภัยสุขภาพ
เวชศาสตร์วิถีชีวิต / ปรับปรุงกฎหมาย / วัคซีน HPV / คัดกรองมะเร็ง / มะเร็งธรมวงจร / สุขภาพหนึ่งเดียว (One Health)
- 4** สร้างความเข้มแข็งเครือข่าย
สุขภาพภาคประชาชน
พรบ. อสม. / พัฒนากาย อสม. / ส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชน
- 5** จัดระบบบริการสุขภาพ
เพื่อกลุ่มเปราะบาง
และพื้นที่พิเศษ
สถานเฝ้าระวังฯ กู้ชีพฯ กู้เงินฯ / การฝึก Caregiver ในชุมชน
- 6** พัฒนาศักยภาพเศรษฐกิจสุขภาพ
สู่ Medical & Wellness Hub
ยกระดับบุคลากรไทย / สนับสนุนผู้ประกอบการ / เพิ่มโอกาสเติบโตของธุรกิจ / กำกับดูแลเทคโนโลยีชีวการแพทย์
- 7** บริหารจัดการ
ทรัพยากรสาธารณสุข
พัฒนากฎหมาย ระบบสนับสนุน / บริหารจัดการกองทุน ฯลฯ งบประมาณ / พัฒนาคุณภาพชีวิต / sw. สีเขียว

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข

f Hfocus X hfocusnews Hfocus.org

๗.๒ นโยบายและทิศทางการดำเนินงานกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๖๘
(นายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

“สุขภาพคนไทย เพื่อสุขภาพประเทศไทย”

นโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2568

ยกระดับการสาธารณสุขไทย สุขภาพแข็งแรงทุกวัย เศรษฐกิจสุขภาพไทยมั่นคง

1. ยกระดับ 30 บาทรักษาทุกที่ เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ

- เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ ในระบบบริการทุกระดับ โดยคำนึงถึงความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลสุขภาพ
- พัฒนาระบบ Telemedicine / AI ทางการแพทย์ และการใช้ เทคโนโลยีดูแลสุขภาพ (Health Tech)
- ขยายเครือข่ายการบริการระดับปฐมภูมิ Health Station ระบบปฐมภูมิดิจิทัล ให้ทันสมัย ครอบคลุม
- พัฒนา sw.รัฐ ให้สวยงามทันสมัย มีระบบบริการที่ดี

ชาว สธ. น้อมนำการพัฒนา
งานสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริ
โครงการเฉลิมพระเกียรติ
ของพระบรมวงศานุวงศ์ทุกพระองค์
เป็นภารกิจอันสำคัญยิ่ง

7. บริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุข

- สนับสนุนการมีส่วนร่วมในการลงทุนพัฒนาสาธารณสุข นโยบาย 50 เเทด 50 sw. เน้นการเข้าถึงบริการสุขภาพ
- พัฒนากฎหมาย / ระบบสนับสนุน การบริหารจัดการ sw. และการจัดซื้อจัดจ้าง
- บริหารจัดการกองทุน / งบประมาณ อย่างมีประสิทธิภาพ
- เพิ่มการผลิตแพทย์ และบุคลากรด้านสาธารณสุข สร้างเสริมคุณภาพชีวิต ข้าราชการ สวัสดิการ พ.ร.บ. น.ส.ร.
- ส่งเสริม sw. สิวเขียว ปรับปรุงให้เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม

2. เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และบำบัดยาเสพติด

- พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริการ การให้คำปรึกษา โดยนักจิตบำบัด
- ยกระดับการบำบัดรักษา มีนวัตกรรมรักษา และฟื้นฟูชุมชนลุ่มเสี่ยง ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหลังบำบัด
- ตั้งกรมสุขภาพจิตและบำบัดยาเสพติด เร่งรัดปรับปรุงโครงสร้างระดับพื้นที่

4. สร้างความเข้มแข็งเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน

- พัฒนากฎหมายสนับสนุนเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน เช่น พ.ร.บ. อสม.
- เพิ่มศักยภาพ อสม. เพื่อส่งเสริมงานสุขภาพเชิงรุกในชุมชน
- ส่งเสริมสิทธิด้านสุขภาพ ของประชาชนทุกกลุ่ม

6. เพิ่มศักยภาพเศรษฐกิจสุขภาพสู่ Medical & Wellness Hub

- ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความปลอดภัยทุกมิติ
- ยกระดับภูมิปัญญาไทย ส่งเสริมการใช้แพทย์แผนไทย และสมุนไพรเพื่อการแพทย์ ในระบบบริการสุขภาพ
- เพิ่มโอกาสการเติบโตธุรกิจการแพทย์และสุขภาพ ปรับปรุงกฎระเบียบ ลดขั้นตอนการอนุมัติ / อนุญาต
- ส่งเสริมการต่อยอดงานวิจัย การถ่ายทอดเทคโนโลยี นวัตกรรมสุขภาพและเทคโนโลยีชีวภาพทางการแพทย์

3. คนไทยห่างไกลโรค และภัยสุขภาพ

- ส่งเสริมสุขภาพทุกมิติ เพื่อลดโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ (NCDs)
- ผลักดันแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตและสุขภาพองค์รวมสู่การปฏิบัติ
- ปรับปรุงกฎหมายและมาตรการให้เอื้อต่อการควบคุม ดูแล ส่งเสริมสุขภาพ เช่น พ.ร.บ. NCDs การป้องกันผู้สูบบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า
- สนับสนุนแนวคิด สุขภาพดี สิกขิประโยชน์เพิ่ม
- สานต่อ วัคซีน HPV / วัคซีนป้องกันมะเร็ง / มะเร็งกระเพาะอาหาร
- ผลักดันแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว เชื่อมโยงสุขภาพคน สัตว์ สิ่งแวดล้อม

5. จัดระบบบริการสุขภาพ เพื่อกลุ่มเปราะบาง และพื้นที่พิเศษ

- ยกระดับ สถานชิวากินบาล กุฎีชิวากินบาล
- เพิ่มศักยภาพระบบบริการสุขภาพและหน่วยบริการ พื้นที่ชายแดน
- ส่งเสริมการนิสิตและจ้างงานผู้ดูแลสุขภาพในชุมชน (Caregiver)

V.15_26/09/67

แนวทางการดำเนินงานกระทรวงสาธารณสุข

๑. เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร ยกระดับการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในทุกมิติ
 - ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ได้อย่างถูกต้อง เป็นปัจจุบัน สะดวกรวดเร็ว เพื่อพัฒนาศักยภาพคนทุกช่วงวัยให้สามารถดูแลสุขภาพกาย-ใจ ของตนเอง ครอบครัวและชุมชนให้แข็งแรง
๒. ยกระดับระบบบริการรองรับสังคมสูงวัย และลดอัตราตายโรคสำคัญ
 - เสริมความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพิ่มศักยภาพสามหมอ
 - ปรับโฉมโรงพยาบาลทุกแห่งให้เป็น “โรงพยาบาลของประชาชน”
 - เพิ่มขีดความสามารถระบบบริการและเครือข่ายโดย “ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง”
๓. ผลักดันการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสู่ยุคดิจิทัล
 - โรงพยาบาลทุกแห่งใช้การแพทย์ทางไกล (Telemedicine)
 - พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพให้เอื้อต่อการบริการอย่างไร้รอยต่อ และพัฒนาระบบสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
 - เร่งพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์
๔. ยกระดับความมั่นคงทางสุขภาพ
 - เตรียมพร้อมรับภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศในอนาคต

๕. ส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพนานาชาติ
- สนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สมุนไพร ภูมิปัญญาไทย และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เพื่อเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจของประเทศ
๖. พัฒนาสู่องค์กรสมรรถนะสูง และบุคลากรมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีขึ้น
- เสริมสร้างสมรรถนะองค์กร ด้วยแนวทาง ๔T : Trust Teamwork & Talent Technology
- Target
- บุคลากรมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีขึ้น

๗.๓ นโยบายและทิศทางการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๘
(ดร.นายแพทย์พิทักษ์พงศ์ พายูหะ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม)
“งานได้ผล คนเป็นสุข”
หลักการทำงาน ๔ C/๔ ส. ของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ดังนี้

๔ C	๔ ส
Critical thinking / Problem solving	สังเคราะห์ / แก้ปัญหา
Effective / Communication	สื่อสาร / สังเกต
Collaboration / Team building	สหวิชาชีพ / สร้างทีม
Creativity / Innovation	สร้างสรรค์ / สร้างนวัตกรรม

วัฒนธรรมองค์กร “MSK CARE D+”

M : Mastery & moral (เป็นนายตัวเอง รับผิดชอบงานอยู่ในระเบียบ และมีคุณธรรม จริยธรรม รวมทั้งการทำงานอย่างมีคุณภาพ)

S : Soft power for health (Soft power ภายใน ได้แก่ สามัคคี/เป็นทีมการมองด้านบวก, ปล่อยวาง, การเชื่อมโยงการดำเนินงานทั้งภายในและภายนอกกับส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง และ Soft power ภายนอก ได้แก่ แหล่งท่องเที่ยว เกจิอาจารย์/คหบดี ประเพณีวัฒนธรรมสิ่งที่ดีต่างๆในพื้นที่)

K : Knowledge & Key performance (การพัฒนาความรู้ ทักษะการทำงาน และการทำงาน บรรลุผลและมีประสิทธิภาพ)

Care D⁺ : Care คือ ความใส่ใจ

: D คือ ดีต่อใจ และ Develop พัฒนาทักษะการสื่อสาร

“Care for life Share for Love”

๘. นโยบายสำคัญประจำปี ๒๕๖๘

๘.๑ การขับเคลื่อนการดำเนินงาน “มหาสารคามจังหวัดสุขภาพดี ๓ อ ๔ ส”

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

มหาสารคาม จังหวัดสุขภาพดี

MAHASARAKHAM HEALTH & WELLNESS CITY

อ.อาหารดี

- ชื่นชอบดื่มเครื่องดื่มรสจืด
- กินผักหลากหลายและผลไม้สดที่ไม่หวานจัดเพิ่มขึ้น
- กินอาหารครบ 3 มื้อต่อวัน
- บริโภคเกลือ หรือฟอสฟอรัสที่มีโซเดียมต่ำ ไม่ควรเกิน 1 ช้อนชาต่อวัน
- เส็กกินนมแม่ก่อน ๑๒ เดือน ชนมชนเลี้ยงน้ำขวดนม ๓ คาบ ๓ ครั้งต่อวันที่รสหวานมัน ให้เปลี่ยนกับนมผลไม้หวานน้อย ที่มีโปรตีน และไขมันสูง จะช่วยให้ดีขึ้น
- บริโภคน้ำตาลไม่เกิน 4-6 ช้อนชาต่อวัน
- เส็กทานอาหารแปรรูป รับประทานอาหารสดใหม่ พักสอผลไม้ ช่วยให้อิ่มได้นาน และลดเกลือที่ได้รับจากการแปรรูปอาหาร
- ใช้น้ำมันที่ดีต่อสุขภาพในการปรุงอาหาร

อ.ออกกำลังกาย

- วันละ 30-60 นาที อย่างน้อย 3-5 วันต่อสัปดาห์
- ควรมีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อเสียก่อนเมื่อออกกำลังกาย
- สร้างความสุขให้เกิดขึ้นจากอารมณ์ในขณะออกกำลังกาย
- ทำให้มีการเผาผลาญไขมัน ช่วยให้อายุยืน

อ.อารมณ์ดี

คิดบวก ปส่อยวาง พักการจัดการความเครียด การปล่อยวาง ลดความวิตกกังวล นิ่งสมาธิ ทำบุญ เสพสื่ออย่างสร้างสรรค์ ทำจิตใจให้ผ่อนคลาย เช่น ทำสมาธิธรรมาสน์กับผู้ที่ไว้วางใจได้

ส.ไม่สูบบุหรี่

ควรงดสูบบุหรี่ เสริมเสี่ยงจากสถานที่ที่มีควันบุหรี่

วางแผนเลิกบุหรี่ ด้วยหลัก 4ส

ส-เลือกวัน
กำหนดวันที่จะเลิกบุหรี่ยังเร็วยิ่งดี

ส-สั้นเวลา
บอกเพื่อนและคนในครอบครัว เพื่อขอกำลังใจและรณรงค์สนับสนุน

ส-ลาอุปกรณ์
กำจัดบุหรี่และอุปกรณ์ที่ใช้ในการสูบบุหรี่ทิ้งหมด

ส-คิดก่อนสองมือ
วางแผนรับจัดการ สัมมือกับอาการถอนนิโคตินในช่วงสองสามวันแรก หลังหยุดสูบบุหรี่

ส.สร้างสัมพันธ์ที่ดี มีสังคมอบอุ่น

เวลาคุณภาพจะช่วยให้สังคมดีขึ้น สุขภาพกายและใจให้กับทุกคนในครอบครัว

- กินข้าวร่วมกัน
- เปิดพื้นที่รับฟังซึ่งกันและกัน
- ทำกิจกรรมสนุกสนุกสนานร่วมกัน เช่น ทำอาหารเล่นเกมส์พูดคุยกัน สนทนาอย่างใส่ใจ
- เปิดโทรศัพท์มือถือขณะใช้โซเชียลร่วมกัน
- สร้างกิจกรรมการดูแลสุขภาพร่วมกัน ออกกำลังกายด้วยกัน สร้างสรรค์ความสุขในการเล่นด้วยกัน

ส.สิ่งแวดล้อมดี

สุขภาพทางกายและใจของมนุษย์ เป็นผลมาจากสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมที่ดี ย่อมทำให้มนุษย์มีสุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ หากอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและใจ

- จัดการขยะตามหลัก 7R ได้แก่
 1. Reduce ลดสร้างขยะเพิ่ม
 2. Reuse ใช้ซ้ำให้มากที่สุด
 3. Refill เติมน้ำดื่มแบบพกพา
 4. Return คืนขวดหรือของ
 5. Repair ซ่อมแซมของเก่า
 6. Replace ใช้ของอื่นๆที่ดีต่อโลก
 7. Recycle แยกขยะเพื่อนำไปใช้ใหม่
- ลดสาเหตุที่ทำให้เกิดฝุ่นพิษ PM2.5
- งดสูบบุหรี่ที่ทำให้เกิดฝุ่นพิษจากถนน

3 อ

4 ส

ใจ อ่ อกกำลังกาย 2ส สร้างสรรค์ 2ส

ประกาศเจตนารมณ์

มหาสารคามจังหวัดสุขภาพดี ปี 2568

ข้าพเจ้า นายวิบูรณ์ แววบัณฑิต ผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม
ในฐานะผู้บริหารสูงสุดของจังหวัดมหาสารคาม
ขอประกาศและแสดงเจตนารมณ์เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบาย
“มหาสารคามจังหวัดสุขภาพดี” ปี 2568
เพื่อมุ่งสู่ มหาสารคามอยู่ดีมีสุข
ภายใต้หลักการดำเนินงาน 3อ 4ส ได้แก่

3อ

อ : อาหารดี
อ : ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
อ : อารมณ์ดี

4ส

ส : เลิกการสูบบุหรี่
ส : เลิกการดื่มสุรา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
ส : สิ่งแวดล้อมดี
ส : ความสัมพันธ์ที่ดี สร้างสังคมอบอุ่น

โดยให้การสนับสนุนการจัดระบบดูแลสุขภาพที่ตอบสนอง
ต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของชุมชนผ่านกลไก
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พช.)
และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

เพื่อกำหนดที่ติดตาม เชื่อมโยงการทำงานแบบมีส่วนร่วมเป็นเครือข่าย
ทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชน พี่น้อง อสม. ที่ต้องทำงานร่วมกันอย่างมีเอกภาพ
มีเป้าหมายร่วมกัน คือ ประชาชนมีสุขภาพดี ด้วยการจัดการปัญหาสุขภาพ
ทั้งในระดับบุคคล ระดับครอบครัว ระดับชุมชน ครอบคลุมทุกมิติ
ผ่านกลไกการขับเคลื่อนจังหวัดสุขภาพดี

ประกาศ ณ วันที่ 26 กันยายน 2567



(นายวิบูรณ์ แววบัณฑิต)
ผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม





สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ประกาศเจตนารมณ์

มหาสารคามจังหวัดสุขภาพดี ปี 2568

ข้าพเจ้า ดร.นพ.พิทักษ์พงษ์ พายุหะ
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
ขอประกาศและแสดงเจตนารมณ์เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบาย
“มหาสารคามจังหวัดสุขภาพดี” ปี 2568
เพื่อมุ่งสู่ มหาสารคามอยู่ดีมีสุข
ภายใต้หลักการดำเนินงาน 3อ 4ส ได้แก่



3อ **อ : อาหารดี**
อ : ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
อ : อารมณ์ดี

4ส **ส : เลิกการสูบบุหรี่**
ส : เลิกการดื่มสุรา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
ส : สิ่งแวดล้อมดี
ส : ความสัมพันธ์ที่ดี สร้างสังคมอบอุ่น


โดยให้การสนับสนุนการจัดระบบดูแลสุขภาพที่ตอบสนอง
ต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของชุมชนผ่านกลไก
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.)
และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

เพื่อทำหน้าที่ติดตาม เชื่อมโยงการทำงานแบบมีส่วนร่วมเป็นเครือข่าย
ทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชน พี่น้อง อสม. ที่ต้องทำงานร่วมกันอย่างมีเอกภาพ
มีเป้าหมายร่วมกัน คือ ประชาชนมีสุขภาพดี ด้วยการจัดการปัญหาสุขภาพ
ทั้งในระดับบุคคล ระดับครอบครัว ระดับชุมชน ครอบคลุมทุกมิติ
ผ่านกลไกการขับเคลื่อนจังหวัดสุขภาพดี

ประกาศ ณ วันที่ 26 กันยายน 2567


(ดร.นพ.พิทักษ์พงษ์ พายุหะ)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๘.๒ โครงการ ๑๖๐ ปี เมืองมหาสารคาม ส่งเสริมสุขภาพต้องครบ เทิดพระเกียรติ ๗๒ พรรษา พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
Mahasarakham Provincial Health Office



โครงการ 160 ปี เมืองมหาสารคาม ส่งเสริมสุขภาพต้องครบ เทิดพระเกียรติ 72 พรรษา พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว

1

ยกระดับอาหารปลอดภัย สุขภาพ และลดหวาน มัน เค็ม เติมน้ำมัน 160 ปี เมืองมหาสารคาม

กิจกรรมดำเนินการ

1. ตรวจสอบรองสถานที่จำหน่ายอาหารตามเกณฑ์ (SAN) ร่วมกับอาหารลดหวาน มัน เค็ม
2. รณรงค์การสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพของร้านอาหาร
3. ประชาสัมพันธ์ร้านที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
4. ดำเนินงานเฝ้าระวังและสอบสวนโรคทางระบาดวิทยาจากการบริโภคอาหาร

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ร้านอาหารผ่านมาตรฐานสุขาภิบาลขั้นพื้นฐาน (SAN) ร้อยละ: 80
2. ร้านอาหารมีเมนูสุขภาพ/อาหารทางเลือกเพื่อสุขภาพ/อาหารถิ่นถิ่นเป็นยา ตามเกณฑ์ที่เข้าประเมินรับรอง ดังนี้
 - 2.1 SAN Plus อย่างน้อย 1 เมนู M-GFH อย่างน้อย 3 เมนู
 - 2.2 Wellness Restaurant อย่างน้อย 1 เมนู
 - 2.3 ตรวจเฝ้าระวังสารปนเปื้อนในอาหาร
3. ร้านอาหารที่ผ่านเกณฑ์ฯ ได้รับป้าย SAN+ลดหวานมันเค็ม (M-GFH) อย่างน้อย 160 ร้าน (มากกว่า ร้อยละ: 30)
4. ร้านอาหารมีเมนูอาหารเป็นยาที่มาจากผักพื้นบ้านและสมุนไพร อย่างน้อย 160 ร้าน
5. ไม่พบการระบาดของโรคอาหารเป็นพิษในร้านอาหาร/โรงเรียนที่ผ่านเกณฑ์ (SAN)

2

ยกระดับสมุนไพร เติมน้ำมัน 160 ปี เมืองมหาสารคาม

กิจกรรมดำเนินการ

1. ส่งเสริมการปลูกพืชสมุนไพรที่มีความต้องการทางตลาดสูงให้ผ่านการรับรองมาตรฐานการปลูก GAP/Organics
2. มีการพัฒนาฐานข้อมูลแบบอิเล็กทรอนิกส์ เว็บไซต์ 360 องศาเสริมอีก ที่ผู้ประกอบการ และเกษตรกรผู้ปลูกสมุนไพรสามารถเข้าถึงข้อมูลการปลูก การผลิตวัตถุดิบสมุนไพรในระดับสุขภาพได้
3. พัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรท้องถิ่นจังหวัดมหาสารคามให้มีศักยภาพเป็น Products champion สร้างการตลาดให้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรเป็นที่รู้จักและยอมรับของผู้บริโภค
4. ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ (sw.สค. และ swข.)

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีพื้นที่ปลูกพืชสมุนไพรที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน GAP/Organics เพิ่มขึ้น อย่างน้อย 160 ไร่
2. มีผลิตภัณฑ์สมุนไพรในจังหวัดที่ได้รับการรับรองมาตรฐานผลิตภัณฑ์อย่างน้อย 5 ผลิตภัณฑ์ และมีผลิตภัณฑ์สมุนไพรในจังหวัดเป็น products champion อย่างน้อย 3 ผลิตภัณฑ์
3. สถานบริการสาธารณสุขมีมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น ร้อยละ: 5 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา
4. ผลิตภัณฑ์อาหารและสุขภาพ ได้รับการรับรองจาก อย. อย่างน้อย 160 รายการ

3


ลดภัย NCDs เติมน้ำมัน 160 ปี เมืองมหาสารคาม

กิจกรรมดำเนินการ

1. จัดตั้งทีมผู้ดำเนินงาน NCDs อย่างน้อย 160 ทีม
 - 1.1 ระดับอำเภอ/องค์กรฯ: 1 ทีม
 - 1.2 ระดับตำบล sw.สค. ตำบลละ: 1 ทีม (อปท. ผู้นำชุมชน กิ่งกุ่ม sw.สค. อสม. อย.น้อย)
2. ทำสื่อประชาสัมพันธ์ รณรงค์ทำลายภัย (Long Life Thai Fit)
3. Kick Off ส่งเสริมพฤติกรรมรณรงค์ทำลายภัยลดเนื้องอก
4. พื้นที่ระดับอำเภอ/ตำบล/จัดตั้งชมรมออกกำลังกาย
5. ประชาชนออกกำลังกายสม่ำเสมอและส่งผลออกกำลังกายผ่าน "ก้าวทำใจ"
6. ส่วนราชการทุกแห่ง จัดกิจกรรมออกกำลังกายทุกวันพฤหัสบดี (สวนเลข To be number one)

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีทีมผู้ดำเนินงาน NCDs (อำเภอ/องค์กร/ตำบล) อย่างน้อย 160 ทีม
2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ: 50
3. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันได้ดี ร้อยละ: 75
4. ร้อยละ: 80 ของประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป (806,279 คน) สามารถคำนวณบริโภคน้ำตาลไอโซเรตที่เหมาะสมได้อย่างถูกต้อง (ไม่น้อยกว่า 600,000 คน)
5. ประชาชนในจังหวัดมหาสารคาม อายุ 19-59 ปี (573,800 คน) ส่งผลการออกกำลังกายผ่าน ก้าวทำใจ ไม่น้อยกว่า 160,000 คน (มากกว่าร้อยละ: 30)
6. ประชาชนในจังหวัดมหาสารคาม มีรอบเอวปกติ $\geq 62\%$ (ผลงานปี 67 = 61%)
7. ส่วนราชการทุกแห่ง จัดกิจกรรมออกกำลังกายทุกวันพฤหัสบดี (สวนเลข To be number one) (ร้อยละ: 100)



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
Mahasarakham Provincial Health Office



โครงการ 160 ปี เมืองมหาสารคาม ส่งเสริมสุขภาพต้องครบ เทิดพระเกียรติ 72 พรรษา พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว

ระยะเวลาที่เริ่ม และสิ้นสุดการดำเนินการ

1 ธันวาคม 2567 – 31 สิงหาคม 2568

สถานที่ ในการดำเนินการ

13 อำเภอ / 133 ตำบล / ทุกหมู่บ้าน ของจังหวัดมหาสารคาม

ผู้รับผิดชอบหลัก ในการดำเนินการ

1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
2) องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

3

๘.๓ แนวทางการปฏิบัติงานของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประจำปี ๒๕๖๘

โดยให้บุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามทุกคน ได้ถือปฏิบัติดังนี้

๑. แนวทางการดำเนินงาน ๒ มิติ คือ

๑. มิติด้านงาน คือ งานได้ผล โดยการดำเนินงานตามนโยบายสำคัญ ๓ อย่าง คือ ๑) นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑๓ ประเด็น ๒) นโยบายสำคัญของเขตสุขภาพที่ ๗ และ ๓) นโยบายผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย ดังนี้

๑) นโยบายกระทรวงสาธารณสุข

๒) นโยบายสำคัญเขตสุขภาพที่ ๗

๓) นโยบายผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม วาระเฉลิมฉลอง ๑๖๐ ปี เมืองมหาสารคาม

๓.๑ การดำเนินงานอาหารปลอดภัย (ลดหวาน มัน เค็ม)

๓.๒ การดูแลสุขภาพพระภิกษุสงฆ์

๓.๓ การดูแลภัยพิบัติสุขภาพติดต่อพระภิกษุสงฆ์ (ลดหวาน มัน เค็ม)

๒. มิติด้านคน คือ คนในครอบครัวเป็นสุข โดยการทำงานด้วยความสามัคคี ดังนี้

๒.๑ การทำงานเป็นทีม ด้วยความรัก ความสามัคคี การให้อภัย การพูดคุยภายใน และพูดคุยด้วยสุนทรียสนทนา

๒.๒ การทำบุญวันเกิด โดยการนัดการทำบุญถวายเพลร่วมกัน/รับประทานอาหารร่วมกัน การทำกิจกรรมร่วมกัน ได้แก่ การออกกำลังกาย (ฟุตบอลผู้บริหาร-เชื่อมส่วนราชการ เป็นแบบอย่างในการออกกำลังกาย) และการออกกำลังกายภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

๒.๓ ความตรงต่อเวลาในการทำงาน

๙. แผนงาน/โครงการ และตัวชี้วัด
ของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
แยกตามประเด็นยุทธศาสตร์ (๕ Excellence ๑๓ แผนงาน ๓๑ โครงการ ๔๔ ตัวชี้วัด)

ประเด็นยุทธศาสตร์ ปี ๒๕๖๘	เป้าประสงค์ ปี ๒๕๖๘	แผนงาน/โครงการ ปี ๒๕๖๘	ลำดับ ตว.	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๘	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๘	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	ความเชื่อมโยง			
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence : PP&P Excellence) (๔ แผนงาน ๖ โครงการ ๑๖ ตัวชี้วัด)	๑) ประชาชนทุกกลุ่มวัย มีสุขภาพที่ดี ๒) มีระบบป้องกันควบคุมโรค ระบบเฝ้าระวังโรคที่สามารถตอบสนองได้ทันที ๓) มีระบบคุ้มครองผู้บริโภคที่มีประสิทธิภาพ ๔) มีระบบการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชน ๕) ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค	แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)								
		๑. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย	๑	อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน**	ไม่เกิน ๑๖	ส่งเสริม	ปฐมภูมิ			
			๒	ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย**	ร้อยละ ๘๗	ส่งเสริม	ปฐมภูมิ			
				๒.๑ ร้อยละของเด็ก อายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ ๘๗	ส่งเสริม	ปฐมภูมิ			
				๒.๒ ร้อยละของเด็ก อายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	ร้อยละ ๙๐	ส่งเสริม	ปฐมภูมิ			
				๒.๓ ร้อยละของเด็ก อายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า	ร้อยละ ๒๐	ส่งเสริม	ปฐมภูมิ			
				๒.๔ ร้อยละของเด็ก อายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม	ร้อยละ ๙๐	ส่งเสริม	ปฐมภูมิ			
				๒.๕ ร้อยละของเด็ก อายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ ๖๐	ส่งเสริม	ปฐมภูมิ			
				๒.๖ ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ	ร้อยละ ๗๐	ส่งเสริม	ปฐมภูมิ			
				๒.๗ เด็กอายุ ๖ เดือน- ๕ ปี ได้รับยารักษาเสริมธาตุเหล็ก	ร้อยละ ๘๐	ส่งเสริม	ปฐมภูมิ			
				๒.๘ ร้อยละของเด็ก อายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ ๖๘	ส่งเสริม	ปฐมภูมิ			
				๒.๙ อัตราการคลอดมีชีพในหญิง อายุ ๑๕-๑๙ ปี ต่อจำนวนประชากรหญิง อายุ ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน	ไม่เกิน ๑๙.๕ ต่อ ๑,๐๐๐ ปี พันคน	ส่งเสริม	ปฐมภูมิ			
				๒.๑๐ ร้อยละของโรงเรียนพัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ	ร้อยละ ๓๐	ส่งเสริม	ปฐมภูมิ			
				๒.๑๑ ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ อายุต่ำกว่า ๒๐ ปี	ไม่เกิน ร้อยละ ๑๒.๕	ส่งเสริม	ปฐมภูมิ			
				๒.๑๒ ร้อยละของวัยทำงาน อายุ ๑๙-๕๙ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	≥ ร้อยละ ๖๒	ส่งเสริม	ปฐมภูมิ			
				๒.๑๓ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ระดับคุณภาพ	ร้อยละ ๕๐	ส่งเสริม	ปฐมภูมิ			
				๒.๑๔ ร้อยละของผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ ๙๔.๕	ร้อยละ ๙๔.๕	ส่งเสริม	ปฐมภูมิ			
				๒.๑๕ ร้อยละของกัญชีวิบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	ร้อยละ ๓๐	ส่งเสริม	ปฐมภูมิ			
				๒.๑๖ ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การยกระดับพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๑๐๐	พนย.	ปฐมภูมิ			
				๒. โครงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชากร	๓	อัตราการรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป**	ร้อยละ ๘๒	ส่งเสริม	ปฐมภูมิ	
					๔	ระดับความรู้สุขภาพของประชาชนเรื่องโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕**	≥ร้อยละ ๕	คร.	ปฐมภูมิ	
				แผนงานที่ ๒ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ						
				๓. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	๕	๕.๑ ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๑๐๐	พนย.		
						๕.๒ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง**				
						๕.๓ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	≥ ร้อยละ ๗๐	NCD	ปฐมภูมิ	
						๕.๔ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	≥ ร้อยละ ๘๕	NCD	ปฐมภูมิ	
						๕.๕ อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	≤ ร้อยละ ๑.๗๕	NCD	ปฐมภูมิ	
						๕.๖ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมได้	ร้อยละ ๕๐	NCD	๑๖๐ ปี	
						๕.๗ ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมได้	ร้อยละ ๗๕	NCD	๑๖๐ ปี	
						๕.๘ ร้อยละผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	ร้อยละ ๘๐	NCD	ปฐมภูมิ	
						๕.๙ ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมิน NCD clinic plus ระดับดีขึ้นไป	ร้อยละ ๑๐๐	NCD		

ประเด็นยุทธศาสตร์ ปี ๒๕๖๘	เป้าประสงค์ ปี ๒๕๖๘	แผนงาน/โครงการ ปี ๒๕๖๘	ลำดับ ตว.	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๘	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๘	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	ความเชื่อมโยง
			๕	๕.๐๐ ร้อยละของประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง DM และ HT	≥ ร้อยละ ๙๐	NCD	ปฐมภูมิ
				๕.๐๑ ร้อยละของผู้ป่วยเอชไอวีเข้าถึงบริการรักษาเอชไอวี ๑ st ๙๕, ๒ nd ๙๕, ๓ rd ๙๕	ร้อยละ ๙๕	คร.	
				๕.๐๒ ร้อยละของอำเภอที่เข้าเกณฑ์พื้นที่อำเภอระบาดของโรคไข้เลือดออก	ร้อยละ ๗๕	คร.	
				๕.๐๓ ร้อยละของตำบลที่เข้าเกณฑ์พื้นที่ตำบลระบาดของโรคไข้เลือดออก	ร้อยละ ๗๕	คร.	ปฐมภูมิ
				๕.๐๔ อัตราผู้ป่วยตายโรคไข้เลือดออก	ไม่เกิน ร้อยละ ๐.๑	คร.	ปฐมภูมิ
				๕.๐๕ ร้อยละความครอบคลุมวัคซีนตามเกณฑ์ที่กำหนด - กลุ่มอายุ ๑ ปี, ๓ ปี, ๕ ปี (กลุ่มอายุ ๑ ปี ฉีด MMR๑/BCG/OPV๓/DTP๓/HBV๓ กลุ่มอายุ ๓ ปี ฉีด MMR๒/JE กลุ่มอายุ ๕ ปี ฉีด OPV๕/DTP๕) - กลุ่มหญิงไทยอายุ ๑๑-๒๐ ปี ฉีด HPV	≥ ร้อยละ ๙๐ ยกเว้น MMR ≥ ร้อยละ ๙๕ HPV ร้อยละ ๑๐๐	คร.	ปฐมภูมิ
				๕.๐๖ ร้อยละอำเภอมีระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อที่มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๑๐๐	คร.	
				๕.๐๗ ร้อยละอำเภอมีการพัฒนาระบบสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ (Risk Communication) ตามเกณฑ์ที่กำหนด	≥ ร้อยละ ๘๐	คร.	
				๕.๐๘ ร้อยละของการรายงานโรคจากระบบดิจิทัลเพื่อการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา (Digital Disease Surveillance: DDS)	≥ ร้อยละ ๘๐	คร.	ปฐมภูมิ
				๕.๐๙ ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์ความสำเร็จในการขับเคลื่อนจังหวัดใช้ยาสมเหตุผลและระบบจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๑๐๐	ค.บ.ส.	
				๕.๑๐ อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีไม่เกิน ๔.๙๐ ต่อแสนประชากร	ไม่เกิน ๔.๙๐ ต่อแสน พช.อายุต่ำกว่า ๑๕ ปี	NCD	Set zero ใน พชจ./พชอ.
			๖	อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย ๑-๑๘ ปี) ลดลง**	ร้อยละ ๓	NCD	Set zero ใน พชจ./พชอ.
แผนงานที่ ๓ : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม							
๔. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	๗	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามียสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป และระดับท้าทาย)**					
			๗.๑ ร้อยละโรงพยาบาลที่เข้าร่วมการพัฒนานามียสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับท้าทาย)	ร้อยละ ๑๐๐	อวส.		
			๗.๒ ร้อยละของโรงพยาบาลพัฒนานามียสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับท้าทาย)	ร้อยละ ๘๐	อวส.		
แผนงานที่ ๔ : การยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส และวาระจังหวัดมหาสารคาม ๑๖๐ ปี							
๕. โครงการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส	๘	ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วยอาหาร				ปฐมภูมิ	
			๘.๑ ประชาชนมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เหมาะสม	ร้อยละ ๘๐	สส.	๑๖๐ ปี	
			๘.๒ ร้านอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SAN (ไม่น้อยกว่า ๑๖๐ ร้าน)	ร้อยละ ๘๐	อวส.	๑๖๐ ปี	
			๘.๓ ร้านอาหารได้รับมาตรฐาน MGFH (SAN Plus + เมนูสุขภาพ ๑ เมนู) (ไม่น้อยกว่า ๑๖๐ ร้าน)	ร้อยละ ๕๐	อวส.	๑๖๐ ปี	
			๘.๔ ร้านอาหารผ่านเกณฑ์ลดหวาน มัน เค็ม (ไม่น้อยกว่า ๑๖๐ ร้าน)	ร้อยละ ๕๐	อวส.	๑๖๐ ปี	
			๘.๕ ร้านอาหารมีเมนูสำหรับอาหารเป็นยาที่มาจากผักพื้นบ้าน และสมุนไพร (ไม่น้อยกว่า ๑๖๐ ร้าน)	ร้อยละ ๕๐	แผนไทย	๑๖๐ ปี	
			๘.๖ ร้านอาหารมีเมนูสุขภาพแสดงอัตลักษณ์อำเภอ ละ ๑ เมนู	๑ เมนู/อำเภอ	แผนไทย		
			๘.๗ อสม. นักรับตนเอง	ร้อยละ ๑๐๐	สสป.	๑๖๐ ปี	
			๘.๘ อสม. นักรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	ร้อยละ ๑๐๐	สสป.	๑๖๐ ปี	
			๘.๙ ร้อยละเครือข่าย อย.น้อย บวร. มีความรอบรู้การบริโภคอาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพปลอดภัยลดโรค NCDs ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ ๘๐	ค.บ.ส.	๑๖๐ ปี	

ประเด็นยุทธศาสตร์ ปี ๒๕๖๘	เป้าประสงค์ ปี ๒๕๖๘	แผนงาน/โครงการ ปี ๒๕๖๘	ลำดับ คทว.	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๘	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๘	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	ความเชื่อมโยง		
				๘.๐๑ จำนวนเครือข่าย อย.น้อย บวร.ร ที่ได้รับการอบรม มีการตรวจสอบและรายงานเฝ้าระวัง	ร้อยละ ๘๐	คสส.	๑๖๐ ปี		
				๘.๑๑ ร้อยละการสุ่มเก็บตัวอย่างอาหารตามเป้าหมายที่กำหนด	ร้อยละ ๑๐๐	คสส.	๑๖๐ ปี		
				๘.๑๒ ร้อยละตัวอย่างอาหารผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๘๐	คสส.	๑๖๐ ปี		
				๘.๑๓ ไม่พบการระบาดของโรคอาหารเป็นพิษในร้านอาหาร (SAN)	ร้อยละ ๑๐๐	อภส.	๑๖๐ ปี		
			๙	ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วยออกกำลังกาย			ปฐมภูมิ		
			๙.๑ ประชาชนคนมหาสารคามมีการออกกำลังกายเป็นประจำ (๑๕๐ นาที/สัปดาห์ หรือ ๓-๕ วันต่อสัปดาห์) รอบ ๖ เดือนต่อการวัดผล ๑ ครั้ง (วัดรอบเอว ซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ที่สถานีสุขภาพ)	ร้อยละ ๘๐	สสป.	๑๖๐ ปี			
			๑๐	ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วยอารมณ์ดี			ปฐมภูมิ		
			๑๐.๑ ประชาชนมหาสารคามมีภาวะสุขภาพจิตดี /อารมณ์ดี (ST๕)	ร้อยละ ๙๕	สสป./จิตเวช				
			๑๐.๒ ประชาชนมหาสารคามไม่มีภาวะซึมเศร้า (๒Q ๙Q)	ร้อยละ ๙๘	สสป./จิตเวช				
			๑๑	ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วยการไม่สูบบุหรี่			ปฐมภูมิ		
			๑๑.๑ ประชาชนมหาสารคาม อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ไม่สูบบุหรี่	ร้อยละ ๘๕	NCD				
			๑๒	ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วยการไม่ดื่มสุรา			ปฐมภูมิ		
			๑๒.๑ ประชาชนมหาสารคาม อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ไม่ดื่มสุรา	ร้อยละ ๘๕	NCD				
			๑๓	ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วยสิ่งแวดล้อมดี			ปฐมภูมิ		
			๑๓.๑ คริวเรือนผ่านเกณฑ์สุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านอาหาร	ร้อยละ ๘๐	สสป./อภส.				
			๑๓.๒ คริวเรือนผ่านเกณฑ์สุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านคุณภาพน้ำบริโภค	ร้อยละ ๘๐	สสป./อภส.				
			๑๓.๓ คริวเรือนผ่านเกณฑ์สุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านการจัดการสิ่งปฏิกูล	ร้อยละ ๘๐	สสป./อภส.				
			๑๓.๔ คริวเรือนผ่านเกณฑ์สุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านการจัดการขยะมูลฝอย	ร้อยละ ๘๐	สสป./อภส.				
			๑๔	ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วยการสัมพันธ์ภาพดี			ปฐมภูมิ		
			๑๔.๑ คริวเรือนในจังหวัดมหาสารคามเป็นครอบครัวอบอุ่น	ร้อยละ ๙๕	สสป.				
			๑๔.๒ หมู่บ้าน/ชุมชน มีชมรมหรือการรวมกลุ่มทำกิจกรรม สร้างสุขร่วมกันอย่างน้อย ๑ ชมรม ต่อ หมู่บ้าน และมีกิจกรรม สร้างสุขร่วมกัน อย่างน้อย ๑ ครั้ง ต่อ สัปดาห์	ร้อยละ ๑๐๐	สสป./สส.				
			๖. โครงการยกระดับคุณภาพชีวิตด้วยวาระจังหวัดมหาสารคาม ๑๖๐ ปี	๑๕	ความสำเร็จของยกระดับคุณภาพชีวิตด้วยวาระจังหวัดมหาสารคาม ๑๖๐ ปี เรื่องสมุนไพร	๑๕.๑ มีพื้นที่ปลูกพืชสมุนไพรที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน GAP/Organics เพิ่มขึ้น (ไม่น้อยกว่า ๑๖๐ ไร่)	ไม่น้อยกว่า ๑๖๐ ไร่	แผนไทย	
						๑๕.๒ มีผลิตภัณฑ์สมุนไพรในจังหวัดที่ได้รับการรับรองมาตรฐานผลิตภัณฑ์ อย่างน้อย ๕ ผลิตภัณฑ์ และมีผลิตภัณฑ์สมุนไพรในจังหวัดเป็น products champion อย่างน้อย ๓ ผลิตภัณฑ์	อย่างน้อย ๕ ผลิตภัณฑ์	แผนไทย	
						๑๕.๓ สถานบริการสาธารณสุขมีมูลค่าการค้าขายสมุนไพรเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๕ เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา	เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๕	แผนไทย	
						๑๕.๔ ผลิตภัณฑ์อาหารและสุขภาพได้รับการรับรองจาก อย. (ไม่น้อยกว่า ๑๖๐ รายการ)	ไม่น้อยกว่า ๑๖๐ รายการ	คสส.	
						๑๖	ความสำเร็จของยกระดับคุณภาพชีวิตด้วยวาระจังหวัดมหาสารคาม ๑๖๐ ปี เรื่องการลดภัย NCD		
๑๖.๑ มีทีมผู้นำด้านภัย NCDs (อำเภอ/องค์กร/ตำบล) ไม่น้อยกว่า ๑๖๐ ทีม	ไม่น้อยกว่า ๑๖๐ ทีม	สสป.				ปฐมภูมิ			
๑๖.๒ ร้อยละ ๘๐ ของประชากรอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป สามารถคำนวณการบริโภคคาร์โบไฮเดรตที่เหมาะสมได้อย่างถูกต้อง (ไม่น้อยกว่า ๖๐๐,๐๐๐ คน)	ร้อยละ ๘๐	สสป.				ปฐมภูมิ			

ประเด็นยุทธศาสตร์ ปี ๒๕๖๘	เป้าประสงค์ ปี ๒๕๖๘	แผนงาน/โครงการ ปี ๒๕๖๘	ลำดับ ตว.	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๘	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๘	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	ความเชื่อมโยง	
				๑๖.๓ ประชาชนในจังหวัดมหาสารคาม อายุ ๑๙-๕๙ ปี ส่งผลการออกกำลังกายผ่านก้าวทำใจ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ (ไม่น้อยกว่า ๑๖๐,๐๐๐ คน)	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๓๐	สส.	ปฐมภูมิ	
				๑๖.๔ ประชาชนในจังหวัดมหาสารคาม มีรอบเอวปกติ $\geq ๖๒\%$	$\geq ๖๒\%$	สส.	ปฐมภูมิ	
				๑๖.๕ ส่วนราชการทุกแห่งจัดกิจกรรมออกกำลังกายทุกวัน พุธที่สิบตี (สวมเสื้อ To be number one)	ร้อยละ ๑๐๐	สส.		
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ ยุทธศาสตร์ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence) (๔ แผนงาน ๑๖ โครงการ ๑๘ ตัวชี้วัด)	๑) มีหมอรอบครัวดูแลประชาชนทุกครัวเรือน ๒) มีระบบบริการสุขภาพที่ได้คุณภาพมาตรฐาน ๓) มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ๔) มีเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ทันสมัย ๕) มีความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ในการป้องกันและรักษาโรคที่มีความสำคัญ	แผนงานที่ ๕ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ						
		๗. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ	๑๗	จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒**	ร้อยละ ๑๐๐ (๘๖ หน่วย)	สสพ.	ปฐมภูมิ	
		๘. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม.	๑๘	ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน**	ร้อยละ ๙๐	สสพ.	๓ ๑ ๔ ส	
		แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)						
		๙. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	๑๙	๑๙.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke; I๖๐-I๖๙)**	<ร้อยละ ๗	NCD		
				๑๙.๒ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาใน Stroke Unit				
				๑๙.๓ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	≥ 2 ร้อยละ ๘๐	NCD		
		๑๐. โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อโรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ	๒๐	๒๐.๑ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่**	ร้อยละ ๘๘	คร.		
				๒๐.๒ อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ ๘๕	คร.		
				๒๐.๓ ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ	ร้อยละ ๑๐๐	คร.		
		๑๑. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด	๒๑	อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน**	น้อยกว่า ๓.๖ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิด มีชีพ	ส่งเสริม		
		๑๒. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๒๒	๒๒.๑ ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก**	ร้อยละ ๔๕	แผนไทย	ปฐมภูมิ	
				๒๒.๒ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms มีการส่งจ่ายยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น**	ร้อยละ ๑๐	แผนไทย	ปฐมภูมิ	
		๑๓. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช	๒๔	๒๔.๑ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ**	\leq ร้อยละ ๗.๘ ต่อแสนปชก.	สุขภาพจิตฯ	ปฐมภูมิ	
				๒๔.๒ ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๕	สุขภาพจิตฯ	ปฐมภูมิ	
				๒๔.๓ ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี	ร้อยละ ๙๕	สุขภาพจิตฯ	ปฐมภูมิ	
๒๔.๔ ร้อยละของเด็กสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐			สุขภาพจิตฯ	ปฐมภูมิ			
๑๔. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก	๒๖	๑๔.๑ ร้อยละผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ**	ร้อยละ ๘๕	สุขภาพจิตฯ	ปฐมภูมิ			
		๑๔.๒ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired**	< ร้อยละ ๒๖	พร.				
๑๕. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ	๒๗	อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI**	< ร้อยละ ๙	NCD				
๑๖. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต	๒๘	๒๘.๑ ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage ๕ รายใหม่ที่มีลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า**	> ร้อยละ ๑๐					
		๒๘.๒ ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินงาน CKD clinic ในโรงพยาบาล	ร้อยละ ๗๐	NCD				

ประเด็นยุทธศาสตร์ ปี ๒๕๖๘	เป้าประสงค์ ปี ๒๕๖๘	แผนงาน/โครงการ ปี ๒๕๖๘	ลำดับ ตว.	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๘	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๘	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	ความเชื่อมโยง					
		๑๗. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาปลูกถ่ายอวัยวะ	๒๙	อัตราส่วนของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M๑)**								
				๒๙. อัตราส่วนของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	≥๑:๑๐๐	พร.						
		๑๘. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขามะเร็ง	๓๐	๑๘.๑ ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งและได้รับการบริการ**	๓๐.๑ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	≥ ร้อยละ ๒๕	NCD	ปฐมภูมิ				
					๓๐.๒ ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy	≥ ร้อยละ ๕๐	NCD					
					๓๐.๓ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	≥ ร้อยละ ๕๐	NCD	ปฐมภูมิ				
					๓๐.๔ ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	≥ ร้อยละ ๕๐	NCD					
		๑๙. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด	๓๑	๓๑.๑ ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)**	๓๑.๑	ร้อยละ ๗๐	สุขภาพจิตฯ					
					๓๑.๒ ระดับอำนาจ TO BE NUMBER ONE ผ่านเกณฑ์ดีเด่น	ร้อยละ ๑๐๐	สุขภาพจิตฯ					
		๒๐. โครงการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก	๓๒	๒๐.๑ อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก	๓๒.๑ อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน	ร้อยละ ๕๕	ทันตกรรม	ปฐมภูมิ				
					๓๒.๒ อัตราเด็กปฐมวัยและเด็กวัยเรียนได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ (๑) อายุ ๐-๒ ปี (ร้อยละ ๖๐) (๒) อายุ ๓-๕ ปี (ร้อยละ ๘๐) (๓) อายุ ๕-๑๒ ปี(ร้อยละ ๕๐)	ร้อยละ ๖๐ ร้อยละ ๘๐ ร้อยละ ๕๐	ทันตกรรม	ปฐมภูมิ				
					๓๒.๓ อัตราเด็ก ๖-๑๒ ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้	ร้อยละ ๓๐	ทันตกรรม	ปฐมภูมิ				
					๓๒.๔ อัตราผู้มีอายุ ๑๕-๕๙ ปี ได้รับการบริการทันตกรรม	ร้อยละ ๒๕	ทันตกรรม	ปฐมภูมิ				
					๓๒.๕ จำนวนครั้งบริการสุขภาพช่องปาก	ไม่น้อยกว่า ๓๔๓,๙๐๗ ครั้งต่อปี	ทันตกรรม	ปฐมภูมิ				
					๓๒.๖ อัตราการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและทันตกรรมป้องกัน	ร้อยละ ๓๕	ทันตกรรม	ปฐมภูมิ				
					๓๒.๗ อัตราของประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง PMDs	ร้อยละ ๗๐	ทันตกรรม	ปฐมภูมิ				
					๓๒.๘ อัตราผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	ร้อยละ ๔๐	ทันตกรรม	ปฐมภูมิ				
					๓๒.๙ ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	ร้อยละ ๑๐๐	ทันตกรรม	ปฐมภูมิ				
					๓๒.๑๐ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการบริการทันตกรรม	≥ ร้อยละ ๖๐	ทันตกรรม	ปฐมภูมิ				
					ศักยภาพบริการด้านทันตกรรม					ทันตกรรม		
					๓๒.๑๑ จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ผ่านมาตรฐานงานสุขภาพช่องปาก	(๑) ขึ้นต่ำ ๒๕% อป. ๑๐๐% (๒) ขึ้นสูง ๑ แห่ง อ.เมือง	ทันตกรรม	ปฐมภูมิ				
					๓๒.๑๒ พัฒนาศักยภาพบริการระดับ DS๑ และมาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัยบริการทันตกรรม (TDCA) ๒๕๐๑	ร้อยละ ๑๐๐	ทันตกรรม	ปฐมภูมิ				
					แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ							
					๒๑. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ	๓๓	๒๑.๑ ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤตเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน**	๓๓.๑	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ ๒๘	NCD		
		๓๓.๒ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit)	ไม่เกินร้อยละ ๑๐	NCD								
		๓๓.๓ ร้อยละของโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘	NCD								
		๓๓.๔ ร้อยละของโรงพยาบาลทั่วไปผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ	ร้อยละ ๑๐๐	NCD								

ประเด็นยุทธศาสตร์ ปี ๒๕๖๘	เป้าประสงค์ ปี ๒๕๖๘	แผนงาน/โครงการ ปี ๒๕๖๘	ลำดับ ต.ว.	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๘	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๘	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	ความเชื่อมโยง	
		แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ						
		๒๒. โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการพื้นที่เฉพาะ	๓๔	๓๔.๑ ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และ พระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ**	ร้อยละ ๘๐	พร.		
	๓๔.๒ ร้อยละการดูแลคุณภาพชีวิตผู้ต้องขัง			ร้อยละ ๑๐๐	พร.			
	๓๔.๓ ร้อยละของอำเภอที่ผ่านเกณฑ์โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า			ร้อยละ ๑๐๐	คร.			
	๓๔.๔ ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกัน แก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี			ร้อยละ ๑๐๐	คร.			
		แผนงานที่ ๙ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ						
		๒๓. โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ	๓๕	จังหวัดมีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ**				
	๓๕.๑ การบริหารจัดการตำแหน่งว่าง			ตำแหน่งว่าง คงเหลือ ไม่เกิน ร้อยละ ๔	HR			
	๓๕.๒ ร้อยละการปรับปรุงตำแหน่งให้สอดคล้องกับการยกระดับ บริการสุขภาพ			ร้อยละ ๐.๕	HR			
		แผนงานที่ ๑๐ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพดิจิทัล						
		๒๔. โครงการยกระดับระบบบริการสุขภาพด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล	๓๖	โครงการยกระดับความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์**				
	๓๖.๑ ร้อยละของหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ ระดับสูง			ร้อยละ ๑๐๐	ดิจิทัลฯ			
	๓๖.๒ ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุขผ่านเกณฑ์การโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับทองขึ้นไป			ร้อยละ ๕๐	ดิจิทัล			
	๓๖.๓ ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ความสำเร็จการ ดำเนินงานโครงการยกระดับ ๓๐ บาทบริการด้วยบัตร ประชาชนใบเดียว ตามเกณฑ์ที่กำหนด			ร้อยละ ๑๐๐	ดิจิทัล	ปฐมภูมิ		
		แผนงานที่ ๑๑ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ						
		๒๕. โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส	๓๗	๓๗.๑ ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA**	ร้อยละ ๙๔	บริหาร		
	๓๗.๒ ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่าน เกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน			ร้อยละ ๑๐๐	บริหาร			
	๓๗.๓ หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มหาสารคาม ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบรายงานการเงิน หมวดยุทธศาสตร์และพัสดุ (อาคารและสิ่งปลูกสร้าง)			ร้อยละ ๘๐	บริหารฯ			
	๓๗.๔ ร้อยละของเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ได้รับการดำเนินการ ภายในเวลาที่กำหนด (๔๕ วัน)			ร้อยละ ๑๐๐	กม.			
		๒๖. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ	๓๘	๓๘.๑ ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้นมาตรฐาน**	ร้อยละ ๑๐๐	พร.		
	(๑) โรงพยาบาลทั่วไป มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้น ๓			ร้อยละ ๑๐๐	พร.			
	(๒) โรงพยาบาลชุมชน มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้น ๓			ร้อยละ ๙๒	พร.			
	๓๘.๒ ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการ สุขภาพปฐมภูมิ			ร้อยละ ๑๐๐	สสป.	ปฐมภูมิ		
	๓๘.๓ ร้อยละของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุขผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการ ภาครัฐ (PMQA) ตามเกณฑ์ที่กำหนด			ร้อยละ ๑๐๐	พษย.			
		๒๗. โครงการพัฒนาคุณภาพการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่าง สมเหตุสมผล	๓๙	ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนา โรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทาง การแพทย์ อย่างสมเหตุสมผล (RLU hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด**				
	๓๙.๑ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA๑c ขึ้น ภายใน ๙๐ วัน			ไม่เกิน ร้อยละ ๑๐	พร.			

ประเด็นยุทธศาสตร์ ปี ๒๕๖๘	เป้าประสงค์ ปี ๒๕๖๘	แผนงาน/โครงการ ปี ๒๕๖๘	ลำดับ ต.ว.	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๘	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๘	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	ความเชื่อมโยง		
				๓๙.๒ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA๑c อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง	> ร้อยละ ๗๐	พร.			
				๓๙.๓ ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด	อย่างน้อย ร้อยละ ๒๐ ของ รพ. ทั้งหมด	พร.			
		๒๘. โครงการยกระดับการพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ สู่เป้าหมายจังหวัดสุขภาพดีประชาชนมีอายุยืนยาว	๔๐	ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์การยกระดับการพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ สู่เป้าหมายจังหวัดสุขภาพดีประชาชนมีอายุยืนยาว ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๘๐	พษ.			
		แผนงานที่ ๑๒ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ							
		๒๙. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง	๔๑	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน**	ระดับ ๗๘.๒%/ระดับ ๖๘.๔๒%	ประกันฯ			
		๔๑.๑ ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ ๗	≤ ร้อยละ ๒	ประกันฯ					
		๔๑.๒ ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ ๖	≤ ร้อยละ ๔	ประกันฯ					
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕ Health-Related Economy Excellence (๑ แผนงาน ๒ โครงการ ๓ ตัวชี้วัด)		แผนงานที่ ๑๓ : อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย							
		๓๐. โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์	๔๒	อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการมาตรฐานตามที่กำหนด**	ร้อยละ ๒๐	แผนไทย			
			๔๓	อัตราการขยายตัวของกลุ่มอุตสาหกรรมการแพทย์และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Proxy : ร้อยละสถานประกอบการมีศักยภาพในการแข่งขันด้านอุตสาหกรรมการบริการทางการแพทย์)**	ร้อยละ ๑๐ (เป้าหมาย ๑แห่ง)	แผนไทย			
		๓๑. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ	๔๔	๔๔.๑ ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต** (ไม่น้อยกว่า ๑๖๐ รายการ)	ร้อยละ ๙๐	ค.ส.	๑๖๐ ปี		
๔๔.๒ ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์ความสำเร็จของการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๑๐๐			ค.ส.	๑๖๐ ปี				

หมายเหตุ

- (๑) ** หมายถึง ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขปี ๒๕๖๘
(๒) ปี ๒๕๖๘ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด : มี ๕ ประเด็นยุทธศาสตร์ จำนวน ๑๒ แผนงาน ๒๘ โครงการ ๓๕ ตัวชี้วัด
(๓) ปี ๒๕๖๘ จังหวัดมหาสารคามกำหนด : มี ๕ ประเด็นยุทธศาสตร์ จำนวน ๑๓ แผนงาน ๓๑ โครงการ ๔๔ ตัวชี้วัด

ส่วนที่ ๒

House Model/Small success
ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพ
จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๘



House Model

ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๘
(๕ Excellence ๑๓ แผนงาน ๓๑ โครงการ ๔๔ ตัวชี้วัด)

วันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

- ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence : PP&P Excellence)
- ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
- ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)
- ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
- ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕ ด้านเศรษฐกิจสุขภาพเป็นเลิศ (Health-Related Economy Excellence)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑

ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence : PP&P Excellence)
(๔ แผนงาน ๖ โครงการ ๑๖ ตัวชี้วัด)

แผนงานที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

แผนงานที่ ๒ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

แผนงานที่ ๓ การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

แผนงานที่ ๔ การยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส และวาระจังหวัดมหาสารคาม ๑๖๐ ปี



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑

ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence : PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๑

การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการที่ ๒ การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชากร

การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

ตั้งครรภ์คุณภาพ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	<p>๑. อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๑๖ ต่อแสนการเกิดมีชีพ * PP&P Excellence</p> <p>๒. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วันไม่เกิน ๓.๖ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ *Service Excellence</p>			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	<p>ปี ๒๕๖๗ อัตราการตายมารดา ๒๖.๑ คลอดก่อนกำหนดร้อยละ ๑๐.๘ อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน ร้อยละ ๓.๑๓ ANC ๓,๘๒๐ คน พบใช้สาร Amphetamine ๙๗ คน (๒.๕๔%) ANC ก่อน ๑๒ สัปดาห์ ร้อยละ ๘๕.๘๗ ANC คุณภาพร้อยละ ๘๐.๓๖ ทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ร้อยละ ๕.๙๑ เด็ก ๐-๖ เดือน กินนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ ๕๐.๗๔ หญิงวัยเจริญพันธุ์ต้องการมีบุตร ๘๖ ราย ตั้งครรภ์สำเร็จ ๒ ราย</p>			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	<p><u>มาตรการที่ ๑</u></p> <p>Building Capacity Node /Province Strengthening</p>	<p><u>มาตรการที่ ๒</u></p> <p>Health Literacy MCH Board/Life Style Medicine</p>	<p><u>มาตรการที่ ๓</u></p> <p>Information & Evaluation System</p>	
กิจกรรมหลัก	<p>๑. ยกระดับการป้องกัน Preterm</p> <p>๒. ยกระดับ OPOL ภายใต้มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กในสถานพยาบาล พัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่าย</p>	<p>๑. HL Warning Sign, Near Miss หญิงตั้งครรภ์ทั้งปกติและวิกฤติ ผ่าน MCH B, Node, อสม.</p> <p>๒. นำเวชศาสตร์วิถีชีวิตมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ต้องการมีบุตร ANC และหลังคลอด</p>	<p>• MCH Board • Node • Province • พชอ</p> <p>Individual care plan ป้องกันมารดาเสียชีวิต</p>	
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/รพท.	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/รพท.	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/รพท.	
ระดับ ความสำเร็จ	<p><u>Small Success รอบ ๓ เดือน</u></p> <p>๑. ถ่ายทอดนโยบายและพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่าย</p> <p>๒. มีแนวทางปฏิบัติด้านงานอนามัยแม่และเด็ก</p> <p>๓. นิเทศกำกับ Coaching</p>	<p><u>Small Success รอบ ๖ เดือน</u></p> <p>๑. นิเทศกำกับตามแนวทางเขตสุขภาพที่ ๗</p> <p>๒. ซ้อมแผนปฏิบัติการดูแลภาวะวิกฤติ มารดาทารก</p> <p>๓. Coaching on the job training</p> <p>๔. MDSR ร่วมกับเขตสุขภาพที่ ๗</p>	<p><u>Small Success รอบ ๙ เดือน</u></p> <p>๑. MDSR ร่วมกับเขตสุขภาพที่ ๗</p> <p>๒. กำกับติดตามข้อมูลการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง</p>	<p><u>Small Success รอบ ๑๒ เดือน</u></p> <p>๑. อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๑๖ ต่อแสนการเกิดมีชีพ*</p> <p>๒. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วันไม่เกิน ๓.๖ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ*</p>

การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) เด็กปฐมวัยมหาสารคาม พัฒนาการสมวัย ปราศจากขีด

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	<p>๑. ร้อยละ ๙๐ ของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปีมีพัฒนาการสมวัย* ๒. ร้อยละ ๗๐ ของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน</p> <p>๓. ร้อยละ ๘๐ เด็กอายุ ๖ เดือน- ๕ ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ๔. ร้อยละ ๗๐ ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ</p>			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	<p>พัฒนาการเด็กอายุ ๐-๕ ปี พบเด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๘๕.๔๘ โดยมีความครอบคลุมในการคัดร้อยละ ๘๖.๙๒, ค้นพบเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ ๒๘.๑๙, เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม ๙๕.๑๕, เด็ก ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๗๒.๘๐, เด็ก ๐-๕ ปี โดยเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง ร้อยละ ๘๓.๙๓ และเด็ก ๖ เดือน-๕ ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ ๖๐</p>			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	<p>มาตรการที่ ๑ ยกระดับการขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการอย่างยั่งยืน</p>	<p>มาตรการที่ ๒ ยกระดับมาตรฐานงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยอย่างมีคุณภาพ</p>	<p>มาตรการที่ ๓ พัฒนากลไกการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยและป้องกันโรคที่มีคุณภาพ</p>	
กิจกรรมหลัก	<p>๑. ประชุมชี้แจงการดำเนินงานโดยบูรณาการภาคีเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายผ่านคณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด พชจ.พชอ.และ กสพ.</p> <p>๒. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดำเนินงานในพื้นที่ผ่านกลไกตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน</p>	<p>๑. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับด้านพัฒนาการ โภชนาการ การควบคุมภาวะโลหิตจาง และสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ</p> <p>๒. หน่วยบริการทุกระดับจัดบริการคลินิก WCC คุณภาพ</p> <p>๓. สนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ต้นแบบการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย และสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐาน</p>	<p>๑. พัฒนางค์ความรู้ สื่อสาร ประชาสัมพันธ์การใช้ Application ๙ อย่าง เพื่อสร้างลูกให้กับครอบครัว ชุมชน ในพื้นที่</p> <p>๒. สร้างความเข้มแข็ง และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน ในการส่งเสริมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย</p> <p>๓. เฝ้าระวัง กำกับ ประเมินการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย</p>	
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม			
ระดับ ความสำเร็จ	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๓ เดือน</p> <p>๑. มีแผนการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการโภชนาการภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย</p> <p>๒. เด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๖๐</p> <p>๓. เด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๔๐</p> <p>๔. เด็กอายุ ๖ เดือน- ๕ ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ ๕๐</p> <p>๕. สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ร้อยละ ๔๐</p>	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๖ เดือน</p> <p>๑. เด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๗๐</p> <p>๒. เด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๕๐</p> <p>๓. เด็กอายุ ๖ เดือน- ๕ ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ ๖๐</p> <p>๔. สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ร้อยละ ๕๐</p>	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๙ เดือน</p> <p>๑. เด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๘๐</p> <p>๒. เด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๖๐</p> <p>๓. เด็กอายุ ๖ เดือน- ๕ ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ ๗๐</p> <p>๔. สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ร้อยละ ๖๐</p>	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๑๒ เดือน</p> <p>๑. เด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๙๐</p> <p>๒. เด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๗๐</p> <p>๓. เด็กอายุ ๖ เดือน- ๕ ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ ๘๐</p> <p>๔. สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ร้อยละ ๗๐</p>

การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

เด็กวัยเรียน ๖-๑๔ ปี มหาสารคาม รอบรู้สุขภาพ เก่ง ดี มีทักษะ แข็งแรง ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	<p>๑. เด็ก ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๖๘</p> <p>๒. โรงเรียนพัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ ๓๐</p>			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	<p>จังหวัดมหาสารคาม ในปี ๒๕๖๗ พบว่า มีเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน ๗๐.๖๕% เริ่มอ้วนและอ้วน ๘% เตี้ย ๕% ผอม ๓.๖๑% มีการพัฒนา โรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ผ่านการรับรองจากกรมอนามัยแล้ว ๒๙.๔๔% นักเรียนได้รับการคัดกรองสายตาเบื้องต้น ๘๕.๑๑%</p>			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	<p>มาตรการที่ ๑</p> <p>ยกระดับการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาศักยภาพเด็กไทย ในศตวรรษที่ ๒๑</p>	<p>มาตรการที่ ๒</p> <p>ยกระดับการพัฒนาองค์ความรู้ และนวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เด็กวัยเรียน</p>	<p>มาตรการที่ ๓</p> <p>กำกับ ติดตาม และสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ เด็กวัยเรียน</p>	
กิจกรรมหลัก	<p>เสริมสร้างความเข้มแข็งและพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย ในการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน</p>	<p>๑. ส่งเสริมและพัฒนากลไกในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล</p> <p>๒. ส่งเสริมการสร้างมูลค่านวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน</p>	<p>กำกับ ติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง และสนับสนุนการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน</p>	
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม			
ระดับ ความสำเร็จ	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๓ เดือน</p> <p>๑. ขับเคลื่อนและชี้แจงคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนจังหวัดมหาสารคาม</p> <p>๒. ขับเคลื่อนและสร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ</p> <p>๓. ขับเคลื่อนและสร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล</p> <p>๔. ขับเคลื่อนการส่งเสริมการจัดการอาหารและโภชนาการของเด็กวัยเรียน</p>	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๖ เดือน</p> <p>๑. โรงเรียนพัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ ๒๐</p> <p>๒. โรงเรียนเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล ๑๓ แห่ง และเริ่มประเมินตนเอง ๖ แห่ง</p> <p>๓. จัดประกวดโครงงานสุขภาพนักเรียน</p> <p>๔. จัดกิจกรรม ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย เพื่อเด็กวัยเรียนสูงดี สมส่วน แข็งแรง</p> <p>๕. พัฒนาระบบการและต้นแบบโรงเรียนที่มีศักยภาพในด้านอาหารและภาวะโภชนาการ</p>	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๙ เดือน</p> <p>๑. โรงเรียนพัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ ๒๕</p> <p>๒. โรงเรียนเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล ๑๓ แห่ง และเริ่มประเมินตนเอง ๙ แห่ง</p> <p>๓. นักเรียนได้รับการคัดกรองสายตาเบื้องต้น ร้อยละ ๘๐ (เทอม ๑ ของปีการศึกษา)</p> <p>๔. มีการดำเนินกิจกรรมใน Health station at school โรงเรียนละ ๑๐๐ คน</p>	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๑๒ เดือน</p> <p>๑. โรงเรียนพัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ ๓๐</p> <p>๒. โรงเรียนเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล ๑๓ แห่ง และมีโรงเรียนผ่านการรับรองเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล เป็นต้นแบบในจังหวัด</p> <p>๓. เด็กอายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๖๘</p> <p>๔. Health station at school ๒ แห่ง</p>

การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
เด็กไทยในศตวรรษที่ ๒๑ เก่ง ดี มีทักษะ แข็งแรง ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	๑. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ไม่เกิน ๑๙.๕ ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ปี พันคน ๒. ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี ไม่เกินร้อยละ ๑๒.๕			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลสถานการณ์ งานวิจัยรุ่น ปี ๒๕๖๗ พบว่า อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี เท่ากับ ร้อยละ ๐.๑๕ อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๐-๑๔ ปี เท่ากับ ร้อยละ ๑๑.๒๗ ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี เท่ากับ ๑๒.๕๐ และร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ที่ได้รับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern Methods) หลังคลอดหรือหลังแท้ง เท่ากับ ร้อยละ ๕๒.๖๕			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ ๑ มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและสร้างความรอบรู้เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์	มาตรการที่ ๒ มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและสร้างความรอบรู้เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์	มาตรการที่ ๓ มีการใช้ข้อมูลเฝ้าระวังด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มประชากรวัยเจริญพันธุ์เพื่อการแก้ไขปัญหา/ผลักดันกฎหมายนโยบาย	
กิจกรรมหลัก	การขับเคลื่อนพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙ จังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗	การพัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนในโรงพยาบาล (YFHS) และมาตรฐานการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ (RHD) ปี ๒๕๖๗	พัฒนาศักยภาพการให้คำปรึกษาทางเลือกสตรีที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการคุมกำเนิดแก่บุคลากรในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม	
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	
ระดับ ความสำเร็จ	<p style="text-align: center;"><u>Small Success รอบ ๓ เดือน</u></p> <p>๑. ขับเคลื่อนและสร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น</p> <p>๒. ประชุมอนุกรรมการการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙</p>	<p style="text-align: center;"><u>Small Success รอบ ๖ เดือน</u></p> <p>๑. มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและสร้างความรอบรู้เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์</p> <p>๒. โรงพยาบาลผ่านการประเมินรับรองมาตรฐาน YFHS สละสมไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐</p> <p>๓. ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานRHD สละสมไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐</p>	<p style="text-align: center;"><u>Small Success รอบ ๙ เดือน</u></p> <p>๑. เยี่ยมเสริมพลังร่วมกับการประเมินรับรองมาตรฐานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ (RHD) และการประเมินมาตรฐานสถานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS)</p> <p>๒. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี <๑๙.๕ ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี พันคน</p> <p>๓. ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี < ร้อยละ๑๒.๕</p>	<p style="text-align: center;"><u>Small Success รอบ ๑๒ เดือน</u></p> <p>๑. ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง</p> <p>๒. โรงพยาบาลผ่านการประเมินรับรองมาตรฐาน YFHS สละสมไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐</p> <p>๓. ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานRHD สละสมไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗</p>

การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
วัยทำงานหนุ่มดี สุขภาพดี มีความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	<p>๑. อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป $\geq ๘๒\%$ *</p> <p>๒. ร้อยละของวัยทำงาน อายุ ๑๙-๕๙ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ $\geq ๖๒\%$</p>				
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	<p>จังหวัดมหาสารคาม มีประชากรวัยทำงาน จำนวน ๓๕๖,๐๒๘ คนและมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ ปกติ ร้อยละ ๕๕.๑ และจากข้อมูลการสำรวจความรอบรู้ ปี ๒๕๖๗ พบว่า ประชาชน มีความรอบรู้ ร้อยละ ๙๖.๖ และข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ครบทั้ง ๔ ด้าน เท่ากับ ร้อยละ ๔๐.๗</p>				
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	<p>มาตรการที่ ๑ สร้างกลไกความร่วมมือในการขับเคลื่อนดำเนินงาน</p>	<p>มาตรการที่ ๒ พัฒนาศักยภาพเครือข่าย</p>	<p>มาตรการที่ ๓ ติดตามและประเมินผล</p>		
กิจกรรมหลัก	<p>๑. ประชุมชี้แจงแนวทางขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์</p> <p>๒. สร้างความเข้าใจผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ เรื่อง การดำเนินการในระบบ “สาสุขอุ่นใจ”</p> <p>๓. สื่อสารการเข้าถึงข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และความรอบรู้สุขภาพ</p>	<p>๑. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์</p> <p>๒. พัฒนาศักยภาพเครือข่าย ในการดำเนินงาน ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการประเมินความรอบรู้ในระบบ “สาสุขอุ่นใจ”</p> <p>๓. ส่งเสริมการดำเนินงานสร้างความรอบรู้และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์</p>	<p>๑. ส่งเสริมสนับสนุนวงการดำเนินงานส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเชื่อมโยงการดำเนินงานชุมชนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ</p> <p>๒. ประเมินผลการดำเนินงานและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชาชน</p> <p>๓. มอบรางวัลเชิดชูเกียรติ แก่พื้นที่ชุมชนรอบรู้ต้นแบบ</p>		
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
ระดับ ความสำเร็จ	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๓ เดือน</p> <p>๑. จัดทำแผนแนวทางพัฒนางานส่งเสริมความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์</p> <p>๒. ประชุมชี้แจงขับเคลื่อนการดำเนินงาน</p> <p>๓. ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพบุคลากร</p>	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๖ เดือน</p> <p>๑. ชุมชนมีการดำเนินงานความรอบรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์</p> <p>๒. ประชาชนมีความรอบรู้สุขภาพ ≥ ๗๐</p> <p>๓. วัยทำงาน อายุ ๑๙-๕๙ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ \geq ร้อยละ ๕๕</p>	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๙ เดือน</p> <p>๑. หน่วยงานทำการประเมินความรอบรู้ ของประชาชนในระบบ “สาสุขอุ่นใจ”</p> <p>๒. ประชาชนมีความรอบรู้สุขภาพ \geq ร้อยละ ๘๐</p> <p>๓. วัยทำงาน อายุ ๑๙-๕๙ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ \geq ร้อยละ ๖๐</p>	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๑๒ เดือน</p> <p>๑. เยี่ยมเสริมพลังและกำกับติดตาม</p> <p>๒. ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ \geq ร้อยละ ๗๐</p> <p>๓. ประชาชนมีความรอบรู้สุขภาพ \geq ร้อยละ ๘๒</p> <p>๔. วัยทำงาน อายุ ๑๙-๕๙ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ \geq ร้อยละ ๖๒</p>	

การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

ผู้สูงอายุ และพระสงฆ์ ดำรงชีวิตประจำวันด้วยตนเองได้ อายุยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	๑. ผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ ๙๔.๕ ๒. รพ.มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ ๕๐ ๓. ภูมิชีวาภิบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ ๓๐			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	๑) ผู้สูงอายุได้รับการประเมิน ADL ร้อยละ ๖๐.๘๒ ๒) ผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ ๙๕.๓๖ ๓) มีชมรมผู้สูงอายุ ๑๔๒ แห่ง/ด้านสุขภาพ ๕๒ แห่ง ๔) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลตามแผนส่งเสริมสุขภาพดี ร้อยละ ๓๓.๔ ๕) ตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๑๐๐ ๕) ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงระบบบริการและได้รับการเยี่ยมบ้านตามชุดสิทธิประโยชน์ ร้อยละ ๙๗.๕๖ ๖) คลินิกผู้สูงอายุใน รพ.ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ ๑๐๐ ๗) ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง เสี่ยงต่อสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษา ในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ ๙๙.๗๔ ๘) ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง เสี่ยงต่อหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ ๙๕.๒๘ ๙) มีภูมิชีวาภิบาล ๑๘ แห่ง (ทุกพบว่ามีอำเภอ) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ๔ แห่ง			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ ๑ ขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุ (Active ageing) /HL/Lifestyle Medicine	มาตรการที่ ๒ ๑. พัฒนาระบบการคุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุ และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ๒. พัฒนาระบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ	มาตรการที่ ๓ ๑. ส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพของพระสงฆ์ สามเณร ชี ๒. ยกระดับวัดส่งเสริมสุขภาพ/ภูมิชีวาภิบาล	
กิจกรรมหลัก	๑. ประเมินคัดกรอง/เฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ ๒. สร้าง HL ดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน/ส่งเสริมสุขภาพผ่านชมรมผู้สูงอายุ ๓. ส่งเสริมผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามแนวทาง LM ๔. ยกระดับชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ /ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและผู้พิการ ร่วมกับภาคีเครือข่ายท้องถิ่น ๕.พัฒนาศักยภาพผู้นำชมรมผู้สูงอายุ	๑. ส่งเสริมการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง LTC ที่บ้านและชุมชน ๒. พัฒนาศักยภาพ CM CG และผู้ดูแลผู้สูงอายุ เชื่อมโยงการดูแลกับสถานชีวาภิบาล ในชุมชน และคลินิกผู้สูงอายุ ๓. บูรณาการความร่วมมือภาคีเครือข่าย ๔. ยกระดับคลินิกผู้สูงอายุ และดูแลรักษากลุ่มเสี่ยงต่อสมองเสื่อม/ลัดตกหกล้ม	๑. พัฒนาสุขภาพตามหลักศาสนา /สร้าง HL ดูแลสุขภาพ ๒. พัฒนาระบบฐานข้อมูลศาสนสถานและสุขภาพพระสงฆ์ ๓. ยกระดับวัดส่งเสริมสุขภาพ/ภูมิชีวาภิบาล เป็น Health Station @ Temple/รร.เบาหวาน ในวัด ๔. ยกระดับภูมิชีวาภิบาลผ่านเกณฑ์/ขึ้นทะเบียนมาตรา ๓ (สปสช.) ๕. พัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ ดูแลส่งเสริมสุขภาพ พระสงฆ์อาพาธ และผู้สูงอายุ	
ผู้รับผิดชอบ	สสจ./อบจ./รพ./สสอ./รพ.สต./อปท.	สสจ./อบจ./สจจ./สกร./รพ./สสอ./รพ.สต./อปท.	สสจ./อบจ./พศจ./วัด/รพ./สสอ./รพ.สต./อปท.	
ระดับ ความสำเร็จ	Small Success รอบ ๓ เดือน ๑. ถ่ายทอดนโยบาย/ประชุมชี้แจงการดำเนินงาน ๒. จัดทำแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ระดับจังหวัด/อำเภอ ๓. มีแนวทางการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุและพระสงฆ์	Small Success รอบ ๖ เดือน ๑. มีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านผู้สูงอายุและพระสงฆ์ในพื้นที่ ๒. พัฒนาศักยภาพบุคลากร/ภาคีเครือข่าย ๓. ผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ ๙๐ ๔. รพ.มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ ๕๐ ๕. ภูมิชีวาภิบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ ๒๒	Small Success รอบ ๙ เดือน ๑. ผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ ๙๐ ๒. รพ.มีคลินิกผู้สูงอายุ ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ ๕๐ ๓. ภูมิชีวาภิบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ ๒๕	Small Success รอบ ๑๒ เดือน ๑. ผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ ๙๔.๕ ๒. รพ.มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ ๕๐ ๓. ภูมิชีวาภิบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ ๓๐

ยกระดับ พขอ. ให้เป็นกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระดับพื้นที่ เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์

ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ ภายใต้บริบทการถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในสังกัด สสจ.มหาสารคาม ให้กับ อบจ.มหาสารคาม

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ ๑๐๐			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	<p>๑. ผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคามและคณะกรรมการ พชจ. นโยบายและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗-๒๕๗๐ เมื่อวันที่ ๒๕ เม.ย. ๖๗ (๑. คนมหาสารคามทุกช่วงวัยคุณภาพชีวิตดีมีอายุยืนยาว ๒. มหาสารคามเมืองน่าอยู่สู่จังหวัดสุขภาพดี (Healthy Province) (เมืองปลอดภัย เมืองสะอาด เมืองสีเขียว และเมืองแห่งอำเภอสุขภาพดี) ๓. การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กเพื่อเด็กอัจฉริยะและมีทักษะชีวิตอายุยืน))</p> <p>๒. ผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม จังหวัดสุขภาพดีด้วย ๓๐. ๔๕. เมื่อวันที่ ๒๖ ก.ย.๖๗ มุ่งสู่จังหวัดสุขภาพดี ขับเคลื่อน ด้วย ๑๙ ตัวชี้วัด (๗ พ.ย.๖๗)</p> <p>๓. ผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคามประกาศวาระจังหวัด ๑๖๐ ปี เมืองมหาสารคามด้านสุขภาพ จำนวน ๑๖ ตัวชี้วัด (๖ พ.ย.๖๗)</p>			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	<p>มาตรการที่ ๑</p> <p>ยกระดับกลไกการดำเนินงานปฐมภูมิ/ สร้างกลไกขับเคลื่อนที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพขับเคลื่อนจังหวัดสุขภาพดี</p>	<p>มาตรการที่ ๒</p> <p>๑. ยกระดับคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน ๒. ขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอด้วยกลไกภาคประชาชนและท้องถิ่นพร้อมทั้ง กปท. แบบบูรณาการ ให้สอดคล้องกับประเด็น พขอ.</p>	<p>มาตรการที่ ๓</p> <p>เสริมสร้างศักยภาพพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างมั่นคงและยั่งยืน สู่เป้าหมายจังหวัดสุขภาพดีและเฉลิมฉลอง ๑๖๐ ปี เมืองมหาสารคามด้านสุขภาพ</p>	
กิจกรรมหลัก	<p>๑. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ตามระเบียบสำนักนายกฯ อย่างโปร่งใสเป็นธรรมและมีส่วนร่วม ทุกภาคส่วนในบริบทการถ่ายโอนปฐมภูมิ</p> <p>๒. จัดประชุมแบบมีส่วนร่วมขับเคลื่อนจังหวัดสุขภาพดี</p>	<p>๑. บริหารจัดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอแบบบูรณาการและมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน มีรูปแบบการบูรณาการที่เป็นรูปธรรมชัดเจน โดยใช้ กปท./คก.พระราชดำริของหมู่บ้าน เป็นระบบสนับสนุน</p>	<p>๑. ประเมินผลการดำเนินงานตามบริบทในพื้นที่ ด้วย UCCARE ๒. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติที่ดี (Best Practice) ในระดับตำบลสู่อำเภอสุขภาพดีและจังหวัดสุขภาพดี ๓. สรุปผลการดำเนินงาน/แลกเปลี่ยนเรียนรู้และเสริมพลังสู่จังหวัดสุขภาพดี</p>	
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ			
ระดับ ความสำเร็จ	<p>Small Success รอบ ๓ เดือน</p> <p>๑. มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ที่เป็นปัจจุบันและครอบคลุมระบบบริการปฐมภูมิแลทุติยภูมิ</p> <p>๒. จัดประชุมแบบมีส่วนร่วม/คัดเลือกประเด็นที่สอดคล้องกับ นโยบาย พชจ. และจังหวัดสุขภาพดีอย่างครบถ้วนเพื่อวางแผนพัฒนา/แก้ไขปัญหา โดยบันทึกข้อมูลในโปรแกรม CL UCCARE</p>	<p>Small Success รอบ ๖ เดือน</p> <p>๑. มีการประชุมของคณะกรรมการ พขอ. ติดตามงานพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกเดือน</p> <p>๒. มีการดำเนินการ/การบริหารจัดการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยการบูรณาการทรัพยากร (คน เงิน (กปท./คก.พระราชดำริของหมู่บ้าน) ของ ความรู้ ข้อมูล) ที่เป็นรูปธรรมชัดเจนและมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน</p>	<p>Small Success รอบ ๙ เดือน</p> <p>๑. มีการเยี่ยมเสริมพลังของ พขอ. ครบทุกตำบล</p> <p>๒. บันทึกผลการดำเนินงาน ผ่านโปรแกรม Cockpit พขอ. ครบทุกตัวชี้วัด</p> <p>๓. ประเมินตนเอง ผ่านโปรแกรม CL UCCARE (ภายใต้กลไก UCCARE)</p>	<p>Small Success รอบ ๑๒ เดือน</p> <p>๑. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติที่ดี (Best Practice) ในระดับตำบล อย่างน้อย จำนวน ๒ เรื่อง</p> <p>๒. สรุปและถอดบทเรียนเพื่อการพัฒนาให้มีความต่อเนื่องและบรรลุตามเป้าหมาย</p> <p>๓. มีการสรุปผลการดำเนินการทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น</p> <p>๔. ทุก พขอ. ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด จังหวัดสุขภาพดี ๓๐๔๕ และวาระจังหวัด ๑๖๐ปี เมืองมหาสารคามด้านสุขภาพ</p>

การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
วัยทำงานหุนดี สุขภาพดี มีความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	<p>๑. อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป $\geq ๘๒\%$ *</p> <p>๒. ร้อยละของวัยทำงาน อายุ ๑๙-๕๙ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ $\geq ๖๒\%$</p>				
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	<p>จังหวัดมหาสารคาม มีประชากรวัยทำงาน จำนวน ๓๕๖,๐๒๘ คน และมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ ปกติ ร้อยละ ๕๕.๑ และจากข้อมูลการสำรวจความรอบรู้ ปี ๒๕๖๗ พบว่า ประชาชนมีความรอบรู้ ร้อยละ ๙๖.๖ และข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ครบทั้ง ๔ ด้าน เท่ากับร้อยละ ๔๐.๗</p>				
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	<p>มาตรการที่ ๑ สร้างกลไกความร่วมมือในการขับเคลื่อนดำเนินงาน</p>	<p>มาตรการที่ ๒ พัฒนาศักยภาพเครือข่าย</p>	<p>มาตรการที่ ๓ ติดตามและประเมินผล</p>		
กิจกรรมหลัก	<p>๑. ประชุมชี้แจงแนวทางขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์</p> <p>๒. สร้างความเข้าใจผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ เรื่องการดำเนินการในระบบ “สาสุขอุ่นใจ”</p> <p>๓. สื่อสารการเข้าถึงข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และความรอบรู้สุขภาพ</p>	<p>๑. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์</p> <p>๒. พัฒนาศักยภาพเครือข่าย ในการดำเนินงาน ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการประเมินความรอบรู้ในระบบ “สาสุขอุ่นใจ”</p> <p>๓. ส่งเสริมการดำเนินงานสร้างความรอบรู้และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์</p>	<p>๑. ส่งเสริมสนับสนุนวงการค้าดำเนินงานส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเชื่อมโยงการดำเนินงานชุมชนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ</p> <p>๒. ประเมินผลการดำเนินงานและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชาชน</p> <p>๓. มอบรางวัลเชิดชูเกียรติ แก่พื้นที่ชุมชนรอบรู้ต้นแบบ</p>		
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
ระดับ ความสำเร็จ	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๓ เดือน</p> <p>๑. จัดทำแผนแนวทางพัฒนางานส่งเสริมความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์</p> <p>๒. ประชุมชี้แจงขับเคลื่อนการดำเนินงาน</p> <p>๓. ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพบุคลากร</p>	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๖ เดือน</p> <p>๑. ชุมชนมีการดำเนินงานความรอบรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์</p> <p>๒. ประชาชนมีความรอบรู้สุขภาพ ≥ ๗๐</p> <p>๓. วัยทำงาน อายุ ๑๙-๕๙ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ $\geq ๕๕\%$</p>	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๙ เดือน</p> <p>๑. หน่วยงานทำการประเมินความรอบรู้ของประชาชนในระบบ “สาสุขอุ่นใจ”</p> <p>๒. ประชาชนมีความรอบรู้สุขภาพ \geq ร้อยละ ๘๐</p> <p>๓. วัยทำงาน อายุ ๑๙-๕๙ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ \geq ร้อยละ ๖๐</p>	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๑๒ เดือน</p> <p>๑. เยี่ยมเสริมพลังและกำกับติดตาม</p> <p>๒. ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ \geq ร้อยละ ๗๐</p> <p>๓. ประชาชนมีความรอบรู้สุขภาพ \geq ร้อยละ ๘๒</p> <p>๔. วัยทำงาน อายุ ๑๙-๕๙ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ \geq ร้อยละ ๖๒</p>	

โครงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชากร

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	<p>๑. ระดับความรู้สุขภาพของประชาชนเรื่องโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕</p> <p>๒. ระดับความรู้ความเข้าใจ ในการป้องกันควบคุมโรคฝีดาษวานร (MPOX) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕</p>			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	<p>- การวัดระดับความรู้สุขภาพของประชาชนเรื่องโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ เป็นตัวชี้วัดใหม่ ยังไม่มีการจัดเก็บข้อมูลในระดับจังหวัด ใช้การวัดจาก Base line ระดับประเทศ โดยในปี ๒๕๖๗ กระทรวงกำหนดเป้าหมายความรู้ ร้อยละ ๕๕ ผลการประเมินพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ระดับเพียงพอขึ้นไป ร้อยละ ๔๘.๑๘</p> <p>- สถานการณ์ โรคฝีดาษวานร (MPOX) ในจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗ พบผู้ป่วยรวม ๓ ราย (ปัสะ ๑ ราย) เป็นเพศหญิง ๑ ราย MSM ๒ ราย</p>			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	<p>มาตรการที่ ๑ ค้นหากลุ่มเป้าหมายเชิงรุกโดยบูรณาการ ร่วมงานเอชไอวีและกลุ่ม NGOs ในพื้นที่</p>	<p>มาตรการที่ ๒ สื่อสารประชาสัมพันธ์โรคฝีดาษวานรใน กลุ่มเป้าหมาย (MSM) ในพื้นที่</p>	<p>มาตรการที่ ๓ ส่งเสริมสนับสนุนการเพิ่มความรู้สุขภาพ ของประชาชนเรื่องโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ</p>	
กิจกรรมหลัก	<p>๑. กำหนดกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่พบการระบาดค่อนข้างสูง ได้แก่ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย</p> <p>๒. สนับสนุนสื่อ/link สำหรับสื่อสารและประชาสัมพันธ์ ให้แก่ประชาชนและกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่</p>	<p>๑. สื่อสารประชาสัมพันธ์ในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น กลุ่มชายรักชายให้รู้จักโรคฝีดาษวานรและป้องกันตนเอง</p> <p>๒. เพิ่มการเข้าถึงบริการในคลินิกให้บริการกลุ่มเสี่ยง (MSM)</p> <p>๓. ร่วมกับ NGOs ในพื้นที่ จัดเก็บข้อมูลในคลินิกให้บริการ</p>	<p>๑. พัฒนาระบบการจัดเก็บ/การสังเคราะห์ข้อมูล ความรู้</p> <p>๒. รายงานผลการประเมินความรู้ให้กับพื้นที่</p> <p>๓. พัฒนารูปแบบการเพิ่มความรู้ในกลุ่มเป้าหมาย เฉพาะ</p>	
ผู้รับผิดชอบ				
ระดับ ความสำเร็จ	<p style="text-align: center;"><u>Small Success รอบ ๓ เดือน</u></p> <p>๑. ทุกอำเภอมีกลุ่มเป้าหมายกลุ่ม MSM</p> <p>๒. มีกิจกรรมสื่อสารและประชาสัมพันธ์ ให้แก่ประชาชนและกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่</p>	<p style="text-align: center;"><u>Small Success รอบ ๖ เดือน</u></p> <p>๑. ร้อยละ ๘๐ ของกลุ่มเป้าหมายได้รับการประเมินความรู้</p> <p>๒. ร้อยละ ๕๐ ของกลุ่มเป้าหมาย มีความรู้ระดับเพียงพอขึ้นไป</p> <p>๓. ร้อยละ ๑๐๐ ของหน่วยบริการประเมิน ตนเองตามมาตรฐาน STI/HIV Clinic</p>	<p style="text-align: center;"><u>Small Success รอบ ๙ เดือน</u></p> <p>๑. ร้อยละ ๙๐ ของกลุ่มเป้าหมายได้รับการประเมินความรู้</p> <p>๒. ร้อยละ ๖๐ ของกลุ่มเป้าหมาย มีความรู้ระดับเพียงพอขึ้นไป</p>	<p style="text-align: center;"><u>Small Success รอบ ๑๒ เดือน</u></p> <p>๑. ร้อยละ ๑๐๐ ของกลุ่มเป้าหมายได้รับการประเมินความรู้</p> <p>๒. ร้อยละ ๗๐ ของกลุ่มเป้าหมายมีความรู้ ระดับเพียงพอขึ้นไป</p> <p>๓. เกิดรูปแบบการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคฝีดาษวานร ในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ</p>



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑

ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence : PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๒

การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๓ การควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

EOC เป็นระบบรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินเพื่อลดความสูญเสียชีวิตและทรัพย์สิน

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	ตัวชี้วัด : ร้อยละอำเภอมผ่านเกณฑ์การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์ที่กำหนด เป้าหมาย : “ยกระดับการพัฒนาระบบ EOC ด้านการแพทย์และสาธารณสุข” โดยให้ทุกอำเภอในจังหวัดมหาสารคาม มีระบบงานด้านสุขภาพและระบบจัดการภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพที่ครบวงจร เพื่อยกระดับความมั่นคงด้านสุขภาพ สามารถตอบโต้ภาวะฉุกเฉินได้ทุกภัยอย่างรวดเร็ว เป็นระบบ มีความเป็นเอกภาพ มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย เพื่อปกป้องชีวิต สวัสดิภาพ และความเป็นอยู่ของประชาชน ด้วยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนแบบบูรณาการและยั่งยืน			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) เป็นตัวชี้วัดในแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๗๙) ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค เป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence) แผนงานที่ ๓ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โครงการที่ ๖ โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ ตัวชี้วัดระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Care System and Public Health Emergency Management)			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ ๑ ยกระดับการพัฒนาระบบปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน ให้สามารถรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เกิดจากโรคและภัยสุขภาพได้ โดยใช้ EOC Assessment Tool เป็นกรอบการประเมิน	มาตรการที่ ๒ พัฒนาระบบการบริหารจัดการ การเตรียมพร้อมเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพและทีมปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับอำเภอ	มาตรการที่ ๓ ทุกอำเภอมียุทธศาสตร์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และ ทีมตามร่องภารกิจ ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	
กิจกรรมหลัก	๑. แต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอ พร้อมฝังโครงสร้างการบัญชาการเหตุการณ์ สำหรับรองรับทุกภัย (All Hazard) ๒. มีการประเมินความเสี่ยงสาธารณสุขของพื้นที่ (Risk Assessment) ๓. จังหวัด/ทุกอำเภอใช้ EOC Assessment Tool ประเมินตนเอง และพัฒนายกระดับความพร้อม	๑. แผนเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน ได้แก่ แผนประกอบกิจการ (BCP), แผนปฏิบัติการเฉพาะโรค (Hazard specific Plan) ๒. ทุกร่องภารกิจมีมาตรฐานในการปฏิบัติงาน (SOP)	๑. พัฒนากำลังคนด้านการจัดการภาวะฉุกเฉิน ๒. พัฒนาระบบเฝ้าระวังให้เหมาะสมกับสถานการณ์ พัฒนามาตรการติดตามการปฏิบัติตามมาตรการ พัฒนาระบบเฝ้าระวัง พัฒนาระบบ Data Analytics	
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทุกอำเภอ			
ระดับ ความสำเร็จ	<p style="text-align: center;"><u>Small Success รอบ ๓ เดือน</u></p> <p>๑. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขของอำเภอ สำหรับรองรับทุกภัย (All Hazard) ๒. มีฝังโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ของอำเภอ ครบ ๓ องค์ประกอบหลัก ๓. มีการประเมินความเสี่ยงสาธารณสุขของพื้นที่ (Risk Assessment) และรายงานผลการประเมินความเสี่ยงสาธารณสุขของพื้นที่ ๔. ประเมินตนเองโดยใช้ EOC Assessment Tool ครั้งที่ ๑</p>	<p style="text-align: center;"><u>Small Success รอบ ๖ เดือน</u></p> <p>๑. จัดทำ/ปรับปรุงแผนประกอบกิจการ (BCP) ตามแบบฟอร์มกลาง เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉินตามความเสี่ยงของพื้นที่ ๒. มีแนวทางการปฏิบัติ (SOP) ของแต่ละร่องภารกิจ ๓. มีแผนงาน/โครงการ การฝึกซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามเสี่ยงของพื้นที่</p>	<p style="text-align: center;"><u>Small Success รอบ ๙ เดือน</u></p> <p>๑. จัดทำแผนปฏิบัติการเฉพาะโรค (Hazard specific Plan) รองรับภัยจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่อย่างน้อย ๑ โรค/ภัย ๒. พัฒนาศักยภาพในคำสั่ง EOC โดยการเข้ารับการอบรม หลักสูตร ICS ๑๐๐ (ผ่านระบบออนไลน์)</p>	<p style="text-align: center;"><u>Small Success รอบ ๑๒ เดือน</u></p> <p>๑. การฝึกซ้อมแผนในภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย ๒. ถอดบทเรียนและสรุปรายงานการฝึกซ้อมแผนในภาวะ ฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข ๓. ประเมิน EOC Assessment Tool ครั้งที่ ๒ (สสจ. ได้คะแนน >ร้อยละ ๙๐/สสอ.ได้คะแนน > ร้อยละ ๖๐)</p>

แผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ: DM/HT

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	ประชาชนรู้ตัวเลข รู้ความเสี่ยง รู้สถานะตนเอง (Know your number Know your risk Know your status) และสามารถจัดการตนเอง (Self management)		ตัวชี้วัด (KPI)	๑. ร้อยละประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง DM และ HT ($\geq ๙๐\%$) ๒. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย (DM = $\geq ๗๐\%$ /HT = $\geq ๘๕\%$) ๓. ร้อยละของผู้ป่วย DM รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง DM ($\leq ๑.๗๕\%$) ๔. ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT control ได้ (DM = ๕๐% , HT = ๗๕%) ๕. ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT ได้รับการค้นหา/คัดกรองโรคไตเรื้อรัง ($\geq ๘๐\%$) ๖. NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป ๑๐๐%
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๗ ความชุกDMเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๘.๔๙, ๘.๙๓, ๙.๑๕, ๙.๔๐, ๙.๗๖, ความชุกHTเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑๒.๐๙, ๑๒.๘๕, ๑๓.๓๒, ๑๓.๖๗, ๑๔.๔๐ ตามลำดับ New DM เพิ่มขึ้น ๖๓๘.๖๕, ๖๗๑.๒๑, ๗๐๑.๐๕, ๗๐๓.๙๐, ๗๒๒.๖๔ ต่อประชากรแสนคน, New HT เพิ่มขึ้น ๑๑๖๖.๐๔, ๑๒๕๖.๙๖, ๑๒๓๐.๙๕, ๑๑๙๙.๘๙, ๑๒๒๗.๐๓ ต่อประชากรแสนคน ปี ๒๕๖๗ DM Control = ร้อยละ ๓๒.๘๘ และ HT Control = ร้อยละ ๖๖.๑๒			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ ๑ สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการลดปัจจัยเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	มาตรการที่ ๒ พัฒนาศักยภาพบุคลากรและสร้างแกนนำด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	มาตรการที่ ๓ พัฒนาระบบบริหารจัดการและระบบการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	
กิจกรรมหลัก	๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ๒. ยกกระดับ Health Station และพัฒนาการใช้งาน App.SRR๗ ทุกหมู่บ้าน	๑. อบรม Case Management NCD ของโรงพยาบาล/รพ.สต. ๒. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย DM, HT ตามนโยบาย NCDs ดีได้ด้วยกลไก อสม. ๓. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน NCD	๑. จัดตั้ง NCD Remission Clinic ในหน่วยบริการทุกระดับ ๒. จัดตั้งศูนย์ห่างไกล NCDs (โรงเรียนเบทาหวานวิทยา) ทุกตำบล ๓. จังหวัดประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus เชื่อมโยง Clinic CKD ๔. จัดประชุมคณะกรรมการ NCDs Board/Service Plan สาขา NCD	
ผู้รับผิดชอบ	สสจ./ สสอ./ รพท./รพช./รพ.สต./ อบจ./อปท.	สสจ./ สสอ./ รพท./รพช./รพ.สต./ อบจ./อปท.	สสจ./ สสอ./ รพท./รพช./รพ.สต./ อบจ./อปท.	
ระดับ ความสำเร็จ	Small Success รอบ ๓ เดือน ๑. Health Station มีการใช้งาน App.SRR๗ ร้อยละ ๕๐ ของหมู่บ้าน ๒. รายงานสถานการณ์เฝ้าระวังการบริโภคเกลือและโซเดียม ระดับจังหวัดและอำเภอ ๓. ร้อยละประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง DM และ HT (\geq ร้อยละ ๘๐) ๔. จัดอบรม CM NCD ของโรงพยาบาล/รพ.สต. ๕. มี NCD Remission Clinic ในหน่วยบริการทุกระดับ ร้อยละ ๔๐ ๖. มีจัดตั้งศูนย์ห่างไกล NCDs (โรงเรียนเบทาหวานวิทยา) ร้อยละ ๔๐	Small Success รอบ ๖ เดือน ๑. Health Station มีการใช้งาน App.SRR๗ ร้อยละ ๗๐ ของหมู่บ้าน ๒. มีร้านอาหารที่ร่วมดำเนินการปรับเปลี่ยนสูตรอาหารลดเกลือและโซเดียม ๓. ร้อยละประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง DM และ HT (\geq ร้อยละ ๙๐) ๔. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย (DM = \geq ร้อยละ ๔๐/HT = \geq ร้อยละ ๕๐) ๕. มี NCD Remission Clinic ในหน่วยบริการทุกระดับ ร้อยละ ๖๐ ๖. มีจัดตั้งศูนย์ห่างไกล NCDs โรงเรียนเบทาหวานวิทยา ร้อยละ ๖๐	Small Success รอบ ๙ เดือน ๑. Health Station มีการใช้งาน App.SRR๗ ร้อยละ ๙๐ ของหมู่บ้าน ๒. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย (DM = \geq ร้อยละ ๖๐/HT = \geq ร้อยละ ๗๕) ๓. ผลการสำรวจความตระหนักรู้ความเสี่ยงการบริโภคเกลือและโซเดียม ๔. มี NCD Remission Clinic ในหน่วยบริการทุกระดับ ร้อยละ ๘๐ ๕. มีจัดตั้งศูนย์ห่างไกล NCDs (โรงเรียนเบทาหวานวิทยา) ทุกตำบล ร้อยละ ๘๐	Small Success รอบ ๑๒ เดือน ๑. Health Station มีการใช้งาน App.SRR๗ ร้อยละ ๑๐๐ ของหมู่บ้าน ๒. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย (DM = \geq ร้อยละ ๗๒/HT = \geq ร้อยละ ๙๐) ๓. มี NCD Remission Clinic ในหน่วยบริการทุกระดับ ร้อยละ ๑๐๐ ๔. มีจัดตั้งศูนย์ห่างไกล NCDs (โรงเรียนเบทาหวานวิทยา) ทุกตำบล ร้อยละ ๑๐๐ ๕. ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT control ได้ (DM = ร้อยละ ๕๐, HT = ร้อยละ ๗๕)

โครงการควบคุมโรคติดต่อ - HIV

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	๑. ร้อยละ ๙๕ ของผู้ติดเชื้อได้รับการวินิจฉัยและรู้สถานการณ์ติดเชื้อตนเอง ๒. ร้อยละ ๙๕ ของผู้ติดเชื้อที่รู้ว่าติดเชื้อแล้วได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ๓. ร้อยละ ๙๕ ของผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสามารถกดปริมาณไวรัสได้			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	สถานการณ์ปี ๒๕๖๗ (๑) ประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุกได้รับการค้นหา ลงทะเบียนและรับบริการเบื้องต้น (Reach) และได้รับการวินิจฉัย (รู้สถานะ) ร้อยละ ๙๗ (๒) ประชากรหลักได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีร้อยละ ๗๙ (๓) ประชากรหลักสามารถกดไวรัสสำเร็จร้อยละ ๘๗			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ มาตรการที่ ๑ มุ่งเน้นเร่งรัดจัดชุดบริการ (RRTTPR) ที่มีประสิทธิภาพสูง ให้ครอบคลุม เร่งรัดการป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แบบผสมผสานให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ลดการตายจากเอดส์ มาตรการที่ ๒ เร่งรัดการรักษา พัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้มีคุณภาพ เป็นมิตร อบอุ่นครอบคลุม ทัวถึง เก่าเทียม และพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแล รักษาโรคและสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน	ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ลดการเลือกปฏิบัติ มาตรการที่ ๓ สร้างความเข้าใจ เสริมสร้างความเข้มแข็ง และมีกลไกคุ้มครองสิทธิ มาตรการติดตามผลการดำเนินงานสนับสนุนการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย และการใช้ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ และการติดตามประเมินผล	
กิจกรรมหลัก	๑. การจัดบริการตรวจคัดกรองผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แบบเชิงรุก เพื่อเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและบูรณาการกับ NGO ในพื้นที่ ๒. การให้ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันควบคุมโรคทุกช่องทาง	๑. ทบทวนการตรวจวินิจฉัย และแนวทางการดูแลรักษา และพัฒนาศักยภาพความรู้เรื่องแนวทางการตรวจรักษาและการส่งต่อทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ๒. การประเมินตนเองตามเกณฑ์ STI/HIV Clinic เพื่อพัฒนาระบบการขับเคลื่อน บริการ ดูแลรักษา ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของกรมควบคุมโรค	๑. การสร้างการรับรู้และความเข้าใจเอชไอวี สิทธิมนุษยชนและความหลากหลายทางเพศ ๒. ไม่เลือกปฏิบัติ และมีกลไกคุ้มครองสิทธิ ๓. มีคำสั่งคณะทำงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค ๔. รวบรวมข้อมูลทางระบาดวิทยาโรคเอดส์ผ่านระบบ แนวน้อม สถานการณ์ เพื่อเผยแพร่ข้อมูลสาธารณะ ๕. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ เพื่อใช้ในการวางแผนการดำเนินงาน	
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม			
ระดับ ความสำเร็จ	Small Success รอบ ๓ เดือน ๑. มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ๒. มีคณะกรรมการดำเนินงาน	Small Success รอบ ๖ เดือน ๑. ร้อยละ ๕๐ ของประชากรหลักได้รับการตรวจคัดกรอง ๒. มีการรายงานการติดตามผลการปฏิบัติงานรายไตรมาส	Small Success รอบ ๙ เดือน ๑. ร้อยละ ๑๐๐ ของหน่วยบริการประเมินตนเองตามเกณฑ์ STI/HIV Clinic ๒. ร้อยละ ๑๐๐ ของประชากรหลักได้รับการตรวจคัดกรอง	Small Success รอบ ๑๒ เดือน ๑. ร้อยละ ๙๕ รู้สถานะ ๒. ร้อยละ ๙๕ ได้รับยาต้านไวรัส ๓. ร้อยละ ๙๕ กดภูมิได้ ๔. ร้อยละ ๔๐ ของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมิน STI/HIV Clinic

งานควบคุมโรคไข้เลือดออก

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	๑. ร้อยละของอำเภอที่เข้าเกณฑ์พื้นที่อำเภอระบาดของโรคไข้เลือดออก ๒. ร้อยละของตำบลที่เข้าเกณฑ์พื้นที่ตำบลระบาดของโรคไข้เลือดออก ๓. อัตราป่วยตายโรคไข้เลือดออกไม่เกินร้อยละ ๐.๑			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	โรคไข้เลือดออก จังหวัดมหาสารคาม มีจำนวนและอัตราป่วยตามค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี (ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๖) เท่ากับ ๑,๓๔๘ ราย และอัตราป่วย ๑๔๐ ต่อแสน ปชก. โดยในปี ๒๕๖๗ พบผู้ป่วย ๖๓๐ ราย อัตราป่วย ๖๗.๑๔ ต่อแสน ปชก. อัตราป่วยตายเท่ากับ ๐ อัตราป่วยสูงเป็นอันดับ ๑ ของเขตสุขภาพที่ ๗ พบอำเภอที่เข้าเกณฑ์การระบาด ๘ อำเภอ (ร้อยละ ๖๑.๕๔) พบตำบลที่เข้าเกณฑ์การระบาด ๕๙ ตำบล (ร้อยละ ๔๔)			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ ๑ พัฒนาทีม SAT ทั้งระดับอำเภอและตำบล ให้สามารถตรวจจับ ซีเป้า แนวทางในการดำเนินการที่เหมาะสมกับบริบท	มาตรการที่ ๒ ทบทวนแนวทางการวินิจฉัย การรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออก	มาตรการที่ ๓ พัฒนาทีม JIT ในการสอบสวน ควบคุมโรค	
กิจกรรมหลัก	๑. พัฒนาศักยภาพทีม SAT JIT ระดับอำเภอ ๒. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายระดับตำบล ๓. เพิ่ม Health Literacy แก่ประชาชน	๑. Dead case conference ๒. ประชุมทบทวนแนวทางการวินิจฉัย การตรวจรักษา ๓. ทีม SAT วิเคราะห์ ซีเป้า แนวทางควบคุมโรคที่เหมาะสม กับบริบท	๑. ทีม JIT ออกสอบสวน ควบคุมโรคและส่งรายงานตามเกณฑ์ ในรูปแบบ spot report และ one page ๒. ขับเคลื่อนการควบคุมโรคด้วยรูปแบบ EOC	
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม			
ระดับ ความสำเร็จ	Small Success รอบ ๓ เดือน ๑. แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมพัฒนาทีม SAT JIT ระดับอำเภอ/ตำบล ๒. แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม เพิ่ม HL แก่ประชาชน ๓. ร้อยละ ๓๐ ของหมู่บ้านที่เกิดโรค มีการประเมิน HI CI ผ่านแอปฯ “ทันระบาด”	Small Success รอบ ๖ เดือน ๑. ร้อยละ ๔๐ ของหมู่บ้านที่เกิดโรค มีการประเมิน HI CI ผ่านแอปฯ “ทันระบาด” ๒. ร้อยละ ๕๐ ของหมู่บ้านที่เข้าเกณฑ์ ระบาดสามารถควบคุมโรคได้	Small Success รอบ ๙ เดือน ๑. มีการจัด Dead case conference ร้อยละ ๑๐๐ ของผู้ป่วยเสียชีวิต ๒. ร้อยละ ๕๐ ของหมู่บ้านที่เกิดโรค มีการประเมิน HI CI ผ่านแอปฯ “ทันระบาด” ๓. ร้อยละ ๕๐ ของตำบลที่เข้าเกณฑ์ระบาด สามารถควบคุมโรคได้	Small Success รอบ ๑๒ เดือน ๑. ร้อยละ ๗๕ ของอำเภอที่เข้าเกณฑ์ ระบาดสามารถควบคุมโรคได้ ๒. ร้อยละ ๗๕ ของตำบลที่เข้าเกณฑ์ระบาด สามารถควบคุมโรคได้ ๓. อัตราป่วยตายโรคไข้เลือดออกไม่เกิน ร้อยละ ๐.๑

แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	ตัวชี้วัดที่ ๑ : ความครอบคลุมการให้บริการวัคซีนพื้นฐานเด็กอายุ ครบ ๑, ๓ และ ๕ ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ (<u>ยกเว้น</u> MMR ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕) หรือเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ ๑๐ จากปีที่ผ่านมา ตัวชี้วัดที่ ๒ : ผลการให้บริการวัคซีน HPV ในกลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ ๑๐๐			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	จังหวัดมหาสารคามมีข้อมูล ความครอบคลุมการได้วัคซีนในปีงบประมาณ ๒๕๖๕-๒๕๖๗ ในเด็กอายุครบ ๑ ปี ร้อยละ ๗๐.๕๓ ๖๑.๖๒ และ ๘๔.๗๖ ตามลำดับ เด็กอายุครบ ๓ ปี ร้อยละ ๖๔.๘๙ ๖๐.๑๘ และ ๖๖.๘๒ เด็กอายุครบ ๕ ปี ร้อยละ ๖๙.๕๑ ๖๗.๙๖ และ ๗๐.๘๗ ตามลำดับ จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าจังหวัดมหาสารคาม มีผลการดำเนินงานต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ ๑ การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	มาตรการที่ ๒ การพัฒนาระบบติดตามความครอบคลุมการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	มาตรการที่ ๓ การติดตามประเมินผลความครอบคลุมการได้รับวัคซีนพื้นฐาน	
กิจกรรมหลัก	๑. จัดตั้งคณะทำงานติดตามการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแบบบูรณาการ ๒. การนิเทศติดตามผลการดำเนินงานร่วมกับ คสพ. ๓. การนิเทศการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแบบบูรณาการด้วยตนเองโดยทีมนิเทศระดับอำเภอ <u>ปีละ ๒ ครั้ง</u>	๑. จัดทำระบบติดตามและทะเบียนกลุ่มเป้าหมายที่ถึงเกณฑ์เพื่อวางแผนการให้บริการวัคซีน <u>ทุกเดือน</u> ๒. ติดตามผลการดำเนินงานโดยใช้ข้อมูล Data Exchange <u>ทุกเดือน</u> ๓. การคืนข้อมูลผลการดำเนินงานแก่ภาคีเครือข่าย <u>ทุกเดือน</u>	๑. การประชุมติดตามความครอบคลุมการได้รับวัคซีนพื้นฐานในระดับอำเภอและหน่วยบริการ ๒. การเร่งรัดการให้บริการวัคซีนและประเมินผลความครอบคลุมการได้รับวัคซีนทุกกลุ่มเป้าหมาย ๓. นำเสนอสรุปผลการติดตามความครอบคลุมการได้รับวัคซีนพื้นฐานผ่านการประชุมผู้บริหารในทุกระดับ อย่างน้อยไตรมาสละ ๑ ครั้ง	
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม			
ระดับ ความสำเร็จ	Small Success รอบ ๓ เดือน ๑. รวบรวมและสรุป ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนเป็นภาพรวมจังหวัด และอำเภอ ๒. ประชุมชี้แจงแผนการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปี ๒๕๖๘ เดือน ธันวาคม ๒๕๖๗ ๓. จัดตั้งทีมนิเทศการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแบบบูรณาการ ๔. จัดทำทะเบียนติดตามกลุ่มเป้าหมาย <u>ทุกเดือน</u>	Small Success รอบ ๖ เดือน ๑. ติดตามกลุ่มเป้าหมายโดยใช้ข้อมูล Data Exchange <u>ทุกเดือน</u> ๒. ประชุมติดตามความครอบคลุมการได้รับวัคซีน ๓. นิเทศติดตามการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยทีมนิเทศระดับอำเภอ ๔. นำเสนอผลการดำเนินงานแก่ผู้บริหาร	Small Success รอบ ๙ เดือน ๑. เร่งรัดการให้บริการและความครอบคลุมการได้รับวัคซีนสำหรับกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ ๒. สรุปผลความครอบคลุมการได้รับวัคซีนทุกกลุ่มเป้าหมายตามเกณฑ์ ๓. นำเสนอผลการดำเนินงานแก่ผู้บริหาร	Small Success รอบ ๑๒ เดือน ๑. เร่งรัดการให้บริการและติดตามความครอบคลุมการได้รับวัคซีน ๒. ประชุมเร่งรัดติดตามความครอบคลุมการได้รับวัคซีน ไตรมาสที่ ๔ ๓. สรุปผลความครอบคลุมการได้รับวัคซีนทุกกลุ่มเป้าหมายตามเกณฑ์ ๔. นำเสนอผลการดำเนินงานแก่ผู้บริหาร

ระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อที่มีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	<p>๑. ทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัดและระดับอำเภอ สามารถตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและมีการรายงานเหตุการณ์ตามเกณฑ์ SHERT DCIR CIRs JIT</p> <p>๒. ทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัดผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานระดับดี ทีมระดับอำเภอผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานระดับดี ร้อยละ ๘๐ ของอำเภอ</p> <p>๓. มีการรายงานเหตุการณ์ในระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ (Event base surveillance) ร้อยละ ๑๐๐</p>				
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	<p>การส่งข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในรูปแบบดิจิทัล (D๕๐๖) ได้ทุกแห่ง (Coverage = ๑๐๐%) และความทันเวลาของการรายงาน ร้อยละ ๙๗.๕๓ ปี๒๕๖๗ ทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัด (SAT & JIT) ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานระดับดี ปี๒๕๖๖-๒๕๖๗ ทีมเฝ้าระวังระดับอำเภอผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานระดับดี จาก สคร.๗ จังหวัดขอนแก่น จำนวน ๕ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๓๘.๕๖</p>				
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	<p>มาตรการที่ ๑</p> <p>พัฒนากำลังคนด้านระบาดวิทยา</p>	<p>มาตรการที่ ๒</p> <p>พัฒนาระบบการรายงานข้อมูล Event base surveillance</p>	<p>มาตรการที่ ๓</p> <p>พัฒนาทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระดับจังหวัด (SAT & JIT) และระดับอำเภอ (SRRT)</p>		
กิจกรรมหลัก	<p>๑. กำหนดคณะทำงาน/คำสั่งผู้ปฏิบัติงาน</p> <p>๒. จัดอบรมฟื้นฟูความรู้ด้านระบาดวิทยาและการสอบสวนโรค</p> <p>๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านงานวิชาการการเขียนรายงานสอบสวนโรคฉบับสมบูรณ์ (Full report)</p>	<p>๑. กำหนดแนวทาง การรายงานเหตุการณ์ในระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ (Event base surveillance) และการตรวจจัดการระบาด</p> <p>๒. ติดตามการรายงานเหตุการณ์ที่เข้าเกณฑ์ตรวจสอบข่าวการระบาด และการตรวจจัดการระบาด สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง</p>	<p>๑. กำหนดเกณฑ์การรายงาน SHERT DCIR CIR JIT</p> <p>๒. พัฒนาศักยภาพทีมระดับจังหวัด (SAT & JIT) และระดับอำเภอ (SRRT)</p> <p>๓. ประเมินทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระดับจังหวัด (SAT & JIT) และระดับอำเภอ (SRRT)</p>		
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม				
ระดับ ความสำเร็จ	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๓ เดือน</p> <p>๑. มีคำสั่งผู้ปฏิบัติงานทีม SAT JIT CDCU</p> <p>๒. แผนงาน/โครงการ อบรมพัฒนาศักยภาพทีม SAT JIT CDCU การเขียนรายงานสอบสวนโรคฉบับสมบูรณ์ (Full report)</p> <p>๓. เกณฑ์ SHERT DCIR CIR JIT ระดับจังหวัด/อำเภอ</p>	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๖ เดือน</p> <p>๑. ทีมระดับจังหวัด/อำเภอ มีการรายงาน Spot Report ตามเกณฑ์ SHERT DCIR CIRs JIT ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>๒. ทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระดับจังหวัด (SAT & JIT) และระดับอำเภอ (SRRT) ประเมินตนเองตามเกณฑ์</p>	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๙ เดือน</p> <p>๑. ทีมจังหวัด/อำเภอ มีทะเบียนรับแจ้งข่าว/รับรายงานโรคและภัยสุขภาพ ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>๒. ทีมจังหวัด/อำเภอ สรุปรายงานเหตุการณ์ที่เข้าเกณฑ์ตรวจสอบข่าวการระบาด และการตรวจจัดการระบาด สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง ร้อยละ ๑๐๐</p>	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๑๒ เดือน</p> <p>๑. ทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระดับจังหวัด (SAT & JIT) ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับดี</p> <p>๒. ทีมระดับอำเภอ (SRRT) ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับดี ร้อยละ ๘๐ ของอำเภอ</p>	

การพัฒนากระบวนสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ (Risk Communication)

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	เป้าหมาย: สร้างความรู้ความเข้าใจ ลดความตื่นตระหนก และสร้างพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งเพื่อการตอบโต้ข้อมูลข่าวสารที่ตรงประเด็น ตัวชี้วัด: ร้อยละการดำเนินงานตามเกณฑ์การสื่อสารความเสี่ยง (Risk Communication)				
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	องค์การอนามัยโลกได้เล็งเห็นความสำคัญของการสื่อสารเพื่อควบคุมและป้องกันโรค จึงได้กำหนดกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulations: IHR๒๐๐๕) และสมรรถนะหลัก (JEE: Joint External Evaluation) Risk Communication and Community Engagement โดยประเทศไทยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักกำหนดแผนปฏิบัติการการพัฒนาสมรรถนะหลักตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ National Action Plan for Health Security (NAPHS) โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามได้ดำเนินการตามนโยบายดังกล่าว โดยมุ่งพัฒนาระบบการสื่อสารความเสี่ยงทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน ปี ๒๕๖๗ การดำเนินงานในระดับจังหวัดตามเกณฑ์ JEE/IHR ๒๐๐๕ ร้อยละ ๙๓.๓๓ และดำเนินการตามเกณฑ์ EOC Assessment Tool ดำเนินการผ่านเกณฑ์เขียวทั้งหมด ต้องได้รับการพัฒนาเพิ่มเติมในการจัดทำฐานข้อมูลพฤติกรรมทางสังคม/ผลสำรวจการรับรู้ เข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลังจากได้รับการสื่อสารความเสี่ยง ในระดับอำเภอ ดำเนินงานในรูปแบบคณะกรรมการใน EOC ยังไม่มีระบบวัดผลการดำเนินงานที่ชัดเจน				
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ ๑ Structures สร้างกลไกและโครงสร้างองค์กร บทบาทหน้าที่ด้านการสื่อสารความเสี่ยง	มาตรการที่ ๒ Set a Plan กำหนดแผนการสื่อสารความเสี่ยง แนวทางการปฏิบัติงาน	มาตรการที่ ๓ Synchronize data กำหนดแนวทางการประสานข้อมูลกับกลุ่มภารกิจต่างๆ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	มาตรการที่ ๔ Information Technology ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศจัดเก็บรวบรวมรักษาข้อมูล ข่าวสาร	มาตรการที่ ๕ Performance Review การทบทวนผลการดำเนินการเพื่อคาดการณ์ผลการดำเนินการในอนาคต
กิจกรรมหลัก	๑. กำหนดคณะทำงาน/ผู้รับผิดชอบงานด้านสื่อสารความเสี่ยง ๒. กำหนดโครงสร้างการดำเนินงาน ผังบัญชาการ	๑. จัดทำแผนปฏิบัติการ/แนวทางการสื่อสารความเสี่ยง ๒. กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานทั้งในภาวะปกติและในภาวะฉุกเฉิน	๑. กำหนดแนวทางการติดตามสถานการณ์ เผื่อระวังข้อมูลข่าวสารจากสื่อ และภารกิจต่างๆ ๒. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงสรุปเป็นภาพรายงานเผื่อระวังข้อมูลข่าวสารประจำวัน ๓. พิจารณารูปแบบการตอบโต้ให้ตรงกับกลุ่มเป้าหมายรับสาร	๑. รวบรวมประเด็นข่าวในทะเลเป็น Google Sheet Fake News Center สรุปข้อมูลการเผื่อระวังข้อมูลและจัดการข้อมูลข่าวสารโรคและภัยสุขภาพประจำวัน/สื่อสารความเสี่ยงและตอบโต้ข่าว ๒. สื่อสารความเสี่ยงหลากหลายช่องทาง	ประเมินตนเองตามเกณฑ์การดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาตามส่วนขาดต่อไป
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม				
ระดับความสำเร็จ	<u>Small Success รอบ ๓ เดือน</u> ๑. คำสั่งคณะทำงานสื่อสารความเสี่ยง/ผู้รับผิดชอบการสื่อสารความเสี่ยง ๒. คำสั่งเจ้าหน้าที่อยู่เวรประจำเดือนด้านการสื่อสารความเสี่ยง ๓. มีการประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามเกณฑ์การสื่อสารความเสี่ยง ๔. จัดทำแผนปฏิบัติการ/แนวทางการสื่อสาร	<u>Small Success รอบ ๖ เดือน</u> ๑. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน ๒. มีมาตรฐานการปฏิบัติงานสื่อสารความเสี่ยงทั้งในภาวะปกติ และในภาวะฉุกเฉิน ๓. ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ/แนวทางการสื่อสาร	<u>Small Success รอบ ๙ เดือน</u> ๑. มีการติดตามสถานการณ์ เผื่อระวังข้อมูลรวบรวมประเด็นข่าวในทะเลเป็น Fake New Center ๒. วิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง พิจารณารูปแบบการตอบโต้ จัดทำประเด็นข่าว ผลิตสื่อ เพื่อตอบโต้ชี้แจง คำแนะนำข้อมูล ความรู้ ๓. สื่อสารความเสี่ยงช่องทางสื่อต่างๆ	<u>Small Success รอบ ๑๒ เดือน</u> ร้อยละการดำเนินงานตามเกณฑ์การสื่อสารความเสี่ยง > ร้อยละ ๘๐	

การรายงานโรคจากระบบดิจิทัลเพื่อการเฝ้าระวังโรคทาง ระบาดวิทยา
(Digital Disease Surveillance : DDS) ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	<p>ตัวชี้วัด ระดับความสำเร็จการใช้ประโยชน์ข้อมูลรายงานโรคจากระบบดิจิทัลเพื่อการเฝ้าระวัง โรคทางระบาดวิทยา (Digital Disease Surveillance : DDS)</p> <p>เป้าหมาย ๑.สถานพยาบาลของจังหวัดมหาสารคาม ประเภท รพ.ทั่วไป ,รพ.ชุมชน ,รพ.นอก สป.,รพ.เอกชน ทุกแห่ง รายงานโรคในระบบดิจิทัล เพื่อการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา (DDS) ได้ครอบคลุมและทันเวลา สามารถใช้ประโยชน์ได้ ร้อยละ ๘๐</p> <p>๒. สถานพยาบาลของจังหวัดมหาสารคาม ประเภท สอน.และรพ.สต.ทุกแห่ง สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) รายงานโรคในระบบดิจิทัล เพื่อการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา (DDS) ได้ครอบคลุมและทันเวลา สามารถใช้ประโยชน์ได้ ร้อยละ ๘๐</p>		
สถานการณ์/ข้อมูลพื้นฐาน	<p>๑. จังหวัดมหาสารคาม มีสถานพยาบาลประเภทโรงพยาบาลทั่วไป ,โรงพยาบาลชุมชน ,โรงพยาบาลนอก สธ. ,โรงพยาบาลเอกชน จำนวนทั้งหมด ๑๕ แห่ง ข้อมูลวันที่ ๗ มกราคม - ๒๘ กันยายน ๒๕๖๗ มีการรายงานข้อมูลทั้งหมด ๑๕ แห่ง รายงานผ่านระบบ API คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๙๘ ผ่าน web server คิดเป็นร้อยละ ๗.๐๒ ความครอบคลุมของการรายงานข้อมูล คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ความทันเวลาในการรายงานข้อมูล คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๑๖</p> <p>๒. จังหวัดมหาสารคาม มีสถานพยาบาลประเภทสอน.และรพ.สต.สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) จำนวน ๑๗๕ แห่ง ข้อมูลวันที่ ๗ มกราคม - ๒๘ กันยายน ๒๕๖๗ มีการรายงานข้อมูลทั้งหมด ๑๒๓ แห่ง รายงานผ่านระบบ API คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๙๘ ผ่าน web server คิดเป็นร้อยละ ๗๗.๐๒ ความครอบคลุมของการรายงานข้อมูล คิดเป็นร้อยละ ๖๙.๘๙ความทันเวลาในการรายงานข้อมูล คิดเป็นร้อยละ ๗๘.๔๕</p>		
ยุทธศาสตร์/มาตรการ	<p>มาตรการที่ ๑ การสร้างภาคีเครือข่ายผู้ปฏิบัติงาน และสนับสนุนให้รายงานในระบบดิจิทัล</p>	<p>มาตรการที่ ๒ การรายงานโรคในระบบดิจิทัลเพื่อเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา (DDS) ได้ทันเวลา</p>	<p>มาตรการที่ ๓ ประยุกต์ใช้ข้อมูล Dashboard นำเสนอรายงานโรค</p>
กิจกรรมหลัก	<p>๑. ประชุมภาคีเครือข่ายชี้แจงให้กับผู้รับผิดชอบงานด้านการรายงานข้อมูลสังกัด สป.และ อบจ. เพื่อชี้แจงแนวทางการขอรหัสผู้ใช้งาน, รหัสโรคที่ต้องรายงาน D๕๐๖ ๗ กลุ่มโรคที่ต้องเฝ้าระวัง รวมถึงขั้นตอนการรายงานข้อมูลในระบบ API และ web server</p>	<p>๑. สสจ.มค.ติดตามการรายงานข้อมูลของ รพท.รพช.รพ.สต.ทุกแห่ง เพื่อตรวจสอบความทันเวลาภายใน ๗ วันหลังวินิจฉัยในแต่ละสัปดาห์ระบาด และคืนข้อมูลให้กับพื้นที่เดือนละ ๑ ครั้ง</p> <p>๒. นิเทศการดำเนินงานในพื้นที่ รพ.สต.ทุกแห่งที่มีการรายงานความทันเวลา น้อยกว่าร้อยละ ๕๐</p>	<p>๑. รพท./รพช./รพ.สต.ทุกแห่ง สามารถเข้าถึงข้อมูลการรายงานผู้ป่วยได้ ร้อยละ ๘๐</p> <p>๒. พัฒนาศักยภาพทีมระดับอำเภอ และตำบล สามารถนำข้อมูลมาประยุกต์ใช้เพื่อการวิเคราะห์สถานการณ์โรค แนวโน้มการเกิดโรค และนำเสนอผู้บริหาร</p>
ผู้รับผิดชอบ	<p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม</p>		
ระดับความสำเร็จ	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๖ เดือน</p> <p>๑. จัดประชุมชี้แจงแนวทางการรายงานข้อมูลในระบบดิจิทัลให้กับภาคีเครือข่าย รพท.รพช.รพ.สต.ทุกแห่ง</p> <p>๒. รพ.สต.ทุกแห่ง มีรหัสเข้าใช้งานการรายงานข้อมูลโรคในระบบดิจิทัล และเชื่อมต่อการส่งข้อมูลแบบ API ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>๓. เครือข่าย รพท.รพช.รพ.สต.ทุกแห่งสามารถรายงานข้อมูลโรคในระบบดิจิทัลได้ ความครอบคลุมและความทันเวลา ร้อยละ ๘๐</p>	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๙ เดือน</p> <p>๑. สาธารณสุขอำเภอ และกองสาธารณสุข สังกัด อบจ. กำกับติดตามการรายงานข้อมูลของสถานพยาบาลในสังกัด เพื่อตรวจสอบความทันเวลาภายใน ๗ วันหลังวินิจฉัยในแต่ละสัปดาห์ระบาด ร้อยละ ๘๐</p> <p>๒. ลงพื้นที่นิเทศงาน ของรพ.สต.ทุกแห่งที่รายงานข้อมูลความทันเวลาน้อยกว่าร้อยละ ๕๐</p>	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๑๒ เดือน</p> <p>๑. รพท.รพช.รพ.สต.ทุกแห่ง สามารถเข้าถึงข้อมูลการรายงานผู้ป่วยได้ ร้อยละ ๘๐</p> <p>๒. ระดับอำเภอ มีการสรุปรายงานข้อมูล ประยุกต์ใช้ข้อมูล Dashboard เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์โรคในพื้นที่ เดือนละ ๑ ครั้ง</p> <p>๓. ระดับตำบล สามารถวิเคราะห์เหตุการณ์โรคที่เกิดขึ้นในพื้นที่ เข้าเกณฑ์รายงาน DCIR,CIR,สอบสวนโรค รายงานผู้บริหารได้</p>

โครงการการพัฒนาคลังยาประเทศไทยอย่างสมเหตุผล โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วน

เป้าประสงค์ : ประชาชนมีความปลอดภัยเมื่อใช้ยา และมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ด้วยการสร้างเสริมความเข้มแข็งและออกแบบระบบสุขภาพ ให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตลอดห่วงโซ่อุปทานของยา ทั้งในคนและภาคเกษตรกรรม

<p>ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย</p>	<p>๑. ร้อยละอำเภอที่ขับเคลื่อนการพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ร้อยละ ๘๐ ๒. อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ A. baumannii, K. pneumoniae, E. coli ที่ดื้อยา carbapenem ของโรงพยาบาลต่ำกว่า อุบัติการณ์เฉลี่ยของ โรงพยาบาลในระดับ เดียวกัน ปีปฏิทิน ๒๕๖๕</p>			
<p>สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน</p>	<p>รพ.ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ๑๐-๑๒ ตัวชี้วัด (สีเขียว) = ๙๒.๓๐% PCU ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด AD,URI ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐=๙๒.๓๐% RDU Community ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ขึ้นไป = ๙๒.๓๐%</p>	<p>RDU Literacy (ระดับความรู้) - ประชาชนทั่ว ร้อยละ ๖๐ - อสม. ร้อยละ ๗๒.๔ - เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ร้อยละ ๘๘.๒ - แกนนำ อย.น้อย ร้อยละ ๖๑.๔</p>	<p>Private Sector -ร้านชำ RDU = ๖๕.๔% (วัดการกระจายยา) -ร้านชำ G-RDU = ๕๓% (วัดการกระจายยา + ความรอบรู้ผู้ประกอบการ) -ร้านจำหน่ายอาหารสัตว์ จำหน่ายยา ๔๒.๑%</p>	<p>AMR อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ A. baumannii, K. pneumoniae, E. coli ที่ดื้อยา carbapenem ของโรงพยาบาล (<๖)๙๙๙) ผลงาน ๘,๓๔๘ ราย/๑๐๐,๐๐๐ patients</p>
<p>ยุทธศาสตร์/มาตรการ</p>	<p>Awareness - RDU Literacy บุคลากร ประชาชน ภาคเอกชน</p>		<p>Administration -การจัดการที่ดี PTC,RDU coordinator, เครือข่าย,ระบบบริการ</p>	<p>Act -การกำกับดูแลที่มีประสิทธิภาพ</p>
<p>กิจกรรมหลัก</p>	<p>๑. Service Delivery - พัฒนาระบบการส่งมอบ การกระจายยาในหน่วยบริการและในชุมชนที่มีมาตรฐาน ติดตาม ตรวจสอบได้ - นำระบบ Digital Technology มาเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ และสร้างความรอบรู้ด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชน (Telemed,Telepham)</p>	<p>๒. Human Resource Development - ประชุม/อบรมพัฒนาศักยภาพ RDU Coordinator ระดับอำเภอ (ขยาย Coordinator ระดับตำบล) - อบรมพี่นพ อสม.เครือข่ายเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์-KM อปท., ปศุสัตว์ การควบคุมการกระจายยา - ประเมินความรู้ด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ - กิจกรรม RDU Literacy พื้นที่นำร่อง (เมือง, วาปีปทุม)</p>	<p>๓. Infomation - เผยแพร่ line official คบ.สม.มหาสารคาม (ข้อมูล ข่าวสาร แจ้งรายงานการเฝ้าระวัง) - อบรม เครือข่าย อย.น้อย - ประกวดสื่อสารส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล - พัฒนาวัดกรรมแอปพลิเคชันคุ้มครองผู้บริโภค (อปต.)</p>	<p>๔.การควบคุมกำกับ - ตรวจสอบประเมิน ร้านชำ ร้านอาหารสัตว์ ร้านยา - ประเมิน คลินิก RDU - นิเทศ ระบบยา การจัดการเชื้อดื้อยาและประสิทธิภาพการเงินการคลัง</p>
<p>ผู้รับผิดชอบ</p>	<p>๓ เดือน</p>	<p>๖ เดือน</p>	<p>๙ เดือน</p>	<p>๑๒ เดือน</p>
<p>ระดับความสำเร็จ</p>	<p>รพ. มีระบบเฝ้าระวังและติดตามความเจ็บป่วยจากยาที่ป้องกันได้ (preventable adverse events) ในยากลุ่มเป้าหมาย กำหนด Trigger ของ DRP, work flow, ถ่ายทอดแนวทางปฏิบัติ อำเภอมีแผนปฏิบัติการ/กำหนดประเด็นปัญหาเพื่อพัฒนาคลัง RDU literacy ที่สอดคล้องกับปัญหาความเจ็บป่วยของพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับยา อำเภอมีการแต่งตั้ง กกค./ประชุม กกค./จัดทำแผนปฏิบัติการระบบการจัดการเพื่อลดอุบัติการณ์การติดเชื้อด้านจุลชีพ รพ. ผ่านตัวชี้วัด ๑๐-๑๒ ตัวชี้วัด/PCU ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด URI และ AD ทั้งสองตัวชี้วัด ร้อยละ ๕๐ อำเภอมีการดำเนินกิจกรรม RDU Community ๓ + ๒ กิจกรรม (Proactive+Active+Participation) + (อย.น้อย + บวร.ร.) อำเภอมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย (ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการส่งมอบยาโดยเภสัชกรและมีการเปลี่ยนแปลงการใช้ยา) มีแผนปฏิบัติการและระบบสารสนเทศที่รองรับการให้บริการ Tele Pharmacy ตามเกณฑ์ สปสช.และประกาศสภาเภสัชกรรม</p>	<p>รพ. มีการดำเนินการ ระบบเฝ้าระวังและติดตามความเจ็บป่วยจากยาที่ป้องกันได้ (preventable adverse events) ในยากลุ่มเป้าหมาย ตาม work flow, รายงานผลในระบบรายงาน สสจ. มีการดำเนินกิจกรรม ตามแผน ร้อยละ ๕๐ ของแผนที่กำหนด มีแนวทางปฏิบัติ AMR ยา แลย IC CPG รพ. ผ่านตัวชี้วัด ๑๐-๑๒ ตัวชี้วัด / PCU ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด URI และ AD ทั้งสองตัวชี้วัด ร้อยละ ๖๐ อำเภอมีการดำเนินกิจกรรม RDU community ๕ + ๒ กิจกรรม (Proactive+Active+Participation+ร้านชำ ร้านยา คลินิก+RDU literacy) + (อย.น้อย + บวร.ร.) ร้อยละของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการส่งมอบยาโดยเภสัชกรและมีการเปลี่ยนแปลงการใช้ยาได้รับบริการ Tele Pharmacy ร้อยละ ๕๐</p>	<p>มีการสรุปและประเมินผล ระบบเฝ้าระวังและติดตามความเจ็บป่วยจากยาที่ป้องกันได้ (preventable adverse events) ในยากลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ ๗๐ ของ รพ.ในจังหวัด ประเมินผลระดับความรู้ของกุ่มเป้าหมายผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๖๐ มีการทบทวน วิเคราะห์ จัดทำแนวทางแก้ปัญหา รพช.ประเมินตนเอง ผ่านระดับ intermediate ร้อยละ ๗๐ รพจ. รายงานอุบัติการณ์การติดเชื้อ (<๖,๙๙๙ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ patient) รพ. ผ่านตัวชี้วัด ๑๐-๑๒ ตัวชี้วัด / PCU ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด URI และ AD ทั้งสองตัวชี้วัด ร้อยละ ๗๐ - อำเภอ ผ่านเกณฑ์ RDU district (RDU Hospital + RDU Community ๕ กิจกรรม) ร้อยละ ๗๐ - รายงานโครงการโรงเรียน อย.น้อย และ บวร.ร.ในระบบรายงาน FDA Center</p>	<p>มีการสรุปและประเมินผล ระบบเฝ้าระวังและติดตามความเจ็บป่วยจากยาที่ป้องกันได้ (preventable adverse events) ในยากลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ ๘๐ ของ รพ.ในจังหวัด ประเมินผลระดับความรู้ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๘๐ มีการทบทวน วิเคราะห์ จัดทำแนวทางแก้ปัญหา รพช.ประเมินตนเอง ผ่านระดับ intermediate ร้อยละ ๘๐ รพจ. รายงานอุบัติการณ์การติดเชื้อ (<๖,๙๙๙ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ patient) รพ. ผ่านตัวชี้วัด ๑๐-๑๒ ตัวชี้วัด / PCU ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด URI และ AD ทั้งสองตัวชี้วัด ร้อยละ ๘๐ - อำเภอ ผ่านเกณฑ์ RDU district ร้อยละ ๘๐ - ผลประเมินโรงเรียน อย.น้อย ระดับเยี่ยม มากกว่าปี ๒๕๖๗ ร้อยละ ๔๐ - ผ่านเกณฑ์ประเมินโครงการ บวร.ร. ระดับดี ขึ้นไป ร้อยละของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการส่งมอบยาโดยเภสัชกรและมีการเปลี่ยนแปลงการใช้ยาได้รับบริการ Tele Pharmacy ร้อยละ ๖๐</p>

แผนงาน/ป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	<p>ตัวชี้วัด : อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีไม่เกิน ๔.๙๐ ต่อ ประชากรเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี แสนคน</p> <p>เป้าหมาย : ร้อยละประชากรเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีเสียชีวิตจากการจมน้ำไม่เกิน ๔.๙๐ ต่อ แสนคนประชากรเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี (๗ราย)</p>			
สถานการณ์/ข้อมูลพื้นฐาน	<p>ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ จังหวัดมหาสารคาม มีเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีเสียชีวิตจากการจมน้ำ ๑๒ ราย อัตราการเสียชีวิต ๑๑.๕๖ ต่อประชากรเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีแสนคน ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้คือ ๔.๙๐ ต่อแสนประชากร และมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าปี ๒๕๖๓-๒๕๖๖</p>			
ยุทธศาสตร์/มาตรการ	<p>มาตรการที่ ๑ ขับเคลื่อนนโยบาย/พัฒนาศักยภาพ/ติดตามประเมินผล</p>	<p>มาตรการที่ ๒ Merit Maker (MM)*</p>	<p>มาตรการที่ ๓ สื่อสารความเสี่ยง/ เฝ้าระวัง/ สอบสวน</p>	
กิจกรรมหลัก	<p>๑. บุคลากรในพื้นที่เรียนหลักสูตรป้องกันการจมน้ำผ่านระบบ e-learning ๒. สนับสนุนให้พื้นที่ใช้คอกกั้นเด็ก/ Playpen ๓. สนับสนุนให้เด็ก ๖ ปี+ ได้เรียนว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด ๔. สนับสนุนให้ ปชช. ๑๒ ปี+ ได้ฝึก CPR ช่วยคนจมน้ำ ๕. ติดตามประเมินผลการดำเนินงานในพื้นที่</p>	<p>๑. ผลักดัน/ขับเคลื่อนให้เกิดทีม SPEC MM และ MM Plus ในระดับอำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน ๒. ติดตาม/ประเมินทีม MM Plus และ SPEC MM</p>	<p>๑. ร่วมสอบสวนจมน้ำ ๒. รายงานจมน้ำในระบบ Drowning Report ๓. ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน ๔. จัดรณรงค์ในพื้นที่ ๕. ติดตาม ประเมินผลระดับอำเภอ/จังหวัด ๖. สรุปผลการดำเนินงาน</p>	
ผู้รับผิดชอบ	<p>สสจ./สสอ./รพ./รพ.สต./อบจ./อปท./เทศบาล/สพฐ./สพป./ปภ./ อสม./แกนนำชุมชน/ครู/ครูสอนว่ายน้ำ/มหาวิทยาลัย/วิทยาลัย/หน่วยงานภาคการศึกษา/หน่วยงานเอกชน/NGO/องค์กรการกุศล/สมาคม/มูลนิธิ/จิตอาสา/เครือข่ายภาครัฐและภาคประชาชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p>			
ระดับความสำเร็จ	<p>Small Success รอบ ๓ เดือน</p> <p>๑. จัดทำคำสั่งคณะทำงานฯ ๒. กำหนดนโยบายในการดำเนินการร่วมกัน ๓. รายงานจมน้ำในระบบ Drowning Report</p>	<p>Small Success รอบ ๖ เดือน</p> <p>๑. เด็ก ๖-๑๔ ปี ได้เรียนว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดอย่างน้อย ๒๕๐ คน และเด็ก ๑๒-๑๔ ปี และประชาชน ได้ฝึก CPR อย่าง ๒๕๐ คน ๒. มีการจัดตั้งทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันเด็กจมน้ำ ๓. มีการสอบสวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำและรายงานในระบบ Drowning Report</p>	<p>Small Success รอบ ๙ เดือน</p> <p>๑. มีทีมผู้ก่อการดี (MM Plus) และ/หรือ ทีมอาสาก่อการดี (SPEC MM) ครอบคลุมทุกอำเภอ ๒. มีการสอบสวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำและรายงานในระบบ Drowning Report ทุกราย</p>	<p>Small Success รอบ ๑๒ เดือน</p> <p>๑. มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์และ/หรือจัดกิจกรรมวันป้องกันการจมน้ำโลก (WDPD) ๒. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็ก < ๑๕ ปี ลดลงตามค่าเป้าหมาย ๓. สรุปผลการดำเนินงาน</p>

แผนงานการป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง (ช่วงวัย ๑-๑๘ ปี) จำนวนผู้เสียชีวิตรวมกับจำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนช่วงอายุ ๑-๑๘ ปี ลดลง			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวนผู้ประสพภัยทั้งหมด พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๖๗ (๖,๐๗๖ คน, ๖,๖๖๘ คน, ๖,๐๒๙ ตามลำดับ) จำนวนผู้ประสพภัย แยกตามอายุ ตั้งแต่ ๑-๑๘ ปี พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๖๗ (๑,๗๐๓ คน, ๑,๗๑๐ คน, ๑,๗๙๖ คน) เป้าหมายปี พ.ศ.๒๕๖๘ ลดลงร้อยละ ๓ (ไม่เกิน ๑,๗๔๓ คน)			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ ๑ ผลักดัน สนับสนุน การขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ร่วมกับคณะอนุกรรมการด้านความปลอดภัยทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน ได้แก่ ศึกษาธิการจังหวัด/ปภ./ขนส่ง/ตำรวจและเขตพื้นที่ สพม./สพป./อาชีวะเนนการ พขอ. ประเด็น RTI เด็กและเยาวชน	มาตรการที่ ๒ ๑. สนับสนุนให้มีการฝึกอบรม “วัคซีนจราจร” และพัฒนาวิทยากร ๒. สนับสนุนให้มีโรงเรียน/สถานศึกษา ทำ “TSY Program” ทุกอำเภอ โดยเฉพาะโรงเรียนประจำอำเภอและโรงเรียนขนาดใหญ่	มาตรการที่ ๓ ๑. พัฒนาครู/ทีมวิทยากร “ทักษะคิด” ระดับอำเภอ ครอบคลุมทุกอำเภอ ๒. ตรวจสอบเสริมพลังการดำเนินงานของ อำเภอและสถานศึกษา โดยคณะอนุเด็กฯ	
กิจกรรมหลัก	๑. จัดทำคำสั่งคณะอนุกรรมการด้านความปลอดภัยทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน ๒. ประชุมคณะอนุกรรมการด้านความปลอดภัยทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน	๑. การฝึกอบรม “วัคซีนจราจร” และพัฒนาวิทยากรเพิ่มมากขึ้น ๒. พัฒนาครู/ทีมวิทยากร “ทักษะคิด” ระดับอำเภอ ทุกอำเภอ	๑. ติดตาม ประเมินผลระดับอำเภอ/จังหวัด ๒. จำนวนผู้เสียชีวิตรวมกับจำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนช่วงอายุ ๑-๑๘ ปี ลดลง ๓. สรุปผลการดำเนินงาน	
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม			
ระดับความสำเร็จ	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๓ เดือน</p> <p>๑. คำสั่งคณะอนุกรรมการด้านความปลอดภัยทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน ได้แก่ ได้แก่ ศึกษาธิการจังหวัด/ปภ./ขนส่ง/ตำรวจและเขตพื้นที่ สพม./สพป./อาชีวะเนนการ พขอ. ๒. ประชุมคณะอนุกรรมการด้านความปลอดภัยทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน ๓. ผลักดัน สนับสนุน การขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ร่วมกับคณะอนุกรรมการด้านความปลอดภัยทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน ได้แก่ ศึกษาธิการจังหวัด/ปภ./ขนส่ง/ตำรวจและเขตพื้นที่ สพม./สพป./อาชีวะเนนการ พขอ. ประเด็น RTI เด็กและเยาวชน</p>	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๖ เดือน</p> <p>๑. สนับสนุนให้มีการฝึกอบรม “วัคซีนจราจร” และพัฒนาวิทยากร ๒. สนับสนุนให้มีโรงเรียน/สถานศึกษา ทำ “TSY Program” ทุกอำเภอ โดยเฉพาะโรงเรียนประจำอำเภอและโรงเรียนขนาดใหญ่</p>	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๙ เดือน</p> <p>๑. โรงเรียน/สถานศึกษา ทำ “TSY Program” ทุกอำเภอ โดยเฉพาะโรงเรียนประจำอำเภอ/โรงเรียนขนาดใหญ่เพิ่มขึ้น ๒. พัฒนาครู/ทีมวิทยากร “ทักษะคิด” ระดับอำเภอ ครอบคลุมทุกอำเภอ ๓. ตรวจสอบเสริมพลังการดำเนินงานของอำเภอและสถานศึกษา โดยคณะอนุเด็กฯ</p>	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๑๒ เดือน</p> <p>๑. ติดตาม ประเมินผลระดับอำเภอ/จังหวัด ๒. จำนวนผู้เสียชีวิตรวมกับจำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนช่วงอายุ ๑-๑๘ ปี ลดลง ๓. สรุปผลการดำเนินงาน</p>



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑

ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence : PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๓

การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

โครงการที่ ๔ การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) จังหวัดมหาสารคาม

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาอมัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป และระดับทำทหาย) ๑. ร้อยละ ๑๐๐ ของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมการพัฒนาอามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับทำทหาย) ๒. ร้อยละ ๘๐ ของโรงพยาบาลพัฒนานาอมัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับทำทหาย)								
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	- โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดมหาสารคาม ผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป จำนวน ๑๓ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๑๐๐ (ผ่านเกณฑ์ระดับดีเยี่ยม ร้อยละ ๑๐๐) - โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองระดับทำทหาย รวม ๗ แห่ง (ร้อยละ ๕๓.๘๕) ได้แก่ โรงพยาบาลมหาสารคาม โกสุมพิสัย บรบือ พยัคฆภูมิพิสัย วาปีปทุม ยางสีสุราช กุดรัง แบ่งเป็น (๑) ประเด็นการจัดการของเสียทางการแพทย์ จำนวน ๓ แห่ง คือ โรงพยาบาล กุดรัง วาปีปทุม และยางสีสุราช (๒) การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล จำนวน ๒ แห่ง คือ โรงพยาบาลมหาสารคาม โกสุมพิสัย* บรบือ พยัคฆภูมิพิสัย* วาปีปทุม ยางสีสุราช								
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ ๑ การขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนางาน		มาตรการที่ ๒ พัฒนาสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน GCHC ระดับทำทหาย ด้วยระบบพี่เลี้ยงและเพื่อนช่วยเพื่อน						
กิจกรรมหลัก	กิจกรรมหลัก	ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรมหลัก	ผู้รับผิดชอบ					
	๑. พัฒนาศักยภาพคณะทำงาน GCHC	กรมอนามัย	๑. จัดเวทีถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนางาน	คกก.พัฒนา GCHC					
	๒. จัดทำแผนขับเคลื่อนการพัฒนางาน GCHC	สสจ.	๒. เยี่ยมสนับสนุนเพื่อพัฒนาสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน GCHC ระดับทำทหาย	คกก.พัฒนา GCHC					
	๓. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาและประเมิน GCHC ระดับจังหวัด	สสจ.	๓. ระบบให้คำปรึกษาในการเตรียมความพร้อมรับการประเมินระดับทำทหาย	คกก.พัฒนา GCHC					
ผู้รับผิดชอบ	๔. ประเมินตนเองและกำหนดประเด็นพัฒนาGCHC ระดับทำทหาย และรับการประเมิน		รพ. ทุกแห่ง	๔. เวทีนำเสนอเพื่อเตรียมความพร้อมรับการประเมินระดับทำทหาย พ.ศ. ๒๕๖๘	คกก. พัฒนา GCHC				
ระดับ ความสำเร็จ	<u>Small Success รอบ ๓ เดือน</u>		<u>Small Success รอบ ๖ เดือน</u>		<u>Small Success รอบ ๙ เดือน</u>		<u>Small Success รอบ ๑๒ เดือน</u>		
	๑. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาและประเมิน GCHC		๑. เยี่ยมสนับสนุนโรงพยาบาล ร้อยละ ๑๐๐		๑. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ ๑๐๐		๑. จัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมรับการประเมินระดับทำทหาย		
	๒. เยี่ยมสนับสนุนโรงพยาบาล ร้อยละ ๕๐		๒. โรงพยาบาลประเมินตนเองในระบบ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ร้อยละ ๑๐๐		๒. โรงพยาบาลได้รับการรับรองระดับทำทหาย ร้อยละ ๖๐		๒. โรงพยาบาลเข้ารับการประเมินระดับทำทหาย ร้อยละ ๑๐๐		
	๓. โรงพยาบาลกำหนดประเด็นพัฒนาระดับทำทหาย ร้อยละ ๑๐๐		๓. โรงพยาบาลเข้ารับการประเมินระดับทำทหาย		๓. โรงพยาบาลได้รับการรับรองระดับทำทหาย ร้อยละ ๘๐		๓.โรงพยาบาลได้รับการรับรองระดับทำทหาย ร้อยละ ๘๐		
๔. จัดเวทีถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ฯ		รอบที่ ๑ อย่างน้อย ๑ แห่ง							



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑

ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence : PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๔

การยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส และวาระจังหวัดมหาสารคาม ๑๖๐ ปี

โครงการที่ ๕ โครงการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส

นโยบายมหาสารคามจังหวัดสุขภาพดี

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	ระดับความสำเร็จในการขับเคลื่อนนโยบายมหาสารคามจังหวัดสุขภาพดี ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ภายใต้หลักการดำเนินงาน ๓ อ. ๔ ส. ระดับ ๕			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	จังหวัดมหาสารคามจำนวน ๑๓ อำเภอ ได้ประกาศเจตนารมณ์ขับเคลื่อนนโยบาย มหาสารคาม จังหวัดสุขภาพดี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ เพื่อมุ่งสู่มหาสารคามอยู่ดีมีสุขภายใต้หลักการดำเนินงาน ๓ อ. ๔ ส.			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ ๑ มีการขับเคลื่อนนโยบาย ผ่านตัวชี้วัด ๑๙ ตัวชี้วัดผ่านกลไกการขับเคลื่อนจังหวัดสุขภาพดี	มาตรการที่ ๒ เชื่อมโยงการทำงานแบบมีส่วนร่วมเป็นเครือข่าย ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และ อสม.	มาตรการที่ ๓ มีการประเมินและรับรองผลการดำเนินงานในระดับ อำเภอ จังหวัด และสามารถเปรียบเทียบผลสำเร็จได้อย่างชัดเจน	
กิจกรรมหลัก	๑. สนับสนุนให้ทุกอำเภอในจังหวัดมหาสารคามขับเคลื่อนนโยบาย โดยผ่านกลไกการขับเคลื่อนจังหวัดสุขภาพดีตามตัวชี้วัด ๑๙ ตัวชี้วัด ๒. ส่งเสริมให้ประชาชน ลดปัญหาสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตามกลุ่มวัย ในพื้นที่และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ยกย่องคุณภาพชีวิตของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ ภายใต้หลัก ๓ อ. ๔ ส. ๓. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำเสนอสรุปผลการดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายฯ ของอำเภอในจังหวัดมหาสารคาม			
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล			
ระดับ ความสำเร็จ	Small Success รอบ ๓ เดือน ๑. จัดทำแนวทางการขับเคลื่อน ตามนโยบายและหลักเกณฑ์ตัวชี้วัด การประเมิน จำนวน ๑๙ ตัวชี้วัด และมีการถ่ายทอดลงสู่ระดับอำเภอ ๒. แต่งตั้งคณะกรรมการ ในการขับเคลื่อน ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ	Small Success รอบ ๖ เดือน ๑. ร้อยละ ๑๐๐ ของอำเภอในจังหวัด มีการขับเคลื่อนนโยบายฯ ครบทั้ง ๑๙ ตัวชี้วัด	Small Success รอบ ๙ เดือน อำเภอมีระดับความสำเร็จในการขับเคลื่อน นโยบาย ตาม ๑๙ ตัวชี้วัด ในระดับ ๓ ขึ้นไป	Small Success รอบ ๑๒ เดือน อำเภอมีระดับความสำเร็จในการขับเคลื่อน นโยบาย ตาม ๑๙ ตัวชี้วัด ในระดับ ๕
นิยาม	ระดับค่าคะแนนความสำเร็จในการขับเคลื่อนนโยบายมหาสารคามจังหวัดสุขภาพดีประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ภายใต้หลักการดำเนินงาน ๓ อ. ๔ ส. ดังนี้ ระดับ ๑ = ผ่านเกณฑ์ ๑๕ ตัวชี้วัด , ระดับที่ ๒ = ผ่านเกณฑ์ ๑๖ ตัวชี้วัด , ระดับที่ ๓ = ผ่านเกณฑ์ ๑๗ ตัวชี้วัด , ระดับที่ ๔ = ผ่านเกณฑ์ ๑๘ ตัวชี้วัด , ระดับที่ ๕ = ผ่านเกณฑ์ ๑๙ ตัวชี้วัด			

อ.อาหาร

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	๑).ประชาชนมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม $\geq ๘๐\%$ ๒) ร้านอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SAN $\geq ๘๐\%$ ๒.๑) MGFH (SAN + เมนูสุขภาพ ๑ เมนู) $\geq ๕๐\%$ ๒.๒) ร้านอาหารลดหวาน มัน เค็ม ๕๐% ๒.๓) ร้านอาหารมีเมนูตำรับอาหารเป็นยา ๕๐% ๒.๔) เมนูสุขภาพแสดงอัตลักษณ์อำเภอละ ๑ เมนู ๑เมนู/อำเภอ ๓) อสม.นับคาร์บ ๓.๑) อสม.นับคาร์บตนเอง ๑๐๐% ๓.๒) อสม.นับคาร์บผู้ป่วยโรค DM Ht ๙๕% ๔. อย.น้อย ๔.๑) ร้อยละเครือข่าย อย.น้อย,บวร. มีความรอบรู้ในการบริโภคอาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพปลอดภัยลดโรค NCDs ผ่านเกณฑ์ ๘๐% ๔.๒) จำนวนเครือข่าย อย.น้อย บวร. ที่ได้รับการอบรมมีการตรวจสอบและรายงานเฝ้าระวัง ๕%																																																										
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (H&U) ปี ๒๕๖๗ พบว่าประชาชนวัยทำงานมีพฤติกรรม กินผัก ≥ ๕ ทัพพี/วัน ๗๖% ออกกำลังกาย ≥ ๑๕๐ นาที /สัปดาห์ ๖๑.๕% นอน ๗ ชม/วัน ๙๒% ด้านร้านอาหารปลอดภัย ในปี ๒๕๖๗ จังหวัดมหาสารคามมีร้านอาหารสมัครเข้าร่วมประเมินรับรองมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหาร ๓๕๔ ร้าน ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SAN จำนวน ๓๐๙ ร้าน (๘๗.๒๘%) ผ่านมาตรฐาน SAN Plus จำนวน ๓๒ ร้าน (๑๐.๓๖%) และผ่านมาตรฐาน M-GFH จำนวน ๒๓ ร้าน																																																										
ยุทธศาสตร์/มาตรการ	มาตรการที่ ๑ สร้างกลไกความร่วมมือในการขับเคลื่อนดำเนินงาน	มาตรการที่ ๒ พัฒนาศักยภาพเครือข่าย	มาตรการที่ ๓ ติดตามและประเมินผล																																																								
กิจกรรมหลัก	๑. ประชุมชี้แจงแนวทางขับเคลื่อนการดำเนินงานด้าน อ.อาหาร ๒. สร้างความเข้าใจผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ และ อสม. เรื่อง อ.อาหาร ได้แก่ มาตรฐาน SAN MGFH เมนูสุขภาพ อาหารเป็นยา พฤติกรรมกินที่เหมาะสมและการนับคาร์บและเครือข่าย อย.น้อย ๓. ชี้แจงการบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ในโปรแกรม ๓๐ ๔ส/food&Health/Food handler/อบรม เครือข่าย อย.น้อย	๑.พัฒนาศักยภาพเครือข่าย ในการดำเนินงาน ด้าน อ.อาหาร ได้แก่ มาตรฐาน SAN MGFH การบันทึกเมนูสุขภาพ พฤติกรรมกินที่ถูกต้องและการนับคาร์บ และความรอบรู้เครือข่าย อย.น้อย ๒.ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานด้าน อ.อาหาร ๓. ตรวจสอบรับรองร้านอาหารตามเกณฑ์ที่กำหนด ๔. ดำเนินงานเฝ้าระวังและสอบสวนโรคทางระบาดวิทยาจากการบริโภคอาหาร	๑.ส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อเชื่อมโยงการดำเนินงานลดเสี่ยงลดโรค NCDs ๒. ประชาสัมพันธ์ร้านอาหารที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ๓. มอบใบประกาศร้านอาหารที่ผ่านเกณฑ์ฯ ๓.ประเมินผลการดำเนินงาน มาตรฐาน SAN MGFH เมนูสุขภาพ เมนูสุขภาพแสดงอัตลักษณ์อำเภอและพฤติกรรมการกินที่เหมาะสม																																																								
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ส่งเสริม, สสป, อวล, คบส.)	อปท./รพ./สสอ./สสจ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด																																																								
ระดับ ความสำเร็จ	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Small Success รอบ ๓ เดือน</th> <th>Small Success ๖ เดือน</th> <th>Small Success ๙ เดือน</th> <th>Small Success ๑๒ เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๑. ประชาชนมีพฤติกรรมการกินที่เหมาะสม \geq ร้อยละ ๖๐</td> <td>$\geq ๖๐\%$</td> <td>$\geq ๖๐\%$</td> <td>$\geq ๗๐\%$</td> <td>$\geq ๘๐\%$</td> </tr> <tr> <td>๒. ร้านอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SAN \geq ร้อยละ ๖๐</td> <td>$\geq ๖๐\%$</td> <td>$\geq ๖๐\%$</td> <td>$\geq ๗๐\%$</td> <td>$\geq ๘๐\%$</td> </tr> <tr> <td>๓. MGFH (SAN + เมนูสุขภาพ ๑ เมนู) \geq ร้อยละ ๓๐</td> <td>$\geq ๓๐\%$</td> <td>$\geq ๓๐\%$</td> <td>$\geq ๔๐\%$</td> <td>$\geq ๕๐\%$</td> </tr> <tr> <td>๔. ร้านอาหารลดหวาน มัน เค็ม ร้อยละ ๓๐</td> <td>๓๐%</td> <td>๓๐%</td> <td>๔๐%</td> <td>๕๐%</td> </tr> <tr> <td>๕. ร้านอาหารมีเมนูตำรับอาหารเป็นยา ร้อยละ ๓๐</td> <td>๓๐%</td> <td>๓๐%</td> <td>๔๐%</td> <td>๕๐%</td> </tr> <tr> <td>๖. เมนูสุขภาพแสดงอัตลักษณ์อำเภอละ ๑ เมนู</td> <td>๑</td> <td>๑</td> <td>๑</td> <td>๑</td> </tr> <tr> <td>๗. อสม.นับคาร์บตนเอง ร้อยละ ๑๐๐</td> <td>๑๐๐%</td> <td>๑๐๐%</td> <td>๑๐๐%</td> <td>๑๐๐%</td> </tr> <tr> <td>๘. อสม.นับคาร์บผู้ป่วยโรค DM HT ร้อยละ ๗๕</td> <td>๗๕%</td> <td>๗๕%</td> <td>๘๕%</td> <td>๙๕%</td> </tr> <tr> <td>๗. ร้อยละเครือข่าย อย.น้อย, บวร. มีความรอบรู้ในการบริโภคอาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพปลอดภัยลดโรค NCDs ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๖๐</td> <td>๖๐%</td> <td>๖๐%</td> <td>๗๐%</td> <td>๘๐%</td> </tr> <tr> <td>๘.จำนวนเครือข่าย อย.น้อย บวร. ที่ได้รับการอบรมมีการตรวจสอบและรายงานเฝ้าระวัง $>$ ร้อยละ ๘๐</td> <td>๘๕%</td> <td>๘๕%</td> <td>๘๕%</td> <td>๘๕%</td> </tr> </tbody> </table>					Small Success รอบ ๓ เดือน	Small Success ๖ เดือน	Small Success ๙ เดือน	Small Success ๑๒ เดือน	๑. ประชาชนมีพฤติกรรมการกินที่เหมาะสม \geq ร้อยละ ๖๐	$\geq ๖๐\%$	$\geq ๖๐\%$	$\geq ๗๐\%$	$\geq ๘๐\%$	๒. ร้านอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SAN \geq ร้อยละ ๖๐	$\geq ๖๐\%$	$\geq ๖๐\%$	$\geq ๗๐\%$	$\geq ๘๐\%$	๓. MGFH (SAN + เมนูสุขภาพ ๑ เมนู) \geq ร้อยละ ๓๐	$\geq ๓๐\%$	$\geq ๓๐\%$	$\geq ๔๐\%$	$\geq ๕๐\%$	๔. ร้านอาหารลดหวาน มัน เค็ม ร้อยละ ๓๐	๓๐%	๓๐%	๔๐%	๕๐%	๕. ร้านอาหารมีเมนูตำรับอาหารเป็นยา ร้อยละ ๓๐	๓๐%	๓๐%	๔๐%	๕๐%	๖. เมนูสุขภาพแสดงอัตลักษณ์อำเภอละ ๑ เมนู	๑	๑	๑	๑	๗. อสม.นับคาร์บตนเอง ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	๘. อสม.นับคาร์บผู้ป่วยโรค DM HT ร้อยละ ๗๕	๗๕%	๗๕%	๘๕%	๙๕%	๗. ร้อยละเครือข่าย อย.น้อย, บวร. มีความรอบรู้ในการบริโภคอาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพปลอดภัยลดโรค NCDs ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๖๐	๖๐%	๖๐%	๗๐%	๘๐%	๘.จำนวนเครือข่าย อย.น้อย บวร. ที่ได้รับการอบรมมีการตรวจสอบและรายงานเฝ้าระวัง $>$ ร้อยละ ๘๐	๘๕%	๘๕%	๘๕%	๘๕%
	Small Success รอบ ๓ เดือน	Small Success ๖ เดือน	Small Success ๙ เดือน	Small Success ๑๒ เดือน																																																							
๑. ประชาชนมีพฤติกรรมการกินที่เหมาะสม \geq ร้อยละ ๖๐	$\geq ๖๐\%$	$\geq ๖๐\%$	$\geq ๗๐\%$	$\geq ๘๐\%$																																																							
๒. ร้านอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SAN \geq ร้อยละ ๖๐	$\geq ๖๐\%$	$\geq ๖๐\%$	$\geq ๗๐\%$	$\geq ๘๐\%$																																																							
๓. MGFH (SAN + เมนูสุขภาพ ๑ เมนู) \geq ร้อยละ ๓๐	$\geq ๓๐\%$	$\geq ๓๐\%$	$\geq ๔๐\%$	$\geq ๕๐\%$																																																							
๔. ร้านอาหารลดหวาน มัน เค็ม ร้อยละ ๓๐	๓๐%	๓๐%	๔๐%	๕๐%																																																							
๕. ร้านอาหารมีเมนูตำรับอาหารเป็นยา ร้อยละ ๓๐	๓๐%	๓๐%	๔๐%	๕๐%																																																							
๖. เมนูสุขภาพแสดงอัตลักษณ์อำเภอละ ๑ เมนู	๑	๑	๑	๑																																																							
๗. อสม.นับคาร์บตนเอง ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%																																																							
๘. อสม.นับคาร์บผู้ป่วยโรค DM HT ร้อยละ ๗๕	๗๕%	๗๕%	๘๕%	๙๕%																																																							
๗. ร้อยละเครือข่าย อย.น้อย, บวร. มีความรอบรู้ในการบริโภคอาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพปลอดภัยลดโรค NCDs ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๖๐	๖๐%	๖๐%	๗๐%	๘๐%																																																							
๘.จำนวนเครือข่าย อย.น้อย บวร. ที่ได้รับการอบรมมีการตรวจสอบและรายงานเฝ้าระวัง $>$ ร้อยละ ๘๐	๘๕%	๘๕%	๘๕%	๘๕%																																																							

อ.อาหาร (นับคาร์บ)

ตัวชี้วัด
เป้าหมาย

- ร้อยละของ อสม. สามารถนับคาร์บของตนเองได้ (ร้อยละ ๑๐๐)
- ร้อยละของ อสม. นับคาร์บ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง (ร้อยละ ๑๐๐)
- ผู้ที่มี BMI และรอบเอว เกิน สามารถมี BMI และรอบเอวลดลง ร้อยละ ๕๐

สถานการณ์/
ข้อมูลพื้นฐาน

อสม.นับคาร์บ ตนเอง และกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เพื่อสนับสนุน นโยบาย NCD ดีได้ ด้วยกลไก อสม.
- อสม. จังหวัดมหาสารคาม จำนวน ๒๑,๙๗๙ คน - ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน ๖๕,๒๔๔ คน - ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๙๕,๘๙๑ คน

ยุทธศาสตร์/
มาตรการ

มาตรการที่ ๑
ยกระดับ อสม. ให้มีศักยภาพ

มาตรการที่ ๒ การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรม และยกระดับ Health Station

มาตรการที่ ๓
การประเมินผล และระบบรายงาน อสม. Digital

กิจกรรมหลัก

- กำหนดเป็นนโยบาย ชี้แจงสื่อสารไปยัง สสอ. รพ.
- จัดทำคู่มือ ๓๐ ๔ส แก่ อสม.
- พัฒนาศักยภาพ อสม.
- อสม.ทุกคนนับคาร์บ ตนเอง และพาประชาชนกลุ่มเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบนับคาร์บ

- ประเมินความเสี่ยง
- วางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยทีม ๓ หมอ
- พัฒนาคุณภาพ Health Station เป็นฐานการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
- ออกติดตามเยี่ยมบ้าน ให้ความรู้กลุ่มเป้าหมาย โดย อสม. อย่างต่อเนื่อง

- ประเมินความเสี่ยง ก่อนหลังการปรับพฤติกรรม การลดคาร์บ
- อสม.รายงานผ่านโปรแกรม
- อ. ๔ ส. และ Smart อสม.
- เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหมอคนที่ ๑ และหมอคนที่ ๒

ผู้รับผิดชอบ

สสจ. สสอ. รพ. รพ.สต.

ระดับ
ความสำเร็จ

Small Success รอบ ๓ เดือน
๑. มีผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน
๒. อสม. นับคาร์บเป็น
๓. ประเมินความเสี่ยง ก่อนหลัง การปรับพฤติกรรมลดคาร์บ

Small Success รอบ ๖ เดือน
๑. ร้อยละ ๙๐ ของ อสม. มีการนับคาร์บตัวเอง
๒. ihvp]t ๙๐ ของ อสม. นับคาร์บ ผู้ป่วย โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง
๓. ผู้ที่มี BMI และรอบเอวเกิน สามารถมี BMI และรอบเอวลดลง ร้อยละ ๓๐

Small Success รอบ ๙ เดือน
๑. ร้อยละ ๙๕ ของ อสม. มีการนับคาร์บ
๒. ร้อยละ ๙๕ ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ ความดันโลหิตสูงนับคาร์บ
๓. ผู้ที่มี BMI และรอบเอว เกิน สามารถมี BMI และ รอบเอวลดลง ร้อยละ ๔๐

Small Success รอบ ๑๒ เดือน
๑. ร้อยละ ๑๐๐ ของ อสม. การนับคาร์บเป็น
๒. ร้อยละ ๑๐๐ ของ อสม. นับคาร์บ ผู้ป่วย โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง
๓. ผู้ที่มี BMI และรอบเอว เกิน สามารถมี BMI และ รอบเอวลดลง ร้อยละ ๕๐

อ.ออกกำลังกาย

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	<p>๑. ประชาชนคนมหาสารคามมีการออกกำลังกายเป็นประจำ (๑๕๐ นาที/สัปดาห์ หรือ ๓-๕ วันต่อสัปดาห์) ๘๐ %</p> <p>๒. ประชาชนอายุ ๑๙-๕๙ ปี ส่งผลออกกำลังกายผ่าน ก้าวทำใจ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๓๐ (๑๖๐,๐๐๐ คน) ๓. ส่วนราชการทุกแห่งจัดกิจกรรมออกกำลังกายทุกวันพฤหัสบดี</p>			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	<p>ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (H&U) ปี ๒๕๖๗ พบว่า ประชาชนวัยทำงานมีพฤติกรรม กินผัก ≥ ๕ ทัพพี/วัน ร้อยละ ๗๖ ออกกำลังกาย ≥ ๑๕๐ นาที /สัปดาห์ ร้อยละ ๖๑.๕ นอน ๗ ชม/วัน ร้อยละ ๙๒ และแปรงฟันก่อนนอน ร้อยละ ๗๘.๔ และการเข้าร่วมกิจกรรมก้าวทำใจ มีสมาชิกจำนวน ๒๖๓,๒๗๑ คน ส่งผลออกกำลังกาย จำนวน ๑๕,๗๗๘ คน (๖.๗%)</p>			
ยุทธศาสตร์/มาตรการ	มาตรการที่ ๑ สร้างกลไกความร่วมมือในการขับเคลื่อนดำเนินงาน	มาตรการที่ ๒ พัฒนาศักยภาพเครือข่าย	มาตรการที่ ๓ ติดตามและประเมินผล	
กิจกรรมหลัก	<p>๑. ประชุมชี้แจงแนวทางขับเคลื่อนการดำเนินงานด้าน อ.ออกกำลังกาย</p> <p>๒. สื่อสารประชาสัมพันธ์ในการออกกำลังกาย Long life Thai Fit ทั้งในชุมชนและส่วนราชการ</p> <p>๓. สร้างความเข้าใจผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ และ อสม. เรื่อง อ.ออกกำลังกาย</p>	<p>๑. พัฒนาศักยภาพเครือข่าย ในการดำเนินงาน ด้าน อ.ออกกำลังกาย และสร้างแกนนำในการออกกำลังกาย</p> <p>๒. ส่งเสริมการดำเนินงานด้าน อ.ออกกำลังกาย และจัดตั้งชมรมออกกำลังกายในชุมชนและส่วนราชการ</p> <p>๓. ชี้แจงการเข้าถึงและบันทึกข้อมูล ในโปรแกรม ๓ อ ๔ ส และ แอปพลิเคชัน “ก้าวทำใจ”</p>	<p>๑. ส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงาน</p> <p>๒. สืบรวจพฤติกรรมการออกกำลังกาย</p> <p>๓. ประเมินผลการดำเนินงาน</p> <p>๔. มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และคัดเลือกบุคคลและพื้นที่ต้นแบบในการดำเนินงาน</p>	
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ส่งเสริม, สสป.)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	
ระดับ ความสำเร็จ	<p>Small Success รอบ ๓ เดือน</p> <p>๑. จัดทำแผนแนวทางพัฒนางาน</p> <p>๒. ประชุมชี้แจงขับเคลื่อนการดำเนินงานฯ</p> <p>๓. สืบรวจพฤติกรรมการออกกำลังกาย ก่อนการขับเคลื่อนกิจกรรมออกกำลังกาย</p> <p>๔. ประชาชนคนมหาสารคามมีการออกกำลังกายเป็นประจำ(๑๕๐ นาที/สัปดาห์ หรือ ๓-๕ วันต่อสัปดาห์) ๕๐ %</p> <p>๕. ส่วนราชการทุกแห่งจัดกิจกรรมออกกำลังกายและจัดตั้งกลุ่มในก้าวทำใจ ร้อยละ ๔๐</p>	<p>Small Success รอบ ๖ เดือน</p> <p>๑. สืบรวจพฤติกรรมการออกกำลังกาย หลังขับเคลื่อนการดำเนินงาน</p> <p>๒. ประชาชนคนมหาสารคามมีการออกกำลังกายเป็นประจำ(๑๕๐ นาที/สัปดาห์ หรือ ๓-๕ วันต่อสัปดาห์) ๖๐ %</p> <p>๓. ประชาชนอายุ ๑๙-๕๙ ปี ส่งผลออกกำลังกายผ่าน ก้าวทำใจ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๒๐</p> <p>๔. ส่วนราชการทุกแห่งจัดกิจกรรมออกกำลังกาย และจัดตั้งกลุ่มในก้าวทำใจ ร้อยละ ๖๐</p>	<p>Small Success รอบ ๙ เดือน</p> <p>๑. สืบรวจพฤติกรรมการออกกำลังกาย หลังขับเคลื่อนการดำเนินงาน</p> <p>๒. ประชาชนคนมหาสารคามมีการออกกำลังกายเป็นประจำ(๑๕๐ นาที/สัปดาห์ หรือ ๓-๕ วันต่อสัปดาห์) ๗๐ %</p> <p>๓. ประชาชนอายุ ๑๙-๕๙ ปี ส่งผลออกกำลังกายผ่าน ก้าวทำใจ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๒๕</p> <p>๔. ส่วนราชการทุกแห่งจัดกิจกรรมออกกำลังกาย และจัดตั้งกลุ่มในก้าวทำใจ ร้อยละ ๘๐</p>	<p>Small Success รอบ ๑๒ เดือน</p> <p>๑. มีบุคคลต้นแบบและพื้นที่ต้นแบบในการออกกำลังกาย</p> <p>๒. ประชาชนคนมหาสารคามมีการออกกำลังกายเป็นประจำ(๑๕๐ นาที/สัปดาห์ หรือ ๓-๕ วันต่อสัปดาห์) ๘๐ %</p> <p>๓. ประชาชนอายุ ๑๙-๕๙ ปี ส่งผลออกกำลังกายผ่านก้าวทำใจ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๓๐</p> <p>๔. ส่วนราชการทุกแห่งจัดกิจกรรมออกกำลังกาย และจัดตั้งกลุ่มในก้าวทำใจ ร้อยละ ๑๐๐</p>

อ. อารมณ์

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	<p>๑. ประชาชนมหาสารคามมีภาวะสุขภาพจิตดี / อารมณ์ดี (ST๕) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕</p> <p>๒. ประชาชนมหาสารคามไม่มีภาวะซึมเศร้า (๒Q, ๙Q) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๘</p>			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	<p>ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ จังหวัดมหาสารคาม มีภาวะเครียดสูง ร้อยละ ๒.๕๔, เสียงซึมเศร้า ร้อยละ ๒.๗๘, เสี่ยงฆ่าตัวตาย ร้อยละ ๑.๓๐, มีภาวะหมดไฟทำงาน ร้อยละ ๑.๑๒</p>			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	<p>มาตรการที่ ๑</p> <p>๑. เร่งรัดการประเมินภาวะสุขภาพจิตนักเรียน อายุ ๑๐ ปี ไม่เกิน ๑๘ ปี ในกลุ่มสมาชิก TO BE NUMBER ONE ใน รร. และในกลุ่มประชาชนทั่วไป ตั้งแต่ ๑๘ ปี ขึ้นไป ผ่าน QR-Code : Mental Health Check in โดยมี อสม. เป็นผู้ดูแลระบบการประเมินฯ</p>	<p>มาตรการที่ ๒</p> <p>๑. เร่งรัดการติดตามให้คำปรึกษาสุขภาพจิต ผ่านระบบ E-mail Alert โดยพยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น/สุขภาพจิตผู้ใหญ่ หรือบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่</p> <p>๒. เร่งรัดการส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน ผ่านการบริหารจัดการแบบบูรณาการด้วย พขอ.</p>	<p>มาตรการที่ ๓</p> <p>๑. วิเคราะห์สถานการณ์เปรียบเทียบก่อน-หลัง ดำเนินการตามมาตรการที่ ๒ แล้วนำเสนอ/คืนข้อมูลให้พื้นที่ เพื่อเร่งรัดการประเมิน/ติดตามดูแลให้ครอบคลุม พร้อมประเมินระบบการบูรณาการส่งเสริมสุขภาพจิตในพื้นที่ผ่าน พขอ.</p>	
กิจกรรม หลัก	<p>๑. ชี้แจงแนวทางดำเนินงาน และเพิ่มทักษะ อสม. สำหรับการประชาสัมพันธ์การใช้ QR-Code : Mental Health Check in</p> <p>๒. อสม. ประเมินสุขภาพจิตตนเอง และประชาชนที่อยูในการดูแล</p> <p>๓. เพิ่มศักยภาพ อสม. ในการเป็นผู้ให้คำปรึกษาสุขภาพจิตเบื้องต้น</p>	<p>๑. ควบคุม กำกับ ติดตาม นิเทศ ประเมินผลการดำเนินงานฯ ระดับอำเภอ อย่างต่อเนื่อง ผ่านระบบ พขอ. และศูนย์ประสานงาน TO BE NUMBER ONE ทุกอำเภอ</p> <p>๒. ส่งเสริมการสร้างวัคซีนใจในชุมชนด้วยหลักการ ๔ สร้าง ๒ ใช้</p>	<p>๑. วิเคราะห์สถานการณ์จากฐานข้อมูล Mental Health Check in & E-mail Alert</p> <p>๒. พัฒนางานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงาน ๓ อ. ๔ ส. ร่วมกับกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง</p>	
ผู้รับผิดชอบ	<p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p>			
ระดับ ความสำเร็จ	<p>Small Success รอบ ๓ เดือน</p> <p>๑. ประชาชนมหาสารคามมีภาวะสุขภาพจิตดี / อารมณ์ดี (ST๕) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐</p> <p>๒. ประชาชนมหาสารคามไม่มีภาวะซึมเศร้า (๒Q, ๙Q) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕</p>	<p>Small Success รอบ ๖ เดือน</p> <p>๑. ประชาชนมหาสารคามมีภาวะสุขภาพจิตดี/อารมณ์ดี (ST๕) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕</p> <p>๒. ประชาชนมหาสารคามไม่มีภาวะซึมเศร้า (๒Q, ๙Q) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐</p>	<p>Small Success รอบ ๙ เดือน</p> <p>๑. ประชาชนมหาสารคามมีภาวะสุขภาพจิตดี / อารมณ์ดี (ST๕) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐</p> <p>๒. ประชาชนมหาสารคามไม่มีภาวะซึมเศร้า (๒Q, ๙Q) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕</p>	<p>Small Success รอบ ๑๒ เดือน</p> <p>๑. ประชาชนมหาสารคามมีภาวะสุขภาพจิตดี / อารมณ์ดี (ST๕) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕</p> <p>๒. ประชาชนมหาสารคามไม่มีภาวะซึมเศร้า (๒Q, ๙Q) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๘</p>

ส. ไม่สูบบุหรี่

**ตัวชี้วัด/
เป้าหมาย**
ตัวชี้วัด : ประชาชนมหาสารคาม อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ไม่สูบบุหรี่
เป้าหมาย : ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ ๘๕

**สถานการณ์/
ข้อมูลพื้นฐาน**
การคัดกรองประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ปี ๒๕๖๗ ร้อยละ ๗๖.๑๘ (เป้าหมาย ร้อยละ ๖๕), ความชุกผู้สูบบุหรี่ ปี ๒๕๖๗ ร้อยละ ๔.๒๐ (เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ ๖), ผู้สูบบุหรี่ได้รับการชักชวนเข้าสู่กระบวนการบำบัดเบื้องต้น ร้อยละ ๖๕.๑๔ (เป้าหมาย ร้อยละ ๖๕)

**ยุทธศาสตร์/
มาตรการ**

มาตรการที่ ๑ ๑. ขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ๒. บังคับใช้กฎหมายและดำเนินการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่	มาตรการที่ ๒ ๑. สร้างมาตรการชุมชนปลอดบุหรี่/ป้องกันนักสูบหน้าใหม่ ๒. การบำบัดรักษาผู้สูบบุหรี่	มาตรการที่ ๓ การกำกับ ติดตาม ประเมินผล
--	---	--

กิจกรรมหลัก

๑. ขับเคลื่อนการป้องกันและควบคุมบุหรี่ผ่านคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัดมหาสารคาม ๒. ขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมยาสูบผ่านคณะทำงานระดับจังหวัด ๓. สนับสนุนนโยบายสาธารณะ การจัดการสิ่งแวดล้อม ปลอดบุหรี่ และการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง ๔. เพิ่มการคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย	๑. ขยายชุมชนต้นแบบเพื่อสร้างมาตรการทำให้ชุมชนปลอดบุหรี่ ๒. ขยายโรงเรียนต้นแบบในการดำเนินการตาม ๗ มาตรการโรงเรียนปลอดบุหรี่ ๓. พัฒนาศักยภาพ เจ้าหน้าที่ผู้ให้การบำบัดผู้ติดบุหรี่ ใน รพ. และ สสอ. ทุกแห่ง (พัฒนาศักยภาพ อสม.ในพื้นที่ ให้มีความรู้ในการใช้แบบประเมินการติดสารนิโคติน Fagerstrom	๑. ติดตามประเมินผล การคัดกรอง และความชุกของผู้สูบบุหรี่ รอบที่ ๑ ช่วง ก.พ. ๒๕๖๘ ประเมินตนเอง รอบที่ ๒ ช่วง ส.ค. ๒๕๖๘ ประเมินโดยทีมคณะกรรมการระดับจังหวัด ๒. ประเมินผล KPI จากระบบ HDC ๓. สรุปผลการดำเนินงาน
--	--	--

ผู้รับผิดชอบ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

**ระดับ
ความสำเร็จ**

Small Success รอบ ๓ เดือน ๑. สื่อสารแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองผู้สูบบุหรี่ในพื้นที่และภาคีเครือข่าย/อบจ. ๒. สื่อสารแนวทางการประเมินการคัดกรอง และความชุกของผู้สูบบุหรี่ ๓. มีการขับเคลื่อนงานการควบคุมการสูบบุหรี่ ผ่าน พขอ. ทุกอำเภอ ๔. คัดกรองกลุ่มเป้าหมาย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๕	Small Success รอบ ๖ เดือน ๑. คัดกรองกลุ่มเป้าหมาย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ๒. มีการประเมินความชุกผู้สูบบุหรี่ ไม่เกินร้อยละ ๑๐ (รอบที่ ๑ ช่วง ก.พ. ๖๘ ประเมินตนเอง) ๓. มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานการตรวจเดือน ประชาสัมพันธ์และบังคับใช้กฎหมาย ระดับจังหวัด/อำเภอ	Small Success รอบ ๙ เดือน ๑. บูรณาการงานคัดกรองบุหรี่ กับ รพ.สต. และภาคีเครือข่าย/อบจ. ๒. มีการขยายชุมชนต้นแบบ เพื่อสร้างมาตรการทำให้ชุมชนปลอดบุหรี่ ทุกอำเภอ ๓. คัดกรองกลุ่มเป้าหมาย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐	Small Success รอบ ๑๒ เดือน ๑. คัดกรองกลุ่มเป้าหมาย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ ๒. มีการประเมินความชุกผู้สูบบุหรี่ ไม่เกินร้อยละ ๑๔ ๓. มีงานบุญ งานประเพณีปลอดบุหรี่ ในชุมชนต้นแบบ
---	--	---	---

ส. ไม่ดื่มสุรา

ตัวชี้วัด/
เป้าหมาย

ตัวชี้วัด : ประชาชนมหาสารคาม อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ไม่ดื่มสุรา
เป้าหมาย : ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ ๘๕

สถานการณ์/
ข้อมูลพื้นฐาน

การคัดกรองประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ปี ๒๕๖๗ ร้อยละ ๗๔.๘๐ (เป้าหมาย ร้อยละ ๖๕), ความชุกผู้ดื่มสุรา ปี ๒๕๖๗ ร้อยละ ๓.๓๕ (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ ๖), ผู้ดื่มสุราเสี่ยงต่ำ ร้อยละ ๙๕.๐๑, ผู้ดื่มสุราเสี่ยงกลาง ร้อยละ ๔.๕๔, ผู้ดื่มสุราเสี่ยงสูง ร้อยละ ๐.๔๕

ยุทธศาสตร์/
มาตรการ

มาตรการที่ ๑

- ขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- บังคับใช้กฎหมายและดำเนินการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดสุรา

มาตรการที่ ๒

- สร้างมาตรการชุมชนปลอดสุรา/ ป้องกัน นักดื่มหน้าใหม่
- การบำบัดรักษาผู้ติดสุรา

มาตรการที่ ๓

การกำกับ ติดตาม ประเมินผล

กิจกรรม
หลัก

๑. ขับเคลื่อนการป้องกันและควบคุมบุหรี่ผ่านคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัดมหาสารคาม
๒. ขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมสุราผ่านคณะทำงานระดับจังหวัด
๓. สนับสนุนนโยบายสาธารณะ การจัดการสิ่งแวดล้อม ปลอดสุรา และการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง
๔. เพิ่มการคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย

๑. ขยายชุมชนต้นแบบเพื่อสร้างมาตรการทำให้ชุมชนปลอดสุรา
๒. ขยายโรงเรียนต้นแบบในการดำเนินการตาม ๗ มาตรการโรงเรียนปลอดสุรา
๓. พัฒนาศักยภาพ เจ้าหน้าที่ผู้ให้การบำบัดผู้ติดสุรา ใน รพ. และ สสอ.ทุกแห่ง (พัฒนาศักยภาพ อสม.ในพื้นที่ ให้มีความรู้ในการใช้แบบคัดกรอง ๑) ASSIST ๒) AUDIT

๑. ติดตามประเมินผล การคัดกรอง และความชุกของผู้ดื่มสุรา รอบที่ ๑ ช่วง ก.พ. ๖๘ ประเมินตนเอง
รอบที่ ๒ ช่วง ส.ค. ๖๘ ประเมินโดยทีมคณะกรรมการระดับจังหวัด
๒. ประเมินผล KPI จากระบบ HDC
๓. สรุปผลการดำเนินงาน

ผู้รับผิดชอบ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ระดับ
ความสำเร็จ

Small Success รอบ ๓ เดือน

๑. สื่อสารแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองผู้ดื่มสุราในพื้นที่และภาคีเครือข่าย/อบจ.
๒. สื่อสารแนวทางการประเมินการคัดกรอง และความชุกของผู้ดื่มสุรา
๓. มีการขับเคลื่อนงานการควบคุมการสูบบุหรี่ ผ่าน พขอ. ทุกอำเภอ
๔. คัดกรองกลุ่มเป้าหมาย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๕

Small Success รอบ ๖ เดือน

๑. คัดกรองกลุ่มเป้าหมาย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐
๒. มีการประเมินความชุกผู้ดื่มสุรา ไม่เกินร้อยละ ๑๐ (รอบที่ ๑ ช่วง ก.พ. ๖๘ ประเมินตนเอง)
๓. มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานการตรวจเตือนประชาสัมพันธ์และบังคับใช้กฎหมาย ระดับจังหวัด/อำเภอ

Small Success รอบ ๙ เดือน

๑. บูรณาการงานคัดกรองผู้ดื่มสุรา กับ รพ.สต. และภาคีเครือข่าย/อบจ.
๒. มีการขยายชุมชนต้นแบบ เพื่อสร้างมาตรการทำให้ชุมชนลด ละ เลิกสุรา ทุกอำเภอ
๓. คัดกรองกลุ่มเป้าหมาย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐

Small Success รอบ ๑๒ เดือน

๑. คัดกรองกลุ่มเป้าหมาย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐
๒. มีการประเมินความชุกผู้ดื่มสุรา ไม่เกินร้อยละ ๑๔
๓. มีงานบุญ งานประเพณีปลอดสุรา ในชุมชนต้นแบบ

ส.สิ่งแวดล้อม

ตัวชี้วัด/
เป้าหมาย

๑. คริวเรือนร้อยละ ๘๐ ผ่านเกณฑ์ด้านสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม ๑.๑) คริวเรือนร้อยละ ๘๐ มีการบริโภคน้ำสะอาด ๑.๒) คริวเรือนร้อยละ ๘๐ มีการบริโภคอาหารได้ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลอาหาร ๑.๓) คริวเรือนร้อยละ ๘๐ มีการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกสุขลักษณะ ๑.๔) คริวเรือนร้อยละ ๘๐ มีการจัดการมูลฝอยได้ถูกสุขลักษณะ ไม่ก่อให้เกิดมลพิษ

สถานการณ์/
ข้อมูลพื้นฐาน

การสำรวจ จปฐ.ปี ๒๕๖๕ พบว่าคริวเรือนในจังหวัดมหาสารคามมีน้ำสะอาดสำหรับดื่มและบริโภคเพียงพอตลอดปีอย่างน้อยคน ละ ๕ ลิตรต่อวัน ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๙๙.๙๖, คริวเรือนมีการจัดบ้านเรือนเป็นระเบียบเรียบร้อย สะอาด และถูกสุขลักษณะ ร้อยละ ๙๙.๙๖, คริวเรือนไม่ถูกรบกวนจากมลพิษ ร้อยละ ๙๙.๙๓ ในด้านอาหาร พบว่า ปี ๒๕๖๗ จังหวัดมหาสารคามพบผู้ป่วยอาหารเป็นพิษทั้งหมด ๑,๘๐๕ ราย (อัตราป่วย ๑๙๑.๑๔/แสนประชากร ไม่พบผู้เสียชีวิต ด้านการจัดการสิ่งปฏิกูลมีระบบกำจัดสิ่งปฏิกูลที่ได้มาตรฐาน จำนวน ๕ แห่ง ใน ๕ อำเภอ (ร้อยละ๓๘.๔๖) ดังนี้ ๑. แบบสถานทรายกรอง ๔ แห่ง คือ อบต.หนองจิก (อ.บรบือ), อบต.บ้านกู่ (อ.ยางสีสุราช), ผู้ประกอบการเอกชน ต.ดอนกลาง (อ.โกสุมพิสัย), เทศบาลตำบลเชียงยืน ๒. ระบบบำบัดแบบบ่อหมักไร้อากาศ ๑ แห่ง คือ เทศบาลเมืองมหาสารคาม

ยุทธศาสตร์/
มาตรการ

มาตรการที่ ๑ เสริมสร้าง (Strengthen) ความรอบรู้ด้านการสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม

มาตรการที่ ๒ พัฒนา (Develop) และเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม

มาตรการที่ ๓ เผื่อระวังความปลอดภัยด้านการสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม

กิจกรรม
หลัก

๑. ประชุมชี้แจงการขับเคลื่อนงานแก่ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ
๒. สื่อสารความเสี่ยงด้านการสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม (น้ำ /อาหาร /สิ่งปฏิกูล/มูลฝอย)

๑. ส่งเสริม สนับสนุนการดำเนินงานด้านการสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม แก่ภาคีเครือข่าย
๒. ตรวจสอบ/รับรอง มาตรฐานการดำเนินงานด้านการสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม

๑. ส่งเสริมให้ชุมชนมีระบบเผื่อระวังด้านการสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม
๒. รับเรื่อง ตรวจสอบ ระบุข้อร้องเรียนที่จะเกิดขึ้นตามอำนาจหน้าที่
๓. สำรวจพฤติกรรมของประชาชนด้านการสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ผู้รับผิดชอบ

สสอ/รพช/รพท/สสจ.

Small Success รอบ ๓ เดือน

๑. คริวเรือนร้อยละ ๕๐ ผ่านเกณฑ์สุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม
๑.๑) คริวเรือนร้อยละ ๕๐ มีการบริโภคน้ำสะอาด
๑.๒) คริวเรือนร้อยละ ๕๐ มีการบริโภคอาหารได้ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลอาหาร
๑.๓) คริวเรือนร้อยละ ๕๐ มีการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกสุขลักษณะ
๑.๔) คริวเรือนร้อยละ ๕๐ มีการจัดการมูลฝอยได้ถูกสุขลักษณะ ไม่ก่อให้เกิดมลพิษ

Small Success รอบ ๖ เดือน

๑. คริวเรือนร้อยละ ๖๐ ผ่านเกณฑ์สุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม
๑.๑) คริวเรือนร้อยละ ๖๐ มีการบริโภคน้ำสะอาด
๑.๒) คริวเรือนร้อยละ ๖๐ มีการบริโภคอาหารได้ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลอาหาร
๑.๓) คริวเรือนร้อยละ ๖๐ มีการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกสุขลักษณะ
๑.๔) คริวเรือนร้อยละ ๖๐ มีการจัดการมูลฝอยได้ถูกสุขลักษณะ ไม่ก่อให้เกิดมลพิษ

Small Success รอบ ๙ เดือน

๑. คริวเรือนร้อยละ ๗๐ ผ่านเกณฑ์สุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม
๑.๑) คริวเรือนร้อยละ ๗๐ มีการบริโภคน้ำสะอาด
๑.๒) คริวเรือนร้อยละ ๗๐ มีการบริโภคอาหารได้ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลอาหาร
๑.๓) คริวเรือนร้อยละ ๗๐ มีการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกสุขลักษณะ
๑.๔) คริวเรือนร้อยละ ๗๐ มีการจัดการมูลฝอยได้ถูกสุขลักษณะ ไม่ก่อให้เกิดมลพิษ

Small Success รอบ ๑๒ เดือน

๑. คริวเรือนร้อยละ ๘๐ ผ่านเกณฑ์สุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม
๑.๑) คริวเรือนร้อยละ ๘๐ มีการบริโภคน้ำสะอาด
๑.๒) คริวเรือนร้อยละ ๘๐ มีการบริโภคอาหารได้ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลอาหาร
๑.๓) คริวเรือนร้อยละ ๘๐ มีการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกสุขลักษณะ
๑.๔) คริวเรือนร้อยละ ๘๐ มีการจัดการมูลฝอยได้ถูกสุขลักษณะ ไม่ก่อให้เกิดมลพิษ

ระดับ
ความสำเร็จ

ส. สัมพันธ์ดี สังคมอบอุ่น

ตัวชี้วัด/
เป้าหมาย

๑. ครอบครัวอบอุ่น ร้อยละ ๙๕
๒. มีชมรมหรือการรวมกลุ่มทำกิจกรรมสร้างสุขร่วมกันอย่างน้อย ๑ ชมรม/หมู่บ้าน และมีกิจกรรมสร้างสุขร่วมกันอย่างน้อย ๑ ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ ๑๐๐

สถานการณ์/
ข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลการร่วมกลุ่มและทำกิจกรรมในชุมชน ปี ๒๕๖๗ ในจังหวัดมหาสารคาม มีลานเล่น/ลานกิจกรรมในชุมชน ซึ่งเป็นที่รวมกลุ่มของเด็กๆและผู้ปกครอง คนในชุมชน ในการทำกิจกรรมร่วมกัน จำนวน ๑๔๘๓ แห่ง (๙๒.๑%) และมีชมรมหรือผู้สูงอายุจำนวน ๑๔๒ ชมรม ซึ่งอยู่ในการดูแลของ รพ.สต. ทุกแห่ง ภายใต้กองทุนสุขภาพตำบล

ยุทธศาสตร์/
มาตรการ

มาตรการที่ ๑
สร้างกลไกความร่วมมือในการดำเนินงาน

มาตรการที่ ๒
มีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน

มาตรการที่ ๓
ติดตามและประเมินผล

กิจกรรมหลัก

๑. ประชุมชี้แจงแนวทางขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสัมพันธ์ดี สังคมอบอุ่น
๒. สื่อสารการดำเนินงาน และการจัดกิจกรรม/ชมรมในชุมชน
๓. สร้างความเข้าใจผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ และ อสม. ในการดำเนินงานและสำรวจ ครอบครัวอบอุ่น

๑. ส่งเสริมและขับเคลื่อนการดำเนินงานแก่เครือข่าย ในการดำเนินงานด้านครอบครัวอบอุ่นและจัดตั้งชมรมและกิจกรรมในชุมชน
๒. ชี้แจงการเข้าถึงและบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ในโปรแกรม ๓ อ ๔ ส

กำกับ ติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง และสนับสนุนการดำเนินงาน ส่งเสริมสัมพันธ์ดี สังคมอบอุ่น

ผู้รับผิดชอบ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ส่งเสริม, สสป.)

Small Success รอบ ๓ เดือน

๑. จัดทำแผนแนวทางการดำเนินงาน
๒. ประชุมชี้แจงขับเคลื่อนการดำเนินงานฯ
๓. สำรวจครอบครัวอบอุ่น
๔. มีชมรมหรือการรวมกลุ่มทำกิจกรรมสร้างสุขร่วมกันอย่างน้อย ๑ ชมรม/หมู่บ้าน และมีกิจกรรมสร้างสุขร่วมกันอย่างน้อย ๑ ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ ๗๐

Small Success รอบ ๖ เดือน

๑. ครอบครัวอบอุ่น ร้อยละ ๘๕
๒. มีชมรมหรือการรวมกลุ่มทำกิจกรรมสร้างสุขร่วมกันอย่างน้อย ๑ ชมรม/หมู่บ้าน และมีกิจกรรมสร้างสุขร่วมกันอย่างน้อย ๑ ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ ๘๐

Small Success รอบ ๙ เดือน

๑. ครอบครัวอบอุ่น ร้อยละ ๙๐
๒. มีชมรมหรือการรวมกลุ่มทำกิจกรรมสร้างสุขร่วมกันอย่างน้อย ๑ ชมรม/หมู่บ้าน และมีกิจกรรมสร้างสุขร่วมกันอย่างน้อย ๑ ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ ๙๐

Small Success รอบ ๑๒ เดือน

๑. ครอบครัวอบอุ่น ร้อยละ ๙๕
๒. มีชมรมหรือการรวมกลุ่มทำกิจกรรมสร้างสุขร่วมกันอย่างน้อย ๑ ชมรม/หมู่บ้าน และมีกิจกรรมสร้างสุขร่วมกันอย่างน้อย ๑ ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ ๑๐๐

ระดับ
ความสำเร็จ



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑

ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence : PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๔

การยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส และวาระจังหวัดมหาสารคาม ๑๖๐ ปี

โครงการที่ ๖ โครงการยกระดับคุณภาพชีวิตด้วยวาระจังหวัดมหาสารคาม ๑๖๐ ปี

ยกระดับอาหารปลอดภัย ชูเมนูสุขภาพและลดหวาน มัน เค็ม

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	<p>๑) ร้านอาหารผ่านมาตรฐานสุขาภิบาลขั้นพื้นฐาน(SAN) \geq ร้อยละ ๘๐</p> <p>๔) ร้านอาหารมีเมนูอาหารเป็นยาที่มาจากผักพื้นบ้านและสมุนไพรไม่น้อยกว่า ๑๖๐ ร้าน (ร้อยละ๕๐)</p> <p>๗) ร้อยละตัวอย่างอาหารผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ ๘๐)</p>	<p>๒) ร้านอาหารได้รับมาตรฐาน MGFH (SAN Plus+ เมนูสุขภาพ ๑ เมนู) ไม่น้อยกว่า ๑๖๐ ร้าน (ร้อยละ๕๐)</p> <p>๕) ร้านอาหารมีเมนูสุขภาพแสดงอัตลักษณ์อำเภอฯละ ๑ เมนู (๑เมนู/อำเภอ)</p> <p>๘) ไม่พบการระบาดของโรคอาหารเป็นพิษในร้านอาหาร (SAN)</p>	<p>๓) ร้านอาหารผ่านเกณฑ์ลดหวาน มัน เค็ม ไม่น้อยกว่า ๑๖๐ ร้าน (ร้อยละ๕๐)</p> <p>๖) ร้อยละการสุ่มเก็บตัวอย่างอาหารตามเป้าหมายที่กำหนด</p>
------------------------	---	--	---

สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	<p>ปี ๒๕๖๗ จังหวัดมหาสารคามมีร้านอาหารสมัครเข้าร่วมประเมินรับรองมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหาร ๓๕๔ ร้าน ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SAN จำนวน ๓๐๙ ร้าน (ร้อยละ ๘๗.๒๘), ผ่านมาตรฐาน SAN Plus จำนวน ๓๒ ร้าน (ร้อยละ ๑๐.๓๖) และผ่านมาตรฐาน M-GFH จำนวน ๒๓ ร้าน โดยปี ๒๕๖๗ จังหวัดมหาสารคามพบผู้ป่วยอาหารเป็นพิษทั้งหมด ๑,๘๐๕ ราย (อัตราป่วย ๑๙๑.๑๔/แสนประชากร) ไม่พบผู้เสียชีวิต ทั้งนี้มีการสุ่มเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจคุณภาพอาหาร จำนวน ๗๕๘ ตัวอย่าง พบว่าผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๙๘.๓๑</p>
-----------------------------	--

ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	<p>มาตรการที่ ๑ : สร้างกลไกความร่วมมือในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน</p>	<p>มาตรการที่ ๒ : พัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการเฝ้าระวังความปลอดภัยของอาหาร</p>	<p>มาตรการที่ ๓ : ควบคุมคุณภาพอาหาร ติดตาม/ประเมินผล และประชาสัมพันธ์ เพื่อขยายผล</p>
------------------------	--	---	--

กิจกรรม หลัก	<p>๑. ประชุมชี้แจงแนวทางขับเคลื่อนการดำเนินงาน</p> <p>๒. ส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อเชื่อมโยงการดำเนินงานลดเสี่ยงโรค NCDs (ลดหวานมันเค็ม)</p> <p>๓. ชี้แจงการเข้าถึงและบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ในระบบ Foodhandler</p>	<p>๑. พัฒนาศักยภาพเครือข่าย ในการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านอาหาร</p> <p>๒. พัฒนาศักยภาพแกนนำปรับสูตรอาหารท้องถิ่นลดโซเดียมระดับอำเภอ</p> <p>๓. เฝ้าระวังและสอบสวนโรคทางระบาดวิทยาจากการบริโภคอาหาร</p>	<p>๑. ตรวจสอบปนเปื้อนในอาหาร</p> <p>๒. ตรวจสอบรับรองร้านอาหารตามมาตรฐานฯ</p> <p>๓. ประชาสัมพันธ์ร้านอาหารที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในวงกว้าง</p> <p>๔. มอบใบประกาศร้านอาหารที่ผ่านเกณฑ์ฯ</p>
-----------------	---	--	---

ผู้รับผิดชอบ	อปท./รพ./สสอ./สสจ
--------------	-------------------

ระดับ ความสำเร็จ	<p>Small Success รอบ ๓ เดือน</p> <p>๑. ประชุมชี้แจงขับเคลื่อนการดำเนินงานฯ</p> <p>๒. ติดตาม ส่งเสริม สนับสนุนการดำเนินงานและพัฒนาศักยภาพบุคลากร</p>	ลำดับ	ประเด็น	Small Success รอบ ๖ เดือน	Small Success รอบ ๙ เดือน
		๑.	ร้านอาหารผ่านมาตรฐานขั้นพื้นฐาน (SAN)	\geq ร้อยละ ๕๐	\geq ร้อยละ ๘๐
		๒.	ร้านอาหารได้รับมาตรฐาน MGFH (SAN Plus+ เมนูสุขภาพ ๑ เมนู) (ไม่น้อยกว่า ๑๖๐ ร้าน)	ร้อยละ ๒๕	ร้อยละ๕๐
		๓.	ร้านอาหารผ่านเกณฑ์ลดหวาน มัน เค็ม (ไม่น้อยกว่า ๑๖๐ ร้าน)	ร้อยละ ๒๕	ร้อยละ๕๐
		๔.	ร้านอาหารมีเมนูอาหารเป็นยาที่มาจากผักพื้นบ้านและสมุนไพร (ไม่น้อยกว่า ๑๖๐ ร้าน)	ร้อยละ ๒๕	ร้อยละ๕๐
		๕.	ร้านอาหารมีเมนูสุขภาพแสดงอัตลักษณ์อำเภอฯละ ๑ เมนู	๑ เมนู/อำเภอ	๑ เมนู/อำเภอ
		๖.	ร้อยละการสุ่มเก็บตัวอย่างอาหารตามเป้าหมายที่กำหนด	๕๐	๑๐๐
		๗.	ร้อยละตัวอย่างอาหารผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ ๘๐)	๖๐	๘๐
		๘.	ไม่พบการระบาดของโรคอาหารเป็นพิษในร้านอาหาร (SAN)	ไม่พบ	ไม่พบ

ยกระดับเมืองสมุนไพร จังหวัดมหาสารคาม

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	๑. มีพื้นที่ปลูกพืชสมุนไพรที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน GAP/Organics เพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๑๖๐ ไร่ ๒. มีผลิตภัณฑ์สมุนไพรในจังหวัดที่ได้รับการรับรองมาตรฐานผลิตภัณฑ์ อย่างน้อย ๕ ผลิตภัณฑ์ และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ๑๖๐ ผลิตภัณฑ์ และมีผลิตภัณฑ์สมุนไพรในจังหวัดเป็น Products Champion อย่างน้อย ๓ ผลิตภัณฑ์ ๓. สถานบริการสาธารณสุขมีมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ ๕ เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา			
สถานการณ์/ข้อมูลพื้นฐาน	จังหวัดมหาสารคามมีพื้นที่ปลูกสมุนไพร GAP/organics ๒๔๐ ไร่ พืชสมุนไพรหลัก ได้แก่ ขมิ้นชัน ไพล กระเจี๊ยบแดง ใบบัวบก และดอกอัญชัน มีผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่อยู่ระหว่างดำเนินการพัฒนาผลิตภัณฑ์และขึ้นทะเบียน จำนวน ๕ รายการ มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขปี ๒๕๖๗ ๓๓ ล้านบาท			
ยุทธศาสตร์/มาตรการ	มาตรการที่ ๑ การสร้างกลไกในการขับเคลื่อนงาน	มาตรการที่ ๒ การพัฒนาศักยภาพเกษตรกรและผู้ประกอบการ	มาตรการที่ ๓ การกำกับติดตามการดำเนินงาน	
กิจกรรมหลัก	ขับเคลื่อนงานผ่านคณะกรรมการเมืองสมุนไพรจังหวัด โดยการชี้แจงเป้าหมายการขับเคลื่อนงาน ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน	๑. จัดอบรมเกษตรกรด้านการปลูกพืชสมุนไพร ชนิดที่เป็นความต้องการของตลาดสูง ๒. การพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการที่มีผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้ผ่านการรับรองมาตรฐานผลิตภัณฑ์ ๓. การส่งเสริมด้านการตลาดของผลิตภัณฑ์ฯ	๑. การประสานข้อมูลการดำเนินงานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ๒. การลงพื้นที่ติดตามแปลงปลูกพืชสมุนไพร ๓. การติดตามการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรและการดำเนินงานด้านการตลาดอย่างต่อเนื่อง	
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในคณะกรรมการเมืองสมุนไพร			
ระดับความสำเร็จ	Small Success รอบ ๓ เดือน ๑. มีการวางแผน กำหนดเป้าหมาย การขับเคลื่อนงานของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ๒. มีการประชุมคณะกรรมการเมืองสมุนไพร ๑ ครั้ง	Small Success รอบ ๖ เดือน ๑. มีพื้นที่แหล่งปลูกสมุนไพร ๕๐ ไร่ ๒. ผลิตภัณฑ์สมุนไพรได้รับการขึ้นทะเบียน ๕ รายการ และผลิตภัณฑ์สมุนไพร ๑๐๐ รายการ ๓. มีการกำหนดผลิตภัณฑ์เป้าหมายที่จะพัฒนา Champion Products	Small Success รอบ ๙ เดือน ๑. มีพื้นที่แหล่งปลูกสมุนไพร ๑๖๐ ไร่ ๒. มีผลิตภัณฑ์ Champion Products ๓ ผลิตภัณฑ์ และผลิตภัณฑ์สมุนไพร ๑๖๐ รายการ ๓. มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๕	Small Success รอบ ๑๒ เดือน ๑. มีพื้นที่แหล่งปลูกสมุนไพร ๑๖๐ ไร่ ๒. มีผลิตภัณฑ์ Champion products ๓ ผลิตภัณฑ์ ๓. มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๕

สรุปข้อมูล ภายในเดือน กรกฎาคม ๒๕๖๘

ลดภัยโรค NCD

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย

ร้อยละของตำบลมีการสร้างทีมผู้นำด้านภัย NCDs ๑๖๐ ทีม (ร้อยละ ๑๐๐)

สถานการณ์/
ข้อมูลพื้นฐาน

ทีมผู้นำด้านภัย NCDs หมายถึง ภาควิชาหรือฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการควบคุมและป้องกันโรค NCD ในระดับตำบล โดยมีทีมสุขภาพ ๓ หมอ เป็นแกนนำเป้าหมาย ๑๙๑ ทีม ใน รพ.สต. จำนวน ๑๗๕ แห่ง ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง ๔ แห่ง และหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาลชุมชน ๑๒ แห่ง เพื่อลดภัย NCD เฉลิมฉลอง ๑๖๐ ปี เมืองมหาสารคาม

ยุทธศาสตร์/
มาตรการ

มาตรการที่ ๑

การสร้างทีมผู้นำเข้มแข็ง

มาตรการที่ ๒

การจัดการความรู้และนวัตกรรม

กิจกรรมหลัก

๑. สร้างทีมผู้นำด้านภัยในภาควิชาหรือฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการควบคุมและป้องกันโรค NCD
๒. ประชุมขับเคลื่อนนโยบายทุกระดับ
๓. ติดตามโดย สสอ./รพ.

๑. คัดเลือกพื้นที่ต้นแบบ/ บุคคลต้นแบบ
๒. การจัดการความรู้และนวัตกรรม พื้นที่ปลอด NCDs

ผู้รับผิดชอบ

สสจ. อบจ. สสอ. รพ. รพ.สต.

ระดับ
ความสำเร็จ

Small Success รอบ ๓ เดือน

๑. รับนโยบายเพื่อการปฏิบัติ
๒. อำเภอมีแผนจัดตั้งทีมผู้นำด้านภัย NCDs

Small Success รอบ ๖ เดือน

จัดตั้งทีมผู้นำด้านภัย NCDs
(อปท. ผู้นำชุมชน ท้องถิ่น รพ.สต. อสม. อย.น้อย วัด) ร้อยละ ๘๐

Small Success รอบ ๙ เดือน

จัดตั้งทีมผู้นำด้านภัย NCDs
(อปท. ผู้นำชุมชน ท้องถิ่น รพ.สต. อสม. อย.น้อย วัด) ร้อยละ ๑๐๐

Small Success รอบ ๑๒ เดือน

จัดตั้งทีมผู้นำด้านภัย NCDs
(อปท. ผู้นำชุมชน ท้องถิ่น รพ.สต. อสม. อย.น้อย วัด) ร้อยละ ๑๐๐

ลดภัยโรค NCD (ควบคุม DM/HT)

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	<p>๑. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕๐) ๒. ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี (มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๕)</p>			
สถานการณ์ (GAP)	<p>ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๗ ความชุก DM เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๘.๔๙, ๘.๙๓, ๙.๑๕, ๙.๔๐, ๙.๗๖, ความชุก HT เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑๒.๐๙, ๑๒.๘๕, ๑๓.๓๒, ๑๓.๖๗, ๑๔.๔๐ ตามลำดับ New DM เพิ่มขึ้น ๖๓๘.๖๕, ๖๗๑.๒๑, ๗๐๑.๐๕, ๗๐๓.๙๐, ๗๒๒.๖๔ ต่อประชากรแสนคน, New HT เพิ่มขึ้น ๑๑๖๖.๐๔, ๑๒๕๖.๙๖, ๑๒๓๐.๙๕, ๑๑๙๙.๘๙, ๑๒๒๗.๐๓ ต่อประชากรแสนคน ปี ๒๕๖๗ DM Control = ร้อยละ ๓๒.๘๘ และ HT Control = ร้อยละ ๖๖.๑๒</p>			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	<p>มาตรการที่ ๑ สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการลดปัจจัยเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง</p>	<p>มาตรการที่ ๒ พัฒนาศักยภาพบุคลากรและสร้างแกนนำด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ</p>	<p>มาตรการที่ ๓ พัฒนาระบบบริหารจัดการและระบบการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง</p>	
กิจกรรมหลัก	<p>๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ๒. ยกระดับ Health Station และพัฒนาการใช้งาน App.SRR๗ ทุกหมู่บ้าน</p>	<p>๑. อบรม Case Management NCD ของโรงพยาบาล/รพ.สต. ๒. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย DM, HT ตามนโยบาย NCDs ดีได้ ด้วยกลไก อสม. ๓. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน NCD</p>	<p>๑. จัดตั้ง NCD Remission Clinic ในหน่วยบริการทุกระดับ ๒. จัดตั้งศูนย์ห่างไกล NCDs (โรงเรียนเบาหวานวิทยา) ทุกตำบล ๓. จังหวัดประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus เชื่อมโยง Clinic CKD ๔. จัดประชุมคณะกรรมการ NCDs Board/Service Plan สาขา NCD</p>	
ผู้รับผิดชอบ	<p>สสจ./ สสอ./ รพท./รพช./รพ.สต./ อบจ./อปท.</p>			
ระดับ ความสำเร็จ	<p>Small Success รอบ ๓ เดือน</p> <p>๑. ผู้ป่วย CM/HT ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ ๘๐ ๒. จัดอบรม CM NCD ของโรงพยาบาล/รพ.สต. ๓. มี NCD Remission Clinic ในหน่วยบริการทุกระดับ ร้อยละ ๔๐ ๔. มีจัดตั้งศูนย์ห่างไกล NCDs (โรงเรียนเบาหวานวิทยา) ร้อยละ ๔๐</p>	<p>Small Success รอบ ๖ เดือน</p> <p>๑. ผู้ป่วย CM/HT ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ ๑๐๐ ๒. มี NCD Remission Clinic ในหน่วยบริการทุกระดับ ร้อยละ ๖๐ ๓. มีจัดตั้งศูนย์ห่างไกล NCDs (โรงเรียนเบาหวานวิทยา) ร้อยละ ๖๐ ๔. ผู้ป่วย DM ที่มีระดับ HbA๑C ระหว่าง ๗-๙ % ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้น</p>	<p>Small Success รอบ ๙ เดือน</p> <p>๑. มี NCD Remission Clinic ในหน่วยบริการทุกระดับ ร้อยละ ๘๐ ๒. มีจัดตั้งศูนย์ห่างไกล NCDs (โรงเรียนเบาหวานวิทยา) ทุกตำบล ร้อยละ ๑๐๐ ๓. ผู้ป่วย DM ที่มีระดับ HbA๑C ระหว่าง ๗-๙% ได้รับการตรวจเลือดซ้ำ ร้อยละ ๑๐๐</p>	<p>Small Success รอบ ๑๒ เดือน</p> <p>๑. มี NCD Remission Clinic ในหน่วยบริการทุกระดับ ร้อยละ ๑๐๐ ๒. มีจัดตั้งศูนย์ห่างไกล NCDs (โรงเรียนเบาหวานวิทยา) ทุกตำบล ร้อยละ ๑๐๐ ๓. ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT control ได้ (DM= ร้อยละ ๕๐, HT= ร้อยละ ๗๕)</p>

ลดภัยโรค NCD (รอบเอาปกติ)

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	๑. อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป \geq ๘๒% * ๒. ร้อยละของวัยทำงาน อายุ ๑๙-๕๙ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ \geq ๖๒%			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	จังหวัดมหาสารคาม มีประชากรวัยทำงาน จำนวน ๓๕๖,๐๒๘ คน และมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ ปกติร้อยละ ๕๕.๑ และจากข้อมูลการสำรวจความรอบรู้ ปี ๒๕๖๗ พบว่า ประชาชน มีความรอบรู้ ร้อยละ ๙๖.๖ และข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ครบทั้ง ๔ ด้าน เท่ากับ ร้อยละ ๔๐.๗			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ ๑ สร้างกลไกความร่วมมือในการขับเคลื่อนดำเนินงาน	มาตรการที่ ๒ พัฒนาศักยภาพเครือข่าย	มาตรการที่ ๓ ติดตามและประเมินผล	
กิจกรรมหลัก	๑. ประชุมชี้แจงแนวทางขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ๒. สร้างความเข้าใจผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ เรื่องการดำเนินการในระบบ “สาสุขอุ้นใจ” ๓. สื่อสารการเข้าถึงข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และความรอบรู้สุขภาพ	๑. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ๒. พัฒนาศักยภาพเครือข่าย ในการดำเนินงาน ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการประเมินความรอบรู้ในระบบ “สาสุขอุ้นใจ” ๓. ส่งเสริมการดำเนินงานสร้างความรอบรู้และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	๑. ส่งเสริมสนับสนุนวงการทำงานส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเชื่อมโยงการดำเนินงานชุมชนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ ๒. ประเมินผลการดำเนินงานและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชาชน ๓. มอบรางวัลเชิดชูเกียรติ แก่พื้นที่ชุมชนรอบรู้ต้นแบบ	
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด			
ระดับ ความสำเร็จ	Small Success รอบ ๓ เดือน ๑. จัดทำแผนแนวทางพัฒนางานส่งเสริมความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ๒. ประชุมชี้แจงขับเคลื่อนการดำเนินงาน ๓. ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพบุคลากร	Small Success รอบ ๖ เดือน ๑. ชุมชนมีการดำเนินงานความรอบรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ๒. ประชาชนมีความรอบรู้สุขภาพ \geq ๗๐ ๓. วัยทำงาน อายุ ๑๙-๕๙ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ \geq ๕๕%	Small Success รอบ ๙ เดือน ๑. หน่วยงานทำการประเมินความรอบรู้ ของประชาชนในระบบ “สาสุขอุ้นใจ” ๒. ประชาชนมีความรอบรู้สุขภาพ \geq ๘๐ ๓. วัยทำงาน อายุ ๑๙-๕๙ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ \geq ๖๒%	Small Success รอบ ๑๒ เดือน ๑. เยี่ยมเสริมพลังและกำกับติดตาม ๒. ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ \geq ๗๐ ๓. ประชาชนมีความรอบรู้สุขภาพ \geq ๘๒ ๔. วัยทำงาน อายุ ๑๙-๕๙ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ \geq ๖๒%



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒

ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

(๔ แผนงาน ๑๖ โครงการ ๑๖ ตัวชี้วัด)

แผนงานที่ ๕ การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

แผนงานที่ ๖ service plan

แผนงานที่ ๗ การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

แผนงานที่ ๘ การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒

ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๕

การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

โครงการที่ ๗ พัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

โครงการที่ ๘ พัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม.

การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	จังหวัดมหาสารคาม มีจำนวนหน่วยปฐมภูมิ จำนวนทั้งหมด ๑๙๑ แห่ง ได้แก่ รพ.สต. จำนวน ๑๗๕ แห่ง ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง ๔ แห่ง และหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาลชุมชน ๑๒ แห่ง ได้มีแผนการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ จำนวน ๘๖ ทีม โดยมีผลการดำเนินงานขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ แล้ว จำนวน ๗๕ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๘๗.๒๑			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ ๑ การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒	มาตรการที่ ๒ การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้บริการปฐมภูมิแบบบูรณาการ ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันภัยสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ และตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพตลอดชีวิตของคน (Primary care service package)	มาตรการที่ ๓ การประเมินรับรองคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๖	
กิจกรรมหลัก	๑. สนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ๒. พัฒนาศักยภาพแพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว	๑. ถ่ายทอดนโยบายและภารกิจด้านปฐมภูมิแก่หน่วยบริการปฐมภูมิ ๒. พัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ ๓. หน่วยบริการประเมินตนเอง ตามเกณฑ์คุณภาพ ๘ ส่วน ในระบบโปรแกรมPCUstandard.moph.go.th และ พัฒนาส่วนขาดตามเกณฑ์	๑. พัฒนาทีมประเมิน คป.คม. ๒. คป.คม.ประเมินผลรับรองผลการประเมินคุณภาพ ๓. รับรองผลการประเมิน	
ผู้รับผิดชอบ	สสจ. , อบจ. , สสอ. , รพ. , รพ.สต.			
ระดับ ความสำเร็จ	Small Success รอบ ๓ เดือน ๑. การพัฒนาศักยภาพแพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ๒. ชี้แจงแนวทางหลักเกณฑ์และมาตรฐานการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ๓. จัดทำคำสั่งคณะกรรมการ คป.คม. ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ๔. หน่วยบริการปฐมภูมิ มีการคัดเลือกการดำเนินงานที่สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่อย่างน้อย ๑ ประเด็น	Small Success รอบ ๖ เดือน ๑. ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ ร้อยละ ๑๐๐ ๒. การพัฒนาทีมพี่เลี้ยง และทีมประเมินคุณภาพระดับจังหวัด อำเภอ	Small Success รอบ ๙ เดือน ๑. หน่วยบริการปฐมภูมิประเมินตนเองตามเกณฑ์คุณภาพและบันทึกผลในโปรแกรม PCUstandard.moph.go.th ร้อยละ ๑๐๐ ๒. การรับรองผลการประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิจากหน่วยงานต้นสังกัด ร้อยละ ๑๐๐	Small Success รอบ ๑๒ เดือน ๑. หน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการรับรองคุณภาพจากคณะกรรมการ คป.คม.ร้อยละ ๑๐๐ ๒. ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีร้อยละ ๑๐๐

โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม.

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน ร้อยละ ๙๐			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	ชุมชนมีการจัดการสุขภาพที่เหมาะสม หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ ปี ๒๕๖๗ จังหวัดมหาสารคาม มีผลการดำเนินงาน หมู่บ้านทั้งหมด ๑,๙๗๓ แห่ง มีการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของชุมชนโดยใช้กระบวนการ TPAP ผ่านเกณฑ์ ระดับดี ขึ้นไป ๑,๒๓๕ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๖๒.๕๙ และในปี ๒๕๖๘ มีเป้าหมาย ร้อยละ ๙๐ โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยกลไก ๓ อ๔ ส เพื่อลดปัญหา NCD			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ ๑ สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามมาตรการ ๓ อ๔ ส ด้วยกระบวนการ TPAP	มาตรการที่ ๒ สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี	มาตรการที่ ๓ กำกับติดตามและประเมินผล	
กิจกรรมหลัก	สนับสนุนให้ชุมชนทำแผนจัดการสุขภาพชุมชนด้วยกระบวนการ TPAP ๑. Team สร้างทีม ๒. Plan มีแผนการดำเนินการสร้างความรอบรู้ ๓. Action ดำเนินการโดยกระบวนการมีส่วนร่วม ๔. Result มีการประเมินผล	๑. จัดทำหลักสูตรและแนวทางคู่มือ ๒. พัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยง ระดับตำบล ระดับอำเภอ สร้างแกนนำสุขภาพ และ อสค. ดูแลสุขภาพครอบครัว ๓. การประเมินและคัดกรองสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๔. จัดการปัจจัยสุขภาพในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม	๑. ชุมชน ได้แก่ หมู่บ้าน รพ.สต. และโรงเรียน ประเมินตนเองตามโปรแกรม Health Gate ๒. ประเมินและรับรองผลโดยคณะกรรมการระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ๓. ประกวดพื้นที่ตำบลต้นแบบด้านชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน	
ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานสสป./สสอ./รพ./รพ.สต./โรงเรียน			
ระดับ ความสำเร็จ	Small Success รอบ ๓ เดือน ๑. ประชุมชี้แจงและแต่งตั้งคณะกรรมการ ๒. จัดทำหลักสูตรและแนวทางคู่มือ ๓. พัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงและแกนนำสุขภาพแล อสค.ระดับตำบล ระดับอำเภอ ๔. ชุมชนทำแผนจัดการสุขภาพระดับตำบล	Small Success รอบ ๖ เดือน ๑. ชุมชนมีการบันทึกผลการประเมินในโปรแกรม Health Gate ร้อยละ ๘๐ ๒. ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน ร้อยละ ๗๐	Small Success รอบ ๙ เดือน ๑. ชุมชนมีการบันทึกผลการประเมินในโปรแกรม Health Gate ร้อยละ ๙๐ ๒. ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน ร้อยละ ๘๐	Small Success รอบ ๑๒ เดือน ๑. ชุมชนมีการบันทึกผลการประเมินในโปรแกรม Health Gate ร้อยละ ๑๐๐ ๒. ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน ร้อยละ ๙๐ ๓. มีพื้นที่ต้นแบบด้านชุมชนจัดการสุขภาพที่เหมาะสม ทุกอำเภอ อำเภอละ ๑ ตำบล



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒

ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๖ service plan

- โครงการที่ ๙ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขา โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- โครงการที่ ๑๐ การพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ
- โครงการที่ ๑๑ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด
- โครงการที่ ๑๒ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
- โครงการที่ ๑๓ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
- โครงการที่ ๑๔ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก
- โครงการที่ ๑๕ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ
- โครงการที่ ๑๖ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไต
- โครงการที่ ๑๗ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ
- โครงการที่ ๑๘ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขามะเร็ง
- โครงการที่ ๑๙ การพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด
- โครงการที่ ๒๐ การส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก

โครงการที่ ๗ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	<p>๑๐) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I๖๐-I๖๙) ตัวชี้วัดรอง ๑. อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดสมอง (น้อยกว่า ๑๘๐ ต่อประชากรหนึ่งแสนคน) ๒. อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(I๖๓) ที่เข้าเกณฑ์ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ร้อยละ ๒๐ ๓. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าเกณฑ์ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ภายใน ๖๐ นาที \geq ร้อยละ ๘๐ ๔. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าร้อยละ ๗ ๕. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit \geq ร้อยละ ๘๐ ๖. ค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาในโรงพยาบาล (ONSET TO DOOR) ๗. ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาถึงโรงพยาบาล จนถึงได้รับการส่งต่อ (Door to Refer) ภายใน ๓๐ นาที ๘. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ร้อยละ ๓๐ ๙. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I๖๓) ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL $<$ ๑๐๐ mg/dl (\geq ร้อยละ ๑๕) ๑๐. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (\geq ร้อยละ ๖๐) ๑๑. อัตราผู้ป่วยตายโรคหลอดเลือดสมอง ไม่เกิน ร้อยละ ๔ ๑๒. ผู้ที่มีค่าความดันโลหิต ตัวบนเฉลี่ย (SBP) \geq ๑๘๐ มม.ปรอท และ/ หรือค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) \geq ๑๑๐ มม.ปรอท ได้วัด ความดันโลหิตซ้ำใน โรงพยาบาล และได้รับ การวินิจฉัยโรคความดัน โลหิตสูง (ภายใน ๗ วัน) \geq ร้อยละ ๒๕</p>			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	<p>จังหวัดมหาสารคาม มีโรงพยาบาลที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) และ รพ.ช่วงเตรียมความพร้อม จำนวน ๕ แห่ง ได้แก่ รพ. สุทธาเวช, รพ.บรบือ, รพ.โกสุมพิสัย, รพ.พยัคฆภูมิพิสัย, รพ.วาปีปทุม และมีระบบ Refer Bypass thrombectomy ครบ ๔ node คือ รพ.โกสุมพิสัย, รพ.บรบือ, รพ.พยัคฆภูมิพิสัย, รพ.วาปีปทุม</p>			
ยุทธศาสตร์/มาตรการ	Pre- Hospital	In- Hospital	Post- Hospital	
กิจกรรมหลัก	<p>๑. เพิ่ม Health literacy / ประชาสัมพันธ์ EMS ๑๖๖๙ การใช้เครื่องมือ B-E-F-A-S-T ๒. โครงการ early detection for Atrial Fibrillation ๓. โครงการ Early detection Referral system ๔. Prevention ร่วมกับปฐมภูมิ คัดกรอง ความเสี่ยง Verbal screening ในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป</p>	<p>๑. พัฒนาศักยภาพบุคลากรเข้าอบรม Stroke Advance course และอบรม Stroke Manager course ๒. พัฒนาระบบ supper fast track ๓. ทบทวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิต เพื่อนำมาปรับระบบการดูแล ๔. ระบบRefer Bypass thrombectomy ๔ node รพ.โกสุมพิสัย, รพ.บรบือ, รพ.พยัคฆภูมิพิสัย รพ.วาปีปทุม</p>	<p>๑. ประสานความร่วมมือร่วมกับ SP IMC ออกแบบการดูแลร่วมกัน ในการติดตามผู้ป่วยผ่านระบบ Nemo Care ๒. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในหน่วยบริการ การบันทึกข้อมูล ๔๓ แฟ้ม และวิเคราะห์ข้อมูล</p>	
ผู้รับผิดชอบ	รพช./รพท/สสจ	รพช./รพท/สสจ	รพช./รพท/สสจ	
ระดับ ความสำเร็จ	<p>Small Success รอบ ๓ เดือน</p> <p>๑. ประชาสัมพันธ์ EMS ๑๖๖๙ ร่วมกับ SP ระบบส่งต่อและปฐมภูมิ การใช้เครื่องมือ B-E-F-A-S-T ประเมินอาการเพื่อเข้าระบบ stroke fast track เพิ่มขึ้นและเร็วขึ้น ๒. ระบบ Early detection for Atrial Fibrillation ๓. ผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ ๖๕ ปี U/D DM ,HT ตรวจตรวจ EKG ประจำปี ๔. Prevention ร่วมกับงานปฐมภูมิ และงาน NCD โรค HT, DM ,DLP early Detection & well control และลดการสูบบุหรี่และสารเสพติดอื่น ๕. ปรับฐานข้อมูลในระบบ HDC ๖. นิเทศ กำกับ ติดตามตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์</p>	<p>Small Success รอบ ๖ เดือน</p> <p>๑. พัฒนาแนวปฏิบัติร่วมกันทั้งจังหวัดในการดูแลผู้ป่วย stroke ปรับปรุง CPG, CNPG, Fast track guide line และจัดทำ flow early detection AF ให้ครอบคลุม ๒. จัดให้มี Stroke Unit และ Stroke Fast Track เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ใน รพ.M๒ จำนวน ๔ แห่ง ๓. พัฒนาระบบการคัดกรอง smoking และนิโคติน ติดตามให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่ จนถึงการติดตามเยี่ยม และบันทึกข้อมูลใน HDC ๕. นิเทศ กำกับ ติดตาม ร่วมกันพัฒนา</p>	<p>Small Success รอบ ๙ เดือน</p> <p>๑. พัฒนาระบบการส่งต่อและประสานความร่วมมือร่วมกับ SP IMC ออกแบบการดูแลร่วมกัน ผ่านระบบ Nemo Care และ งาน COC /LTC /palliative care ๒. พัฒนาระบบวางแผนจำหน่ายร่วมกับงานการพยาบาล ชุมชน caregiver มีระบบ training บ้านเสมือนจริง ๓. พัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลร่วมกับ manager โรงพยาบาล ชุมชนทุกแห่งผ่านระบบ google drive เพื่อติดตามผู้ป่วยร่วมกัน ๔. นิเทศ กำกับ ติดตาม ร่วมกันพัฒนา</p>	<p>Small Success รอบ ๑๒ เดือน</p> <p>๑. สนับสนุน และนิเทศ รพช. เครือข่าย (๔ node) การให้ยา rt-PA ๒. ติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย เชื่อมโยงการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดลดผู้ป่วยบูรณาการร่วมกับงานNCD ๓. นิเทศ กำกับ ติดตาม และสรุปผลการดำเนินงาน</p>

แผนงานป้องกันควบคุมวัณโรค

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	๑๑. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ๑๑.๑ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ \geq ร้อยละ ๘๘ ๑๑.๒ อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ \geq ร้อยละ ๘๕			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	จ.มหาสารคาม พบผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียน ปี ๒๕๖๗ จำนวน ๑,๓๘๒ คน (เป้าหมาย ๑,๔๖๔ คน Treatment Coverage ร้อยละ ๙๔.๔๖) ผลงานปี ๒๕๖๕, ๒๕๖๖ (๘๗.๙๗, ๑๐๒.๔) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ PA ร้อยละ ๗๖.๙๕ (ผลงานปี ๒๕๖๕, ๒๕๖๖ ร้อยละ ๘๑.๒๕, ๘๒) อัตราการเสียชีวิต (Dead rate) ผลงานปี ๒๕๖๕, ๒๕๖๖, ๒๕๖๗ (๑๕.๕๐, ๑๖.๕๐, ๑๑.๑๑) (WHO, Global Tuberculosis Report ๒๐๒๔)			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ ๑ ค้นหา Detection : ค้นหาเชิงรุกในประชากร กลุ่มเสี่ยงสูงด้วยการ CXR	มาตรการที่ ๒ วินิจฉัย (Diagnosis) : ด้วยวิธี Molecular ในผู้ สงสัยวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคได้รับการตรวจวัณโรคตัวอย่าง	มาตรการที่ ๓ รักษา (Treatment) : ติดตามผู้ป่วยจนรักษาสำเร็จ ไม่ขาดการรักษา	
กิจกรรมหลัก	๑. กำหนดกลุ่มเสี่ยง ๗ กลุ่ม ในการ CXR ค้นหาTB รายใหม่ และ กำหนดเป็น KPI รายอำเภอ ๒. มีระบบ Fast track ในรายที่พบผล CXR Abnormal ๓. กำกับติดตาม การขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วย TB ,MDR/RR -TB	๑. เพิ่มการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อวัณโรคแฝง โดยการตรวจ IGRAs, TST, TB Lamp (โกสมพิสัย, เชียงยืน) ๒. สนับสนุนห้องปฏิบัติการชั้นสูงตรให้ผ่านการประกันคุณภาพ ข้อที่ ๗ QTB	๑. ดูแลรักษา (DOT) และติดตามประเมิน โดยใช้กลไก ๓ หมอ (๓ กลุ่มสีแดง สีเหลือง สีเขียว ตาม Protocol) ๒. Dead case conference อำเภอที่พบจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตสูง ๓. มีมาตรการลดการขาดยา คืบข้อมูลใน Group Line	
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	
ระดับ ความสำเร็จ	Small Success รอบ ๓ เดือน ๑. สรุปและวิเคราะห์การดำเนินงาน กลุ่มเป้าหมาย ช่องว่างและปัญหาอุปสรรค ๒. จัดทำฐานข้อมูล ๗ กลุ่มเสี่ยง แผนการ ดำเนินงาน เร่งรัดค้นหา และรักษาวัณโรค ๓. พัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานรายใหม่ สหวิชาชีพ ๒๐-๒๑พ.ย.๖๗ ๔. ประชุม DOT Meeting ครั้งที่ ๑ ธ.ค.๒๕๖๗ ๕. ดำเนินการคัดกรอง ๗ กลุ่มเสี่ยง ร้อยละ ๕๐	Small Success รอบ ๖ เดือน ๑.ดำเนินงานคัดกรอง ๗ กลุ่มเสี่ยง ร้อยละ ๘๕ (ร้อยละ๑๐๐ ใน ๓ กลุ่มเสี่ยง (HHC HIV, ผู้สูงอายุ \geq ๖๕ ปี มีโรคร่วม COPD/DM ๒.นิเทศติดตามการดูแลรักษาตาม มาตรฐาน QTB รพ.มค.เชียงใหม่ นาเชือก กันทร เรือนจำ ๓. Dead case conference หรือและ On the Job taring อำเภอที่พบจำนวน ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตสูง	Small Success รอบ ๙ เดือน ๑. กำกับและติดตามการดำเนินงานตามแผน ในรอบ ๙ เดือนชี้เป้าหมายอำเภอผลงานต่ำ ๒. ดำเนินงานคัดกรอง ๗กลุ่มเสี่ยงร้อยละ ๑๐๐ ๓. ออกประเมิน KPI TB ๑๓ อำเภอ ๔. พัฒนาศักยภาพแพทย์จบใหม่ มิ.ย.๖๘ ๕. Dead case conference อำเภอที่พบ จำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตสูง ๖. คืบข้อมูลการส่ง IGRA ผู้ป่วยขาดยา GAP	Small Success รอบ ๑๒ เดือน ๑. ประชุม DOT Meeting ครั้งที่ ๒ ติดตาม และสรุปผลการดำเนินงาน ๒. ประเมินผลคะแนน KPI รายอำเภอ ๓. Success rate ร้อยละ ๘๘ ๔. TB Treatment Coverage ร้อยละ ๘๕ ๕. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่มีอัตราการ ขาดยา (loss follow-up) < ร้อยละ ๒

โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และ โรคอุบัติซ้ำ			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	ปี ๒๕๖๗ ทีม SAT-JIT ระดับจังหวัดผ่านเกณฑ์ประเมินรับรองมาตรฐานระดับดี ทีม SRRT ระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ประเมินระดับดี ๕ แห่ง ระดับพื้นฐาน ๒ แห่ง มีการเตรียมความพร้อมด้วยการซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินฯ ๑๓ อำเภอ ไม่พบอัตราป่วยตายด้วยโรคอุบัติใหม่			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ ๑ ส่งเสริมสนับสนุนการควบคุมการระบาดของโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ	มาตรการที่ ๒ พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน รักษา และควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ	มาตรการที่ ๓ พัฒนาระบบการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ	
กิจกรรมหลัก	๑. อบรมพัฒนาทีม SAT JIT SRRT ๒. กำหนดเกณฑ์ปฏิบัติงาน SHERT DCIR CIR JIT ๓. กำหนดแผนการซ้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินตามบริบท	๑. พัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงาน Case base surveillance และ Event base surveillance ๒. ประเมินผลความครอบคลุม ความทันเวลาของการส่งรายงานตามเกณฑ์ และรายงานผลการประเมินเดือนละ ๑ ครั้ง	๑. พัฒนาศักยภาพทีมสื่อสารความเสี่ยงระดับอำเภอ ๒. กำหนดการการสื่อสารความเสี่ยงและการตอบโต้ข่าวสารโรคและภัยสุขภาพ ๓. ติดตาม ประเมินผล รายงานผลการสื่อสารความเสี่ยง	
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม			
ระดับความสำเร็จ	<u>Small Success รอบ ๓ เดือน</u> ๑. แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม พัฒนาทีม SAT JIT SRRT ๒. เกณฑ์ SHERT DCIR CIR JIT ระดับจังหวัด/อำเภอ	<u>Small Success รอบ ๖ เดือน</u> ๑. ความครอบคลุมของการส่งรายงาน (D๕๐๖, JIT) ร้อยละ ๑๐๐ ความทันเวลา ร้อยละ ๘๐ ๒. ร้อยละ ๘๐ ของทีมระดับอำเภอมีการสื่อสารความเสี่ยงตามเกณฑ์ ๓. ทีมระดับจังหวัด/ทีมระดับอำเภอรายงานผลการปฏิบัติงานเดือนละ ๑ ครั้ง	<u>Small Success รอบ ๙ เดือน</u> ๑. ความครอบคลุมของการส่งรายงาน (D๕๐๖, JIT) ร้อยละ ๑๐๐ ความทันเวลา ร้อยละ ๘๐ ๒. ร้อยละ ๑๐๐ ของทีม SRRT ระดับอำเภอได้รับการประเมินรับรองมาตรฐาน ๓. ร้อยละ ๑๐๐ ของทีมระดับอำเภอมีการสื่อสารความเสี่ยงตามเกณฑ์	<u>Small Success รอบ ๑๒ เดือน</u> ๑. อัตราการป่วย การตาย จากโรคติดต่ออุบัติใหม่ อุบัติซ้ำลดลง ๒. SAT JIT ระดับจังหวัดผ่านเกณฑ์ประเมินระดับดี ๓. ทีม SRRT ระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ประเมินระดับดี ร้อยละ ๘๐ ๔. Risk com. ผ่านเกณฑ์ประเมิน JEE/IHR ระดับสีเขียว

การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
ตั้งครรภ์คุณภาพ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	<p>๑. อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๑๖ ต่อแสนการเกิดมีชีวิต* PP&P Excellence</p> <p>๒. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วันไม่เกิน ๓.๖ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีวิต* Service Excellence</p>			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	<p>ปี ๒๕๖๗ อัตราการตายมารดา ๒๖.๑ คลอดก่อนกำหนดร้อยละ ๑๐.๘ อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน ๓.๑๓ ANC ๓,๘๒๐ คนพบใช้สาร Amphetamine ๙๗ คน (ร้อยละ ๒.๕๔) ANC ก่อน ๑๒ สัปดาห์ ร้อยละ ๘๕.๘๗ ANC คุณภาพร้อยละ ๘๐.๓๖ ทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ร้อยละ ๕.๙๑ เด็ก ๐-๖ เดือน กินนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ ๕๐.๗๔ หญิงวัยเจริญพันธุ์ต้องการมีบุตร ๘๖ ราย ตั้งครรภ์สำเร็จ ๒ ราย</p>			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	<p>มาตรการที่ ๑ Building Capacity Node /Province Strengthening</p>	<p>มาตรการที่ ๒ Health Literacy MCH Board/Life Style Medicine</p>	<p>มาตรการที่ ๓ Information & Evaluation System</p>	
กิจกรรมหลัก	<p>๑. ยกระดับการป้องกัน Preterm</p> <p>๒. ยกระดับ OPOL ภายใต้มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กในสถานพยาบาล พัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่าย</p>	<p>๑. HL Warning Sign, Near Miss หญิงตั้งครรภ์ทั้งปกติและวิกฤติ ผ่าน MCH B, Node, อสม.</p> <p>๒. นำเวชศาสตร์วิถีชีวิตมาประยุกต์ ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ต้องการมีบุตร ANC และหลังคลอด</p>	<p>• MCH Board • Node • Province • พซอ</p> <p>Individual care plan ป้องกันมารดาเสียชีวิต</p>	
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/รพท.	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/รพท.	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/รพท.	
ระดับความสำเร็จ	<p>Small Success รอบ ๓ เดือน</p> <p>๑. ถ่ายทอดนโยบายและพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่าย</p> <p>๒. มีแนวทางปฏิบัติด้านงานอนามัยแม่และเด็ก</p> <p>๓. นิเทศกำกับ Coaching</p>	<p>Small Success รอบ ๖ เดือน</p> <p>๑. นิเทศกำกับตามแนวทางเขตสุขภาพที่ ๗</p> <p>๒. ซ้อมแผนปฏิบัติการดูแลภาวะวิกฤติ มารดาทารก</p> <p>๓. Coaching on the job training</p> <p>๔. MDSR ร่วมกับเขตสุขภาพที่ ๗</p>	<p>Small Success รอบ ๙ เดือน</p> <p>๑. MDSR ร่วมกับเขตสุขภาพที่ ๗</p> <p>๒. กำกับติดตามข้อมูลการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง</p>	<p>Small Success รอบ ๑๒ เดือน</p> <p>๑. อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๑๖ ต่อแสนการเกิดมีชีวิต*</p> <p>๒. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วันไม่เกิน ๓.๖ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีวิต*</p>

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๕ การพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ (Service Plan)

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	๑๓. ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (เป้าหมาย ร้อยละ ๔๕)			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	จังหวัดมหาสารคาม เปิดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในระดับปฐมภูมิ ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ โดยมีแพทย์แผนไทยหรือเจ้าหน้าที่สั่งการรักษาในระดับ รพ.สต. สั่งการรักษา และมีผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ที่ทำหน้าที่ให้หัตถการนวด ประคบสมุนไพร และอื่นๆ ภายใต้การกำกับดูแลของผู้สั่งการรักษา ผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา ภาพรวมจังหวัด มีผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๕๑.๓๘ ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ ๔๕ จำนวน ๑๐ อำเภอ ไม่ผ่านเกณฑ์ ๓ อำเภอ			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ ๑ การสร้างกลไกในการขับเคลื่อนงาน	มาตรการที่ ๒ การพัฒนาบุคลากรและเครือข่าย	มาตรการที่ ๓ การกำกับติดตามการดำเนินงาน	
กิจกรรมหลัก	๑. การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทย ๒. การจัดทำ CPG แพทย์แผนไทย / Common Diseases ๓. การส่งเสริมให้มีบริการอย่างน้อย ๕ โรค/กลุ่มอาการ ได้แก่ NCD LTC PC หลังคลอด ผู้สูงอายุ เป็นต้น ๔. การส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร อย่างน้อย ๑๐ รายการ ๕. การใช้สมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันอย่างน้อย ๓ รายการ	๑. การอบรมพัฒนาศักยภาพแพทย์แผนไทย ๒. การเพิ่มพูนองค์ความรู้ผู้สั่งการรักษาในระดับปฐมภูมิ ๓. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาการให้บริการ ๕ โรค ๔. การประชุมการบันทึกข้อมูลทางการแพทย์แผนไทย สำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ในระดับปฐมภูมิ	๑. การประชุม กำกับ ติดตามงาน ในการพัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทย (Service Plan) ๒. การคืนข้อมูลผลการดำเนินงานรายไตรมาส	
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ			
ระดับ ความสำเร็จ	Small Success รอบ ๓ เดือน ๑. มี CPG แพทย์แผนไทย /Common Diseases ๒. มีแผนการเปิดให้บริการปฐมภูมิอย่างน้อย ๕ โรค/กลุ่มอาการ ๓. มีแผนการใช้ยาสมุนไพร อย่างน้อย ๑๐ รายการ และสมุนไพรทดแทน อย่างน้อย ๓ รายการ	Small Success รอบ ๖ เดือน ๑. เปิดให้บริการในระดับปฐมภูมิอย่างน้อย ๕ โรค/กลุ่มอาการ ๒. มีการใช้ยาสมุนไพร อย่างน้อย ๑๐ รายการ ๓. มีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๔๓	Small Success รอบ ๙ เดือน ๑. มีการใช้ยาสมุนไพรทดแทน อย่างน้อย ๓ รายการ ๒. มีการบูรณาการการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ พชอ. ๓ หมอ ในการบริการ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	Small Success รอบ ๑๒ เดือน ๑. มีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๔๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๕ การพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ (Service Plan)

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	๑๔. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms มีการส่งจ่ายยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น (เป้าหมาย ร้อยละ ๑๐)			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	เป็นตัวชี้วัดใหม่ในปี ๒๕๖๘ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายในการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพและกำหนดทิศทาง การขับเคลื่อนสมุนไพรในระดับประเทศ ซึ่งจังหวัดมหาสารคาม ได้สนับสนุนการใช้ยาสมุนไพรในหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐ ในระดับโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า ๓๐ รายการ และส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทน ไม่น้อยกว่า ๑๐ รายการ เพื่อช่วยลดการนำเข้ายาจากต่างประเทศ เพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ และสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ ๑ การสร้างกลไกในการขับเคลื่อนงาน	มาตรการที่ ๒ การพัฒนาบุคลากรและเครือข่าย	มาตรการที่ ๓ การกำกับติดตามการดำเนินงาน	
กิจกรรมหลัก	๑. การจัดทำ CPG การใช้สมุนไพร Common Diseases and Symptoms ๑๐ กลุ่มอาการ ๒. การสื่อสารนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน (การสนับสนุนรายการยาสมุนไพรในสถานพยาบาลทุกระดับ) ๓. แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการใช้ยาสมุนไพรระดับจังหวัด ๔. สร้างระบบ IT ที่มีชื่อยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันสำหรับโรค common disease	๑. การอบรมพัฒนาศักยภาพแพทย์แผนไทย ๒. การจัดอบรมเรื่องการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันใน common disease สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร แพทย์แผนไทย) ๓. การประชุมการบันทึกข้อมูลการใช้ยาสมุนไพร สำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง	๑. การประชุม วางแผนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการ PTC/PCT/SP ๒. การคืนข้อมูลผลการดำเนินงานรายไตรมาส	
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/โรงพยาบาลชุมชน/รพ.สต.ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข			
ระดับ ความสำเร็จ	Small Success รอบ ๓ เดือน ๑. มี CPG การใช้สมุนไพร ๑๐ กลุ่มอาการ ๒. มีการประชุม วางแผนการดำเนินงานผ่าน คณะกรรมการ PTC/PCT/SP อย่างน้อย ๑ ครั้ง ๓. มีแนวทางการใช้สมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันใน กลุ่มโรคทั่วไป อย่างน้อย ๑๒ รายการ	Small Success รอบ ๖ เดือน ๑. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases ได้รับยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๕ ๒. การประชาสัมพันธ์ส่งเสริมใช้ยาสมุนไพรใน โรงพยาบาล ๓. ในระบบ Hosxp มีระบบเตือนรายการยาสมุนไพร ทดแทนยาแผนปัจจุบัน	Small Success รอบ ๙ เดือน ๑. มีการใช้ยาสมุนไพรมุ่งเน้นทดแทนยาแผนปัจจุบัน ในกลุ่มโรค/อาการทั่วไป ๑๒ รายการ ๒. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms ได้รับยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๘	Small Success รอบ ๑๒ เดือน ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms ได้รับยา สมุนไพร เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๐

โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	๑) ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕ ๒) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน ๗.๘ ต่อแสนประชากร ๓) ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำ ในระยะเวลา ๑ ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕ ๔) สมาริสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕-๒๕๖๗ ในภาพรวมจังหวัดมหาสารคาม พบว่า มีผู้พยายามฆ่าตัวตายสำเร็จ ๗.๐๓ ต่อแสนประชากร, ร้อยละ ๗.๑๗ ต่อแสนประชากร, ร้อยละ ๔.๔๑ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ สมาริสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ ๒๓			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ ๑ พัฒนาทักษะสังเกตสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย, ซึมเศร้า, เครียด เป็นต้น การช่วยชีวิตและยับยั้งพฤติกรรมฆ่าตัวตาย/การเยียวยาจิตใจด้วยระบบ MCATT/ตรวจเวชระเบียนหา case ขาดนัด/ขาดรับยา แล้วติดตามฯ	มาตรการที่ ๒ - สอบสวนโรคฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเอง/จัดหรือบรรเทาปัจจัย กระตุ้น/สร้างปัจจัยปกป้อง/ติดตามการกินยาอย่างต่อเนื่อง (เร่งตรวจสอบเวช ระเบียนผู้ป่วยค้นหา case ขาดนัด/ขาดรับยา แล้วติดตามฯ)	มาตรการที่ ๓ - เผื่อระวังติดตามประเมินความคิดการฆ่าตัวตาย ๑ ปี - Active treatment ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ๖ เดือน	
กิจกรรมหลัก	๑. ประชาสัมพันธ์และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตให้กับประชาชนผ่าน Mental Health Check in ๒. สร้างทักษะและองค์ความรู้การให้คำปรึกษาสุขภาพจิตเบื้องต้นกับ อสม. (สอดส่อง ใส่ใจ ส่งต่อ เชื่อมโยง) ๓. ทบทวนเวชระเบียน	๑. พยาบาลสุขภาพจิต ดำเนินการสอบสวนสาเหตุการฆ่าตัวตายและ พยายามฆ่าตัวตาย ๒. ข้อมูลจากข้อ ๑ มาวิเคราะห์ค้นหาปัจจัยกระตุ้นและปัจจัยปกป้อง เพื่อนำสู่การแก้ไขปัญหาทางจิตแบบรายบุคคล และใช้หลักการบริหารจัดการ จิตเวชชุมชน	๑. ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อติดตามการกินยา ๒. พัฒนาระบบ HOME WARD จิตเวชยาเสพติด ครอบคลุม รพ. ๓. เร่งรัดการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าให้ทุเลาลงภายใน ๖ เดือน	
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	
ระดับ ความสำเร็จ	Small Success รอบ ๓ เดือน ๑. จัดประชุมชี้แจงแนวทางในการดำเนินงานระดับ จังหวัด (บูรณาการกับกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง) ๑ ครั้ง ๒. จัดประชุมขับเคลื่อนงานโดย คณะอนุกรรมการสุขภาพจิต จ.มส. ครั้งที่ ๑ ๓. อสม. ประเมินตนเอง และประชาชนที่อยู่ในการดูแล ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ๔. เร่งรัดการค้นหาเด็กสงสัยสมาริสั้น/นำเข้าสู่ระบบ วินิจฉัย และการรักษา	Small Success รอบ ๖ เดือน ๑. รพท. รพช. ทุกแห่งบันทึก รง.๕๐๖s ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา สอดคล้องกับใบมรณะบัตร ร้อยละ ๑๐๐ ๒. รพท. รพช. ทุกแห่ง ทำการวิเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้ครบถ้วนตาม รง.๕๐๖s ๓. ประชาชน มีภาวะเครียดจากการประเมิน Mental Health Check in น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ของประชากร ที่ทำการประเมิน ๔. ประชาชน มีภาวะซึมเศร้า (คะแนนมากกว่าและ เท่ากับ ๗) น้อยกว่าร้อยละ ๒.๗ ของประชากรที่ทำการ ประเมิน	Small Success รอบ ๙ เดือน ๑. ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อติดตาม การกินยา ไม่น้อยกว่า ๔ ครั้ง ครอบคลุม ๑๐๐/ติดตาม การบันทึก Special-PP ๒. ขอขึ้นทะเบียนและรอรับการประเมิน HOME WARD จิตเวชยาเสพติด ครอบคลุม รพ.(ร้อยละ ๑๐๐) ๓. ผู้ป่วยซึมเศร้าให้ทุเลาลงภายใน ๖ เดือน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๕ ๔. จัดประชุมขับเคลื่อนงานโดยคณะอนุกรรมการ สุขภาพจิต จ.มหาสารคาม ครั้งที่ ๒	Small Success รอบ ๑๒ เดือน ๑. ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕ ๒. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน ๗.๘ ต่อแสนประชากร ๓. ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมา ทำร้ายตนเองซ้ำ ในระยะเวลา ๑ ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๕ ๔. สมาริสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๔๐

โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	<p>๑. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพฯ (Retention rate ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐)</p> <p>๒. ผู้ป่วยโรคจิตเวชและยาเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ไม่กลับมาก่อความรุนแรงซ้ำ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕</p>			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	<p>ปีงบประมาณ ๒๕๖๕-๒๕๖๗ ในภาพรวมจังหวัดมหาสารคาม พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ ๘๓.๑๙ ร้อยละ ๘๒.๕๘ และ ร้อยละ ๗๑.๔๓ ตามลำดับ และผู้ป่วย SMI-V ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ ร้อยละ ๙๘.๗๐ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗</p>			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	<p>มาตรการที่ ๑ คัดกรอง ประเมิน OAS และ V๒ ในผู้ป่วยยาเสพติด/พัฒนาทักษะสังเกตสัญญาณเตือนที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงทางสังคม จากผู้มีอาการทางจิต และจิตเวชยาเสพติด/เร่งตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยค้นหา case ขาดนัด/ขาดรับยา แล้วติดตามฯ</p>	<p>มาตรการที่ ๒ การบำบัดรักษาฟื้นฟูคุณภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐาน/เร่งตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยค้นหา case ขาดนัด/ขาดรับยา แล้วติดตามฯ</p>	<p>มาตรการที่ ๓ การติดตามดูแลช่วยเหลือต่อเนื่อง อย่างน้อย ๑ ปี หลังการบำบัดรักษา</p>	
กิจกรรมหลัก	<p>๑. เร่งรัดการยกระดับมาตรฐานศูนย์คัดกรองฯ ในชุมชน</p> <p>๒. ประชาสัมพันธ์สัญญาณเตือนที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงทางสังคม ที่เกี่ยวข้องกับจิตเวชยาเสพติด/ทบทวนเวชระเบียนขาดยา</p> <p>๓. เร่งรัดการนำผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่ระบบบำบัดรักษาฯ</p>	<p>๑. ประเมิน รับรองมาตรฐาน HA และ Re-Accredit HA อย่างต่อเนื่อง</p> <p>๒. เร่งรัดการดำเนินงาน CBTx ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในภาพบูรณาการ</p> <p>๓. บันทึกข้อมูล บสต. ให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา</p> <p>๔. เชื่อมโยงระบบการรับ และส่งต่อ ผู้ป่วย แบบครบวงจร เชื่อมโยงสู่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม</p> <p>๕. ตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยค้นหา case ขาดนัด/ขาดรับยา แล้วติดตามฯ</p>	<p>๑. ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อติดตามการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง</p> <p>๒. พัฒนาระบบ HOME WARD จิตเวชยาเสพติด ครอบคลุม รพ.</p> <p>๓. เร่งรัดการเบิกจ่ายงบประมาณให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา</p>	
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	
ระดับ ความสำเร็จ	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๓ เดือน</p> <p>๑. จัดประชุมชี้แจงแนวทางในการดำเนินงานระดับจังหวัด (บูรณาการกับกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง) ๑ ครั้ง</p> <p>๒. จัดประชุมขับเคลื่อนงานโดยคณะกรรมการบำบัดและฟื้นฟู จ.ม.ค. ๑ ครั้ง</p> <p>๓. สุ่มประเมินมาตรฐานศูนย์คัดกรองฯ ร่วมกับ อบจ. ๑ แห่ง ต่ออำเภอ</p> <p>๔. ติดตามผลการบันทึก บสต. และประชุมคืนข้อมูล ๑ ครั้ง/เร่งรัดการนำผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่ระบบบำบัดรักษาฯ/ตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยค้นหา case ขาดนัด/ขาดรับยา แล้วติดตามฯ</p>	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๖ เดือน</p> <p>๑. ประเมิน รับรองมาตรฐาน HA และ Re-Accredit HA อย่างต่อเนื่อง เป็นปัจจุบัน ร้อยละ ๑๐๐ ทุก รพ.</p> <p>๒. เร่งรัดการดำเนินงาน CBTx ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในภาพบูรณาการ อย่างน้อย ๑ แห่ง ต่ออำเภอ</p> <p>๓. บันทึกข้อมูล บสต. ให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ร้อยละ ๑๐๐ ในทุกอำเภอ</p> <p>๔. เชื่อมโยงระบบการรับ และส่งต่อ ผู้ป่วย แบบครบวงจร เชื่อมโยงสู่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม อย่างน้อย ๑ แห่งต่ออำเภอ</p>	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๙ เดือน</p> <p>๑. ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อติดตามการบำบัดฯ ไม่น้อยกว่า ๔ ครั้ง ครอบคลุม ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>๒. ขอขึ้นทะเบียนและรอรับการประเมิน HOME WARD จิตเวชยาเสพติดครบทุก รพ.(ร้อยละ ๑๐๐)</p> <p>๓. จัดประชุมขับเคลื่อนงานโดย คณะกรรมการบำบัดและฟื้นฟู จ.ม.ค.มหาสารคาม ครั้งที่ ๒</p> <p>๔. Case ผู้ป่วยจิตเวชและจิตเวชยาเสพติด ไม่ขาดยา (รักษา) ร้อยละ ๑๐</p>	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๑๒ เดือน</p> <p>๑. ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพฯ (Retention rate ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐)</p> <p>๒. ผู้ป่วยโรคจิตเวชและยาเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ไม่กลับมาก่อความรุนแรงซ้ำ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕</p>

แผนงานที่ ๕ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการที่ ๑๒ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	<p>๑๗) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired</p> <p>ตัวชี้วัดรอง : ๑. อัตราการคัดกรองผู้ป่วย Sepsis ด้วย NEWS score ๑๐๐% , ๒. อัตราปฏิบัติตาม Sepsis Protocol ๙๐%</p> <p>ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ : ๑.อัตราการได้รับการตรวจ H/C ก่อนให้ ATB >๙๐% ๒.อัตราการได้รับการได้รับ ATB ใน ๑ ชม. >๙๐% ๓.อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม.แรก >๙๐%</p> <p>๔.อัตราผู้ป่วยวิกฤต (blood lactate ชั่วโมงที่ ๐ > ๒ mmol/L)ได้รับการดูแลแบบวิกฤต ภายใน ๑ ชั่วโมงแรก >๓๐% ๕. อัตราการเจาะ blood lactate ชั่วโมงที่ ๐ และ ๓ ชั่วโมง ๑๐๐%</p>			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	<p>จังหวัดมหาสารคาม มีอัตราการตายในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ปี ๒๕๖๗ = ๓๐.๑๗ มีการจัดตั้ง Rapid Response team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด และมี Rapid Response System ในรพ.ทุกแห่ง/เปิดบริการ ICU ใน รพ.Node เพื่อดูแลผู้ป่วยวิกฤติ</p>			
ยุทธศาสตร์/มาตรการ	Pre- Hospital	In- Hospital	Post- Hospital	
กิจกรรมหลัก	<p>๑. การเฝ้าระวังอาการแสดงที่สงสัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง</p> <p>๒. ให้ความรู้ประชาชน : อาการติดเชื้อ/อาการที่รีบมาพบแพทย์ การปฏิบัติตัวลดการติดเชื้อ</p> <p>๓. ประชาสัมพันธ์การใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙</p> <p>๔. การคัดกรองหาภาวะติดเชื้อในกลุ่มเสี่ยงในชุมชน</p>	<p>๑. พัฒนาระบบ Sepsis Fast track</p> <p>๒. พัฒนาศักยภาพ Node ในการดูแล ผู้ป่วย Sepsis ใน ICU</p> <p>๓. ผลักดันให้ รพช.ตั้ง crisis corner ใน รพช. ที่ไม่มี ICU โดยเป็นการดูแลผู้ป่วยวิกฤต นอก ICU</p> <p>๔. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้สามารถดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้</p> <p>๕. ทบทวน Case ร่วมกัน เพื่อพัฒนาระบบ</p> <p>๖. พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูล/ การรายงานข้อมูล</p>	<p>๑. พัฒนาระบบติดตามประเมินการติดเชื้ออย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอหลัง กลับจากโรงพยาบาล</p> <p>๒. ผลักดันการมีส่วนร่วมของผู้นำเชิงสุขภาพในชุมชนในการเฝ้าระวัง/ ป้องกัน Sepsis ในกลุ่มเสี่ยงในชุมชนและสร้าง Health literacy</p>	
ผู้รับผิดชอบ	รพช./รพท/สสจ	รพช./รพท/สสจ	รพช./รพท/สสจ	
ระดับ ความสำเร็จ	<p><u>Small Success รอบ ๓ เดือน</u></p> <p>อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired <๒๖</p>	<p><u>Small Success รอบ ๖ เดือน</u></p> <p>๑. ประเมิน ติดตาม วิเคราะห์ GAP ครั้งที่ ๑</p> <p>๒. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบ รุนแรงชนิด community-acquired <๒๖</p>	<p><u>Small Success รอบ ๙ เดือน</u></p> <p>๑. ประเมิน ติดตาม วิเคราะห์ GAP ครั้งที่ ๒</p> <p>๒. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบ รุนแรงชนิด community-acquired <๒๖</p>	<p><u>Small Success รอบ ๑๒ เดือน</u></p> <p>๑. ประเมิน ติดตาม วิเคราะห์ GAP ครั้งที่ ๓</p> <p>๒. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบ รุนแรงชนิด community-acquired <๒๖</p>

แผนงานที่ ๕ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โครงการ ๑๓) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจ

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	๑๘) อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ตัวชี้วัดรอง - อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดหัวใจ (๑๕ ต่อแสนประชากร) - ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ปัจจุบันสูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ (ร้อยละ ๗๐) - ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับ reperfusion (≥ร้อยละ ๘๐) - ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < ๑๐๐ mg/dl (≥ร้อยละ ๖๐) - ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาที (≥ร้อยละ ๖๐)			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	จังหวัดมหาสารคามมี Cardiologist ๑ คน, พยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจ ๗ คน, มี Heart Failure Clinic จำนวน ๕ แห่ง ได้แก่ รพ.บรบือ รพ.โกสุมพิสัย รพ.พยัคฆภูมิพิสัย รพ.วาปีปทุม รพ.เขียงยืน มี warfarin Clinic ๑๑ แห่ง และกำลังขับเคลื่อน โรงพยาบาลกุดรังและชื่นชม, โรงพยาบาลทุกแห่งสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด และ Refer by pass ได้			
ยุทธศาสตร์/มาตรการ	Pre- Hospital	In- Hospital		Post- Hospital
กิจกรรมหลัก	๑. เพิ่ม Health literacy / early warning sign ประชาสัมพันธ์ EMS ๑๖๖๙ ๒. ประชาสัมพันธ์ ๑๖๖๙ ร่วมกับ SP ระบบส่งต่อและปฐมภูมิ ๓ หมอ ๓. Prevention ร่วมกับปฐมภูมิ คัดกรอง CVD Risk	๑. พัฒนาศักยภาพบุคลากรเข้าอบรมหลักสูตรเฉพาะทางโรคหัวใจ ๒. พัฒนาระบบ STEMI Fast track ๓. จัดทำ Death case conference STEMI ๔. ดูแล รักษา ติดตามร่วมกับ COC/IMC/LTC และ palliative care ๕. ขยายการเปิดบริการ Heart Failure Clinic ให้ครอบคลุม		พัฒนาศักยภาพบุคลากรในหน่วยบริการในการเฝ้าระวัง การบันทึกข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล (ข้อมูล ๔๓ แห่ง และ โปรแกรม THAI ACS Registry)
ผู้รับผิดชอบ	รพช./รพท/สสจ		รพช./รพท/สสจ	
ระดับ ความสำเร็จ	<u>Small Success รอบ ๓ เดือน</u> ๑. ประชาสัมพันธ์ ๑๖๖๙ ร่วมกับ SP ระบบส่งต่อและปฐมภูมิ ๓ หมอ ๒. Prevention ร่วมกับปฐมภูมิ คัดกรอง CVD Risk, smoking และ นิโคติน ติดตามให้คำปรึกษา เลิกบุหรี่ ๓. พัฒนาระบบ Consult ผ่าน line: Refer MHK STEMI ๔. จัดทำแนวทางการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดลดป่วย ร่วมกับปฐมภูมิ ๕. นิเทศ กำกับ ติดตามตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์	<u>Small Success รอบ ๖ เดือน</u> ๑. Update CPG, CNPG, Fast track guide line ให้ครอบคลุม ๒. เปิดคลินิกหัวใจล้มเหลว ๓. เผยแพร่ นวัตกรรม set box arrhythmia ใช้ทั้งจังหวัด ๔. พัฒนาระบบการคัดกรอง smoking และ นิโคติน ติดตามให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่ ผ่าน Line Consult เริ่มจากผู้ป่วย STEMI	<u>Small Success รอบ ๙ เดือน</u> ๑. โครงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบครบวงจร ๒. ติดตามพัฒนาระบบการคัดกรอง smoking และนิโคติน ติดตามให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่ ผ่าน Line Consult ๓. นิเทศ กำกับ ติดตามบุคลากรผู้รับผิดชอบ การดูแลผู้ป่วย ACS	<u>Small Success รอบ ๑๒ เดือน</u> ๑. สนับสนุน และนิเทศ รพช. เครือข่าย (๔ node) เพื่อให้มี multi-disciplinary Heart failure clinic ครอบคลุม ๒. พัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายและเชื่อมโยงการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดลดป่วยร่วมกับปฐมภูมิและ NCD

แผนงานโครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	ตัวชี้วัด (KPI) : ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง Stage ๕ รายใหม่ ที่ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า (เป้าหมาย มากกว่าร้อยละ ๑๐)			
สถานการณ์/ข้อมูลพื้นฐาน	การคัดกรองไต ในผู้ป่วย DM/HT ร้อยละ ๗๐.๘๔ (เป้าหมาย ร้อยละ ๘๐), การชะลอไตในผู้ป่วย CKD : อัตราการลดลงของ eGFR < ๕ ml/min/๑.๗๓m ^๒ /yr ร้อยละ ๖๔.๑๒ (เป้าหมาย ร้อยละ ๖๖), ผู้ป่วยไตเรื้อรัง Stage ๕ รายใหม่ลดลง ร้อยละ ๑๐.๘๐ (เป้าหมาย ร้อยละ ๑๐)			
ยุทธศาสตร์/มาตรการ	มาตรการที่ ๑ ผลักดันนโยบายชะลอไตเสื่อม ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง	มาตรการที่ ๒ พัฒนา และขยายเครือข่ายในการส่งเสริมและป้องกันโรคไตเรื้อรัง	มาตรการที่ ๓ พัฒนาระบบการจัดบริการคลินิกชะลอไตเสื่อม	มาตรการที่ ๔ การติดตาม ประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงาน
กิจกรรมหลัก	๑. ขับเคลื่อนการป้องกันและควบคุมโรคไตในชุมชนผ่าน พชอ. ร่วมกับ NCD ๒. ขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ระดับจังหวัด/อำเภอ ๓. การจัดการปัจจัยสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง ๔. ขยายชุมชนรักชีไต และยกระดับสถานีสุขภาพ (Health Station) ในชุมชน ให้มี Salt meter	๑. พัฒนาศักยภาพครู ข แกนนำปรับสูตรอาหารลดโซเดียม/สนับสนุนเครื่องมือ และสื่อประชาสัมพันธ์ในการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ๒. พัฒนาศักยภาพ อสม.ในพื้นที่ ในการเป็นแกนนำด้านสุขภาพ และให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านโรค CKD ร่วมกับงาน สสพ.	๑. จัดบริการ CKD Clinic คุณภาพ ตามมาตรฐาน/การจัดบริการ RRT (CAPD Clinic, HD, KT) และ การจัดบริการ Palliative care in CKD ๒. พัฒนาศักยภาพ CM CKD ใน รพ. และ สสอ.ทุกแห่ง (Onsite และ Online)	๑. ติดตามประเมินผลการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อม (CKD Clinic คุณภาพ) รอบที่ ๑ ช่วง ก.พ. ๖๘ ประเมินตนเอง รอบที่ ๒ ช่วง ส.ค. ๖๘ ประเมินโดยทีมระดับจังหวัด ๒. ประเมินผล KPI จากระบบ HDC ๓. สรุปผลการดำเนินงาน
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	
ระดับความสำเร็จ	Small Success รอบ ๓ เดือน ๑. สื่อสารแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังบูรณาการกับ NCD Clinic และภาคีเครือข่าย/อบจ. ๒. สื่อสารแนวทางการประเมิน CKD Clinic คุณภาพ ๓. มีการขับเคลื่อนงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM HT CKD) ผ่าน พชอ. ทุกอำเภอ ๔. มีแกนนำปรับสูตรอาหารท้องถิ่นลดโซเดียมระดับอำเภอ (ครู ข)	Small Success รอบ ๖ เดือน ๑. ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการคัดกรองไต ≥ ร้อยละ ๔๐ ๒. มีการประเมิน CKD Clinic คุณภาพใน รพ. ร้อยละ ๑๐๐ (รอบที่ ๑ ช่วง ก.พ. ๖๘ ประเมินตนเอง) ๓. CM CKD ใน รพ. และ สสอ.ทุกแห่ง ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ร้อยละ ๑๐๐ ๔. มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแนวทางลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ระดับจังหวัด/อำเภอ	Small Success รอบ ๙ เดือน ๑. บูรณาการ CKD Clinic กับ NCD Clinic กับ รพ.สต. และภาคีเครือข่าย/อบจ. ๒. มีการขยายชุมชนรักชีไต ทุกอำเภอ ๓. Health Station ในชุมชนมี Salt meter ร้อยละ ๕๐ ของหมู่บ้าน ๔. มีการประเมินความตระหนักรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียมของประชาชนในจังหวัด	Small Success รอบ ๑๒ เดือน ๑. ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการคัดกรองไต ≥ ร้อยละ ๘๐ ๒. ผู้ป่วย CKD ระยะ ๓-๔ มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๕ ml/min/๑.๗๓m ^๒ /yr ≥ ร้อยละ ๖๖ ๓. ผู้ป่วยไตเรื้อรัง Stage ๕ รายใหม่ลดลง > ร้อยละ ๑๐ ๔. CKD Clinic คุณภาพใน รพ. ผ่าน ร้อยละ ๗๐ ๕. ประชาชนมีความตระหนักรู้ความเสี่ยงการบริโภคเกลือและโซเดียม ≥ ร้อยละ ๖๕

แผนงานที่ ๕ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๕ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	๒๐) อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี ๒๕๖๘ ($\geq 1 : 100$)			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลจังหวัดมหาสารคามปี ๖๕ = $2/1011 = 0.19 : 100$ hospital -ปี ๖๖ = $7/1222 = 0.57 : 100$ hospital-ปี ๖๗ $17/1284 = 1.32 : 100$ hospital มีแพทย์ Harvest ๑คน พยาบาลจบเฉพาะทาง TC (๔ เดือน) ๑ คน แต่ไม่มี TC Full timeมีการจัดเวรเจรจาขอรับอวัยวะและประสานงาน(ทีม เจริญ) ทุกวัน (๘.๐๐-๒๐.๐ น.)มีการประเมินและคัดกรองการบริจาคอวัยวะและดวงตาในหน่วยงาน มีพยาบาลจัดเก็บดวงตา ๓ คน			
ยุทธศาสตร์/มาตรการ	มาตรการที่ ๑ Donor center	มาตรการที่ ๒ การเพิ่มจำนวนและการเข้าถึงบริการ	มาตรการที่ ๓ IT	
กิจกรรมหลัก	<p>๑. จัดตั้งศูนย์รับบริจาคอวัยวะและดวงตาครบทุกโรงพยาบาล มี donor corner ที่ OPD ทุกโรงพยาบาลโดยมีชื่อและเบอร์โทรศัพท์พยาบาลประสานงาน และกำหนดทีมดำเนินการรับบริจาคอวัยวะในทุกโรงพยาบาลมีระบบรายงานผลการดำเนินงานทุกเดือน</p> <p>๒. มี Flow แนวทางการส่งต่อ/จัดเก็บดวงตา กรณีการเสียชีวิตใน รพ.ชุมชน</p> <p>๓. ประชาสัมพันธ์เชิงรุกการบริจาคอวัยวะและดวงตาในทุก รพ.ร่วมกับหน่วยรับบริจาคโลหิตและการออกแพทย์เคลื่อนที่ พอ.สว.</p> <p>๔. จัดทำทะเบียนผู้ประสงค์บริจาคอวัยวะ รายใหม่</p>	<p>๑. ค้นหา potential donor ใน Brain dead Cardiac dead ทุกราย</p> <p>๒. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ TCWN ในการจัดเก็บดวงตา (แผนอบรมใน รพช. ปี ๒๕๖๘=๒คน)</p> <p>๓. ประชาสัมพันธ์การบริจาคอวัยวะและดวงตา ร่วมกับการออกหน่วยบริจาคโลหิตของโรงพยาบาลและตามเหล่ากาชาดจังหวัดทุกอำเภอ เดือนละ ๒๐-๓๐ วันประชาสัมพันธ์ ลงสื่อ Online ของโรงพยาบาล</p>	<p>๑. กำหนดตัวชี้วัดในกระบวนการรับบริจาคจากผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย Actual donor ต่อเดือนนำข้อมูลรายเดือนมาวิเคราะห์หาโอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และใช้ระบบ IT เชื่อมโยงข้อมูล</p>	
ผู้รับผิดชอบ	รพช./สสอ./รพท./สสจ.	รพช./สสอ./รพท./สสจ.	รพช./สสอ./รพท./สสจ.	
ระดับ ความสำเร็จ	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๓ เดือน</p> <p>๑. พัฒนาระบบค้นหาผู้บริจาคเชิงรุกในการรับบริจาคดวงตาใน ผู้ป่วยที่มีภาวะ cardiac dead เชื่อมโยงกับ สาขา Palliative care เพื่อเพิ่มยอดบริจาคดวงตา</p> <p>๒. เพิ่มผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ (Donor card) ในทุกอำเภอ</p> <p>* ปฐมภูมิ , สสอ. , พชอ. , พชต. รพท. , รพช กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>๑) อสม. ๒) ประชาชนทั่วไป ๓) ผู้นำชุมชน ๔) นักเรียน/นักศึกษา ๕) พระภิกษุ</p> <p>๓. อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล เป้าหมาย ($\geq 1:100$)</p> <p>๔. ผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ Donor card เป้าหมาย ๒,๕๑๕ ราย ๔:๑,๐๐๐ ของประชากร</p>	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๖ เดือน</p> <p>๑. พัฒนา TCWN ให้ครอบคลุมในทุกหน่วยงานกลุ่มเป้าหมายและสามารถคัดกรองและรายงานผู้ป่วย cardiac death มาที่ศูนย์ได้ตลอดเวลา มีแผนอบรมบุคลากร ทีมจัดเก็บดวงตา ใน รพช. ปี ๒๕๖๘=๒ คน</p> <p>๒. ติดตามการใช้งาน Flow Cardiac dead ของ TCWN</p> <p>- แลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติงานตาม Flow ทุก ๑ เดือน</p> <p>- ประชุมผู้รับผิดชอบงาน ทุก ๓ เดือน</p> <p>๓. ติดตามการประชาสัมพันธ์ในทุกอำเภอ</p> <p>๔. อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล เป้าหมาย ($\geq 1:100$)</p> <p>๕. ผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ Donor card เป้าหมาย ๒,๕๑๕ ราย ๔:๑,๐๐๐ ของประชากร</p>	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๙ เดือน</p> <p>๑. ติดตามการประชาสัมพันธ์ในทุกอำเภอ</p> <p>๒. อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล เป้าหมาย ($\geq 1 : 100$)</p> <p>๓. ผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ Donor card เป้าหมาย ๒,๕๑๕ ราย ๔:๑,๐๐๐ ของประชากร</p>	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๑๒ เดือน</p> <p>๑. สรุปการปฏิบัติงานตาม Flow Cardiac dead & brain dead</p> <p>๒. สรุปตัวชี้วัดตามเป้าหมาย วิเคราะห์หาโอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่อง</p>

แผนงานโครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	ตัวชี้วัด : ๑. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ ๒๕) ๒. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติมะเร็งปากมดลูก ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy (ร้อยละ ๕๐)			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	ผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ยอดสะสม ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗ คิดเป็นร้อยละ ๓๘.๖๒, ๖๙.๒๓ และ ๕๙.๔๔ และร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง colposcopy ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	<u>มาตรการที่ ๑</u> Primary Prevention	<u>มาตรการที่ ๒</u> Risk Group Finding	<u>มาตรการที่ ๓</u> Early detection and Early Treatment	
กิจกรรมหลัก	๑. รณรงค์ให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งและสร้างกระแสอย่างต่อเนื่อง ๒. การประชาสัมพันธ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยตนเอง หรือบุคลากรทางการแพทย์ ผ่านช่องทางการสื่อสารต่างๆ เช่น หอกระจายข่าว, Face book, Group Line เป็นต้น	๑. คัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ในสตรี อายุ ๓๐-๖๐ ปี และสตรีกลุ่มเสี่ยง - คัดกรองด้วยตนเอง - คัดกรองโดยบุคลากรทางการแพทย์ ๒. จัดสัปดาห์รณรงค์ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก/ กำหนดวันให้บริการอย่างชัดเจน	๑. พัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง colposcopy ร้อยละ ๑๐๐ ๒. พัฒนาการติดตามผู้ป่วยระยะ ๑,๒ เพื่อไม่ให้ เป็นระยะ ๓, ๔	
ผู้รับผิดชอบ	สสจ./ สสอ./ รพ./รพ.สต./ อบจ./ อปท.		สสจ./รพ./รพ.สต.	
ระดับ ความสำเร็จ	<u>Small Success รอบ ๓ เดือน</u> ๑. ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test \geq ๑๐%	<u>Small Success รอบ ๖ เดือน</u> ๑. ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test \geq ๑๕% ๒. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติมะเร็งปากมดลูก ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy \geq ๓๐%	<u>Small Success รอบ ๙ เดือน</u> ๑. ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test \geq ๒๐% ๒. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติมะเร็งปากมดลูก ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy \geq ๔๐%	<u>Small Success รอบ ๑๒ เดือน</u> ๑. ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test \geq ๒๕% ๒. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติมะเร็งปากมดลูก ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy \geq ๕๐%

แผนงานที่ ๕ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๖ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขามะเร็ง

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	ตัวชี้วัดที่ ๒๑) ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง ๒๑.๓) ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ๒๑.๔) ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ)ได้รับส่องกล้อง Colonoscopy			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	๒๑.๓) ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗ เป็นร้อยละ ๕๗.๔๙, ๗๘.๔๖, ๙๑.๓๘ ตามลำดับ ๒๑.๔) ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ)ได้รับส่องกล้อง Colonoscopy ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗ เป็นร้อยละ ๓๖.๒๒, ๔๐.๐๖, ๕๒.๓๐ ตามลำดับ			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	Primary Prevention	Risk Group Finding	Early detection and Early Treatment	
กิจกรรมหลัก	๑. รณรงค์ให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับโรคมะเร็งเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งและสร้างกระแสอย่างต่อเนื่อง ๒. การประชาสัมพันธ์ให้เห็นความสำคัญของการตรวจค้นหาหามะเร็งระยะเริ่มแรก ๓. ให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกับบุคลากร/อสม.	๑. คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยวิธี Fit test และตรวจยืนยันด้วยวิธีส่องกล้อง Colonoscopy ๒. พัฒนาศักยภาพรพ.แม่ข่ายในการตรวจยืนยันด้วยการส่องกล้อง Colonoscopy	๑. พัฒนาระบบการผ่าตัดผู้ป่วยมะเร็งภายใน ๔ สัปดาห์ ๒. พัฒนาระบบการรักษาผู้ป่วยมะเร็งด้วยเคมีบำบัด/รังสีรักษาภายใน ๖ สัปดาห์ ๓. พัฒนาระบบควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผล การรักษา	
ผู้รับผิดชอบ	รพท./รพช./สสอ./สสจ.	รพท./รพช./สสอ./สสจ.	รพท./รพช./สสอ./สสจ.	
ระดับ ความสำเร็จ	<u>Small Success รอบ ๓ เดือน</u> ๑. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง \geq ร้อยละ ๕๐ ๒. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ)ได้รับส่องกล้อง Colonoscopy \geq ร้อยละ ๕๐ ๓. ลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษาของมะเร็ง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๗	<u>Small Success รอบ ๖ เดือน</u> ๑. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง \geq ร้อยละ ๖๐ ๒. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ)ได้รับส่องกล้อง Colonoscopy \geq ร้อยละ ๖๐ ๓. ลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษาของมะเร็ง มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๗๗	<u>Small Success รอบ ๙ เดือน</u> ๑. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง \geq ร้อยละ ๗๐ ๒. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ)ได้รับส่องกล้อง Colonoscopy \geq ร้อยละ ๗๐ ๓. ลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษาของมะเร็ง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๗	<u>Small Success รอบ ๑๒ เดือน</u> ๑. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง \geq ร้อยละ ๘๐ ๒. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ)ได้รับส่องกล้อง Colonoscopy \geq ร้อยละ ๘๐ ๓. ลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษาของมะเร็ง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๗

โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	<p>๑. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ (Retention rate ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐)</p> <p>๒. ผู้ป่วยโรคจิตเวชและยาเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ไม่กลับมาก่อความรุนแรงซ้ำ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕</p>			
สถานการณ์/ข้อมูลพื้นฐาน	<p>ปีงบประมาณ ๒๕๖๕-๒๕๖๗ ในภาพรวมจังหวัดมหาสารคาม พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ ๘๓.๑๙ ร้อยละ ๘๒.๕๘ และ ร้อยละ ๗๑.๔๓ ตามลำดับ และผู้ป่วย SMI-V ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ ร้อยละ ๙๘.๗๐ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗</p>			
ยุทธศาสตร์/มาตรการ	<p>มาตรการที่ ๑ คัดกรอง ประเมิน OAS และ V๒ ในผู้ป่วยยาเสพติด / พัฒนาทักษะสังเกตสัญญาณเตือนที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงทางสังคม จากผู้มีอาการทางจิต และจิตเวชยาเสพติด/ เร่งตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยค้นหา case ขาดนัด/ขาดรับยา แล้วติดตามฯ</p>	<p>มาตรการที่ ๒ การบำบัดรักษาฟื้นฟูคุณภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐาน/เร่งตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยค้นหา case ขาดนัด/ขาดรับยา แล้วติดตามฯ</p>	<p>มาตรการที่ ๓ การติดตามดูแลช่วยเหลือต่อเนื่อง อย่างน้อย ๑ ปี หลังการบำบัดรักษา</p>	
กิจกรรมหลัก	<p>๑. เร่งรัดการยกระดับมาตรฐานศูนย์คัดกรองฯ ในชุมชน</p> <p>๒. ประชาสัมพันธ์สัญญาณเตือนที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงทางสังคม ที่เกี่ยวข้องกับจิตเวชยาเสพติด/ทบทวนเวชระเบียนขาดยา</p> <p>๓. เร่งรัดการนำผู้เสพ ผู้ติดสารเสพติดเข้าสู่ระบบบำบัดรักษาฯ</p>	<p>๑. ประเมิน รับรองมาตรฐาน HA และ Re-Accredit HA อย่างต่อเนื่อง</p> <p>๒. เร่งรัดการดำเนินงาน CBTx ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในภาพบูรณาการ</p> <p>๓. บันทึกข้อมูล บสต. ให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา</p> <p>๔. เชื่อมโยงระบบการรับ และส่งต่อ ผู้ป่วย แบบครบวงจร เชื่อมโยงสู่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม / ๕. ตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยค้นหา case ขาดนัด/ขาดรับยา แล้วติดตามฯ</p>	<p>๑. ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อติดตามการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง</p> <p>๒. พัฒนาระบบ HOME WARD จิตเวชยาเสพติด ครบทุก รพ.</p> <p>๓. เร่งรัดการเบิกจ่ายงบประมาณให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา</p>	
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด			
ระดับความสำเร็จ	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๓ เดือน</p> <p>๑. จัดประชุมชี้แจงแนวทางในการดำเนินงานระดับจังหวัด (บูรณาการกับกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง) ๑ ครั้ง</p> <p>๒. จัดประชุมขับเคลื่อนงานโดยคณะกรรมการบำบัดและฟื้นฟู จ.ม.ค. ๑ ครั้ง</p> <p>๓. สุ่มประเมินมาตรฐานศูนย์คัดกรองฯ ร่วมกับ อบจ. ๑ แห่ง ต่ออำเภอ</p> <p>๔. ติดตามผลการบันทึก บสต. และประชุมคืนข้อมูล ๑ ครั้ง/ เร่งรัดการนำผู้เสพ ผู้ติดสารเสพติดเข้าสู่ระบบบำบัดรักษา/ ตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยค้นหา case ขาดนัด/ขาดรับยา แล้วติดตามฯ</p>	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๖ เดือน</p> <p>๑. ประเมิน รับรองมาตรฐาน HA และ Re-Accredit HA อย่างต่อเนื่อง เป็นปัจจุบัน ร้อยละ ๑๐๐ ทุก รพ.</p> <p>๒. เร่งรัดการดำเนินงาน CBTx ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในภาพบูรณาการ อย่างน้อย ๑ แห่ง ต่อ อำเภอ</p> <p>๓. บันทึกข้อมูล บสต. ให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ร้อยละ ๑๐๐ ในทุกอำเภอ</p> <p>๔. เชื่อมโยงระบบการรับ และส่งต่อ ผู้ป่วย แบบครบวงจร เชื่อมโยงสู่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม อย่างน้อย ๑ แห่ง ต่ออำเภอ</p>	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๙ เดือน</p> <p>๑. ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อติดตามการบำบัดฯ ไม่น้อยกว่า ๔ ครั้ง ครอบคลุม ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>๒. ขอขึ้นทะเบียนและรอรับการประเมิน HOME WARD จิตเวชยาเสพติด ครบทุก รพ.(ร้อยละ ๑๐๐)</p> <p>๓. จัดประชุมขับเคลื่อนงานโดย คณะกรรมการบำบัดและฟื้นฟู จ.มหาสารคาม ครั้งที่ ๒</p> <p>๔. Case ผู้ป่วยจิตเวชและจิตเวชยาเสพติด ไม่ขาดยา (รักษา) ร้อยละ ๑๐</p>	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๑๒ เดือน</p> <p>๑. ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ (Retention rate ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐)</p> <p>๒. ผู้ป่วยโรคจิตเวชและยาเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ไม่กลับมาก่อความรุนแรงซ้ำ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕</p>

โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	ระดับอำเภอ TO BE NUMBER ONE ผ่านเกณฑ์ดีเด่น ระดับ ๕ ร้อยละ ๑๐๐			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕-๒๕๖๗ ในภาพรวมจังหวัดมหาสารคาม พบว่า อำเภอ TO BE NUMBER ONE ผ่านเกณฑ์ดีเด่น ระดับ ๕ ร้อยละ ๑๐๐ ในทุกอำเภอ			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ ๑ ประกาศกำหนดนโยบาย ขับเคลื่อน TO BE NUMBER ONE ระดับอำเภอ และระดับทุนเพื่อบริหารจัดการฯ	มาตรการที่ ๒ รักษามาตรฐานเกณฑ์ดีเด่น และบูรณาการงานฯ ตามยุทธศาสตร์ที่ ๑-๓ (สร้างกระแส, สร้างภูมิคุ้มกัน, สร้างเครือข่าย)	มาตรการที่ ๓ สร้างนวัตกรรม และองค์ความรู้สำหรับใช้ดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE	
กิจกรรมหลัก	๑. กำหนดนโยบาย กลยุทธ์ระดับอำเภอ / ปรับปรุงคำสั่งฯ ๒. แสดงออกเชิงสัญลักษณ์ ด้วยการใส่เสื้อ TO BE NUMBER ONE จ.มหาสารคาม (พฤษภาคม เสื้อ TO BE NUMBER ONE) ๓. ระดมทุนเพื่อการบริหารจัดการ และตรวจสอบได้	๑. ควบคุม กำกับ ติดตาม นิเทศ ประเมินผล การดำเนินงานฯ ระดับอำเภอ อย่างต่อเนื่อง ผ่านศูนย์ประสานงานระดับอำเภอ และตำบล รวมถึงชมรมต่างๆ/ศูนย์เพื่อนใจ ๒. จังหวัดและอำเภอ บูรณาการงานเพื่อจัดกิจกรรม TO BE NUMBER ONE ให้สอดคล้องกับ TIME LINE ของ สนง.โครงการ TO BE NUMBER ONE	๑. ขับเคลื่อนรูปแบบ TO BE NUMBER ONE-YC-HERO ในสถานศึกษา ระดับขยายโอกาส และมัธยม ๒. พัฒนางานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงาน TO BE NUMBER ONE ๓. เร่งรัดการเบิกจ่ายงบประมาณให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา	
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ระดับความสำเร็จ	Small Success รอบ ๓ เดือน ๑. จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน ระดับจังหวัด ๑ ครั้ง ๒. จ.มค. ประกาศณรงค์ประชาชนใส่เสื้อ “วันพฤษภาคม เสื้อ TO BE NUMBER ONE” ร้อยละ ๑๐๐ ครอบคลุมทุกอำเภอ ๓. สสจ. มค. ติดตามผลการกำหนดแผนงาน/โครงการ TO BE NUMBER ONE ร้อยละ ๑๐๐ ครอบคลุมทุกอำเภอ	Small Success รอบ ๖ เดือน ๑. ประชุม ควบคุม กำกับ ติดตาม การขับเคลื่อนงานฯ และการบูรณาการฯ ระดับจังหวัด ๒ ครั้ง ๒. จังหวัดและอำเภอ บูรณาการงานเพื่อจัดกิจกรรม TO BE NUMBER ONE ให้สอดคล้องกับ TIME LINE ของ สนง.โครงการ TO BE NUMBER ONE ครบถ้วน ทุกกิจกรรม ตามช่วงเวลา ร้อยละ ๗๐ ๓. มีการบันทึกและใช้งานฐานข้อมูล TO BE NUMBER ONE จ.มหาสารคาม ครบร้อยละ ๑๐๐ ในทุกอำเภอ	Small Success รอบ ๙ เดือน ๑. จังหวัดและอำเภอ บูรณาการงานเพื่อจัดกิจกรรม TO BE NUMBER ONE ให้สอดคล้องกับ TIME LINE ของ สนง.โครงการ TO BE NUMBER ONE ตามช่วงเวลา ร้อยละ ๙๐ ๒. เบิกจ่ายงบประมาณได้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ในทุกอำเภอ ร้อยละ ๗๐ ๓. ขับเคลื่อนรูปแบบ TO BE NUMBER ONE-YC-HERO ในสถานศึกษาระดับขยายโอกาส และมัธยม ได้อย่างน้อย ๑ แห่งต่ออำเภอ	Small Success รอบ ๑๒ เดือน ๑. จังหวัดและอำเภอ บูรณาการงานเพื่อจัดกิจกรรม TO BE NUMBER ONE ให้สอดคล้องกับ TIME LINE ของ สนง.โครงการ TO BE NUMBER ONE ตามช่วงเวลา ร้อยละ ๑๐๐ ๒. เบิกจ่ายงบประมาณได้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ในทุกอำเภอ ร้อยละ ๑๐๐ ๓. มีงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงาน TO BE NUMBER ONE อย่างน้อย ๑ เรื่อง/จังหวัด

โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์และเด็กก่อนปฐมวัย อย่างยั่งยืน

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาด ร้อยละ ๕๕ HDC ๑๙.๑ เด็ก ๐-๒ ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ (คน) ร้อยละ ๖๐ HDC ๑๗.๖ เด็ก ๓-๕ ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ (คน) ร้อยละ ๘๐ HDC ๑๗.๙		
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาด ร้อยละ ๓๐.๖ HDC ๑๙.๑ เด็ก ๐-๒ ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่(คน) ร้อยละ ๔๖.๙๙ HDC ๑๗.๖ เด็ก ๓-๕ ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ (คน) ร้อยละ ๖๙.๔๓ HDC ๑๗.๙		
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ ๑ สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก สร้างเสริมความรู้และพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก ที่พึงประสงค์รณรงค์สื่อสารความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก	มาตรการที่ ๒ พัฒนาเครือข่ายและจัดการสิ่งแวดล้อม พัฒนาศักยภาพเครือข่าย ขับเคลื่อน กำกับติดตาม และ ประเมินผล	มาตรการที่ ๓ เพิ่มการเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ พัฒนาคุณภาพการจัดบริการ ANC PP WCC ศูนย์เด็ก พัฒนาระบบเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย อายุ ๐-๒ ปี
กิจกรรมหลัก	๑. รณรงค์ “ลูกรักฟันดี เริ่มที่ครอบครัว” ๒. สนับสนุนสื่อสร้างเสริมสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์ และก่อนเด็กปฐม	๑. ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสถาน พัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (บูรณาการ ๔D) ๒. สนับสนุนการดำเนินงานโครงการมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน สู่ ๒,๕๐๐ วัน	๑. ถอดบทเรียนรูปแบบการจัดบริการส่งเสริมช่องปาก หญิงตั้งครรภ์ร่วมกับภาคีเครือข่าย
ผู้รับผิดชอบ	สสจ/สสอ/รพท/รพช/รพสต/อบจ		
ระดับ ความสำเร็จ	<p style="text-align: center;"><u>ไตรมาสที่ ๑-๒</u></p> ๑. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจและขัดทำความสะอาดช่องปาก ร้อยละ ๒๗ ๒. เด็ก ๐-๒ ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ (คน) ร้อยละ ๓๐ ๓. เด็ก ๓-๕ ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ (คน) ร้อยละ ๔๐	<p style="text-align: center;"><u>ไตรมาสที่ ๓-๔</u></p> ๑. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจและขัดทำความสะอาดช่องปาก ร้อยละ ๕๕ ๒. เด็ก ๐-๒ ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่(คน) ร้อยละ ๖๐ ๓. เด็ก ๓-๕ ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ (คน) ร้อยละ ๘๐	

โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เด็กปฐมวัย อย่างยั่งยืน

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	เด็กอายุ ๔-๑๒ ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) ร้อยละ ๕๐ HDC ๑๙.๒		
	เด็กอายุ ๖-๑๒ ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ (คน) ร้อยละ ๓๐ HDC ๑๙.๓		
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	เด็กอายุ ๔-๑๒ปีได้รับการเคลือบ/ทา ฟลูออไรด์เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) ร้อยละ ๔๐.๓๖		
	เด็กอายุ ๖-๑๒ ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ (คน) ร้อยละ ๗.๔๓		
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	<u>มาตรการที่ ๑ สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก</u> สร้างเสริมความรู้และพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์รณรงค์สื่อสารความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก	<u>มาตรการที่ ๒ พัฒนาเครือข่ายและจัดการสิ่งแวดล้อม</u> พัฒนาศักยภาพเครือข่าย ขับเคลื่อน กำกับติดตาม และประเมินผล	<u>มาตรการที่ ๓ เพิ่มการเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์</u> พัฒนาศักยภาพการจัดบริการ ANC PP WCC พัฒนาระบบเฝ้าระวังสุขภาพช่องปาก. เด็กปฐมวัย อายุ ๐-๒ ปี
กิจกรรมหลัก	๑. รณรงค์ “ ลูกรักฟันดี..เริ่มที่ครอบครัว” ๒. สนับสนุนสื่อสร้างเสริมสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์ และเด็กปฐม	๑. ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ(บูรณาการ ๔D) ๒. สนับสนุนการดำเนินงานโครงการมหัศจรรย์๑๐๐๐ วันสู๋ ๒๕๐๐ วัน	๑. ถอดบทเรียนรูปแบบการจัดบริการส่งเสริมช่องปากหญิงตั้งครรภ์ร่วมกับภาคีเครือข่าย
ผู้รับผิดชอบ	สสจ/สสอ/รพท/รพช/รพสต/อบจ		
ระดับ ความสำเร็จ	<u>ไตรมาสที่ ๑-๒</u> ๑. เด็กอายุ ๔-๑๒ ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) ร้อยละ ๒๕ ๒. เด็ก ๖-๑๒ ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ (คน) ร้อยละ ๑๕	<u>ไตรมาสที่ ๓-๔</u> ๑. เด็กอายุ ๔-๑๒ปีได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) ร้อยละ ๕๐ ๒. เด็ก ๖-๑๒ ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ (คน) ร้อยละ ๓๐	

บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และทันตกรรมป้องกัน
การเข้าถึงบริการ ของ วิทยาลัยทันตแพทย์ศิริราช

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	วิทยาลัยทันตแพทย์ศิริราช อายุ ๑๕-๕๙ ปี ได้รับการบริการทันตกรรม จำนวนครั้งบริการสุขภาพช่องปาก ไม่น้อยกว่า การใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และทันตกรรมป้องกัน (คน)		ร้อยละ ๒๕ ๓๔๓,๙๐๗ ครั้งต่อปี ร้อยละ ๓๕	HDC ๑๗.๒๐ ทันตกรรมบริการ ๓ HDC ๓
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	วิทยาลัยทันตแพทย์ศิริราช อายุ ๑๕-๕๙ ปี ได้รับการบริการทันตกรรม จำนวนครั้งบริการสุขภาพช่องปาก ไม่น้อยกว่า การใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และทันตกรรมป้องกัน (คน)		ร้อยละ ๑๓.๗๘ ๓๑๑,๒๖๕ ครั้งต่อปี ร้อยละ ๒๕.๘	
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ ๑ เสริมสร้างความเข้มแข็งชุมชน พัฒนาเครือข่ายการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก วิทยาลัยทันตแพทย์ศิริราชในสถานประกอบการ	มาตรการที่ ๒ พัฒนาระบบบริการส่งเสริมป้องกันการโรคในช่องปาก พัฒนาและสนับสนุนการจัดบริการทันตกรรมตามสิทธิประโยชน์ (PP excellent)	มาตรการที่ ๓ สร้างความรอบรู้สุขภาพช่องปาก สร้างความรอบรู้ผ่านสื่อดิจิทัลเพื่อสนับสนุนให้วิทยาลัยทันตแพทย์ศิริราชมี พฤติกรรมดูแลช่องปากที่พึงประสงค์	
กิจกรรมหลัก	๑. พัฒนาคุณภาพการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากวิทยาลัย ทันตแพทย์ศิริราชในสถานประกอบการ ๒. เพิ่มช่องปากเข้าถึงบริการ ละครคิวิ รอรอค้อย	๑. ผลักดันเชิงนโยบายการตรวจสุขภาพช่องปากปีละ ๑ ครั้ง ๒. สื่อสารสิทธิประโยชน์ส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปาก ๙๐๐ , ๒๑๐๐	๑. ใช้ digital platform เฝ้าระวังสภาวะช่องปากตนเอง ๒. สื่อสาร key message การแปรงฟัน ๒-๒-๒ ด้วยยาสีฟันที่มี ฟลูออไรด์ ๑๕๐๐ ppm	
ผู้รับผิดชอบ	สสจ/สสอ/รพท/รพช/รพสต/อบจ			
ระดับ ความสำเร็จ	Small Success รอบ ๓ เดือน ๑. อายุ ๑๕-๕๙ ปี ได้รับการบริการทันตกรรม ร้อยละ ๑๐ ๒ จำนวนครั้งบริการสุขภาพช่องปาก ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๒๕ ๓. การใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และ ทันตกรรมป้องกัน (คน) ร้อยละ ๑๕ ๔. การแปรงฟัน ๒-๒-๒ ด้วยยาสีฟันที่มี ฟลูออไรด์ ๑๕๐๐ ppm ร้อยละ ๒๕	Small Success รอบ ๖ เดือน ๑. อายุ ๑๕-๕๙ ปี ได้รับการบริการทันตกรรม ร้อยละ ๑๕ ๒ จำนวนครั้งบริการสุขภาพช่องปาก ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐ ๓. การใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และ ทันตกรรมป้องกัน (คน) ร้อยละ ๒๕ ๔. การแปรงฟัน ๒-๒-๒ ด้วยยาสีฟันที่มี ฟลูออไรด์ ๑,๕๐๐ ppm ร้อยละ ๕๐	Small Success รอบ ๙ เดือน ๑. อายุ ๑๕-๕๙ ปี ได้รับการบริการทันตกรรม ร้อยละ ๒๐ ๒ จำนวนครั้งบริการสุขภาพช่องปาก ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๗๕ ๓. การใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และ ทันตกรรมป้องกัน(คน) ร้อยละ ๓๐ ๔. การแปรงฟัน ๒-๒-๒ ด้วยยาสีฟันที่มี ฟลูออไรด์ ๑๕๐๐ ppm ร้อยละ ๗๕	Small Success รอบ ๑๒ เดือน ๑. อายุ ๑๕-๕๙ ปี ได้รับการบริการทันตกรรม ร้อยละ ๒๕ ๒ จำนวนครั้งบริการสุขภาพช่องปาก ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๑๐๐ ๓. การใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และ ทันตกรรมป้องกัน(คน) ร้อยละ ๓๕ ๔. การแปรงฟัน ๒-๒-๒ ด้วยยาสีฟันที่มี ฟลูออไรด์ ๑๕๐๐ ppm ร้อยละ ๑๐๐

ตรวจสอบสุขภาพช่องปาก ก่อนและผู้สูงอายุ พร้อมคัดกรอง PMDs

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	อัตราผู้สูงอายุ ได้รับการบริการตรวจสอบสุขภาพช่องปาก (คน) ร้อยละ ๔๐ HDC ๑๗.๒๓ อัตรา (ร้อยละ) ๔๐ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง PMDs ร้อยละ ๗๐ HDC ๑๗.๒๑+๑๗.๒๒			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ผู้สูงอายุ ได้รับการบริการตรวจสอบสุขภาพช่องปาก (คน) ร้อยละ ๒๖.๕๑ และกลุ่มอายุ ๔๐ปี+ ได้รับการคัดกรอง PMDs (คน) ร้อยละ ๖๘.๗๕			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ ๑ พัฒนาระบบการจัดการข้อมูลทันตสุขภาพ และเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก	มาตรการที่ ๒ พัฒนาหน่วยบริการสุขภาพช่องปากให้มี คุณภาพและมาตรฐาน	มาตรการที่ ๓ ร่วมสนับสนุน พัฒนาบุคลากรด้านส่งเสริม สุขภาพช่องปาก ของภาคีเครือข่าย (อบจ.)	
กิจกรรมหลัก	๑. พัฒนาศักยภาพบุคลากร สร้างความรู้ความเข้าใจ การลงบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน HDC / MY PCU ๒. สนับสนุนสื่อด้านสุขภาพช่องปาก แก่หน่วยบริการ ๓. จัดทำคู่มือ การตรวจคัดกรอง PMDs	๑. ออกประเมินหน่วยบริการร่วมกับคณะกรรมการประเมิน คุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (คปคม.) ๒. เปิดบริการทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุ ๓. จัดกิจกรรมให้ทันตสุขศึกษาแก่ผู้มารับบริการ ทางทันตกรรม	๑. ร่วมประชุมเครือข่ายบริการสุขภาพช่องปาก (อบจ.) เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และแนะแนวทางการแก้ไขปัญหา ร่วมกัน ๒. ร่วมสรุปผลการดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปาก กับเครือข่าย (อบจ.) เพื่อได้แนวทางการดำเนินงาน ด้านสุขภาพช่องปากร่วมกัน	
ผู้รับผิดชอบ	สสจ/สสอ/รพท/รพช/รพสต/อบจ			
ระดับ ความสำเร็จ	Small Success รอบ ๓ เดือน ๑. อำเภอมีแผนปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ช่องปาก ๒. อัตราผู้สูงอายุ ได้รับการบริการตรวจสอบสุขภาพ ช่องปาก (คน) ร้อยละ ๑๐ ๓. อัตรา(ร้อยละ) ๔๐ ปีขึ้นไป ได้รับการ คัดกรอง PMDs ร้อยละ ๑๐	Small Success รอบ ๖ เดือน ๑. อัตราผู้สูงอายุ ได้รับการบริการตรวจสอบสุขภาพ ช่องปาก (คน) ร้อยละ ๒๐ ๒. อัตรา (ร้อยละ) ๔๐ ปีขึ้นไป ได้รับการ คัดกรอง PMDs ร้อยละ ๓๐	Small Success รอบ ๙ เดือน ๑. อัตราผู้สูงอายุ ได้รับการบริการตรวจสอบสุขภาพ ช่องปาก (คน) ร้อยละ ๓๐ ๒. อัตรา(ร้อยละ) ๔๐ ปีขึ้นไป ได้รับการ คัดกรอง PMDs ร้อยละ ๕๐	Small Success รอบ ๑๒ เดือน ๑. อัตราผู้สูงอายุ ได้รับการบริการตรวจสอบสุขภาพ ช่องปาก (คน) ร้อยละ ๔๐ ๒. อัตรา(ร้อยละ) ๔๐ ปีขึ้นไป ได้รับการ คัดกรอง PMDs ร้อยละ ๗๐

โครงการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียน ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	เด็กกลุ่มอายุ ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free) ร้อยละ ๑๐๐ (๑๒ ปี set zero ฟันแท้ผุ) ตรวจไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ HDC ๑๘.๗			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	เด็กกลุ่มอายุ ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free) ร้อยละ ๙๐.๔๓			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	<p><u>มาตรการที่ ๑ สร้างความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ในเด็กวัยเรียนวัยรุ่น</u></p> <p>รณรงค์สื่อสาร ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก</p>	<p><u>มาตรการที่ ๒ พัฒนาระบบอนามัยโรงเรียนและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากดี</u></p> <p>การดำเนินงานตามประกาศ ศธ. ในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก</p>	<p><u>มาตรการที่ ๓ เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากตามสิทธิประโยชน์</u></p> <p>พัฒนาคุณภาพการจัดบริการสุขภาพช่องปาก</p>	
กิจกรรมหลัก	<p>๑. สร้างกระแสการแปรงฟันในโรงเรียน ยิ้มสวย ไปด้วยกัน</p> <p>๒. Intensive Plaque control และการดูแลฟันกรามถาวรซี่แรก (Save SIX)</p>	<p>๑. พัฒนาศักยภาพและผู้เกี่ยวข้อง ในการเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากและการส่งต่อบริการเร่งด่วนระดับพื้นที่</p> <p>๒. ดำเนินงานตามประกาศ ศธ. ในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก</p>	<p>๑. พัฒนารูปแบบการจัดบริการทันตกรรมในเด็กวัยเรียนวัยรุ่น</p> <p>๒. พัฒนาต่อยอดระบบข้อมูลเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียนวัยรุ่น</p>	
ผู้รับผิดชอบ	สสจ/สสอ/รพท/รพช/รพสต/อบจ			
ระดับความสำเร็จ	<p style="text-align: center;"><u>Small Success รอบ ๓ เดือน</u></p> <p>๑. เด็ก ๑๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและอุดฟัน ร้อยละ ๒๕</p>	<p style="text-align: center;"><u>Small Success รอบ ๖ เดือน</u></p> <p>๑. เด็ก ๑๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และอุดฟัน ร้อยละ ๕๐</p> <p>๒. โรงเรียนเข้าร่วมเพื่อพัฒนาเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ ๓๐</p> <p>๓. สื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก</p>	<p style="text-align: center;"><u>Small Success รอบ ๙ เดือน</u></p> <p>๑. เด็ก ๑๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และอุดฟัน ร้อยละ ๗๕</p> <p>๒. โรงเรียนเข้าร่วมเพื่อพัฒนาเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ ๖๐</p>	<p style="text-align: center;"><u>Small Success รอบ ๑๒ เดือน</u></p> <p>๑. เด็ก ๑๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และอุดฟัน ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>๒. โรงเรียนเข้าร่วมเพื่อพัฒนาเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ ๙๐</p>

พัฒนาศักยภาพบริการระดับ DS๑

+ มาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัยบริการทันตกรรม (TDCA) ๒๕๐๑

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	๑. ศักยภาพบริการระดับ DS๑ ๒. มาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัยบริการทันตกรรม (TDCA) ๒๕๐๑ ๓. ระยะเวลารอคอยนัดสุดฟัน ไม่เกิน ๑ เดือน ๔. (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ผ่าน มาตรฐานการงานสุขภาพช่องปาก ขั้นต่ำ อบจ. ร้อยละ ๒๕ สธ. ร้อยละ ๑๐๐ ๕. (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ผ่าน มาตรฐานการงานสุขภาพช่องปาก ขั้นสูง ๑ แห่ง อ.เมือง	ทุกหน่วยบริการ FMS ๑๐๐ % ทุกหน่วยบริการ FMS ๑๐๐ % ทุกหน่วยบริการ FMS ๑๐๐ %
------------------------	---	--

สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	๔. (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ผ่าน มาตรฐานการงานสุขภาพช่องปาก ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๓
-----------------------------	--

ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ ๑ เพิ่มศักยภาพบริการ	มาตรการที่ ๒ มาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัยบริการทันตกรรม (TDCA) ๒๕๐๑ - (PCU) (NPCU) ผ่าน มาตรฐานการงาน	มาตรการที่ ๓ พัฒนาระบบบริการ
กิจกรรมหลัก	๑. ประชุมชี้แจงเกณฑ์ ๒. หน่วยบริการประเมินตนเอง ๓. ทีมจังหวัด ลงพื้นที่ประเมิน หน่วยบริการ	๑. ประชุม พบส. สัญจร ๒. หน่วยบริการประเมินตนเอง ๓. ทีมจังหวัด ลงพื้นที่ประเมินหน่วยบริการ	๑. สร้าง คิวนัดทำฟัน online ด้วย หอมพร้อม ๒. เพิ่มช่องทางเข้าถึงบริการ ลดรอคิว ลดรอคอย ๒.๑ นอกเวลา ๒.๒ คิวเจ้าหน้าที่

ผู้รับผิดชอบ	สสจ/สสอ/รพท/รพช/รพสต/อบจ
--------------	--------------------------

ระดับ ความสำเร็จ	Small Success รอบ ๖ เดือน ๑. ศักยภาพบริการระดับ DS๑ หน่วยบริการ FMS ผ่านร้อยละ ๖๐ ๒. มาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัยบริการทันตกรรม (TDCA) ๒๕๐๑ หน่วยบริการ FMS ผ่านร้อยละ ๖๐ ๓. ระยะเวลารอคอยนัดสุดฟัน ไม่เกิน ๑ เดือน หน่วยบริการ FMS ผ่านร้อยละ ๖๐ ๔. PCU และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ผ่าน มาตรฐาน ขั้นต่ำร้อยละ ๑๕	Small Success รอบ ๑๒ เดือน ๑. ศักยภาพบริการระดับ DS๑ หน่วยบริการ FMS ผ่านร้อยละ ๑๐๐ ๒. มาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัยบริการทันตกรรม (TDCA) ๒๕๐๑ หน่วยบริการ FMS ผ่านร้อยละ ๑๐๐ ๓. ระยะเวลารอคอยนัดสุดฟัน ไม่เกิน ๑ เดือน หน่วยบริการ FMS ผ่านร้อยละ ๑๐๐ ๔. PCU และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ผ่าน มาตรฐาน ขั้นต่ำร้อยละ ๒๕ อบจ. ๕. PCU และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ผ่าน มาตรฐาน ขั้นสูง ๑ แห่ง อ.เมือง
---------------------	--	---

เบาหวานดีได้ จากเหงือกแข็งแรง

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับการทันตกรรม (คน) ร้อยละ ๖๐ HDC๑๗.๑๕			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับการทันตกรรม (คน) ร้อยละ ๓๑.๓๔			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ ๑ พัฒนาระบบการจัดการข้อมูลทันตสุขภาพ และเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก	มาตรการที่ ๒ พัฒนาหน่วยบริการสุขภาพช่องปากให้มี คุณภาพและมาตรฐาน	มาตรการที่ ๓ ร่วมสนับสนุน พัฒนาบุคลากรด้านส่งเสริม สุขภาพช่องปากของภาคีเครือข่าย (อบจ.)	
กิจกรรมหลัก	๑. พัฒนาศักยภาพบุคลากร สร้างความรู้ความเข้าใจ การลงบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน HDC/MY PCU ๒. สนับสนุนสื่อด้านสุขภาพช่องปาก แก่หน่วยบริการ ๓. จัดทำคู่มือ เบาหวานดีได้ จากเหงือกแข็งแรง-ฟันสะอาด	๑. เปิดบริการทันตกรรมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (ช่องทางด่วน) ๒. เน้นลดการอักเสบทาง ปริทันต์ เช่น ขูดหินปูน เกลารากฟัน ๓. จัดกิจกรรมให้ทันตสุขศึกษา เช่น การแปรงฟัน ในคลินิก NCD	๑. ร่วมประชุมเครือข่ายบริการสุขภาพช่องปาก (อบจ.) เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และแนะแนวทางการแก้ไข ปัญหาร่วมกัน ๒. ร่วมสรุปผลการดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปาก กับเครือข่าย (อบจ.) เพื่อได้แนวทางการดำเนินงาน ด้านสุขภาพช่องปากร่วมกัน	
ผู้รับผิดชอบ	สสจ/สสอ/รพท/รพช/รพสต/อบจ			
ระดับ ความสำเร็จ	<u>Small Success รอบ ๓ เดือน</u> ๑. อำเภอมีแผนปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ช่องปาก ๒. ผู้ป่วยเบาหวานได้ตรวจคัดกรองสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ ๑๕ ๓. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการทันตกรรม (คน) ร้อยละ ๑๕	<u>Small Success รอบ ๖ เดือน</u> ๑. ผู้ป่วยเบาหวานได้ตรวจคัดกรองสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ ๓๐ ๒. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการทันตกรรม (คน) ร้อยละ ๓๐	<u>Small Success รอบ ๙ เดือน</u> ๑. ผู้ป่วยเบาหวานได้ตรวจคัดกรองสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ ๔๕ ๒. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการทันตกรรม (คน) ร้อยละ ๔๕	<u>Small Success รอบ ๑๒ เดือน</u> ๑. ผู้ป่วยเบาหวานได้ตรวจคัดกรองสุขภาพ ช่องปาก ร้อยละ ๖๐ ๒. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการทันตกรรม (คน) ร้อยละ ๖๐



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒

ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๗

การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

โครงการที่ ๒๑ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	(๑) ตัวชี้วัดที่ ๒๓ ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๘ * (๒) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ไม่เกินร้อยละ ๑๐ (Trauma<๑๐ %, Non-trauma<๑๐%) (๓) ความสำเร็จของโรงพยาบาลทุกระดับที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐ (๔) โรงพยาบาลทั่วไป ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพร้อยละ ๑๐๐			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	(๑) ตัวชี้วัดที่ ๒๓ ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๘ * = ๒๖.๘๘ (๒) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ไม่เกินร้อยละ ๑๐ (Trauma<๑๐ %, Non-trauma<๑๐%) = ร้อยละ ๓.๘๘ (๓) ความสำเร็จของโรงพยาบาลทุกระดับที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ ๘๐ = ร้อยละ ๘๔.๒๑ (๔) โรงพยาบาลทั่วไป ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพร้อยละ ๑๐๐ = ร้อยละ ๑๐๐			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ ๑ การพัฒนา ER/EMS คุณภาพ (จัดระบบบริการที่มีมาตรฐาน)	มาตรการที่ ๒ การพัฒนาบุคลากรและจัดระบบสนับสนุน	มาตรการที่ ๓ การพัฒนาระบบข้อมูล	
กิจกรรมหลัก	<ol style="list-style-type: none"> ๑. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ๒. โครงการอบรมอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ , พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ และการขับรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินและรถพยาบาล ๓. พัฒนาการบริการดูแลผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Trauma และ Fast track) ๔. พัฒนาทักษะด้านการ Triage (MOPH ED Triage) ๕. เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยการจัดบริการเครือข่ายห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน ตาม ER Service Delivery/๒ P safety 	<ol style="list-style-type: none"> ๑. วางแผนและเพิ่มอัตราการแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (EP) พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP) และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic) ๒. ดำรงรักษาแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (EP) พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP) พยาบาลวิชาชีพห้องฉุกเฉิน (RN) และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic) ๓. เชื่อมโยงข้อมูลด้านการแพทย์ฉุกเฉิน โดยการพัฒนาระบบTelemedicine และ Ambulance Operation Center (AOC) ๔. เพิ่มอัตราค่าส่งบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMR,EMT) 	<ol style="list-style-type: none"> ๑. พัฒนาการจัดเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้านการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน จัดทำ Data management ๒. เพิ่มประสิทธิภาพและมาตรฐานของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (ID EMS ๑๖๖๙) ตามแนวทางและมาตรฐานของ สผอ. ๓. บูรณาการข้อมูลในระดับจังหวัด / เขต โดยใช้แฟ้ม ACCIDENT เป็นหลัก ๔. บูรณาการระบบข้อมูล ITEM, PHER, แฟ้ม Accident, รายงานService Plan 	
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	
ระดับ ความสำเร็จ	<p style="text-align: center;"><u>Small Success รอบ ๓ เดือน</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการER,EMS,ECS,AOC ระดับจังหวัด และระดับโรงพยาบาล ๒. วางแผนการพัฒนาระบบตามเกณฑ์ ER และ EMS คุณภาพ ๓. มีการชี้แจงตัวชี้วัดการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร เกณฑ์ประเมิน และการฝึกอบรมตามโครงการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ปี ๒๕๖๘ 	<p style="text-align: center;"><u>Small Success รอบ ๖ เดือน</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๒ ๒. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชม. ไม่เกินร้อยละ ๑๒ ๓. ความสำเร็จของโรงพยาบาลทุกระดับที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐ ๔. โรงพยาบาลทั่วไป ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพร้อยละ ๑๐๐ 	<p style="text-align: center;"><u>Small Success รอบ ๙ เดือน</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ๒. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชม. ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ๓. ความสำเร็จของโรงพยาบาลทุกระดับที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐ ๔. โรงพยาบาลทั่วไป ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพร้อยละ ๑๐๐ 	<p style="text-align: center;"><u>Small Success รอบ ๑๒ เดือน</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๘ ๒. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชม. ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ๓. ความสำเร็จของโรงพยาบาลทุกระดับที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐ ๔. โรงพยาบาลทั่วไป ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพร้อยละ ๑๐๐



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒

ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๘

การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ

โครงการที่ ๒๒ โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการพื้นที่เฉพาะ

แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ

โครงการที่ ๑๙ : โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติและโครงการพื้นที่เฉพาะ

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	ร้อยละการดูแลคุณภาพชีวิตผู้ต้องขัง ได้รับการบริการทางสาธารณสุขที่มีคุณภาพได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง เท่าเทียมและเป็นธรรม			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	ผู้ต้องขังแรกได้รับได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR) ร้อยละ ๑๐๐ จำนวนผู้ต้องขังรายใหม่ ๑,๑๙๖ คน ผู้ต้องขังรายเก่าได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR) ปีละ ๑ ครั้ง ร้อยละ ๑๐๐ จำนวนผู้ต้องขังรายเก่า ๖๙๕ คน ผู้ต้องขังได้รับการบริการสาธารณสุขทั้ง ๖ ด้าน ร้อยละ ๑๐๐			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	จัดระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อ การเข้าถึงบริการ	พัฒนาระบบบริการรักษาพยาบาลให้มี ประสิทธิภาพและได้มาตรฐาน	จัดทำแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานพัฒนา ระบบบริการการรักษาพยาบาล	ปรับปรุงแนวทางการพัฒนาระบบบริการ สาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขัง
กิจกรรมหลัก	๑. ประชุมคณะกรรมการอำนวยการระดับ จังหวัด ๒. ประชุมคณะกรรมการดำเนินงาน ๓. วางแผนการจัดระบบบริการสาธารณสุขใน พื้นที่เรือนจำ ๔. กำกับติดตามประเมินผลการพัฒนาระบบ พื้นที่ควบคุมโดยหน่วยงานของรัฐ	ขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการ รักษาพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ โดย รพ.แม่ข่าย และ ศสม.บ้านสองนางโย ออกให้บริการตามระบบบริการ สาธารณสุข ๖ ด้าน ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง	๑. จัดทำแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงาน พัฒนาระบบบริการการรักษาพยาบาลสำหรับ ผู้ต้องขังในเรือนจำ ๒. โรงพยาบาลแม่ข่ายมีแผนปฏิบัติการ ดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้ต้องขัง ในเรือนจำ	โรงพยาบาลแม่ข่ายมีแนวทางการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘ หน่วยบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องได้รับคู่มือ แนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข สำหรับผู้ต้องขัง
ผู้รับผิดชอบ	สสจ.มค. รพ.มค.เรือนจำ มค.	รพ.มค.ศสม.บ้านสองนางโยและเรือนจำ มค.	รพ.มค.ศสม.บ้านสองนางโยและเรือนจำ มค.	รพ.มค.ศสม.บ้านสองนางโยและเรือนจำ มค.
ระดับความสำเร็จ	Small Success รอบ ๓ เดือน จัดทำคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาระบบ บริการสาธารณสุขในเรือนจำ ระดับจังหวัด และจัดประชุมชี้แจงการดำเนินงาน	Small Success รอบ ๖ เดือน มีระบบบริการรักษาพยาบาลให้มี ประสิทธิภาพอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน	Small Success รอบ ๙ เดือน มีแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานพัฒนา ระบบบริการรักษาพยาบาลสำหรับผู้คุมขัง	Small Success รอบ ๑๒ เดือน โรงพยาบาลแม่ข่ายขยายการจัดระบบบริการ สาธารณสุขไปยังเรือนจำ

แผนงานโรคพิษสุนัขบ้า

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	การกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปจากประเทศไทยภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ ภายใต้โครงการ สัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒนวรขัตติยราชนารี			ตัวชี้วัด	End Goal	จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า เป็น ๐			
					Outcome	ร้อยละ ๙๐ ของอำเภอประเมินผ่านเกณฑ์พื้นที่ปลอดโรคฯ ด้านสาธารณสุข ร้อยละ ๑๐๐ ของผู้สัมผัสโรคได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามแนวทางเวชปฏิบัติ			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	จังหวัดมหาสารคามพบผู้เสียชีวิตรายสุดท้ายในพื้นที่ อ.เชียงยืน เมื่อปี ๒๕๓๘ และจาก ปี ๒๕๓๙ ถึงปัจจุบันไม่มีรายงานผู้ป่วย/ผู้เสียชีวิต สำหรับสถานการณ์ในสัตว์ พบการระบาด ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๗ โดยตรวจพบ โรคในสัตว์ จำนวน ๑๐๔ ตัว มีจำนวนผู้สัมผัสเสี่ยง จำนวน ๔๐๙ ราย ได้รับวัคซีนฯ ตามแนวทางเวชปฏิบัติครบทุกราย และพื้นที่เสี่ยงจังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย ๓ อำเภอ ได้แก่ ชื่นชม บริบูรณ์ และอำเภอ พยัคฆภูมิพิสัย								
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	หน่วยงานนโยบายจากส่วนกลาง/สคร.๗/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				หน่วยงานระดับพื้นที่ (สสอ. / รพสต. / ปศุสัตว์ / องค์กรปกครองท้องถิ่น)				
	มาตรการป้องกัน	มาตรการควบคุมโรค (มาตรการ ๑-๒-๓)		การสร้างพื้นที่ ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า	มาตรการป้องกัน	มาตรการควบคุมโรค (มาตรการ ๑-๒-๓)		การสร้างพื้นที่ ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า	
กิจกรรมหลัก	๑. ทำแผนการป้องกันควบคุม โรค เพื่อรับมือเมื่อเกิดโรค ๒. พัฒนาสื่อ/องค์ความรู้ สนับสนุนสื่อให้พื้นที่ ๓. พัฒนาระบบรายงาน เพิ่ม ความรวดเร็วในการตรวจจับ ๔. พัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร (อสป./อสม.)	๑. ติดตามสถานการณ์ โรคในสัตว์อย่างใกล้ชิด ๒. ติดตามสิ่งที่ ดำเนินการเมื่อพบโรค ๓. ซึ่เป้า/เตือนภัย	๔. สนับสนุนวัคซีน ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า แบบป้องกันโรคล่วงหน้า (PrEP) แก่บุคลากรกลุ่ม เสี่ยงในพื้นที่ ๕. สนับสนุนการ ดำเนินงานเพื่อการสร้าง พื้นที่ปลอดโรคฯ	๑. วางเป้าหมายพื้นที่ปลอดโรคกับ เครือข่าย ๒. สนับสนุนมาตรการแนวทางการ ดำเนินงาน ๓. ผลักดันทางด้านนโยบาย ๔. ขยายการประกาศพื้นที่ ปลอดโรค ฯ	๑. สร้างความรอบรู้แก่ประชาชน ๒. พัฒนาสื่อที่เหมาะสมกับพื้นที่/ สนับสนุนสื่อ โดยประสานงาน วิทยุท้องถิ่น/หอกระจายข่าว/ เพจประชาสัมพันธ์ของหน่วยงาน ในพื้นที่	๑. เร่งติดตามผู้สัมผัส โดย อสม. ๒. ติดตามการฉีดวัคซีน ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า หลังสัมผัสโรคให้ ครอบคลุม	๑. สนับสนุนวัคซีน ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า แบบป้องกันโรคล่วงหน้า (PrEP) แก่บุคลากรกลุ่ม เสี่ยงในพื้นที่ ๒. สนับสนุนการ ดำเนินงานเพื่อการสร้าง พื้นที่ปลอดโรคฯ	๑. คัดเลือกพื้นที่ร่วมกับเครือข่าย ๒. ผลักดันให้ทุก อปท. ในอำเภอ ที่คัดเลือกประเมินตนเองถึงความ พร้อมในการเป็นพื้นที่ปลอดโรคฯ ๓. เสริมสร้างเครือข่ายการ ดำเนินงาน	
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม								
ระดับ ความสำเร็จ	Small Success รอบ ๓ เดือน		Small Success รอบ ๖ เดือน		Small Success รอบ ๙ เดือน		Small Success รอบ ๑๒ เดือน		
	๑. อบรม อสม. ในการค้นหาติดตามผู้สัมผัสโรค ๒. ระบุวาระการดำเนินงานโรคพิษสุนัขบ้าเข้า คกก. โรคติดต่อฯ ๓. สสอ./อบจ. ประสาน รพ.สต. กำชับการเฝ้าระวังผู้สัมผัสสัตว์ในพื้นที่ ๔. บูรณาการการขับเคลื่อนการสร้างพื้นที่ปลอดโรค ๕. วางเป้าหมายพื้นที่ปลอดโรค สื่อสารเป้าหมายให้พื้นที่รับทราบ ๖. ร่วมชี้แจงนโยบายและแนวทางการดำเนินงานเพื่อการประเมินและ รับรองพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ๗. ร่วมคัดเลือกพื้นที่เพื่อประกาศเป็นพื้นที่ปลอดโรคร่วมกับเครือข่าย		๑. สนับสนุนและกระจายวัคซีน PrEP แล้วเสร็จให้กับทางพื้นที่ที่ ขอรับสนับสนุน ๒. ดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงที่เหมาะสมในกลุ่มเป้าหมายพิเศษ ๓. ผลักดันให้ อปท. ในอำเภอที่ได้รับคัดเลือกมีการประเมินตนเอง ถึงความพร้อมในการเป็นพื้นที่ปลอดโรคฯ (ได้ gap) ๔. รายงานผลผลักดันการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า		๑. ประเมินความรู้ประชาชนในเรื่องโรคพิษสุนัขบ้าใน พื้นที่ที่ประกาศเป็นพื้นที่ปลอดโรค ๒. ประเมินพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ด้านสาธารณสุข ในพื้นที่ที่ถูกคัดเลือก ๓. วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการดำเนินงานในพื้นที่ และ หาแนวทางในการปิด gap จาก feedback ในพื้นที่		๑. มีการติดตามการฉีดวัคซีน PEP ๑๐๐% ๒. สรุปรายงานผลการสร้างพื้นที่ปลอดโรคฯ ๓. วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการพบโรคในคนและสัตว์ ๔. ประชุมร่วมกับหน่วยงานเครือข่าย เพื่อวางแผนมาตรการการสร้าง พื้นที่ปลอดโรคร่วมกัน ๕. สรุปรายงานดำเนินงาน		

โครงการสนับสนุนการกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	<p>ผลลัพธ์การควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี</p> <p>๑) ร้อยละโรงเรียนสามารถบูรณาการการเรียนการสอน OV CCA กับกลุ่มสาระการเรียนรู้ได้ตามความเหมาะสม ร้อยละ ๙๐,</p> <p>๒) อัตราการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่มีประวัติเสี่ยงเมื่อพบผู้ติดเชื้อให้การรักษาและปรับพฤติกรรมสุขภาพ ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>๓) อัตราป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีไม่เกิน ๓๐ ต่อแสนประชากร ๔) อัตราการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ที่มีประวัติเสี่ยงด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ ร้อยละ ๙๕</p>				
สถานการณ์/ข้อมูลพื้นฐาน	<p>จังหวัดมหาสารคามมีการดำเนินงานภายใต้โครงการกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตั้งแต่ปี ๒๕๕๙ จนถึงปัจจุบัน มีตำบลเป้าหมายจำนวน ๑๓๓ ตำบล จากผลการตรวจจักษุในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป พบอัตราการติดเชื้อ ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๗ มีแนวโน้มลดลง ร้อยละ ๔.๘, ๖.๔, ๔.๖, ๓.๗, ๑.๙, ๐.๙๙, ๑.๒, ๒.๘ และ ๑.๗ ตามลำดับ อัตราตายด้วยมะเร็งท่อน้ำดีต่อแสนประชากร ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๗ มีแนวโน้มลดลง ดังนี้ ๒.๔, ๓.๘, ๓.๐, ๓.๘, ๑.๙, ๒.๒, ๒.๖, ๑.๖, ๐.๗ ตามลำดับ อปท.มีการจัดการระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล ๕ แห่ง มีแผนดำเนินการในปี ๒๕๖๘ จำนวน ๕ แห่ง มีการอบรมครูเรื่องการจัดการเรียนการสอน OV CCA ในทุกช่วงชั้น ร้อยละ ๗๓ มีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางสื่อสารต่างๆ อย่างต่อเนื่อง และมีการจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยสงสัย CCA เข้าสู่การวินิจฉัยรักษาและส่งต่อตามแนวทางเวชปฏิบัติตลอดจนมีการจัดบริการดูแลผู้ป่วย CCA ระยะสุดท้ายแบบประคับประคองแบบองค์รวมร่วมกับทีมหมอครอบครัวครอบคลุมทุกโรงพยาบาล</p>				
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ ๑ คัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป เมื่อพบผู้ติดเชื้อให้การรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	มาตรการที่ ๒ คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปที่มีประวัติเสี่ยงด้วยเครื่องอัลตราซาวด์	มาตรการที่ ๓ สนับสนุนให้มีการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็ง ท่อน้ำดี ในนักเรียน เยาวชน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ประกอบการและประชาชนทั่วไป		
	มาตรการที่ ๔ รณรงค์อาหารปลอดภัย ปลาปลอดภัย อย่างต่อเนื่องในพื้นที่ผ่านทุกช่องทางสื่อสารตามบริบทพื้นที่	มาตรการที่ ๕ จัดการส่งต่อผู้สงสัยมะเร็งท่อน้ำดีเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยรักษาอย่างเป็นระบบและมีระบบรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน หมอครอบครัวเข้าไปดูแลประคับประคองด้วยการแพทย์ผสมผสานทั้งแพทย์แผนปัจจุบัน และแพทย์ทางเลือก	มาตรการที่ ๖ พัฒนานวัตกรรม และพัฒนาบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและการรักษา มะเร็งท่อน้ำดี เพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงการแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี		
กิจกรรมหลัก	๑. ตรวจ OV ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ตำบลเป้าหมาย ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗ ที่มีอัตราความชุกเกิน ร้อยละ ๕ จำนวน ๑๐,๐๐๐ ราย ๒. สื่อสารสาธารณสุข/รณรงค์ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมมาร	๑. ตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยอัลตราซาวด์ ประชาชนกลุ่มเสี่ยง จำนวน ๓,๐๐๐ ราย ๒. การถอดบทเรียนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Palliative Care มะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี	๑. สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในเด็ก เยาวชน และประชาชน ๒. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานโครงการกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ๓. ติดตามประเมินผลการจัดการเรียนการสอน OV CCA ในโรงเรียน ๔. ระเมินตำบลดำเนินงานโครงการตำบลวิถีใหม่ปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี		
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม				
ระดับความสำเร็จ	<p style="text-align: center;"><u>Small Success รอบ ๓ เดือน</u></p> <p>๑. ทบทวนสถานการณ์ วิเคราะห์ข้อมูล</p> <p>๒. กำหนดเป้าหมาย</p> <p>๓. จัดทำแผนงาน/โครงการ</p>	<p style="text-align: center;"><u>Small Success รอบ ๖ เดือน</u></p> <p>๑. คัดกรอง OV ด้วยการตรวจจักษุหรือปัสสาวะ ๑๐,๐๐๐ ราย</p> <p>๒. คัดกรอง CCA อย่างน้อยร้อยละ ๓๐</p> <p>๓. รร.ดำเนินการจัดการเรียนการสอน OV CCA อย่างน้อย ร้อยละ ๕๐</p> <p>๓. ขับเคลื่อนการจัดการระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล</p>	<p style="text-align: center;"><u>Small Success รอบ ๙ เดือน</u></p> <p>๑. คัดกรอง CCA อย่างน้อยร้อยละ ๗๕</p> <p>๒. รร.จัดการเรียนการสอน OV CCA อย่างน้อยร้อยละ ๘๐</p> <p>๓. อปท.มีแผนและงบประมาณในการก่อสร้างบ่อ ๕ แห่ง</p> <p>๔. รณรงค์อาหารปลอดภัย ปลาปลอดภัย ร้อยละ ๕๐</p>	<p style="text-align: center;"><u>Small Success รอบ ๑๒ เดือน</u></p> <p>๑. คัดกรอง CCA อย่างน้อย ร้อยละ ๙๕</p> <p>๒. รร.จัดการเรียนการสอน OV CCA อย่างน้อยร้อยละ ๙๐</p> <p>๓. อปท.มีระบบบำบัดฯ เพิ่มขึ้น ๕ แห่ง</p> <p>๔. รณรงค์อาหารปลอดภัย ปลาปลอดภัย ร้อยละ ๙๕</p> <p>๕. มีตำบลต้นแบบ วิถีใหม่ปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้อย่างน้อย ๑ ตำบล</p>	



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓

ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ(People Excellence)

(๑ แผนงาน ๑ โครงการ ๑ ตัวชี้วัด)

แผนงานที่ ๙ การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓

ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

แผนงานที่ ๙

การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๒๓ โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

แผนงานที่ ๘ การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	๒๕. ร้อยละของจังหวัดที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ ๒๕.๑ ระดับความสำเร็จของการบริหารตำแหน่งว่าง (เป้าหมาย: ตำแหน่งว่างเป้าหมายคงเหลือไม่เกินร้อยละ ๔)			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	มีตำแหน่งข้าราชการ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ จำนวน ๑,๘๓๗ ตำแหน่ง มีตำแหน่งว่างคงเหลือ ในปี ๒๕๖๕ ร้อยละ ๔.๗๐ ปี ๒๕๖๖ ร้อยละ ๓.๙๙ และในปี ๒๕๖๗ ร้อยละ ๒.๙๘ ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลงต่อเนื่อง โดยการใช้ตำแหน่งว่างสายงานที่มากที่สุด ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ โดยการสอบคัดเลือก และเรียกใช้ตำแหน่งว่างในสายงานอื่นๆ ด้วยผลสอบแข่งขัน ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข สายงานสนับสนุน			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ ๑ มีโครงสร้างและฐานข้อมูลสารสนเทศ ที่เป็นปัจจุบันสามารถให้บริการกำลังคนได้มีประสิทธิภาพ	มาตรการที่ ๒ บริหารกำลังคนให้เกิดประโยชน์สูงสุด พัฒนาระบบสรรหา ดึงดูดและรักษากำลังคนคุณภาพไว้ในระบบ	มาตรการที่ ๓ ทบทวนภารกิจและแผนกำลังคน ปรับปรุงกระบวนการบริหารกำลังคนต่อเนื่องให้มีประสิทธิภาพ	
กิจกรรมหลัก	๑. พัฒนาระบบข้อมูล/สารสนเทศด้านกำลังคนให้มีประสิทธิภาพ ๒. มีโครงสร้างการทำงานและกรอบอัตราจ้างที่เพียงพอ ๓. มีการวิเคราะห์แผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพทุกระดับ	๑. มีการพิจารณาสัดส่วนกำลังคนและการกระจายอัตราจ้างให้เพียงพอต่อการยกระดับและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ๒. มีระบบการสรรหา พัฒนากำลังคนที่สอดคล้องกับภารกิจ มีประสิทธิภาพ ๓. พัฒนาระบบบริหารผลการปฏิบัติราชการและบริหารค่าตอบแทนให้ เป็นไปตามมาตรฐาน HR	๑. กำหนดวิธีการ/ขั้นตอน(Procedure)บริหารจัดการตำแหน่งว่างที่ชัดเจนและเป็นไปตามระเบียบ/ข้อสั่งการ ๒. กำกับ ติดตามการบริหารตำแหน่งว่าง ตามระยะเวลาTimelineที่กำหนด	
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	
ระดับความสำเร็จ	Small Success รอบ ๓ เดือน ๑. ฐานข้อมูลบุคลากรทุกประเภท และการจ้างงานในระบบ HROPH เป็นปัจจุบัน ๒. มีคณะกรรมการ CHRO ระดับจังหวัด ๓. จังหวัดมีแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย ๔. จังหวัดมีปฏิทินการปฏิบัติราชการและแจ้งหน่วยงานทราบ ๕. จัดส่งแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมายตามที่กำหนด	Small Success รอบ ๖ เดือน ๑. จังหวัดมีการดำเนินการตามแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย ๒. มีการใช้ตำแหน่งว่างภายใน ๒ เดือนหลังจากว่างลง ๓. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการตามที่กำหนด ๔. จังหวัด มีตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ ๕	Small Success รอบ ๙ เดือน ๑. จังหวัดมีการดำเนินการตามแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย ๒. มีการใช้ตำแหน่งว่างภายใน ๒ เดือนหลังจากว่างลง ๓. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการตามที่กำหนด ๔.จังหวัด มีตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ ๕	Small Success รอบ ๑๒ เดือน ๑. จังหวัดทบทวนภารกิจและแผนการดำเนินการทั้งปี ๒. ปรับปรุงแก้ไขแผนที่จำเป็นและเร่งรัดการใช้ตำแหน่ง ๓. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการตามที่กำหนด ๔. จังหวัด มีตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ ๔ สูตรคำนวณ =(A/B) x ๑๐๐ A: จำนวนตำแหน่งว่างเป้าหมายทั้งหมด (ข้าราชการ) ณ วันที่รายงานผล B: จำนวนตำแหน่งทั้งหมด (ข้าราชการ) ณ วันที่ ๑ ต.ค. ๖๗

แผนงานที่ ๘ การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	๒๕. ร้อยละของจังหวัดที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ ๒๕.๒ ร้อยละการปรับปรุงตำแหน่งให้สอดคล้องกับการยกระดับบริการสุขภาพ			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายพัฒนาระบบบริการทุกระดับตั้งแต่ปฐมภูมิ พุติภูมิ ตติภูมิ และศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง ตามการจัดบริการรูปแบบ SAP สป.สธ. จึงได้สอดรับนโยบายภายใต้หลักเกณฑ์การยกระดับบริการสุขภาพที่มีบุคลากรในสาขาเชี่ยวชาญ จึงได้มีการปรับปรุงกำหนดตำแหน่งในสายงานด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และปรับปรุงการกำหนดตำแหน่งระดับสูงขึ้นนอกกรอบระดับรวมทั้งการเปลี่ยนชื่อตำแหน่ง ในสายงานประเภทวิชาการให้สอดคล้องกับภารกิจและโครงสร้างหน่วยบริการ			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ ๑ มีแผนปรับปรุงการกำหนดตำแหน่ง ให้สอดคล้องการยกระดับบริการสุขภาพ	มาตรการที่ ๒ เพิ่มสัดส่วนความก้าวหน้าให้สายวิชาชีพอย่างเหมาะสม	มาตรการที่ ๓ พัฒนาระบบการกำกับ ติดตามประเมินผลการปรับปรุงกำหนดตำแหน่งสูงขึ้น	
กิจกรรมหลัก	๑. พัฒนางค์ความรู้และสื่อสารเผยแพร่การปรับปรุงกำหนดตำแหน่งสายงานหลัก และปรับปรุงกำหนดตำแหน่งสายงานวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี ๒. ยกระดับหน่วยบริการสุขภาพตามการจัดบริการรูปแบบใหม่ SAP ๓. พัฒนาเครือข่ายในระดับอำเภอ	๑. การปรับปรุงกำหนดตำแหน่งให้สอดคล้องกับภารกิจและกรอบโครงสร้างรองรับการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการสุขภาพตามการจัดบริการรูปแบบใหม่ SAP ๒. พัฒนาระบบประสานและระบบงานสายงานวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี ๓. ตรวจสอบตำแหน่งว่างที่มี กรณีที่มีค่าใช้จ่ายต้องนำตำแหน่งมาบูรรวม	๑. นิเทศติดตาม ประเมินผลการดำเนินการปรับปรุงตำแหน่งสูงขึ้น ๒. ติดตามและประเมินผ่านแบบรายงานผลการขอปรับปรุงตำแหน่งของเขตสุขภาพที่๗	
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
ระดับความสำเร็จ	<p style="text-align: center;"><u>Small Success รอบ ๓ เดือน</u></p> ๑. มีคณะกรรมการ/คณะทำงาน ระดับจังหวัด ๒. มีข้อมูลตำแหน่งประเภทวิชาการ แยกตามสายงานและระดับตำแหน่ง ๓. มีแผนปรับปรุงกำหนดตำแหน่ง ๖.๒ ระยะ ๓ ปี (๒๕๖๘-๒๕๗๐) และการกำหนดตำแหน่งระดับสูงขึ้น ๔. มีแผนกำลังคนการยกระดับบริการสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพตามการบริการรูปแบบใหม่ SAP	<p style="text-align: center;"><u>Small Success รอบ ๖ เดือน</u></p> ๑. ประชุมคณะกรรมการ/สายงานวิชาชีพ ๒. ทำแผนตำแหน่งว่างยุบเลิก ๓. จัดทำแผนการประเมินค่างานและดำเนินการ ๔. ตรวจสอบการขอปรับปรุงตำแหน่งของจังหวัด ๕. รายงานผลการขอปรับปรุงตำแหน่งของจังหวัดตามแบบฟอร์มผ่านระบบออนไลน์ตามที่กำหนด ๖. มีการปรับปรุงกำหนดตำแหน่งร้อยละ ๐.๒๕	<p style="text-align: center;"><u>Small Success รอบ ๙ เดือน</u></p> ๑. ตรวจสอบการขอปรับปรุงตำแหน่งของจังหวัด ๒. ปรับปรุงแผนเพิ่มเติมระหว่างปี ๓. วิชาชีพเตรียมความพร้อมและสรุปผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง ๔. รายงานผลการขอปรับปรุงตำแหน่งของจังหวัดตามแบบฟอร์มผ่านระบบออนไลน์ตามที่กำหนด	<p style="text-align: center;"><u>Small Success รอบ ๑๒ เดือน</u></p> ๑. ตรวจสอบการขอปรับปรุงตำแหน่งของจังหวัด ๒. รายงานผ่านระบบออนไลน์/นิเทศติดตามผลการบริหารตำแหน่ง เปลี่ยนสายงานทุกประเภทการจ้าง ๔. มีการปรับปรุงกำหนดตำแหน่งร้อยละ ๐.๕๐ $\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$ A: จำนวนตำแหน่งข้าราชการที่ได้รับการปรับปรุง ณ วันที่รายงานผล B: จำนวนตำแหน่งข้าราชการประเภทวิชาการ ณ วันที่รายงานผล



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔

ยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล

(Governance Excellence)

(๓ แผนงาน ๖ โครงการ ๖ ตัวชี้วัด)

แผนงานที่ ๑๐ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพดิจิทัล

แผนงานที่ ๑๑ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

แผนงานที่ ๑๒ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔

ยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงานที่ ๑๐

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพดิจิทัล

โครงการที่ ๒๔ โครงการยกระดับระบบบริการสุขภาพด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล

ความสำเร็จของการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดิจิทัล
เพื่อช่วยลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอยใน รพ.

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	๓. ร้อยละของหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	ความมั่นคงปลอดภัยปานกลาง ๑๓ แห่ง			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ ๑ พัฒนาระบบบริหารจัดการ	มาตรการที่ ๒ การพัฒนาระบบความมั่นคงปลอดภัย Data Center	มาตรการที่ ๓ พัฒนาบุคลากร	
กิจกรรมหลัก	๑. แต่งตั้งคณะกรรมการ CISO จังหวัดและประชุมติดตามผลการดำเนินงาน ๒. นิเทศติดตาม ให้คำปรึกษาและวางระบบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ ๓. พัฒนาระบบ Cyber Security สู่มั่นคงปลอดภัยระดับสูง (เขียว)	๑. พัฒนาโครงสร้างทางกายภาพ Data Center ๒. พัฒนาระบบความปลอดภัย Backup , Firewall ,PAM, Antivirus, ๒FA, WAF, Log Management, SIEM, VA SCAN	๑. จัดทำแผนพัฒนา IT Master Plan ,BCP , DRP , Risk Management ๒. พัฒนาศักยภาพคณะทำงานประเมินและรับรองความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ Work Shop ๓. อบรม Cyber Security สกมช.	
ผู้รับผิดชอบ	สสจ./รพท./รพช.	สสจ./รพท./รพช./รพ.สต.	สสจ./รพท./รพช.	
ระดับ ความสำเร็จ	Small Success รอบ ๓ เดือน ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการ CISO จังหวัดพัฒนาระบบ Cyber Security สู่มั่นคงปลอดภัยระดับสูง (เขียว) ๒. โรงพยาบาลทุกแห่งติดตั้งระบบ Backup , Firewall ,PAM, Antivirus, ๒FA, WAF, Log Management, SIEM, VA SCAN ๓. รายงานความมั่นคงปลอดภัยระดับสูง (เขียว) ๑๐๐ %	Small Success รอบ ๖ เดือน ๑. พัฒนาโครงสร้าง Data Center ๒. Cyber Security ยืนยันการรักษาระดับความมั่นคงปลอดภัยระดับสูง รอบ ๖ เดือน ทุกแห่ง ๓. พัฒนาศักยภาพคณะทำงานประเมินและรับรองความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ Work Shop	Small Success รอบ ๙ เดือน ๑. Cyber Security ยืนยันการรักษาระดับความมั่นคงปลอดภัยระดับสูง รอบ ๙ เดือน ทุกแห่ง ๒. บุคลากรอบรม Cyber Security สกมช. ผ่านการรับรอง รพ.ละ ๑ คน	Small Success รอบ ๑๒ เดือน ๑. Cyber Security ยืนยันการรักษาระดับความมั่นคงปลอดภัยระดับสูง รอบ ๑๒ เดือน ทุกแห่ง

ความสำเร็จของการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดิจิทัล
เพื่อช่วยลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอยใน รพ.

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	๑ โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ รพ.อัจฉริยะ			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	โรงพยาบาลอัจฉริยะระดับ เพชร ๓ แห่ง ร้อยละ ๒๓ โรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเงิน ๑๐ แห่ง ร้อยละ ๗๔			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ ๑ พัฒนาระบบบริหารจัดการ	มาตรการที่ ๒ พัฒนาบุคลากร	มาตรการที่ ๓ พัฒนาโครงสร้างและความปลอดภัยเครือข่าย	
กิจกรรมหลัก	๑. การแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน รพ.อัจฉริยะ ๒. จัดทำระเบียบปฏิบัติตาม กฎหมาย พรบ. PDPA , พรบ. Cyber Security ๓. ประเมินติดตามผลการดำเนินงาน รพ.อัจฉริยะ ๔. รายงานผลการดำเนินงาน/ผลประเมิน	๑. ผู้บริหารได้รับการพัฒนาในหลักสูตร MOPH Digital health platform ,DPO, CISO, PDPA สำหรับผู้บริหาร ๒. พัฒนาคูคลากรด้าน IT หลักสูตร Cybersecurity , PDPA, Digital tool ๓. พัฒนาคูคลากรทั่วไป อบรม MOPH digital health platform, Digital ๑๐๑	๑. พัฒนา ห้อง Data Center ที่ได้มาตรฐาน ๒. ระบบ Compute and Storage ที่มีประสิทธิภาพและความมั่นคงปลอดภัยสูง ๓. ระบบสำรองข้อมูล ๔. ระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตและระบบเครือข่ายภายในองค์กร ๕. จัดทำระบบครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์/software ๖. พัฒนา Hospital information System ให้เป็นไปตามมาตรฐาน	
ผู้รับผิดชอบ	สสจ./รพท./รพช.	สสจ./รพท./รพช./รพ.สต.	สสจ./รพท./รพช.	
ระดับ ความสำเร็จ	<p>Small Success รอบ ๓ เดือน</p> <p>๑. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน รพ.อัจฉริยะ ๒. พัฒนา ห้อง Data Center ที่ได้มาตรฐาน ๓. จัดทำระบบครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์/software ๔. พัฒนาคูบุคลากรด้าน IT หลักสูตร Cybersecurity</p>	<p>Small Success รอบ ๖ เดือน</p> <p>๑. พัฒนา ห้อง Data Center ที่ได้มาตรฐาน ๒. ระบบ Compute and Storage ที่มีประสิทธิภาพและความมั่นคงปลอดภัยสูง ๓. ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ รพ.อัจฉริยะ ระดับเพชร > ร้อยละ ๒๕ ๔. ประเมินติดตามผลการดำเนินงาน รพ.อัจฉริยะ</p>	<p>Small Success รอบ ๙ เดือน</p> <p>๑. พัฒนา Hospital information System ให้เป็นไปตามมาตรฐาน ๒. ผู้บริหารได้รับการพัฒนาในหลักสูตร MOPH Digital health platform ,DPO, CISO, PDPA สำหรับผู้บริหาร ๓. พัฒนาคูบุคลากรด้าน IT หลักสูตร Cybersecurity , PDPA, Digital tool ๔. พัฒนาคูบุคลากรทั่วไป อบรม MOPH digital health platform, Digital ๑๐๑</p>	<p>Small Success รอบ ๑๒ เดือน</p> <p>๑. ประเมินติดตามผลการดำเนินงาน รพ.อัจฉริยะ ๒. รายงานผลการดำเนินงาน/ผลประเมิน ๓. ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ รพ.อัจฉริยะ ระดับเพชรร้อยละ ๕๐</p>

ความสำเร็จของการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดิจิทัล
เพื่อช่วยลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอยใน รพ.

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	ระดับความสำเร็จโรงพยาบาลสามารถดำเนินงานโครงการยกระดับ ๓๐ บาทบริการด้วยบัตรประชาชนใบเดียว			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	Health ID ๔๕.๒๒ %, Provider ID ๘๖.๖๙% PHR สป.สธ ๑๐๐% อปท.๑๗.๔๑ % , Health Rider ๑๐๐% FDH ๑๐๐ %, สอน.บัตรดี สป.สธ ๑๐๐% อปท.๑๕.๔๓ %			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ ๑ พัฒนาระบบบริหารจัดการ	มาตรการที่ ๒ การพัฒนาระบบเชื่อมต่อหน่วยบริการและประชาชน	มาตรการที่ ๓ พัฒนาระบบการกำกับติดตาม	
กิจกรรมหลัก	๑. การแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน ๓๐ บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ๒. นิเทศ และประเมินผลการพัฒนา ๓. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน ๔. ประชุมชี้แจง Digital Health Platform	๑. พัฒนาคูคลลากร MOPH Digital health platform ๒. พัฒนาระบบเชื่อมต่อประชาชน/หน่วยบริการ PHR อปท., สอน.บัตรดี [Thailand Health Atlas], นัดหมายออนไลน์, ใบรับรองแพทย์ดิจิทัล, MPOH Refer, Imaging Hub, Lab Rider นิเทศ และประเมินผลการพัฒนา	๑. จัดทำ Dash Board สรุปการดำเนินงานรายโครงการ ๒. ผลการดำเนินงานในที่ประชุมผู้บริหาร คณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.) ๓. นิเทศติดตามผลการดำเนินงานรอบที่ ๒	
ผู้รับผิดชอบ	สสจ./รพท./รพช.	สสจ./รพท./รพช./รพ.สต.	สสจ./รพท./รพช.	
ระดับ ความสำเร็จ	Small Success รอบ ๓ เดือน ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน ๓๐ บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ๒. Kick Off ดำเนินงาน ๓๐ บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ๓. พัฒนาคูคลลากร Digital Health Platform ทุกหน่วยบริการ	Small Success รอบ ๖ เดือน ๑. ติดตั้งระบบ PHR อปท., สอน.บัตรดี [Thailand Health Atlas], นัดหมายออนไลน์, ใบรับรองแพทย์ดิจิทัล, MPOH Refer , Imaging Hub , Lab Rider พร้อมใช้งาน ๕๐ % ๒. ทุก รพ. สามารถดำเนินงานโครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกที่	Small Success รอบ ๙ เดือน ๑. ติดตั้งระบบ PHR อปท., สอน.บัตรดี [Thailand Health Atlas], นัดหมายออนไลน์, ใบรับรองแพทย์ดิจิทัล, MPOH Refer, Imaging Hub, Lab Rider พร้อมใช้งาน ร้อยละ ๑๐๐	Small Success รอบ ๑๒ เดือน ๑. ระบบเชื่อมต่อประชาชน/หน่วยบริการ ร้อยละ ๑๐๐



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔

ยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงานที่ ๑๑

การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

โครงการที่ ๒๕ โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส

โครงการที่ ๒๖ โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ

โครงการที่ ๒๗ โครงการพัฒนาคุณภาพการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุสมผล

โครงการที่ ๒๘ โครงการยกระดับการพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ

สู่เป้าหมายจังหวัดสุขภาพดี ประชาชนมีอายุยืนยาว

การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA)			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	การประเมิน (MOPH ITA) กำหนดเป็นตัวชี้วัดภายใต้พระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี รายละเอียดข้อคำถามเป็นแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ดำเนินงานตามแนวทางที่กำหนด ผ่านเกณฑ์การประเมินต่อเนื่องทุกปี มีการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณชนเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้มารับบริการ ประชาชน ตามหลักธรรมาภิบาล			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ ๑ สร้างเครื่องมือและกลไกให้สอดคล้องและเป็นไปตามบริบทของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	มาตรการที่ ๒ ให้ความสำคัญกับการเปิดเผยข้อมูลผ่านทางเว็บไซต์ของแต่ละหน่วยงาน และการให้บริการสาธารณะผ่านระบบสารสนเทศ	มาตรการที่ ๓ บูรณาการมาตรการการป้องกันและปราบปรามการทุจริตทั้งในระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติการมาใช้ให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม	
กิจกรรมหลัก	พัฒนาและปรับปรุงเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน นำเข้าข้อมูลพื้นฐาน ที่ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน ตามแนวทาง MOPH ITA	จัดเก็บข้อมูลเอกสาร/หลักฐานที่เป็นไปตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) บนหน้าเว็บไซต์หลักของหน่วยงานอย่างเป็นระบบ	เชื่อมโยงกับแหล่งข้อมูลบนหน้าเว็บไซต์หลักของหน่วยงานในระบบ MITAS รับการประเมินตามเกณฑ์ ทุกไตรมาส และปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานด้วยหลักธรรมาภิบาล รวมทั้งมีการกำกับดูแลที่ดี (Good Governance)	
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	
ระดับ ความสำเร็จ	<u>Small Success รอบ ๓ เดือน</u> ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (MOIT๑-MOIT๕) ผ่านเกณฑ์การประเมิน ๕ ข้อ ค่าเป้าหมายหน่วยงานผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๘๐	<u>Small Success รอบ ๖ เดือน</u> ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (MOIT๑-MOIT๒๒) ผ่านเกณฑ์การประเมิน ≥ ร้อยละ ๖๐ (๑๔ ข้อ) ค่าเป้าหมายหน่วยงานผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๘๔	<u>Small Success รอบ ๙ เดือน</u> ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (MOIT๑-MOIT๒๒) ผ่านเกณฑ์การประเมิน ≥ ร้อยละ ๗๕ (๑๗ ข้อ) ค่าเป้าหมายหน่วยงานผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๘๙	<u>Small Success รอบ ๑๒ เดือน</u> ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (MOIT๑-MOIT๒๒) ผ่านเกณฑ์การประเมิน ≥ ร้อยละ ๙๐ (๒๐ ข้อ) ค่าเป้าหมายหน่วยงานผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๙๔

การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน		
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	ตามพระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ.๒๕๖๑ มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๖๑ โดยมาตรา ๗๙ บัญญัติให้หน่วยงานของรัฐจัดให้มีการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายใน และการบริหารจัดการความเสี่ยง โดยให้ถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ.๒๕๖๑กำหนดให้หน่วยงานของรัฐจัดวางระบบการควบคุมภายใน และประเมินผลการควบคุมภายในตามที่หน่วยงานของรัฐกำหนดไว้อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง และเสนอรายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน ต่อหัวหน้าหน่วยงานของรัฐเพื่อพิจารณาลงนาม และจัดส่งให้ผู้กำกับดูแลและกระทรวงเจ้าสังกัด ภายใน ๙๐ วัน นับแต่วันสิ้นปีงบประมาณ		
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ ๑ กำหนดให้การควบคุมภายใน เป็นเครื่องมือสนับสนุนให้หน่วยงานขับเคลื่อนการปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์	มาตรการที่ ๒ ประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ให้ครบถ้วน ทันเวลาตามคู่มือการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน สป.	มาตรการที่ ๓ การติดตามและประเมินผลความเพียงพอของระบบการควบคุมภายในขององค์กร อย่างน้อย ปีละ ๑ ครั้ง
กิจกรรมหลัก	หัวหน้าหน่วยงาน ตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมภายใน จัดให้มีกิจกรรมการควบคุมโดยกำหนดไว้ในนโยบาย โดยให้มีความเหมาะสมกับโครงสร้างและภารกิจของหน่วยงาน	ประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน ประเมินผลการควบคุมภายในของภารกิจหลักตามกฎหมาย เสนอรายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน และจัดส่งให้กระทรวงเจ้าสังกัด ภายใน ๙๐ วัน นับแต่วันสิ้นปีงบประมาณ	ประเมินผลและสื่อสารข้อบกพร่อง หรือจุดอ่อนของการควบคุมภายในอย่างทันเวลาต่อหัวหน้าหน่วยงาน เพื่อสามารถสั่งการแก้ไขได้อย่างเหมาะสม พร้อมระบุการติดตามในแบบฟอร์มตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ระดับความสำเร็จ	Small Success รอบ ๓ เดือน ๑. หน่วยงานมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ ที่เป็นปัจจุบัน ๒. มี Flow chart การปฏิบัติงาน และจัดเก็บอย่างเป็นระบบ ๓. จัดทำและประเมินแบบสอบถามการควบคุมภายใน ๔. รายงานการประเมินองค์ประกอบการควบคุมภายใน ประจำปี ๕. รายงานการประเมินผลการควบคุมภายในภาพรวมของหน่วยงาน	Small Success รอบ ๖ เดือน ถึงรอบ ๙ เดือน ดำเนินการตามหลักเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพการควบคุมภายในด้วยอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics internal Audit : EIA) ครบถ้วน ทันเวลา	Small Success รอบ ๑๒ เดือน มีรายงานผลการติดตามการประเมินผลการควบคุมภายในประจำปี

การเพิ่มประสิทธิภาพรายงานการเงิน หมวดสินทรัพย์ – พัสตุ
(อาคารและสิ่งปลูกสร้าง) ของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ ๘๐ ของการตรวจสอบรายงานการเงิน หมวดสินทรัพย์-พัสตุ (อาคารและสิ่งปลูกสร้าง)			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	การประเมินการตรวจสอบรายงานหมวดสินทรัพย์-พัสตุ (อาคารและสิ่งปลูกสร้าง) กำหนดเป็นตัวชี้วัดภายใต้พระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี ของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เป้าหมายจำนวน ๒๗ แห่ง รายละเอียดข้อคำถามเป็นแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ดำเนินงานตามแนวทางที่กำหนดตามหลัก ธรรมาภิบาล			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ ๑ พัสตุตรวจสอบความมีอยู่จริงของอาคารและสิ่งปลูกสร้าง ให้ถูกต้องตรงกับทะเบียนคุมสินทรัพย์ (อาคารและสิ่งปลูกสร้าง)	มาตรการที่ ๒ บัญชีตรวจสอบงบทดลอง กับทะเบียนคุมสินทรัพย์ (อาคารและสิ่งปลูกสร้าง) ให้ถูกต้องตรงกัน	มาตรการที่ ๓ ปรับปรุงบัญชีอาคารและสิ่งปลูกสร้าง กรณีไม่ถูกต้องตรงกับอาคารและสิ่งปลูกสร้าง ทะเบียนคุม รายงานงบทดลอง	
กิจกรรมหลัก	๑. ตรวจสอบความถูกต้องการบันทึกบัญชีหมวดสินทรัพย์-พัสตุ (อาคารและสิ่งปลูกสร้าง) ของหน่วยรับตรวจตามเป้าหมาย (สสจ. , รพ.มค., รพช.) จำนวน ๒๗ แห่ง ๒. ให้ทุกหน่วยบริการใช้แบบสอบทานประเมินตนเองตามเกณฑ์ประเมินการตรวจสอบรายงานการเงิน	๑. ตรวจสอบรายงานการเงินหมวดสินทรัพย์-พัสตุ (อาคารและสิ่งปลูกสร้าง) อย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง ๒. ให้ความรู้ความเข้าใจ พร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพบุคลากร ๓. ผู้รับผิดชอบตรวจสอบข้อมูลงบทดลองของหน่วยบริการก่อนการนำเข้าข้อมูลการบัญชีเงินนอกงบประมาณ (บช.๑๑)	๑. ทะเบียนคุมสินทรัพย์แยกประเภทการได้มาอย่างถูกต้อง ดังนี้ ๑) ทะเบียนคุมสินทรัพย์ซื้อจากเงินงบประมาณ ๒) ทะเบียนคุมสินทรัพย์ซื้อจากเงินนอกงบประมาณ ๒. การคำนวณค่าเสื่อมราคาถูกต้องและเมื่อมีการจำหน่าย ต้องมีการตัดเลขครุภัณฑ์ (อาคารและสิ่งปลูกสร้าง) ออกจากทะเบียนได้อย่างถูกต้อง	
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	
ระดับ ความสำเร็จ	Small Success รอบ ๓ เดือน ผ่านเกณฑ์การประเมินเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ รายงานการเงิน หมวดสินทรัพย์-พัสตุ (อาคารและสิ่งปลูกสร้าง) ร้อยละ ๕๐	Small Success รอบ ๖ เดือน ผ่านเกณฑ์การประเมินเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ รายงานการเงิน หมวดสินทรัพย์-พัสตุ (อาคารและสิ่งปลูกสร้าง) ร้อยละ ๖๐	Small Success รอบ ๙ เดือน ผ่านเกณฑ์การประเมินเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ รายงานการเงิน หมวดสินทรัพย์-พัสตุ (อาคารและสิ่งปลูกสร้าง) ร้อยละ ๗๐	Small Success รอบ ๑๒ เดือน ผ่านเกณฑ์การประเมินเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ รายงานการเงิน หมวดสินทรัพย์-พัสตุ (อาคารและสิ่งปลูกสร้าง) ร้อยละ ๘๐

ประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	ร้อยละของเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ได้รับการดำเนินการภายในเวลาที่กำหนด (๔๕ วัน) (เป้าหมาย ร้อยละ ๑๐๐)			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	การจัดการเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ของผู้รับบริการสาธารณสุขเป็นกระบวนการสำคัญในการยกระดับคุณภาพการบริการสาธารณสุขและความเชื่อมั่นของผู้รับบริการและประชาชน ซึ่งจากสถิติปีงบประมาณ๒๕๖๗ ดำเนินการได้ตามเป้าหมาย ร้อยละ ๑๐๐			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ ๑ กำหนดช่องทางการรับเรื่องที่สะดวกและเข้าถึงง่าย	มาตรการที่ ๒ ตรวจสอบข้อเท็จจริง/สืบสวน ด้วยความโปร่งใสและเป็นธรรม	มาตรการที่ ๓ ติดตามแก้ปัญหาเรื่องร้องเรียน/แจ้งผู้ร้อง	
กิจกรรมหลัก	๑. ทบทวนคำสั่งคณะกรรมการจัดการเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ให้เป็นปัจจุบัน ๒. ทบทวนแนวปฏิบัติการจัดการเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ให้เป็นปัจจุบัน ๓. จัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน การจัดการเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์	๑. จัดวางระบบการจัดการเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ให้เป็นไปตามระเบียบฯ ๒. ดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริง/สืบสวน เรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ ด้วยความโปร่งใส เป็นธรรม ๓. การรับฟังพยานหลักฐาน และแจ้งสิทธิ	๑. กำกับติดตามการปฏิบัติงานการจัดการเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ ๒. แจ้งผู้ร้อง/ตอบข้อร้องเรียน ๓. ระบบรายงานเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์	
ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มกฎหมาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม			
ระดับ ความสำเร็จ	Small Success รอบ ๓ เดือน ๑. มีคำสั่งคณะกรรมการจัดการเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ สสจ.มหาสารคาม ๒. มีคู่มือการปฏิบัติงาน การจัดการเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์	Small Success รอบ ๖ เดือน ๑. ดำเนินการจัดการเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ให้เป็นไปตามระเบียบฯ และแนวทางที่กำหนด ๒. รายงาน รอบ ๖ เดือน	Small Success รอบ ๙ เดือน ๑. ดำเนินการจัดการเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ให้เป็นไปตามระเบียบฯ และแนวทางที่กำหนด ๒. รายงาน รอบ ๙ เดือน	Small Success รอบ ๑๒ เดือน ๑. ดำเนินการจัดการเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ให้เป็นไปตามระเบียบฯ และแนวทางที่กำหนด ๒. รายงานรอบ ๑๒ เดือน

แผนงานที่ ๑๐ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

โครงการที่ ๒๖ : พัฒนาระบบธรรมาภิบาล

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	๒๘) ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้นมาตรฐาน ตัวชี้วัดรอง ๑. ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้นมาตรฐาน ๒. ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้น มาตรฐาน			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	จังหวัดมหาสารคาม มีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน ๑๓ แห่ง ทุกแห่งทำการพัฒนาเข้าสู่กระบวนการพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน HA แยกเป็น โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน ๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ คือ โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๑๒ แห่ง โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐานมี จำนวน ๑๐ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๘๓.๓๓ โรงพยาบาลอยู่ระหว่างการพัฒนาเพื่อขอรับรองจำนวน ๒ โรงพยาบาลคือ รพ.ชื่นชม และ รพ.กุตรัง			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพ	มาตรการที่ ๒ การประเมินคุณภาพ	มาตรการที่ ๓ การรับรองคุณภาพ	
กิจกรรมหลัก	๑. แต่งคณะกรรมการ/คณะทำงาน/ทีมงานที่เกี่ยวข้อง ๒. คณะกรรมการ/คณะทำงาน/ทีมงาน/ทำแผนการพัฒนา ๓. กำหนดแนวทางการปฏิบัติเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์การพัฒนา	๑. สร้างระบบการดูแลและพัฒนาคุณภาพ ๒. จัดประชุมอบรมให้ความรู้(การมาตรฐานฉบับที่๕/วิธีการประเมิน ตนเอง/การเขียนSAR๒๐๒๒/วิธีการขอประเมินและรายงานผ่าน ระบบออนไลน์ ๓. เยี่ยม/กระตุ้น/ติดตาม/ประเมิน การพัฒนาคุณภาพ	๑. สรุปร/ประเมินผล/แลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพ ๒. ส่งผลการพัฒนาคุณภาพสู่การรับรองคุณภาพ	
ผู้รับผิดชอบ	รพช./รพท/สสจ		รพช./รพท/สสจ	
ระดับ ความสำเร็จ	<u>Small Success รอบ ๓ เดือน</u> ๑. มีแผนการพัฒนาคุณภาพบริการ ๒. โรงพยาบาลมีการทบทวนผลการรับรองที่จะหมดอายุและอยู่ระหว่างกระบวนการต่ออายุ ๓. พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA	<u>Small Success รอบ ๖ เดือน</u> ๑. ยื่นความจำนงเพื่อการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลตามระยะเวลาที่กำหนด ๒. พัฒนาเครือข่ายคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบพีแอลเอ็น ๓. แลกเปลี่ยนเรียนรู้กระตุ้นการพัฒนาระหว่างโรงพยาบาลในพื้นที่	<u>Small Success รอบ ๙ เดือน</u> ๑. โรงพยาบาลเป้าหมาย ได้รับการเยี่ยมรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ๒. โรงพยาบาลที่ได้รับการเยี่ยมรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ผ่านการรับรองและได้รับใบประกาศนียบัตรการรับรอง	<u>Small Success รอบ ๑๒ เดือน</u> ๑. นำผลการพัฒนาคุณภาพหรือผลงานวิจัยด้านคุณภาพ นำเสนอในงานประชุมวิชาการ

ยกระดับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)

ตัวชี้วัด/เป้าหมาย	ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สสจ. และ สสอ.) ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ ๑๐๐)			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	การดำเนินการตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๕๖ ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้นำเอาเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การ เพื่อยกระดับการปฏิบัติราชการ ให้เทียบเท่ามาตรฐานสากล โดยจะต้องดำเนินการรายหมวดที่โดดเด่น เพื่อขอรับการประเมิน Site-visit ครบทั้ง ๖ หมวด ก่อนปี ๒๕๗๐ ข้อมูลพื้นฐาน ๑. สสจ./สสอ. ดำเนินการได้ร้อยละ ๑๐๐			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ ๑ ยกระดับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การ (สสจ. และ สสอ.)	มาตรการที่ ๒ ยกระดับกระบวนการทำงานของคณะกรรมการ PMQA ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ	มาตรการที่ ๓ ยกระดับการติดตาม ประเมินผลการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การ	
กิจกรรมหลัก	๑. ประชุมชี้แจงแนวทางยกระดับการดำเนินงานและให้ความรู้เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) และหมวดที่โดดเด่นในปี ๒๕๖๘ ๒. ดำเนินการทั้ง ๗ หมวด	๑. พัฒนาคณะทำงาน Dream Team PMQA ระดับจังหวัด/อำเภอ ๒. พัฒนาระบบรายงานผลการดำเนินงานผ่านระบบออนไลน์ ให้มีประสิทธิภาพ โดยมีการสื่อสารการทำงานที่ดีตลอดเวลา	๑. กำกับติดตามผลการดำเนินงานทุกไตรมาสของ กวป./ทุกเดือน ในกลุ่มไลน์คณะทำงาน ๒. จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และค้นหาส่วนราชการต้นแบบในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การที่เป็นเลิศ	
ผู้รับผิดชอบ	กพร.สป.สธ./ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	กพร.สป.สธ./ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	กพร.สป.สธ./ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	
ระดับความสำเร็จ	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๓ เดือน</p> <p>๑. ส่วนราชการจัดทำลักษณะสำคัญขององค์การครบ ๑๓ คำถาม</p> <p>๒. ส่วนราชการประเมินตนเอง (Self-Assessment) เทียบเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๒ หมวด ๑-๖ จัดส่งภายในวันที่ ๓ มกราคม ๒๕๖๘</p> <p>๓. ส่วนราชการนำโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI) มาจัดลำดับความสำคัญและจัดทำแผนพัฒนาองค์กร หมวดละ ๑ แผนจัดส่งภายในวันที่ ๓ มกราคม ๒๕๖๘</p> <p>๔. ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัดหมวด ๗ ผลลัพธ์การดำเนินการตามหัวข้อ ๗.๑-๗.๖ จำนวน ๖ หัวข้อ ครบ ๑๘ ข้อ</p> <p>๕. สสอ.ตั้งเป้าหมายการดำเนินการหมวดที่โดดเด่น ๒ หมวด คือ หมวด ๑ และ หมวด ๒</p> <p>๖. สสจ. ตั้งเป้าหมายการกำหนดการดำเนินงานหมวดที่โดดเด่น ๒ หมวด คือ หมวด ๔ และหมวด ๖</p>	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๖ เดือน</p> <p>๑. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์การ รอบ ๖ เดือนผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๘</p> <p>๒. รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ ๖ เดือนผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๘</p>	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๙ เดือน</p> <p>๑. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์การ รอบ ๙ เดือนผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๘</p> <p>๒. รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ ๙ เดือนผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๘</p>	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๑๒ เดือน</p> <p>๑. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์การ รอบ ๑๒ เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ ๑๘ กันยายน ๒๕๖๘</p> <p>๒. รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ ๑๒ เดือนผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ ๑๘ กันยายน ๒๕๖๘</p> <p>๓. ส่วนราชการจัดทำแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) จำนวน ๕ หน้า ส่งผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ ๑๘ กันยายน ๒๕๖๘</p> <p>๔. สสอ.ทุกแห่งผ่านเกณฑ์หมวดที่โดดเด่น ๒ หมวด</p> <p>๕. สสจ.ผ่านเกณฑ์หมวดที่โดดเด่น ๒ หมวด</p>

แผนงานที่ ๑๐ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

โครงการที่ ๒๗ : พัฒนาคุณภาพการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุสมผล

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	๒๙) ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุสมผล (RLU hospital) ตามที่กำหนด ๒๙.๑) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA๑c ซ้ำภายใน ๙๐ วัน ๒๙.๒) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA๑c อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง ๒๙.๓) ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุสมผล (RLU hospital) ตามเกณฑ์ที่			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	พัฒนาโรงพยาบาลสู่ RLU hospital	พัฒนาระบบบริการ	ติดตาม/การประเมินผล	
กิจกรรมหลัก	๑. แต่งตั้งคณะกรรมการ RLU และแต่งตั้งผู้รับผิดชอบหลัก ๒. จัดทำประกาศเจตนารมณ์มุ่งสู่ RLU hospital ที่ลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้บริหารสูงสุด	๑. กำหนดมาตรการเพื่อลด หรือแนวทางปฏิบัติเพื่อลด overutilization และ/หรือ underutilization ๒. วิเคราะห์ข้อมูล และคัดเลือก โรค หรือภาวะหรือรายการตรวจที่เป็นปัญหาในการส่งตรวจ ๓. มีการกำหนดตัวชี้วัด และออกแบบระบบรายงาน/การประเมินผล	๑. ติดตาม กำกับ นิเทศ ประเมินผล ๒. รายงานผลการดำเนินงาน	
ผู้รับผิดชอบ	รพช./รพท/สสจ	รพช./รพท/สสจ	รพช./รพท/สสจ	
ระดับ ความสำเร็จ	<u>Small Success รอบ ๓ เดือน</u> ๑. ประชุมชี้แจงนโยบายการเก็บตัวชี้วัดและข้อมูลสารสนเทศ ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ๒. จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการร่วมกับภาคีเครือข่าย ๓. จัดตั้งคณะกรรมการการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย	<u>Small Success รอบ ๖ เดือน</u> ๑. นิเทศติดตาม เยี่ยมโรงพยาบาลชุมชน ๒. ประเมินผลการดำเนินงาน รอบ ๑ ๓. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA๑c ซ้ำภายใน ๙๐ วัน ไม่เกินร้อยละ ๒๐ ๔. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA๑c อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง มากกว่าร้อยละ ๓๐ ๕. อย่างน้อยโรงพยาบาล (ร้อยละ ๑๐) มีผลการดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนด*	<u>Small Success รอบ ๙ เดือน</u> ๑. นิเทศติดตาม เยี่ยมโรงพยาบาลชุมชน ๒. ประเมินผลการดำเนินงาน รอบ ๒ ๓. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA๑c ซ้ำภายใน ๙๐ วัน ไม่เกินร้อยละ ๑๕ ๔. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA๑c อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง มากกว่าร้อยละ ๕๐ ๕. อย่างน้อยโรงพยาบาล (ร้อยละ ๑๕) มีผลการดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนด*	<u>Small Success รอบ ๑๒ เดือน</u> ๑. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA๑c ซ้ำภายใน ๙๐ วัน ไม่เกิน ร้อยละ ๑๐ ๒. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA๑c อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง มากกว่าร้อยละ ๗๐ ๓. อย่างน้อยโรงพยาบาล (ร้อยละ ๒๐) มีผลการดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนด*

โครงการที่ ๒๘

การยกระดับการพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ สู่เป้าหมายจังหวัดสุขภาพดี ประชาชนมีอายุยืนยาว

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	(๑) มีผลงานวิจัยบรรลุตามเป้าหมาย (๕ คนต่อ ๑ ผลงาน) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ (๒) ร้อยละของผลงานวิจัย/นวัตกรรมที่เพิ่มขึ้น ≥ ร้อยละ ๕ ของจำนวนผลงานในรอบปีที่ผ่านมา (๓) จำนวนผลงานวิจัยเพื่อพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญในพื้นที่หรือ Service Plan ที่ลดค่าปีสูญเสียก่อนวัยอันควร (YLLs) ซึ่งจะทำให้เกิดอายุยืนยาว ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ (๔) จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือพัฒนาต่อยอด อย่างน้อย ๒๐ เรื่อง (๕) ร้อยละผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์ ร้อยละ ๗๐			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ เป็นเครื่องมือในการยกระดับสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม ข้อมูลพื้นฐาน ๑. มีผลงานวิชาการเป็นลำดับที่ ๑ ของเขตในเวทีวิชาการเขตมาแล้ว ๕ ปี ๒. มีผลงานวิชาการเป็นลำดับที่ ๑ ของกระทรวงมาแล้ว ๖ ปี ๓. มีรางวัล R๒R Thailand เป็นลำดับหนึ่งมาแล้ว ๕ ปี ๔. กำหนดเป็นตัวชี้วัดในการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ (KPIs) และ ๕. บูรณาการกับ PMQA หมวด ๔ (ผลงานวิชาการ/นวัตกรรม/องค์ความรู้)			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	การยกระดับการพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพสู่เป้าหมายจังหวัดสุขภาพดี ประชาชนมีอายุยืนยาว โดย ๑. ผลักดันนโยบายวิจัย/ R๒R ให้เข้มแข็ง ๒. ผลักดันเวทีวิชาการ ระดับจังหวัด/ เขต ๓. ผลักดันให้นำเสนอวิชาการ ระดับเขต/ ประเทศ/ นานาชาติ ๔. ส่งเสริมการตีพิมพ์ผลงานในวารสาร ๕. กำหนดเป็น KPI ประเมิน CUP และ ๖. กำหนดเป็น KPI กลุ่มงาน			
กิจกรรมหลัก	๑. มี PM ด้านการพัฒนาคุณภาพงานวิชาการและผู้บริหารประสานงานหลักในระดับอำเภอ	๒. พัฒนากลไกการทำงานร่วมกันของเครือข่ายผู้ประสานงานวิจัย/ผู้วิจัยครอบคลุมระดับ รพ.สต./อำเภอ/จังหวัด	๓. พัฒนาศักยภาพนักวิจัยทุกระดับในการนำเสนอผลงานวิจัยและนวัตกรรมทุกประเภทในเวทีระดับชาติและนานาชาติ	๔. สนับสนุนการพัฒนางานวิชาการของกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และในระดับอำเภอ และพัฒนาคุณภาพฐานข้อมูลงานวิจัยและนวัตกรรมในระดับจังหวัด
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ			
ระดับความสำเร็จ	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๓ เดือน</p> <p>๑. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการวิชาการและกำหนดผู้รับผิดชอบการดำเนินงานพัฒนางานวิจัยและวิชาการสาธารณสุขของหน่วยงาน</p> <p>๒. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์</p> <p>๓. มีการกำหนดเป้าหมายและประกาศนโยบายการพัฒนางานวิจัยและวิชาการ (๕ คนต่อ ๑ ผลงาน) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ โดยกำหนดผลลัพธ์สุดท้ายคือ จังหวัดสุขภาพดี ประชาชนมีอายุยืนยาว</p>	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๖ เดือน</p> <p>๑. มีผลงานวิจัยเพื่อพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญในพื้นที่หรือ Service Plan ที่ลดค่าปีสูญเสียก่อนวัยอันควร (YLLs) ซึ่งจะทำให้เกิดอายุยืนยาว ร้อยละ ๗๐</p> <p>๒. มีการรวบรวมข้อมูลผลงานวิจัยและวิชาการสาธารณสุขที่ส่งเข้าคัดเลือกเพื่อนำเสนอหรือประกวดในระดับจังหวัด/ระดับเขต/R๒R ระดับประเทศ/วิชาการกระทรวงสาธารณสุข หรือการประชุมวิชาการที่หน่วยงานอื่นจัดขึ้นตั้งแต่ระดับจังหวัดขึ้นไป</p>	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๙ เดือน</p> <p>๑. ผลงานวิจัย/นวัตกรรมที่ได้รับคัดเลือกให้นำเสนอผลงานวิชาการระดับประเทศ/กรม/เขต/จังหวัด ร้อยละ ๓๐</p> <p>๒. ผลงานวิจัย/นวัตกรรมที่ได้รับรางวัลระดับเขต/ประเทศ ร้อยละ ๓๐</p> <p>๓. มีฐานข้อมูลผลงานวิจัยด้านสาธารณสุข โดยสามารถสืบค้นผ่านระบบออนไลน์ได้</p>	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๑๒ เดือน</p> <p>๑. ผลงานวิชาการเด่น/ best practice และผลงานที่ได้รับรางวัลได้รับการขยายผลในพื้นที่อื่น (มีหลักฐานการนำไปใช้ประโยชน์) ร้อยละ ๗๐</p> <p>๒. มีการรวบรวมข้อมูลบุคลากรในหน่วยงาน ที่ได้รับการตอบรับการตีพิมพ์งานวิจัยในวารสารทุกระดับ</p> <p>๓. มีข้อมูลการนำองค์ความรู้จากผลงานวิจัยด้านสาธารณสุขไปใช้ประโยชน์</p> <p>๔. เชิดชูผลงานวิจัยและนวัตกรรมที่ส่งผลกระทบต่อจังหวัดสุขภาพดี ประชาชนมีอายุยืนยาว</p>



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔

ยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงานที่ ๑๒

การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

โครงการที่ ๒๙ โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

ประเด็น Financial Management

การบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ค่าเป้าหมาย : ระดับ ๗ ไม่เกินร้อยละ ๒, ระดับ ๖ ไม่เกินร้อยละ ๔				
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	สถานการณ์การเงินของหน่วยบริการ ณ กันยายน ๒๕๖๗ หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ ๐ = ๒ แห่ง ระดับ ๑ = ๑๑ แห่ง , รายได้ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ (NI) จำนวน ๑๑ แห่ง , Ebitda ติดลบ = ๘ แห่ง และเงินบำรุงหักหนี้ไม่มีหน่วยบริการติดลบ , มี Planfin ครบถ้วนทุกแห่ง, หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การตรวจสอบงบทดลองเบื้องต้น ร้อยละ ๑๐๐, (ผู้บริหาร) ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการเงินการคลัง จำนวน ๑๐ ท่านคิดเป็นร้อยละ ๗๖.๙๒ , ๗ Plus ผ่านเกณฑ์ ๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๓๘ , Planfinด้านรายได้ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๓๐.๗๗ ด้านค่าใช้จ่าย ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๖๙.๒๓, Unit Cost ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๗๖.๙๒, TPS ไตรมาส ๓ ระดับ D ขึ้นไป ๑๐๐%				
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	๑. การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Budgeting)	๒. พัฒนาระบบบัญชีบริหาร (Accounting)	๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการเงิน การคลัง ด้านเศรษฐกิจสุขภาพ และ ด้านหลักประกันสุขภาพ (Competency)	๔. เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารด้านการเงินการคลัง	๕. ติดตาม กำกับ เครื่องมือประเมินประสิทธิภาพทางการเงิน วางระบบ ใฝ่ระวัง (Efficiency)
กิจกรรมหลัก	๑.๑ ประเมินประสิทธิภาพการจัดทำแผนทางการเงินโดยเครื่องมือ Financial Management Costing : FMC	๒.๑ พัฒนาระบบบัญชีบริหาร (Accounting) พัฒนาการบริหารระบบบัญชีให้ได้มาตรฐาน	๓.๑ อบรมเพิ่มประสิทธิผลการบริหารต้นทุนหน่วยบริการ (ผู้บริหารหน่วยบริการที่กำกับดูแลต้นทุน ,โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน)	๔.๑ สนับสนุนให้ สสจ.มค บริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ๔.๒ สนับสนุนหน่วยบริการใช้มาตรฐานสำคัญจำเป็น ด้านการเงินการคลัง เขตสุขภาพที่ ๗	๕.๑ ประเมินวิกฤตทางการเงินระดับ ๗ (Risk Scoring) ๕.๒ ประเมินประสิทธิภาพทางการเงิน (๗ Plus Efficiency) ๕.๓ ประเมินการเปรียบเทียบของแผนประมาณการและผลการดำเนินงาน (Planfin) ๕.๔ ประเมินต้นทุนหน่วยบริการแบบ Quick Method ๕.๕ ประเมินประสิทธิภาพ (Total Performance Score : TPS)
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
ระดับความสำเร็จ	<u>Small Success รอบ ๓ เดือน</u> หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน - ระดับ ๗ไม่มี -ระดับ ๖ ไม่มี	<u>Small Success รอบ ๖ เดือน</u> หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน - ระดับ ๗ ไม่มี - ระดับ ๖ ไม่มี	<u>Small Success รอบ ๙ เดือน</u> หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน - ระดับ ๖ ≤ ๒% - ระดับ ๗ ≤ ๑%	<u>Small Success รอบ ๑๒ เดือน</u> หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน - ระดับ ๖ ≤ ๔% - ระดับ ๗ ≤ ๒%	



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕

Health-Related Economy Excellence

(๑ แผนงาน ๒ โครงการ ๓ ตัวชี้วัด)

แผนงานที่ ๑๓ อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย



ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕

Health-Related Economy Excellence

แผนงานที่ ๑๓ อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร
การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย

โครงการที่ ๓๐ โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์

โครงการที่ ๓๑ โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ Health - Related Economy Excellence

แผนงานที่ ๑๓ อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด ร้อยละ ๒๐			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	ปัจจุบัน จังหวัดมหาสารคามมีสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ผ่านการรับรองมาตรฐานที่กำหนด Nuad Thai Premium Award จำนวน ๕ ร้าน (มีสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ผ่านการรับรองอนุญาต ๘๙ ร้าน ร้านที่มีศักยภาพที่สามารถพัฒนาให้ผ่านการรับรอง Nuad Thai Premium ประมาณ ๓ ร้าน) (ร้อยละ ๒๐ ต้องเพิ่ม ๑ ร้าน)			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	<u>มาตรการที่ ๑</u> การสร้างกลไกในการขับเคลื่อนงาน	<u>มาตรการที่ ๒</u> การพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ	<u>มาตรการที่ ๓</u> การกำกับติดตามการดำเนินงาน	
กิจกรรมหลัก	การขับเคลื่อนงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแก่ สบส.เขต๗/โรงพยาบาล/สสอ. ในการคัดเลือกร้านที่มี ศักยภาพ	๑. การศึกษาดูงานภายในจังหวัดระหว่างร้านที่พัฒนาและร้านที่ผ่านเกณฑ์การรับรองแล้ว ๒. การส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการลงพื้นที่ให้คำแนะนำตามเกณฑ์	๑. การลงพื้นที่ประเมินการพัฒนาเป็นระยะ ตามเวลาที่กำหนด ๒. การลงพื้นที่ประเมินร่วมกับคณะกรรมการ	
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด /สบส.เขต ๗/โรงพยาบาล/สสอ.			
ระดับ ความสำเร็จ	<u>Small Success รอบ ๓ เดือน</u> มีการวางแผน กำหนดหรือคัดเลือกสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่จะพัฒนา ส่งเข้าประเมิน ร่วมกับผู้รับผิดชอบในพื้นที่	<u>Small Success รอบ ๖ เดือน</u> ๑. มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การพัฒนาสถานประกอบการระหว่างผู้ประกอบการจากการศึกษาดูงานในจังหวัด ๒. มีร้านนวดเพื่อสุขภาพที่ส่งชื่อเข้าร่วมประเมินมาตรฐาน	<u>Small Success รอบ ๙ เดือน</u> มีร้านที่ผ่านประเมินมาตรฐาน Nuad Thai Premium ๑ ร้าน	<u>Small Success รอบ ๑๒ เดือน</u> มีร้านที่ผ่านประเมินมาตรฐาน Nuad Thai Premium ๓ ร้าน

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ Health - Related Economy Excellence

แผนงานที่ ๑๓ อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	อัตราการขยายตัวของกลุ่มอุตสาหกรรมการแพทย์และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ร้อยละ ๑๐ (เป้าหมาย ๑ แห่ง)			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	ปัจจุบัน จังหวัดมหาสารคามยังมีสถานพยาบาลที่มีการให้บริการด้านเวชกรรมความงาม ๔๘ แห่ง แต่ไม่มีเวชศาสตร์ชะลอวัย สถานประกอบเพื่อสุขภาพยังไม่เคยมีการพัฒนาศักยภาพ ให้ได้รับรองมาตรฐาน Thailand Wellness Award : TiWA มีสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ผ่านการรับรอง Nuad Thai Premium Award จำนวน ๕ ร้าน			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ ๑ การสร้างกลไกในการขับเคลื่อนงาน	มาตรการที่ ๒ การพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ	มาตรการที่ ๓ การกำกับติดตามการดำเนินงาน	
กิจกรรมหลัก	๑. การขับเคลื่อนงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแก่ สบส.เขต ๓๗/โรงพยาบาล/สสอ. ในการคัดเลือกร้านที่มี ศักยภาพ ๒. การอบรมเจ้าหน้าที่ด้านการประเมินเกณฑ์ TiWA	๑. การลงพื้นที่ให้คำแนะนำการพัฒนาศักยภาพตามเกณฑ์ TiWA ให้กับผู้ประกอบการ และสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการพัฒนา ๒. อบรมพัฒนาศักยภาพสถานพยาบาล สื่อสารมาตรฐาน สถานประกอบการ	๑. การติดตามสถานพยาบาลและสถานประกอบการ ที่เข้าร่วมการประเมิน ๒. ลงพื้นที่ประเมินสถานประกอบการ	
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ สสอ./สบส.เขต ๗			
ระดับ ความสำเร็จ	Small Success รอบ ๓ เดือน ๑. มีการวางแผน กำหนดเป้าหมาย การขับเคลื่อนงานของแต่ละหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง ทั้งสถานพยาบาลด้านเวชกรรม ความงาม และสถานประกอบการเพื่อ สุขภาพ	Small Success รอบ ๖ เดือน ๑. มีสถานประกอบการที่สมัครเข้าร่วมรับ การประเมิน ๑ แห่ง ๒. พัฒนาศักยภาพสถานพยาบาล ด้าน เวชกรรมความงาม ให้มีศักยภาพรองรับ การแข่งขันด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ	Small Success รอบ ๙ เดือน ๑. มีสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับ การประเมินจากคณะกรรมการ ๑ แห่ง ๒. สถานพยาบาล ด้านเวชกรรมความงาม ผ่านเกณฑ์ประเมินระดับมาตรฐาน ร้อยละ ๕	Small Success รอบ ๑๒ เดือน ๑. มีสถานประกอบการเพื่อสุขภาพหรือ สถานพยาบาลด้านเวชกรรมความงาม ผ่านเกณฑ์การประเมินอย่างน้อย ร้อยละ ๑๐ (๕ แห่ง)

แผนงาน อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย

โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต (ร้อยละ ๙๐)			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับการอนุญาต หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของ อย. ได้แก่ อาหาร ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เครื่องสำอาง และวัตถุอันตราย			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	<u>มาตรการ ๔ Education</u> ส่งเสริมให้ความรู้ผู้ประกอบการในการเข้าใช้งานผ่านระบบ E-submission	<u>Empowerment</u> จัดกิจกรรมสร้างแรงจูงใจ กระตุ้นให้ผู้ประกอบการต่อยอด เข้าร่วมการประกวด อย.ควอลิตี้อวอร์ด	<u>Encouragement</u> ส่งเสริมให้ผู้ประกอบการปฏิบัติตามกฎหมาย อบรมให้คำแนะนำ ณ สถานที่ผลิต <u>Enforcement</u> ควบคุมกำกับดูแลผู้ประกอบการ	
กิจกรรมหลัก	๑. ประสานเครือข่ายในพื้นที่เพื่อจัดทำฐานข้อมูล ๒. คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายเพื่อส่งเสริม	๑. ประสานกลุ่มเป้าหมายเพื่ออบรม ให้คำแนะนำ ณ สถานที่ผลิต ๒. เปิดสิทธิ์เข้าใช้งานระบบ E-submission ให้กับผู้ประกอบการ	๑. อนุญาตผลิตภัณฑ์ ผ่านระบบ E-submission ๒. กระตุ้นให้ผู้ประกอบการต่อยอดมาตรฐาน อย.ควอลิตี้อวอร์ด	
ผู้รับผิดชอบ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สสอ.			
ระดับ ความสำเร็จ	<u>Small Success รอบ ๓ เดือน</u> ๑. จัดทำฐานข้อมูลผู้ประกอบการ OTOP/วิสาหกิจชุมชน ๒. คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายเพื่อส่งเสริม	<u>Small Success รอบ ๖ เดือน</u> ๑. อบรมผู้ประกอบการกลุ่มเป้าหมาย ๒. ลงพื้นที่เยี่ยมติดตามและส่งเสริมกลุ่มเป้าหมาย	<u>Small Success รอบ ๙ เดือน</u> ๑. อนุญาตผลิตภัณฑ์ ผ่านระบบ E-submission	<u>Small Success รอบ ๑๒ เดือน</u> ๑. กระตุ้นให้ผู้ประกอบการต่อยอดมาตรฐาน อย.ควอลิตี้อวอร์ด ๒. สร้างรายได้และยอดขายผ่านระบบออนไลน์

แผนงาน พัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคให้มีคุณภาพ

โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย	ระดับความสำเร็จของการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ ค่าเป้าหมาย: ระดับ ๕ KPI=จำนวนผลิตภัณฑ์และสถานประกอบการทั้งหมดในพื้นที่จำนวนผลิตภัณฑ์และสถานประกอบการที่ผ่านการตรวจสอบและเครือข่ายเข้มแข็ง×๑๐๐ จำนวนผลิตภัณฑ์และสถานประกอบการทั้งหมดในพื้นที่			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	<p>ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗ มีตัวชี้วัด ที่สำคัญ ดังนี้ ๑. ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงและสถานประกอบการสุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ค่าเป้าหมายร้อยละ ๘๕ <input checked="" type="checkbox"/> ดำเนินการผ่านเกณฑ์ <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>๒. ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด <input checked="" type="checkbox"/> ดำเนินการผ่านเกณฑ์ ค่าเป้าหมายร้อยละ ๙๐ <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>๓. ระดับความสำเร็จของเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีความเข้มแข็งและปกป้องสิทธิประชาชน ค่าเป้าหมาย ระดับ ๕ ร้อยละ ๑๐๐ <input checked="" type="checkbox"/> ดำเนินการผ่านเกณฑ์ <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>- ด้านการจัดการเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับสถานประกอบการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้รับการจัดการเรื่องร้องเรียนแล้วเสร็จทันเวลา แจ้งผู้เสียหายหรือผู้ร้องจนเรื่องเป็นที่ยุติ ทั้งนี้ ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘ จะมีการดำเนินการปรับปรุงระบบจัดการเรื่องร้องเรียนตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการจัดการเรื่องร้องเรียน (Good Complaint Handling Practic: GCHP) โดยจัดตั้งศูนย์ ศรป.มค.เพื่อพัฒนาระบบแจ้งเรื่องร้องเรียนออนไลน์และระบบรายงานเรื่องร้องเรียน ร่วมกับหน่วยบริการระดับอำเภอ</p>			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	๑.มาตรการตรวจสอบเชิงรุก (Proactive Inspection Measures) จัดให้มีการตรวจสอบสถานประกอบการด้านสุขภาพและผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงอย่างสม่ำเสมอ	๒.มาตรการสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังและแจ้งเตือน (Measures to Establish an Online Surveillance and Alert Network) สนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีบทบาทในการเฝ้าระวังและแจ้งเตือนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์หรือสถานประกอบการที่น่าสงสัย โดยใช้สื่อออนไลน์ (สื่อสารความเสี่ยง)	๓.มาตรการเพิ่มความรู้และสร้างความตระหนักรู้แก่ผู้ประกอบการและผู้บริโภค (Measures to Enhance Knowledge and Raise Awareness for Entrepreneurs and Consumers) -จัดกิจกรรมการอบรมและเผยแพร่ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสิทธิของผู้บริโภค ความเสี่ยงของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง และวิธีการตรวจสอบมาตรฐานก่อนใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ -ส่งเสริมพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการให้มีความรู้และปฏิบัติตามกฎหมาย	
กิจกรรมหลัก	<p>๑. ตรวจสอบ/เก็บตัวอย่าง ผลิตภัณฑ์และสถานประกอบการสุขภาพ</p> <p>๒. พัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการระดับอำเภอด้านกฎหมาย ลงเยี่ยมและเปิดศูนย์ ศรป.อำเภอ</p> <p>๓. ส่งเสริมและให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการด้านสุขภาพให้ปฏิบัติตามกฎหมาย</p>	<p>๑. สื่อสารความเสี่ยง เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพจากส่วนกลางหรือพื้นที่ที่มีความเสี่ยง อย่างเร่งด่วนไปยังเครือข่ายระดับอำเภอ</p> <p>๒. ตรวจสอบ ควบคุม กำกับ สถานประกอบการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ</p> <p>๓. ประสานข้อมูลผลการตรวจสอบให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อปท อบต หน่วยงานอื่นในการตรวจสอบและดำเนินงานตามกฎหมาย</p> <p>๔. พัฒนาระบบข้อมูลในการรายงานความเสี่ยงเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ ร่วมกับภาคีเครือข่าย ในการส่งต่อข้อมูลและบูรณาการร่วมกัน</p>	<p>๑. ออกนิเทศและติดตามประเมินความเข้มแข็งของเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ และเพื่อให้สามารถดำเนินการได้ตามแผนที่กำหนดของระดับอำเภอ (ประเมินศูนย์ร้องเรียน ศรป.ระดับอำเภอและรายงานความเสี่ยงด้านฉลากและการโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ)</p>	
ผู้รับผิดชอบ	สสจ และ หน่วยบริการระดับอำเภอ			
ระดับ ความสำเร็จ	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๓ เดือน</p> <p>๑. พบสถานประกอบการหรือผลิตภัณฑ์ที่ไม่ผ่านมาตรฐานและแก้ไขปัญหาได้ภายใน ๓๐ วัน รวมถึงให้คำแนะนำเบื้องต้นในการปรับปรุงตามมาตรฐาน</p> <p>๒. หน่วยบริการระดับอำเภอ มีความรู้และสามารถแนะนำแก่ผู้ประกอบการ ผู้บริโภคในพื้นที่ได้</p> <p>๓. ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายได้รับการเก็บตัวอย่าง ร้อยละ ๘๐</p>	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๖ เดือน</p> <p>๑. ร้อยละ ๘๕ ของผลิตภัณฑ์และสถานประกอบการที่ตรวจสอบผ่านมาตรฐานที่กำหนด</p> <p>๒. หน่วยบริการระดับอำเภอ (พนักงานเจ้าหน้าที่ฯ) สามารถแจ้งเตือนและรายงานผลิตภัณฑ์หรือบริการที่มีความเสี่ยงได้ตามระบบที่วางไว้</p> <p>๓. ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายได้รับการเก็บตัวอย่าง ร้อยละ</p>	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๙ เดือน</p> <p>๑. ยกระดับมาตรฐานของสถานประกอบการที่ไม่ผ่านการตรวจสอบในไตรมาสก่อนหน้าให้ได้ตามเกณฑ์</p> <p>๒. ประเมินความเข้มแข็งของเครือข่าย สามารถดำเนินการได้ตามแผนที่กำหนด ผลลัพธ์คือ มีกรรายงานและแจ้งเตือนอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>๓. สถานประกอบการด้านสุขภาพได้รับการตรวจสอบและผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ ๙๐</p>	<p style="text-align: center;">Small Success รอบ ๑๒ เดือน</p> <p>๑. ตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพและสถานประกอบการในพื้นที่ให้ครบร้อยละ ๑๐๐ ตามที่ตั้งเป้าไว้</p> <p>๒. สร้างและประเมินผลความสำเร็จของเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคในอำเภอว่าบรรลุระดับความเข้มแข็งระดับ ๕</p> <p>๓. จัดทำรายงานสรุปผลการเผยแพร่ความรู้และจัดกิจกรรมการสื่อสารความเสี่ยง รายงานความเสี่ยงทั้ง ๑๒ เดือน</p>



House Model

ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๘
(๕ Excellence ๑๓ แผนงาน ๓๑ โครงการ ๔๔ ตัวชี้วัด)

วันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

- ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence : PP&P Excellence)
- ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
- ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)
- ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
- ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕ ด้านเศรษฐกิจสุขภาพเป็นเลิศ (Health-Related Economy Excellence)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม