



คู่มือ

การนิเทศงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม



นโยบายเร่งรัดของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

1 สุขภาพทุกกลุ่มวัย

- แม่และเด็ก
- ผู้สูงอายุ
- Health Literacy

4 พัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ

- อสม. เป็นหมอครอบครัว
- ทีม PCC พชอ.
- รพ.สต. ดิจิตัล

โครงการพระราชดำริ

2 การควบคุมป้องกันวัณโรค

5 ลดแออัด ลดรอคอยในโรงพยาบาล

- จัดระบบบริการเพื่อลดความแออัด
- ห้องฉุกเฉินคุณภาพ

7 การเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์

9 องค์กรคุณภาพ

- HA
- PMQA
- องค์กรแห่งความสุข

3 จัดการภัยคุกคามความมั่นคงทางสุขภาพ

- การยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่อันตรายต่อสุขภาพ
- ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล/จัดการเชื้อดื้อยา (RDU & AMR)

6 Fast Track

- Stroke
- STEMI

8 นวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อเศรษฐกิจ

- สมุนไพร การนวดไทย และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเสริมเศรษฐกิจ

10 นวัตกรรมการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ (Initiative Management)



งานนิเทศงานและประเมินผล
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

โทรศัพท์ ๐ ๔๓๓/๓ ๓/๔๓๒ ต่อ ๓๑๓ โทรสาร ๐ ๔๓๓/๓ ๓/๔๑๑

คำนำ

ตามที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้กำหนดตัวชี้วัดยุทธศาสตร์การ
ดำเนินงาน

ของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคามปีงบประมาณ ๒๕๖๓-๒๕๖๔ ภายใต้ ๔ ประเด็น
ยุทธศาสตร์ ๑๕ แผนงานหลัก คือ ๑) ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครอง
ผู้บริโภคเป็นเลิศ (Prevention Promotion & Protection Excellence) ๒) ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ บริการ
เป็นเลิศ (Service Excellence) ๓) ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ๔)
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

คู่มือการนิเทศงานสาธารณสุข ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ปีงบประมาณ

๒๕๖๓ ได้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางและรายละเอียดในการนิเทศงานสาธารณสุขให้แก่อำเภอ และเป็นกา
เตรียมความพร้อมของผู้นิเทศงานและผู้รับนิเทศงาน ให้การนิเทศงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมี
ประสิทธิภาพ โดยคู่มือนี้ได้ นำนโยบายที่สำคัญมาจัดทำเป็นคู่มือนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓ ได้แก่

๑. งานตามโครงการพระราชดำริ/โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการที่เกี่ยวข้อง

กับ

พระบรมวงศานุวงศ์

๒. คำรับรองการปฏิบัติราชการ (PA) ปี ๒๕๖๓ กระทรวงสาธารณสุข

๓. ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์การดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัด

มหาสารคาม

ปีงบประมาณ ๒๕๖๓-๒๕๖๔

๔. ตัวชี้วัดจากกรม/กอง และงานประจำที่สำคัญในการดำเนินงาน

๕. ตัวชี้วัดที่เป็นปัญหาของจังหวัดมหาสารคาม และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

หวังว่าเอกสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานของท่านและใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามผลการ
ดำเนินงานสาธารณสุขสำหรับผู้บริหารได้อีกทางหนึ่ง หากท่านมีข้อเสนอแนะประการใด ขอได้โปรดแจ้ง
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข ทราบด้วยจะเป็นพระคุณยิ่ง คณะทำงานพร้อมที่จะรับฟัง
ข้อคิดเห็น เพื่อการปรับปรุงได้ดียิ่งขึ้นในโอกาสต่อไป

คณะผู้จัดทำ

10 มกราคม ๒๕๖๓

๑. ที่ปรึกษา

1. นายภาคี ทรัพย์พิพัฒน์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
2. นายหัสชา เนือยทอง	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
3. นายพรสิทธิ์ ทวยนันท์	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)
4. นางรุ่งทิพย์ มั่นคง	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ)
5. นายวิเชียร ฉกาจนโรดม	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรบือ (นายแพทย์เชี่ยวชาญ) ปฏิบัติหน้าที่รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
6. นายวิวัฒน์ ศรีวัฒนา	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข)
7. นายบุญถม ปาปะแพ	เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข)
8. นายวิทวัส ละอองทอง	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป
9. นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
10. นางแจลัม รัตนพันธ์ุ	หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
11. นางพชรวรรณ คุณกุลรัตน์	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
12. นายประวัตติ แปลงมัลย์	หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
13. นายฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ์	หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
14. นางนวลนิตย์ บุตรดีสุวรรณ	หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข
15. นางไศภิตา จิตรวิกรานต์	หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ
16. นายกฤษฏ์ โพธิ์ศรี	หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
17. นางสุธิดา คณะมะ	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
18. นางวันเพ็ญ ดันสุวรรณ	หัวหน้ากลุ่มงานนิติการ
19. นายบวร จอมพรรษา	หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์
ทางเลือก	
20. นางเอมอร สุทธิสา	หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด

2. ผู้จัดทำเอกสาร

- | | |
|-----------------------------|---|
| ๑. นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า | หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข |
| 2. นางสาวรัชณีวิภา จิตรากุล | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| 3. นางสาวศุภนาถ รัตนดาตาศ | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ |
| 4. นางสาวสิริมาพร นาศพัฒน์ | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ |

3. ออกแบบปก

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. นางสาวรัชณีวิภา จิตรากุล | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| 2. นายสุเมธ ระโยธี | นักวิชาการคอมพิวเตอร์ |

งานนิเทศงานและประเมินผล

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

โทรศัพท์ ๐ ๔๓๗๗ ๗๙๗๒ ต่อ ๓๑3 โทรสาร ๐ ๔๓๗๗ ๗๙๗๐

โทรศัพท์ ๐ ๔๓๗๗ ๗๙๑๑ โทรสาร ๐ ๔๓๗๗ ๗๙๑๑

-ค-
สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คำนำ	ก
ที่ปรึกษา	ข
สารบัญ	ค
ส่วนที่ ๑ ทิศทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายเร่งรัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ และแผนยุทธศาสตร์ระบบปีงบประมาณ ๒๕๖๓-๒๕๖๔	๑
ทิศทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายเร่งรัดกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓	๒
แผนยุทธศาสตร์ระบบปีงบประมาณ ๒๕๖๓-๒๕๖๔	๓๕
ส่วนที่ ๒ รูปแบบและเนื้อหาประกอบการนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓	๕๔
รูปแบบการนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๒	๕๕
๑. กลุ่มงานบริหารทั่วไป	๖๑
๒. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข	๖๒
๓. กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ	๗๔
๔. กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	๙๐
๕. กลุ่มงานประกันสุขภาพ	๑๐๐
๖. กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	๑๐๒
๗. กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ	๑๑๒
๘. กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด	๑๒๐
๙. กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๑๔๑
๑๐. กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย	๑๔๗
๑๑. กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล	๑๕๓
ภาคผนวก	๑๕๔
แบบฟอร์มการจัดทำคู่มือการนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓	๑๕๕
แบบสรุปรายงานการนิเทศงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓	๑๕๖

ส่วนที่ ๑

ทิศทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม
นโยบายเร่งรัดกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

และ

แผนยุทธศาสตร์ระบบปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔



นายภาคี ทรัพย์พิพัฒน์

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

2 ตุลาคม 2562

ทิศทางการทำงาน ตามนโยบายเร่งรัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563



นโยบายเร่งรัดของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

1 สุขภาพทุกกลุ่มวัย



- 🏠 แม่และเด็ก
- 🏠 ผู้สูงอายุ
- 🏠 Health Literacy

4



พัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ

- 🏠 อสม. เป็นหมอครอบครัว
- 🏠 ทีม PCC 🏠 พชอ.
- 🏠 รพ.สต. ติดดาว



โครงการพระราชดำริ



2 การควบคุมป้องกันวัณโรค

5



ลดแออัด ลดรอคอยในโรงพยาบาล

- 🏠 จัดระบบบริการเพื่อลดความแออัด
- 🏠 ห้องฉุกเฉินคุณภาพ

7



การเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์

9



องค์กรคุณภาพ

- 🏠 HA
- 🏠 PMQA
- 🏠 องค์กรแห่งความสุข



3 จัดการภัยคุกคามความมั่นคงทางสุขภาพ

- 🏠 การยุติการใช้สารเคมีทางการแพทย์เกษตรที่อันตรายต่อสุขภาพ
- 🏠 ใช้ยาอย่างสมเหตุผล/จัดการเชื้อดื้อยา(RDU & AMR)

6



Fast Track

- 🏠 Stroke
- 🏠 STEMI

8



นวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อเศรษฐกิจ

- 🏠 สมุนไพร การนวดไทย และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเสริมเศรษฐกิจ

10



นวัตกรรมการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ

(Initiative Management)



▶ สุขภาพกลุ่มวัย

กลุ่มวัยแม่และเด็ก

กลุ่มวัยผู้สูงอายุ

Health Literacy : การออกกำลังกาย



กลุ่มเป้าหมาย หญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย 0-5 ปี, หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ, ภาควิชาที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

เป้าหมาย/ตัวชี้วัดปี 2563 1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ 2. ร้อยละ 85 ของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย 3. ร้อยละ 60 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน

มาตรการ	บูรณาการองค์ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน (Partnership)	ปฏิรูปการคุ้มครองแม่และเด็ก และการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด (Regulate)	เสริมสร้างความรู้ สื่อสารสุขภาพสู่แม่และครอบครัว เพื่อการพึ่งตนทางสุขภาพอย่างยั่งยืน (Advocate)	จัดบริการสุขภาพแก่แม่และเด็ก ที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน (Building Capacity, Investment)	ส่งเสริมการสร้างนวัตกรรม การจัดการบริการสุขภาพแก่แม่และเด็ก (Management)
กิจกรรมสำคัญ	1. สร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างประเทศ เพื่อส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ 2. สนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามความร่วมมือระหว่างกระทรวง 3. บูรณาการการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัย ผ่านกลไกคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก และภาคีเครือข่ายในทุกระดับ (MCH Board, PNC)	1. ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ นโยบาย และบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็กตาม พ.ร.บ. ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กฯ, พ.ร.บ. การพัฒนาเด็กปฐมวัยฯ, พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นฯ 2. สนับสนุนเครือข่ายบริการสุขภาพดำเนินการตามมาตรฐานอนามัยอนามัยแม่และเด็ก	1. พัฒนาระบบสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแม่และเด็ก 2. สนับสนุนการขับเคลื่อนทางสังคมและรณรงค์สร้างกระแส	1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านอนามัยแม่และเด็ก 2. จัดบริการส่งเสริมสุขภาพแก่แม่และเด็กอย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐาน 3. พัฒนาระบบข้อมูล ระบบเฝ้าระวัง และระบบกำกับติดตามของเครือข่ายสุขภาพอนามัยแม่และเด็กในทุกระดับ	1. สนับสนุนให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาต้นแบบ 2. พัฒนาคณะความรู้ นวัตกรรมและเทคโนโลยีด้านอนามัยแม่และเด็ก

ผู้รับผิดชอบ กรมอนามัย กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต กรมวิทย์ กรม สบส. สป. สปสช., ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

โครงการสำคัญ 1. โครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต 2. โครงการส่งเสริมการเจริญเติบโตและการพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างมีคุณภาพ 3. โครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรฐานการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2

ระดับความสำเร็จ (Small Success)	ไตรมาส 1 (3 เดือน)	ไตรมาส 2 (6 เดือน)	ไตรมาส 3 (9 เดือน)	ไตรมาส 4 (12 เดือน)
	1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 17 ต่อแสนเด็กเกิดมีชีพ 2. มีแผนปฏิบัติการ/แผนดำเนินงาน ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่และมีระบบประเมินผลและวิเคราะห์เพื่อกำหนดมาตรการ 3. มีระบบบริหารจัดการและขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กทุกจังหวัด 4. มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดำเนินงานแต่ละระดับ 5. มีกลไกการขับเคลื่อนและพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ 6. พัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยสังกัดกระทรวงสาธารณสุขตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ 7. มีกระบวนการการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแม่และเด็ก 8. มีคณะทำงานสืบสวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา ระดับเขตสุขภาพ	1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 17 ต่อแสนเด็กเกิดมีชีพ 2. ร้อยละ 90 ของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ 3. ร้อยละ 20 ของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า 4. ร้อยละ 90 ของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ 5. ร้อยละ 65 ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน 6. โรงพยาบาลพัฒนาและประเมินตนเองตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กร้อยละ 40 7. มีกลไกการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ในระดับเขตและระดับจังหวัด 8. ร้อยละ 60 ของเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน 9. ร้อยละของพ่อแม่ผู้ปกครองใช้คู่มือ DSPM ในการเลี้ยงดูเด็ก	1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 17 ต่อแสนเด็กเกิดมีชีพ 2. ทุกจังหวัดมีการรณรงค์การคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย 3. เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการ คัดกรอง กระตุ้นติดตามพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี 4. ทุกอำเภอมีการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตอย่างน้อย 2 ตำบล 5. สร้างความรอบรู้หลักด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัยสื่อสารผ่านช่องทางต่าง ๆ 6. มีระบบเฝ้าระวังการละเมิดพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ในระดับเขตและระดับจังหวัด	1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ 2. ร้อยละ 85 ของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย 3. ร้อยละ 60 ของเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน 4. ร้อยละ 100 ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำ 5. ร้อยละ 65 ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน

หน่วยงานหลัก:

หน่วยงานร่วม:

ประเด็น ผู้สูงอายุ

เป้าหมาย	1.กลุ่มสุขภาพดี : Capacity ดี ADL ≥12	2. กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงที่ reversible : คาดหวังว่าจะดีขึ้นได้ภายใน 6ด.	3. กลุ่มภาวะพึ่งพิงที่ irreversible : Partial ติดบ้าน ADL 5-11/Total ติดเตียง ADL 0-4	4. กลุ่มป่วยระยะท้าย
	1. มีความพร้อมเข้าสู่ วัยสูงอายุที่คุณภาพ 2. มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (ออกกำลังกาย ผักสด น้ำ 8 แก้ว สุรา บุหรี่ มีความสุข)	1.เข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพ และการรักษาที่ได้มาตรฐาน ครบคลุม	1.ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่มีความรู้ความสามารถ	1.คงคุณภาพชีวิตจากโรคที่คุกคามป้องกัน/บรรเทาความทรมาน
ตัวชี้วัด	1.ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (ออกกำลังกาย ผักสด น้ำ 8 แก้ว สุรา บุหรี่ มีความสุข) (แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ มาตรการ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วยและดูแลตนเองเบื้องต้น) (ร้อยละ 60) 2. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 80)			
สถานการณ์ /ข้อมูล พื้นฐาน	ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ในปี 2564 โดยจะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20 ของสัดส่วนวัยแรงงาน จากรายงานสถานการณ์ประชากรของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า สัดส่วนของประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่สัดส่วนประชากรสูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆเช่นกัน ส่งผลให้อัตราส่วนการเป็นภาระ ซึ่งหมายถึงการที่ประชากรวัยแรงงาน อายุ 15-59 ปีต้องรับภาระในการดูแลประชากรในวัยอื่นๆ โดยอัตราส่วนการเป็นภาระรวม อยู่ที่ 50.0 นั้นหมายถึง ประชากรวัยทำงาน 100 คน จะต้องรับภาระเลี้ยงดูเด็ก และคนชรา ประมาณ 50 คน และจากข้อมูลสถิติของสำนักงานสภาพัฒนาการและเศรษฐกิจแห่งชาติ พบว่า สัดส่วนประชากรอายุ 65ปีขึ้นไป จะเพิ่มขึ้น โดย พ.ศ.2564 เป็น 14 % และ พ.ศ.2564 เป็น 20 % ในขณะที่สัดส่วนการเจริญพันธุ์โดยรวมอยู่ที่ประมาณ 1.46 -1.5 ต่อสตรี 1 คน เกิดความท้าทายในการกำหนดนโยบายขับเคลื่อนระบบสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ เพื่อลดปัญหาภาวะพึ่งพิงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 28.7% ของ ผส.ทั้งประเทศ และ ผส.ภาวะพึ่งพิงฯที่ได้รับ care plan 92.42 ของ ผส.ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งประเทศ เพิ่มตัวเลขสถานการณ์ Geriatric syndromes เช่น สมองเสื่อม หกล้ม สุขภาพจิต และโรคที่มีความสำคัญ อื่นๆ			
มาตรการ /Value chain	1.ส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่ม pre-aging มีความพร้อมเข้าสู่ วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ และ ส่งเสริมให้กลุ่ม pre-aging และ aging ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	2.พัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้สามารถเข้าถึงระบบ หลักประกันสุขภาพ และการรักษาที่ได้มาตรฐาน ครบคลุม	3.ยกระดับการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพภายใต้ความร่วมมือภาคี เครือข่ายชุมชนและครอบครัว	4.คงคุณภาพชีวิตจากโรคที่คุกคามป้องกัน/บรรเทาความทรมาน
กิจกรรม หลัก	1.คัดกรอง/ประเมินสุขภาพPre Aging+Aging 2.จัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมให้กับ Pre Aging+Aging 3. สร้างสรรค์นวัตกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ	1.จัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ 2.จัดระบบการบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 3. สร้างสรรค์นวัตกรรมด้านระบบบริการสุขภาพ	1.จัดระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้ความร่วมมือภาคี เครือข่ายชุมชนและครอบครัว 2. ส่งเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ 3. สร้างสรรค์นวัตกรรมด้านการดูแลระยะยาว	1.จัดระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยระยะท้ายในสถานบริการสุขภาพ 2.จัดระบบการบริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน
ผู้รับผิดชอบ	สป 1.กรมการแพทย์ 2.กรมอนามัย 3.กรมควบคุมโรค 4.กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 5.กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 6.กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 7.กรมสุขภาพจิต	สป 1.กรมการแพทย์ 2.กรมอนามัย 3.กรมควบคุมโรค 4.กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 5.กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 6.กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 7.กรมสุขภาพจิต	สป 1.กรมการแพทย์ 2.กรมอนามัย 3.กรมควบคุมโรค 4.กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 5.กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 6.กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 7.กรมสุขภาพจิต	สป 1.กรมการแพทย์ 2.กรมอนามัย 3.กรมควบคุมโรค 4.กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 5.กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 6.กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 7.กรมสุขภาพจิต
ระดับความสำเร็จ	<p style="text-align: center;">ไตรมาส 1</p> <p>1. สถานการณ์ สุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มเป้าหมาย/กลุ่มเสี่ยง และวางแผน/โครงการ /Gap analysis 2. ทบทวน/จัดทำ/พัฒนาสื่อฯ เครื่องมือ Innovation (แนวทาง คู่มือ มาตรฐานนวัตกรรม หลักสูตร) 3. การเตรียม/จัดทำเครื่องมือ สื่อ คู่มือ แนวทาง มาตรฐานฯ</p>	<p style="text-align: center;">ไตรมาส 2</p> <p>1. สื่อ เครื่องมือ Innovation (แนวทาง คู่มือ นวัตกรรม หลักสูตร) 2. จำนวนบุคลากรและภาคีเครือข่าย ที่ได้รับการพัฒนา 3. ชี้แจง/อบรม การใช้เครื่องมือ/คู่มือ/หลักสูตร 4. การดำเนินการแล้วเสร็จ 40%</p>	<p style="text-align: center;">ไตรมาส 3</p> <p>1. จำนวน บุคลากรและภาคีเครือข่าย ที่ได้รับการพัฒนา 2. การนำเครื่องมือ/คู่มือ/หลักสูตร ไปใช้ 3. การดำเนินการแล้วเสร็จ 80% 4. กำกับ ติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง 5. ประเมินผลการดำเนินงานรอบ 6 เดือน</p>	<p style="text-align: center;">ไตรมาส 4</p> <p>1. ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (ร้อยละ 60) 2. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 80)</p>



หน่วยงานหลัก: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานร่วม:

ประเด็นที่ 1 คุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย (การสร้างเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ)

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	เป้าหมายปี 63: ครอบครัวไทย 1 ล้านครอบครัวมีความรอบรู้สุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกาย ตัวชี้วัด: จำนวนครอบครัวไทยมีความรอบรู้สุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกาย			
สถานการณ์/ ข้อมูล พื้นฐาน	จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่าง 722 คนในพื้นที่ 6 จังหวัด พบว่า ระดับความง่ายในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ประโยชน์จากบริการสุขภาพ เฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0.13 ถึง 1.12 จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน สะท้อนให้เห็นว่า ข้อมูลและระบบสุขภาพ (ด้านกิจกรรมทางกาย) มีความซับซ้อนมากเกินไปกว่าประชาชนไทยจำนวนหนึ่งจะสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้			
มาตรการ /Value chain	<p style="text-align: center;">มาตรการที่ 1</p> <p style="text-align: center;">การสร้างคลังความรู้เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ</p>	<p style="text-align: center;">มาตรการที่ 2</p> <p style="text-align: center;">การขับเคลื่อนชุมชนรักการออกกำลังกาย</p>	<p style="text-align: center;">มาตรการที่ 3</p> <p style="text-align: center;">การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข และประชาชนเพื่อสร้างทักษะ HL ด้านกิจกรรมทางกาย</p>	
กิจกรรม หลัก	1. จัดทำ application และ website เป็น platform แพลตฟอร์มค้นหาและคลังข้อมูลความรู้และบริการเกี่ยวกับกิจกรรมทางกาย 2. จัดทำ platform RRHL และผลิตสื่อ วรรณกรรมสร้างกระแสสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ด้านสุขภาพ ข้อมูลบริการต่างๆ เพื่อสร้างความรอบรู้ให้เข้าถึงประชาชนผ่านอสม. และหน่วยบริการ	1. สสจ. ชี้แจงนโยบาย แนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินการของหน่วยบริการตามความเหมาะสมในพื้นที่ และกำกับสนับสนุนให้บรรลุเป้าหมาย 2. คอ. ให้การสนับสนุนคำปรึกษา ประเมินภาพรวมรายจังหวัด และดำเนินการแก้ไขให้บรรลุเป้าหมาย 3. หน่วยบริการประสานความร่วมมือกับอปท. ในการลงทะเบียน และจัดสถานที่ออกกำลังกาย และประชุมชี้แจงกับอสม. ในการลงทะเบียน และจัดกิจกรรมสร้างความรอบรู้และการออกกำลังกาย เชิญชวนครอบครัวตามโครงการฯ	1. จัดทำ digital platform รองรับข้อมูลความรู้สำหรับประชาชนและเจ้าหน้าที่ 2. แต่งตั้ง อสม. ด้าน HL coaching เชื่อมโยงกับ ข้อมูลข่าวสารจาก กรมอนามัย ภายใต้อาสาสมัคร RRHL ของกรมอนามัย อย่างน้อยหน่วยบริการละ 1 คน	
ผู้รับผิดชอบ	หน่วยงานหลัก : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานร่วม : สสจ. สำนักสื่อสาร สป.สธ. อย. ก.เด	หน่วยงานหลัก : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานร่วม : อปท. เครือข่ายสมัชชาสุขภาพ องค์กรสื่อสารมวลชน และประชาชน	หน่วยงานหลัก : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานร่วม : หน่วยงานสังกัด สธ. และภาคีเครือข่าย	
ระดับ ความสำเร็จ	<p style="text-align: center;">ไตรมาส 1 (3 เดือน)</p> <p>ครอบครัวไทย 400,000 ครอบครัวมีความรอบรู้สุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกาย</p>	<p style="text-align: center;">ไตรมาส 2 (6 เดือน)</p> <p>ครอบครัวไทย 600,000 ครอบครัวมีความรอบรู้สุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกาย</p>	<p style="text-align: center;">ไตรมาส 3 (9 เดือน)</p> <p>ครอบครัวไทย 800,000 ครอบครัวมีความรอบรู้สุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกาย</p>	<p style="text-align: center;">ไตรมาส 4 (12 เดือน)</p> <p>ครอบครัวไทย 1,000,000 ครอบครัวมีความรอบรู้สุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกาย</p>



▶ การควบคุมป้องกันโรค

มุ่งเน้นความครอบคลุมในการค้นหาและ
เพิ่มอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วย
โรคปอดร้ายใหม่



หน่วยงานหลัก: กรมควบคุมโรค

หน่วยงานร่วม: กรมการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

กองบริหารการสาธารณสุข

ประเด็น PA
การควบคุมป้องกันวัณโรค

อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ 85)

Situation : สถานการณ์การรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ในปี 2559 – 2562 มีผลสำเร็จของการรักษา ร้อยละ 82.8 84.2 85 และ 85(ยังอยู่ระหว่างการรักษาร้อยละ 4) ตามลำดับ และมีอัตรา

การเสียชีวิตระหว่างการรักษา ร้อยละ 8.9 8.7 7.8 และ 7.6 ตามลำดับ ส่งผลให้อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคของประเทศไทยต่ำกว่าเป้าหมาย เนื่องจากปัจจัยสำคัญ 3 ประการ คือ (1) ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตระหว่างการรักษาสูง (2) การขาดนัดรับยาอย่างต่อเนื่อง และ (3) ไม่มีการติดตามประเมินผลการรักษา การพัฒนานวัตกรรมและมาตรฐานระบบการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาของสถานบริการสาธารณสุข และการนำผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการการรักษาที่ได้มาตรฐาน จะทำให้เกิดผลสำเร็จของการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค และยังเป็น การควบคุมโรค โดยตัววงจรการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และป้องกันเชื้อวัณโรคต้อยา

ยุทธศาสตร์/มาตรการ	มาตรการที่ 1 ลดการเสียชีวิต	มาตรการที่ 2 ลดการขาดยา	มาตรการที่ 3 พัฒนาคุณภาพและระบบการกำกับติดตามดูแลรักษา
--------------------	-----------------------------	-------------------------	--

กิจกรรมหลัก และ ผู้รับผิดชอบ	มาตรการ	ผู้รับผิดชอบ	มาตรการ	ผู้รับผิดชอบ	มาตรการ	ผู้รับผิดชอบ
	<ul style="list-style-type: none"> เร่งรัดตรวจคัดกรองค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มประชากรหลักและผู้มีอาการสงสัยวัณโรค ด้วยการเอ็กซเรย์ปอดและวินิจฉัยที่รวดเร็ว(Molecular test) พร้อมขึ้นทะเบียนรักษาทุกราย พัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการทางด้านวัณโรค โดยเฉพาะวัณโรคต้อยา ตรวจทดสอบความไวต่อยาทุกรายเพื่อค้นหา RR/MDR-TB เข้มงวดดูแลกลุ่มเสี่ยงในระยะเข้มข้น เช่น สูงอายุ โรคร่วมขาดสารอาหาร โดยการเยี่ยมบ้าน รับประทานผู้ป่วยใน สนับสนุนอาหารเสริม เฝ้าระวัง ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โรคร่วม สูงอายุ โดยเฉพาะระยะเข้มข้น 	กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์	<ul style="list-style-type: none"> ใช้กลไก case management team กำกับติดตามการรักษา ดูแลรักษาโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีที่เลี้ยง (DOT) สร้างกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนและ อสม . ใช้กลไก พชพ.และกลไกในระดับพื้นที่ในการดูแลและติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ การช่วยเหลือทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ 	กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กองบริหารการสาธารณสุข	<ul style="list-style-type: none"> กำกับ ติดตาม และประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Monitoring and evaluation) ใช้ระบบข้อมูลที่มีคุณภาพในการกำกับติดตามผู้ป่วยวัณโรค พัฒนาคุณภาพและประเมินมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในสถานพยาบาลให้ได้มาตรฐาน สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ ระบบบริการสุขภาพ และคุณภาพของสถานพยาบาลในการให้บริการดูแลรักษา พัฒนาเครือข่าย ระบบข้อมูลในการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคเพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ใช้กลไกของ พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ.2558 ในการกำกับการขึ้นทะเบียนและติดตามการรักษาวัณโรค 	กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กองบริหารการสาธารณสุข

ระดับความสำเร็จ	ไตรมาส 1 (3 เดือน)	ไตรมาส 2 (6 เดือน)	ไตรมาส 3 (9 เดือน)	ไตรมาส 4 (12 เดือน)
-----------------	--------------------	--------------------	--------------------	---------------------

<p>1. Situation analysis : วิเคราะห์สถานการณ์ ขนาดและความรุนแรงของปัญหา กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่เป้าหมายช่องว่างและปัญหาอุปสรรค</p> <p>2. Planning จัดทำแผนงานเพื่อลดการเสียชีวิต การขาดยา และพัฒนาระบบการส่งต่อและติดตามผลการรักษา</p>	<p>Monitoring</p> <p>กำกับและติดตามการดำเนินงานมาตรการตามแผนงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> ตัวชี้วัดกำกับติดตามมาตรการ : - ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็น ≥ ร้อยละ 82.5 - อัตราการเสียชีวิต ≤ ร้อยละ 5 และ อัตราการขาดยาและโอนออกของผู้ป่วยวัณโรค เท่ากับ 0 	<p>Monitoring</p> <p>กำกับและติดตามการดำเนินงานมาตรการตามแผนงาน</p>	<p>Evaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ≥ ร้อยละ 85 และ ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ≥ ร้อยละ 82.5
--	--	---	--



▶ จัดการภัยคุกคาม
ความมั่นคงทางสุขภาพ

ยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตร
ที่อันตรายต่อสุขภาพ

ใช้ยาอย่างสมเหตุผล/จัดการเชื้อดื้อยา
(RDU & AMR)

ประเด็น

จัดการภัยคุกคามความมั่นคงทางสุขภาพ

“ยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูง ๓ ชนิด ภายในปี ๒๕๖๓”

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	<p>๑. ร้อยละ ๑๐๐ ของจังหวัดมีการขับเคลื่อนมาตรการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูงร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับส่วนกลางและภูมิภาค อย่างน้อยจังหวัดละ ๑ เรื่อง</p> <p>๒. ร้อยละ ๑๐๐ ของจังหวัดมีระบบรับแจ้งข่าว การใช้/ป่วยจากการสัมผัส สารเคมีทางการเกษตร ๓ ชนิด (พาราควอต คลอโรไพริฟอส โกลโฟเสต) โดยประชาชน/อสม. ผ่าน Mobile Application สู่หน่วยบริการ (คลินิกสารเคมีเกษตร/คลินิกโรคจากการทำงาน)</p> <p>๓. ร้อยละ ๑๐๐ ของจังหวัดมีการจัดทำฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ด้านเกษตรกรรม และมีการรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการเกษตร (รหัสโรค T๖๐)</p>
------------------------	---

สถานการณ์ /ข้อมูล พื้นฐาน	<p>Situation : จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี ๒๕๖๑ จำนวนผู้มีงานทำทั้งหมด ๓๘.๓ ล้านคน พบว่าเป็นแรงงานนอกระบบ ๒๑.๒ ล้านคน ซึ่งแรงงานนอกระบบมากกว่าครึ่งหนึ่งทำงานอยู่ในภาคเกษตรกรรมโดยมีจำนวนถึง ๑๑.๗ ล้านคน ปี ๒๕๖๐ พบว่ามีปริมาณการนำเข้าของวัตถุอันตรายทางการเกษตรเพิ่มมากขึ้นกว่า ๓.๗๔ หมื่นตัน เทียบกับปี ๒๕๕๙ และพบผู้ป่วยด้วยโรคพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในปี ๒๕๖๐ มีอัตราป่วย ๑๖.๘๑ ต่อประชากรแสนราย ซึ่งเพิ่มขึ้น ๑,๑๑๗ ราย เทียบจากปี ๒๕๕๙ (อัตราป่วย ๑๔.๔๗ ต่อประชากรแสนราย) อีกทั้งพบผู้ป่วยสัมผัสสารกำจัดวัชพืชพาราควอตจำนวน ๕๐๒ ราย ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๕๖ - ๒๕๖๐ โดยได้รับสารแบบไม่ได้ตั้งใจ โดยปี ๒๕๕๙ จำนวน ๑๙ ราย และปี ๒๕๖๐ จำนวน ๓๓ ราย และมีแนวโน้มสูงขึ้น ทั้งนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่พบในกลุ่มอายุ ๑๕-๕๙ ปี และประกอบอาชีพเพาะปลูกพืชไร่และพืชผัก จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช พร้อมทั้งการขับเคลื่อนมาตรการและนโยบายเพื่อการยกเลิกการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูง และมาตรการเพื่อสร้างแรงจูงใจสนับสนุนสินค้าที่เป็นมิตรต่อสุขภาพ</p>
---------------------------------	---

ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ ๑ ยกระดับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร	มาตรการที่ ๒ การขับเคลื่อนนโยบายยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูง ๓ ชนิด
------------------------	--	--

กิจกรรมหลัก และ ผู้รับผิดชอบ	<p>๑) พัฒนาเครือข่าย การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตรในจังหวัด</p> <p>๒) จัดทำฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ด้านเกษตรกรรม ในระดับจังหวัด</p> <p>๓) ใช้กลไกของ คกก.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด ภายใต้ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.๒๕๖๒ กำกับติดตามและรายงานข้อมูลในการชี้เป้ากลุ่มเสี่ยง/พื้นที่เสี่ยง เพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ</p>	<p>๑) ผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายผ่านกลไก คกก.ยุทธศาสตร์สารเคมีแห่งชาติ/ คกก.ระดับชาติ/ คกก.ระดับจังหวัด/อำเภอ ฯลฯ</p> <p>๑) สร้างกลไกการมีส่วนร่วมของประชาชน/อสม./ชุมชน เพื่อการเฝ้าระวังและจัดการความเสี่ยงจากการใช้/สัมผัสสารเคมีฯ สู่การยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูง ๓ ชนิด</p>
------------------------------------	--	---

ผู้รับผิดชอบ	<p>กระทรวงสาธารณสุข : สสจ. หน่วยบริการฯ สังกัด สป.สธ. สสอป.สป. กรม คร., กรม สบส., กรม วพ., อย., กรม พ., กรม อ.</p> <p>เครือข่าย สธ : อสม./ประชาชน, สสส., สปสช., สข. คกก.จังหวัด ภายใต้ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.๒๕๖๒ อปท./กองทุนสุขภาพท้องถิ่น/พชอ./พพพ./สภาเกษตรกร</p> <p>กระทรวงอื่นๆ : เกษตรจังหวัด, กรมวิชาการเกษตร, กรมส่งเสริมการเกษตร, ก.อุตสาหกรรม, ก.พาณิชย์ฯ</p>
--------------	--

ระดับ ความสำเร็จ	ไตรมาส ๑ (Planning & Development)	ไตรมาส ๒ (Implementation)	ไตรมาส ๓ (Monitoring)	ไตรมาส ๔ (Evaluation)
	<p>๑) มีข้อมูลปริมาณการใช้/สัมผัสสารเคมีฯ ในพื้นที่โดยประชาชน/อสม. ผ่าน Mobile application</p> <p>๒) มีการแลกเปลี่ยนความรู้ทางด้านวิชาการ และอบรม จนท.สธ. เพื่อยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูง (พ.ย. ๖๒)</p> <p>๓) ฐานข้อมูล OEHP ด้านเกษตรกรรม และระบบแจ้งข่าว/ระบบรายงานข้อมูลการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร ในระบบ Health Data Center : HDC โดยหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับในจังหวัด (รพ.สต., รพช., รพท./รพศ. (คลินิกโรคจากการทำงาน/กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม)</p>	<p>๑) มีคลินิกสารเคมีทางการเกษตร ที่ รพ.สต. ทุกจังหวัด (ม.ค. ๖๓)</p> <p>๒) ฐานข้อมูล OEHP ด้านเกษตรกรรม ฉบับปรับปรุง</p> <p>๓) มีการติดตามและสนับสนุนระบบการรายงานข้อมูลเจ็บป่วย/เสียชีวิตจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร ในระบบ Health Data Center โดยหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ (รพ.สต., รพช., รพท./รพศ.(คลินิกโรคจากการทำงาน/กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม)</p> <p>๔) มีการขับเคลื่อนการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรผ่านกลไก คกก.จังหวัด/กทม. และคกก. ที่เกี่ยวข้อง ภายใต้ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพฯ</p>	<p>๑) มีรายงานข้อมูลสถานการณ์หรือมีการนำเสนอผ่านนโยบายผ่าน คกก.จังหวัด ภายใต้ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพฯ</p> <p>๒) มีการติดตามและสนับสนุนระบบการรายงานข้อมูลการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร ในระบบ Health Data Center : HDC โดยหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับในจังหวัด (รพ.สต., รพช., รพท./รพศ.(คลินิกสารเคมีเกษตร/คลินิกโรคจากการทำงาน)</p> <p>๓) มีการขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมร่วมกับชุมชน (อปท./กองทุนสุขภาพท้องถิ่น) เพื่อยกเลิกการใช้สารเคมี ๓ ชนิด</p>	<p>๑) มีการประเมินคุณภาพของฐานข้อมูล OEHP ด้านเกษตรกรรม ระดับจังหวัด โดยกรมควบคุมโรค</p> <p>๒) มีการวิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างการใช้สารเคมีทางการเกษตร และผลกระทบต่อสุขภาพ</p> <p>๓) มีการขับเคลื่อนมาตรการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูงร่วมกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด (อย่างน้อย ๑ เรื่อง)</p>

ร่าง ประเด็น RDU-AMR ปีงบประมาณ 63

Objective KPI	Objectives: ใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพและความปลอดภัย และลดค่าใช้จ่ายด้านยา <u>KPI 1.</u> ร้อยละของ รพ. ที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	Objective: ลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา และลดการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างไม่เหมาะสม <u>KPI # 2</u> ร้อยละของ รพ. ที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)		
Situation/ Baseline	ร้อยละของ รพ. ที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล RDU RDU ชั้นที่ 1 ร้อยละ 99.89 และ RDU ชั้นที่ 2 ร้อยละ 42.46 RDU ชั้นที่ 3 ร้อยละ 16.42 (ณ ไตรมาส 3/2562)	รพ.มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ ระดับ Intermediate ร้อยละ 96.64 อัตราการติดเชื้อดื้อยาต่อผู้ป่วยที่ติดเชื้อแบคทีเรีย 8 ชนิด เท่ากับ 35.62 (ปีพ.ศ. 61)		
Strategy มาตรการ	มาตรการที่ 1 การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) (ภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ)	มาตรการที่ 2 การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) อย่างบูรณาการ (ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ AMR ประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564)		
Key Activity กิจกรรมหลัก	<p><u>ระดับกระทรวง :</u> อย. ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนางานร่วมกับพื้นที่, ส่งเสริมการเข้าถึงฐานข้อมูลวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์, หนุนรงค์ประชาสัมพันธ์, การสนับสนุนและนิเทศการดำเนินงาน สป.(กบรส.)/กรมการแพทย์ : พัฒนาระบบสารสนเทศ กำกับ ติดตามและประเมินผล (M&E) <u>ระดับเขต/จังหวัด :</u> - ส่งเสริม สนับสนุน และกำกับ ติดตามการดำเนินงานในระดับพื้นที่ - กำกับดูแลการกระจายยา โดยเฉพาะยาอันตรายในร้านชำ (ยาปฏิชีวนะ NSAIDs) - ส่งเสริม RDU ในร้านยาที่เข้าร่วมโครงการลดความแออัด <u>ระดับหน่วยบริการ :</u> - ดำเนินกิจกรรมตามกุญแจ PLEASE เพื่อความปลอดภัยด้านยา โดยมุ่งเน้น โรคติดเชื้อ 4 โรค ประชากรกลุ่มเสี่ยงคือ เด็ก สตรีตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย DM/HT CKD Asthma - ดำเนินการตามกิจกรรม RDU community</p>		<p><u>ระดับกระทรวง :</u> กรมควบคุมโรค ; สถาบันบำราศนราดูร: จัดทำระบบติดตามการติดเชื้อดื้อยา CRE ของ รพ. (แยกประเภท HAI, HAI refer, CI, colonize) ; สำนักโรคระบาด : เฝ้าระวังเชื้อดื้อยา รุนแรง 5 ชนิด กรมวิทยาศาสตร์ฯ : พัฒนาศักยภาพห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา สป.(กบรส.): ขับเคลื่อน service plan รพ.สังกัด สป.และสนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กรมการแพทย์ : สนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบาย AMR ใน รพ. กรม + กระทรวงอื่นๆ <u>ระดับเขต :</u> ทีม AMR ระดับเขต กำหนดมาตรการและสนับสนุนวิชาการให้ รพ. <u>ระดับ รพศ./รพท.:</u> ดำเนินการการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (IAM) และรายงานอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสโลหิต 8 ชนิด และการติดเชื้อ CRE ทุก specimen</p>	
Small Success	Small success ไตรมาส 1 RDU ชั้นที่ 2 ≥ ร้อยละ 45 RDU ชั้นที่ 3 ≥ ร้อยละ 15	Small success ไตรมาส 2 RDU ชั้นที่ 2 ≥ ร้อยละ 50 RDU ชั้นที่ 3 ≥ ร้อยละ 15 AMR ระดับ Intermediate ≥ ร้อยละ 90 อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง ร้อยละ 5.00	Small success ไตรมาส 3 RDU ชั้นที่ 2 ≥ ร้อยละ 55 RDU ชั้นที่ 3 ≥ ร้อยละ 20	Small success ไตรมาส 4 RDU ชั้นที่ 2 ≥ ร้อยละ 60 RDU ชั้นที่ 3 ≥ ร้อยละ 20 มีการดำเนินการ RDU Community อย่างน้อยจังหวัดละ 1 อำเภอ และผ่านเกณฑ์ระดับ 3 AMR ระดับ Intermediate ร้อยละ 100 อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง ร้อยละ 7.50

▶ พัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ

พัฒนา อสม.เป็นหมอครอบครัว

พัฒนาทีม PCC

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับอำเภอ (พชอ.)

รพ.สต.ติดดาว

House Model

หน่วยงานหลัก : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

หน่วยงานร่วม :

ประตึ้น PA : การพัฒนา Primary Care (พัฒนา อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน)

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	๑. จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาเป็น อสม. หมอประจำบ้าน ๒. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี		
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	- อสม. ทั่วประเทศ จำนวน ๑,๐๓๙,๗๒๙ คน - การพัฒนาศักยภาพ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน เริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๓		
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ (Value chain)	พัฒนาศักยภาพ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน	ส่งเสริม สนับสนุน อสม. หมอประจำบ้าน ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย	ส่งเสริม สนับสนุน อสม. หมอประจำบ้าน ในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน
กิจกรรมหลัก	๑. พัฒนาหลักสูตร แนวทาง คู่มือ ๒. ถ่ายทอดนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน ๓. อบรมครูฝึก (ครู ก และ ข) ๔. พัฒนาฐานข้อมูลและระบบรายงาน ๕. ติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง และประเมินผล	๑. อบรม อสม. หมอประจำบ้าน ๒. อสม. ปฏิบัติงานบทบาท อสม. หมอประจำบ้าน ๓. อสม. ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายร่วมกับทีมหมอครอบครัว ๔. อสม. รายงานผลการปฏิบัติงานให้ รพ.สต. เพื่อเข้าสู่ ฐานข้อมูล thaiphc.net ๕. ติดตามและประเมินผล	๑. ฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะ อสม. หมอประจำบ้าน ๒. พัฒนาศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชน (ศสมช.) ตามแนวทางที่กำหนด ๓. อสม. หมอประจำบ้านปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพทั้งใน ศสมช. และเยี่ยมบ้าน ๔. อสม. ใช้เครื่องมือสื่อสารทางการแพทย์ (TeleHealth) ในการให้บริการในชุมชน ๕. อสม. รายงานผลการปฏิบัติงานผ่าน app “Smart อสม.” หรือ ฐานข้อมูล thaiphc.net ๖. ติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน อสม.
ผู้รับผิดชอบ	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ระดับ ความสำเร็จ	ไตรมาส ๑ (๓ เดือน) ๑. มีหลักสูตรการพัฒนา อสม. หมอประจำบ้าน ๒. มีการชี้แจงแนวทางการปฏิบัติ	ไตรมาส ๒ (๖ เดือน) มี อสม. หมอประจำบ้าน ๑๐,๐๐๐ คน	ไตรมาส ๓ (๙ เดือน) ๑. มี อสม. หมอประจำบ้าน ๘๐,๐๐๐ คน (สะสม) ๒. อสม. กลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพเป็น อสม. หมอ ประจำบ้าน ร้อยละ ๗๐
	ไตรมาส ๔ (๑๒ เดือน) ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ ๗๐		

แผนงาน : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)
โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 25 (สะสม 1,625 หน่วย) (จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ประเภทที่ 1 ใหม่ 446 หน่วย)			
สถานการณ์ /ข้อมูล พื้นฐาน	<p>Situation : ประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ มีภาระจากโรคที่ป้องกันได้ และข้อจำกัดของงบประมาณด้านสุขภาพของประเทศ ระบบบริการสุขภาพขับเคลื่อนด้วยโรงพยาบาลขนาดใหญ่ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดทำ พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม</p> <p>Baseline : ปี 2562 รวม 1,179 หน่วย</p>			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	1. พัฒนาศักยภาพระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	2. พัฒนากำลังคนในระบบสุขภาพปฐมภูมิ	3. ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนา ระบบสุขภาพปฐมภูมิ	4. ขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ และการอภิบาลระบบ
กิจกรรม หลัก	<p>1. พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ</p> <p>2. ขยายผลการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ใน โรงพยาบาลขนาด F2 / F3 และ รพ.สต. L ที่ผ่าน 5 ดาว</p> <p>3. ขยายผล กำแพงเพชร โมเดล ในพื้นที่ของ รพ. ขนาด A S M1</p>	<p>1. สนับสนุนการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และ อบรมระยะสั้นแพทย์ทั่วไปด้านเวชศาสตร์ครอบครัว</p> <p>2. พัฒนาสมรรถนะคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ</p> <p>3. พัฒนารูปแบบและการบริหารอัตรากำลัง</p> <p>4. พัฒนารูปแบบการสร้างจูงใจ</p> <p>5. ประเมินและส่งเสริมการพัฒนาหลักสูตรสำหรับอบรม แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว/คณะผู้ให้บริการปฐมภูมิ</p> <p>6. สนับสนุนศูนย์เรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและ พัฒนาระบบปฐมภูมิ ระดับเขตสุขภาพ</p>	<p>1. พัฒนารูปแบบการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ที่ เกี่ยวข้อง</p> <p>2. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ เชื่อมโยงกับข้อมูลของหน่วยงานอื่นทั้งภาครัฐ และเอกชน</p> <p>3. สื่อสารประชาสัมพันธ์ นโยบาย และสร้าง ความเข้าใจแก่บุคลากรและประชาชน</p>	<p>1. ขับเคลื่อน พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562</p> <p>2. ทบทวนแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ</p> <p>3. ทบทวนแผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ</p> <p>4. วางระบบติดตามและประเมินผล</p> <p>5. กำหนดทิศทาง สร้างความร่วมมือภาคีเครือข่าย สู่การ ขับเคลื่อนอย่างบูรณาการจากหน่วยงานและภาคีต่าง ๆ ในการ บริหารจัดการ จัดบริการ และการสนับสนุนรูปแบบต่าง ๆ</p>
ระดับ ความสำเร็จ	<p>ไตรมาส 1 (3 เดือน)</p> <p>- จังหวัด / เขตสุขภาพ มีแผนการจัดตั้งหน่วย บริการ ปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐม ภูมิ 10 ปี</p>	<p>ไตรมาส 2 (6 เดือน)</p> <p>- หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิ (ผ่าน 3S) แจ้งยืนยันขอขึ้นทะเบียน ร้อยละ 15 (ตาม พรบ.)</p>	<p>ไตรมาส 3 (9 เดือน)</p> <p>- มีการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ (ผ่าน 3S) ร้อยละ 20 ของ แผนการจัดตั้งระดับเขตสุขภาพ 10 ปี</p>	<p>ไตรมาส 4 (12 เดือน)</p> <p>- มีการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิ (ผ่าน 3S) ร้อยละ 25 ของแผนการจัดตั้งระดับเขต สุขภาพ 10 ปี</p>



PP&P Excellence

แผนงานที่ 2

หน่วยงานหลัก : สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

แผนงานการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ

โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

Target / KPI No. เป้าหมาย : มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนได้อย่างเป็นรูปธรรม
KPI: ร้อยละ 70 ของอำเภอมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ

Situation/ Baseline มีการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตั้งแต่ปี พ.ศ 2559 มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 73 อำเภอ / พ.ศ. 2560 มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 200 อำเภอ/พ.ศ.2561 มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 878 อำเภอ รองรับระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ 50.7 / พ.ศ.2562 อำเภอที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ 66.28

Strategy มาตรการ	<p>Strategy 1 สร้างกลไกขับเคลื่อนที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ</p>	<p>Strategy 2 พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างมีส่วนร่วม</p>	<p>Strategy 3 เสริมสร้างศักยภาพ พชอ. อย่างมั่นคงและยั่งยืน</p>
------------------	---	--	---

Key Activity กิจกรรมหลัก	<p>1. ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561</p> <p>2. จัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นพัฒนา นำมาคัดเลือกเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามบริบทในพื้นที่</p> <p>3. อำเภอมีการประเมินตนเองและรายงานผล เพื่อนำมาวางแผนพัฒนาร่วมกันกับจังหวัด</p>	<p>1. จัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นพัฒนา เพื่อการขับเคลื่อนบูรณาการการทำงานร่วมกันเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต</p> <p>2. จัดทำแผนดำเนินการพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 เรื่อง</p> <p>3. ดำเนินการตามแผนดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต</p> <p>4. สรุปบทเรียนผลการดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต</p>	<p>1. ดำเนินการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอแบบบูรณาการและมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน</p> <p>2. ประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ</p> <p>3. สรุปผลการดำเนินงาน/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชื่นชมและเสริมพลัง</p> <p>4. สนับสนุนและส่งเสริมให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันภายในอำเภอเดียวกันเป็นบทบาทสำคัญเพื่อให้กลายเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมท้องถิ่น</p>
--------------------------	---	---	---

Small Success	<p>Small success ไตรมาส 1</p> <ul style="list-style-type: none"> -มีการประชุม ทบทวนคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย 2 ประเด็น -มีการประเมินตนเอง และวางแผนการพัฒนา 	<p>Small success ไตรมาส 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีคณะทำงาน วางแผนแนวทางในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามที่พื้นที่กำหนด - มีการบริหารจัดการ ทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นฯ 	<p>Small success ไตรมาส 3</p> <p>มีการเยี่ยมเสริมพลังและประเมินผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการประเมินของผู้เยี่ยมระดับจังหวัดและเขต</p>	<p>Small success ไตรมาส 4</p> <p>มีอำเภอมีการดำเนินการและผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ 70</p>
---------------	---	--	--	---

หน่วยงานหลัก : สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

แผนงาน : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ

Target / KPI No.	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับ 5 ดาวสะสม ร้อยละ 75				
Situation /Baseline	<p>Situation : ปัจจุบันมีเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) หลายเกณฑ์ ซึ่งดำเนินการโดยหลายหน่วยงาน กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายในการพัฒนาเกณฑ์คุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) เป็นเกณฑ์เดียวที่บูรณาการในกรอบการประเมินรูปแบบเดียว เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานบริการปฐมภูมิ</p> <p>Baseline : มี รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ฯ จำนวน 6,914 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 70.68 (แบบสะสม) ไม่รวม ศสช. ศสม. PCU ข้อมูล ณ วันที่ 30 ส.ค. 2562</p>				
Strategy	1. พัฒนามาตรฐานเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดตาม ปี 2563	2. พัฒนาคณะทำงานทุกระดับให้มีมาตรฐาน	3. สื่อสาร ชี้แจง ประชาสัมพันธ์ นโยบาย แนวทาง และแผนพัฒนา องค์กรคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม	4. พัฒนาระบบ ฐานข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิ	5. ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน
Key Activity	1. ประชุมทบทวน และพัฒนาเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ปี 2563 ให้ได้มาตรฐาน	1. ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานและประเมินคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ปี 2563 2. อบรมเชิงปฏิบัติการคณะทำงานพัฒนาและประเมินคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับเขต (ครูก.) จำนวน 1 ครั้ง/ปี 3. อบรมเชิงปฏิบัติการคณะทำงานพัฒนาและประเมินคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับเขต (ครูข.) จำนวน 1 ครั้ง/ปี 4. มีการส่งทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอลงไปพัฒนา รพ.สต.ทุกแห่ง ด้วยเกณฑ์ รพ.สต.ติดตาม ให้ได้คุณภาพ 5. บูรณาการคณะทำงานพัฒนาระบบปฐมภูมิระดับเขต	1. ประชุมชี้แจงนโยบาย กำหนด ทิศทาง ติดตามการดำเนินงาน (kickoff) ระดับประเทศ 2. ทบทวนจัดทำคู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ปี 2563 3. เพิ่มช่องทางในการสื่อสาร ชี้แจง ประชาสัมพันธ์นโยบาย แนวทางในการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม	1. ปรับปรุงระบบข้อมูล ทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ	1. รพ.สต.ทุกแห่งประเมินตนเอง (ที่ยังไม่ผ่าน เกณฑ์) 2. คณะทำงานระดับอำเภอ ประเมิน 3. คณะทำงานระดับจังหวัด ประเมินรับรอง 4. คณะทำงานระดับเขต ประเมินเพื่อหาต้นแบบ 5. มอบใบรับรอง รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ฯ
Small Success	<p>ไตรมาส 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประชุมชี้แจงนโยบาย (kickoff) ระดับประเทศ 2. อบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาทีมประเมินระดับเขต 3. มีคู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ปี 2563 4. รพ.สต.มีการประเมินตนเองตามเกณฑ์และบันทึกข้อมูลในระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ 	<p>ไตรมาส 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อบรม ครู ข ทุกเขต อย่างน้อย เขตละ 1 ครั้ง 2. แต่งตั้งทีมพัฒนา/ทีมประเมินระดับจังหวัด 1 ทีม อำเภอ 1 ทีม 3. มีทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอเพื่อพัฒนา รพ.สต.ทุกแห่ง 3. ให้ สสอ./สสจ. มีการตรวจสอบข้อมูล ในระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อวางแผนพัฒนา 	<p>ไตรมาส 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รพ.สต. ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ 5 ดาว มีการประเมินตนเองและพัฒนา 2. มีการประเมินและรับรองผล รพ.สต.ติดตาม ในระดับอำเภอ จังหวัด และเขต 	<p>ไตรมาส 4</p> <p>รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดตาม ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 75 (สะสม)</p>	



ลดแออัด ลดรอคอย ในโรงพยาบาล

เพิ่มการให้บริการใน PCC เขตเมือง
การรับยาที่ร้านขายยา
ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

พัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ

(ร่าง) การพัฒนาระบบบริการเพื่อลดความแออัด

Objective KPI	ลดความแออัด ลดการรอคอย ของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (ระดับ A,S) (1) จำนวน OP visit ของ PCC เขตเมืองเพิ่มขึ้น (2) รพ.มีระบบนัดหมายและคิวออนไลน์ (3) รพ.มีระบบรับยาที่ร้านยา			
Situation/ Baseline	จำนวนผู้รับบริการ (OPD visit/ ปี) : รพศ. 756,000 ครั้ง รพท. 359,000 ครั้ง รพช.ขนาดใหญ่ 209,000 ครั้ง รพช.ขนาดเล็ก 101,000 ครั้ง			
Strategy มาตรการ	จัดระบบบริการรับยาที่ร้านยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.1)	ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการบริหารจัดการระบบบริการ	จัดระบบการแพทย์ปฐมภูมิอย่างทั่วถึง	
Key Activity กิจกรรม หลัก	<p>กบรส.ร่วมกับ สปสช. : กำหนดรูปแบบ และแนวทางดำเนินการ และเงื่อนไขการเบิกจ่าย และประสานหารือเรื่องระเบียบ/ข้อปฏิบัติที่เป็นข้อจำกัดในการดำเนินการ</p> <p>ศูนย์เทคโนโลยีและการสื่อสาร สป. ร่วมกับ สปสช. และ รพ. : พัฒนาระบบสารสนเทศระหว่าง รพ. ร้านยา กองทุน และผู้ป่วย</p> <p>สสจ. ร่วมกับ สภาเภสัชกรรม : พัฒนาร้านยา และประสานการทำงานระหว่างร้านยาและรพ. กำกับการจ่ายยาให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ</p> <p>โรงพยาบาล : จัดระบบบริการรับยาที่ร้านยาและกำกับติดตามการให้บริการของร้านยา</p>	<ol style="list-style-type: none"> ระบบนัดหมายและคิว Tele-health 	<ol style="list-style-type: none"> มี Gate keeper OPD เพื่อรองรับผู้ป่วย 	
หน่วยงาน	กองบริหารการสาธารณสุข	ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ	
Small Success	<p>Small success ไตรมาส 1</p> <ol style="list-style-type: none"> เข้าร่วมโครงการฯ 20 รพ./ 200 ร้านยา จำนวน OP Visit ของ PCC เขตเมือง เพิ่มขึ้น ร้อยละ.... กระทรวงมี application รองรับระบบนัดหมายและคิวออนไลน์ 	<p>Small success ไตรมาส 2</p> <ol style="list-style-type: none"> เข้าร่วมโครงการฯ 30 รพ./300 ร้านยา จำนวน OP Visit ของ PCC เขตเมือง เพิ่มขึ้น ร้อยละ.... จำนวนรพ.มีระบบนัดหมายและคิวออนไลน์ 	<p>Small success ไตรมาส 3</p> <ol style="list-style-type: none"> เข้าร่วมโครงการฯ 40 รพ./400 ร้านยา จำนวน OP Visit ของ PCC เขตเมือง เพิ่มขึ้น ร้อยละ.... จำนวนรพ.มีระบบนัดหมายและคิวออนไลน์ 	<p>Small success ไตรมาส 4</p> <ol style="list-style-type: none"> เข้าร่วมโครงการฯ 50 รพ./ 500 ร้านยา จำนวน OP Visit ของ PCC เขตเมืองเพิ่มขึ้น ร้อยละ.... จำนวนรพ.มีระบบนัดหมายและคิวออนไลน์

การพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ

Target	(1) รพศ. ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ ร้อยละ 80 (2) จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ลดลง ร้อยละ 10 (3) อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 12 (Trauma<12 %, Non-trauma<2%) (4) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ admit อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2 ชม. (2-hr target)>ร้อยละ 50			
Situation/ Baseline	๑. จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการห้องฉุกเฉิน ๓๕ ล้านครั้ง/ปี > ๖๐% เป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน ๒. ขาดแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ๓. ขาดระบบข้อมูลห้องฉุกเฉินที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน			
One ER One Province				
Strategy	มาตรการที่ 1 จัดระบบบริการที่มีมาตรฐาน	มาตรการที่ 2 จัดระบบสนับสนุน	มาตรการที่ 3 การพัฒนาและธำรงรักษากำลังคน	
Key Activity	1. ลดผู้ป่วยที่เข้ามาบริการที่ห้องฉุกเฉิน 2. เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยการจัดบริการเครือข่ายห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน ตาม ER Service Delivery และกำหนด ER Target time 2-4 ชั่วโมง (Door in to Door out) 3. 2 P safety	1. พัฒนาอาคารสถานที่ โดยจัดให้มี Double door with access control, ห้องรอตรวจ (Waiting area/room) และ ห้องแยกโรค (Isolation room)) 2. จัดทำเกณฑ์ ER คุณภาพ 3. เชื่อมโยงข้อมูลด้านการแพทย์ฉุกเฉิน โดยการพัฒนา ระบบ Teleconsultation และ Ambulance Operation Center (AOC) 4. ส่งข้อมูลผู้รับบริการห้องฉุกเฉินทุกราย ผ่านแฟ้ม “ACCIDENT” ในระบบข้อมูล 43 แฟ้ม และจัดทำ National Emergency Care Information System	1. วางแผนและเพิ่มอัตราการแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (EP) พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP) และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic) 2. ธำรงรักษาแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (EP) พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP) พยาบาลวิชาชีพห้องฉุกเฉิน (RN) และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic) 3. อบรมหลักสูตร ER คุณภาพ	
Small Success	ไตรมาส 1 1. แต่งตั้งคณะกรรมการห้องฉุกเฉินคุณภาพ ระดับเขตสุขภาพ ระดับจังหวัด และระดับโรงพยาบาล 2. มีการจัดทำเกณฑ์ ER คุณภาพ 3. วางแผนการพัฒนาตามเกณฑ์ ER คุณภาพ รวมทั้งจัดระบบบริหารจัดการผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉิน และระบบบริหารจัดการ ER target time 2-hr target	ไตรมาส 2 1. จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ลดลงจากเดิมร้อยละ 5 2. ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ admit อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2 ชม. > ร้อยละ 30 3. เครือข่ายห้องฉุกเฉินในระดับจังหวัด มีการจัดบริการตามเกณฑ์ ER คุณภาพ 4. พัฒนาระบบ Teleconsultation ร้อยละ 30	ไตรมาส 3 1. จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 ลดลงจากเดิมร้อยละ 7 2. ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ admit อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2 ชม. > ร้อยละ 40 3. พัฒนาระบบ Teleconsultation ร้อยละ 40 4. พัฒนาระบบ AOC 6 เขตสุขภาพ	ไตรมาส 4 1. รพศ. 34 แห่ง ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ ร้อยละ 80 2. จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ลดลง ร้อยละ 10 3. อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่เกิน ร้อยละ 12 (Trauma < 12 %, Non-trauma<12 %) 4. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ admit อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2 ชม. (2 - hr target) > ร้อยละ 50 5. พัฒนาระบบ Teleconsultation ร้อยละ 50 6. พัฒนาระบบ AOC ให้ครบทุกเขตสุขภาพอย่างน้อย เขตสุขภาพละ 1 แห่ง



▶ Fast Track

การจัดการโรคหลอดเลือดสมอง
(Stroke)

การจัดการโรคกล้ามเนื้อหัวใจ
ขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI)



หน่วยงานหลัก:

แผนพัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง ปี 63

หน่วยงานร่วม:

ตัวชี้วัดหลัก	1) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69) (เป้าหมาย น้อยกว่าร้อยละ 7)					
สถานการณ์ / ข้อมูล พื้นฐาน	1) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69) = ร้อยละ 7.97 2) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke :I60-I62) = ร้อยละ 22.78 3) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke :I63) = ร้อยละ 3.78 4) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) = ร้อยละ 44.81 5) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit = ร้อยละ 67.07 6) ร้อยละ 94.19 ของโรงพยาบาลระดับ A ที่มีหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) 7) ร้อยละ 81.63 ของโรงพยาบาลระดับ S ที่มีหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) 8) ทุกจังหวัดมีบริการ Stroke fast track เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด					
มาตรการ / Value chain	1. บริการการสุขภาพ	2. พัฒนามาตรฐาน	3. รับรองมาตรฐาน	4. เครือข่าย	5. พัฒนาศูนย์บริการ	6. ระบบข้อมูล
ส่วนกลาง	<ul style="list-style-type: none"> จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง สนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น ประชาสัมพันธ์ Stroke Alert, Stroke Awareness สู่สาธารณชน 	<ul style="list-style-type: none"> จัดให้มีแนวทางในการดำเนินงานตามแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ในสถานพยาบาล 	<ul style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบการรับรองคุณภาพ ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน (Standard Stroke Center Certification : SSCC) และ Stroke Unit ตรวจประเมินเพื่อรับรองมาตรฐาน 	<ul style="list-style-type: none"> กำหนดนโยบายในการจัดให้มีเครือข่ายบริการโรคหลอดเลือดสมองในระดับประเทศ 	<ul style="list-style-type: none"> ถ่ายทอดความรู้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แก่แพทย์ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ จัดให้มีระบบการจัดการความรู้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จัดสรรอัตรากำลังด้านโรคหลอดเลือดสมอง ให้เพียงพอ 	<ul style="list-style-type: none"> จัดให้มีระบบงานตัวชี้วัดมาตรฐานด้านโรคหลอดเลือดสมอง ที่ครอบคลุมสถานพยาบาลทุกระดับ ทุกสังกัดทั้งใน กทม. และต่างจังหวัด ทั่วประเทศ
เขตสุขภาพ/ สสจ.	<ul style="list-style-type: none"> กำหนดนโยบายให้ รพ. ระดับ A, S ทุกแห่ง ต้องมี Stroke Unit และให้บริการ Stroke fast track ที่มีคุณภาพ กำหนดนโยบายในการพัฒนา Stroke Unit ให้มีจำนวนเตียงเพียงพอ 	<ul style="list-style-type: none"> จัดให้มีแนวทางในการดำเนินงานตามแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ในสถานพยาบาลทุกระดับในพื้นที่รับผิดชอบ เผยแพร่แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแตก (Care map for hemorrhagic stroke) เผยแพร่แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันสำหรับแพทย์ 	<ul style="list-style-type: none"> สนับสนุนให้สถานพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบเข้าร่วมเครือข่ายวิชาการเพื่อการรับรองมาตรฐาน และสนับสนุนทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนให้มีรับรองคุณภาพ ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน (Standard Stroke Center Certification : SSCC) อย่างน้อยเขตละ 1 แห่ง 	<ul style="list-style-type: none"> จัดให้มีเครือข่ายบริการ ทั้ง Acute และ Intermediate care จัดทำแนวทางในการรับส่งต่อผู้ป่วยทั้งภายในเขตและนอกเขตบริการที่รับผิดชอบ ให้ชัดเจน 	<ul style="list-style-type: none"> สนับสนุนการศึกษาฝึกอบรม และการจัดการความรู้ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้แก่แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ ในสังกัด 	<ul style="list-style-type: none"> กำกับรายงานตัวชี้วัดมาตรฐานด้านโรคหลอดเลือดสมอง ของสถานพยาบาลทุกระดับทุกสังกัดในพื้นที่ที่รับผิดชอบ
รพ.	<ul style="list-style-type: none"> รพ. ระดับ A, S ทุกแห่งต้องมี Stroke Unit และ Stroke fast track เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด จัดให้มี Stroke Unit ใน รพ. ระดับ M ที่มีความพร้อม ให้การรักษ Hemorrhagic stroke ใน Stroke Unit/ICU จัดให้มีบริการ Thrombectomy ในรพ.ระดับ A ที่มีความพร้อม 	<ul style="list-style-type: none"> ให้การรักษพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองตามแนวทางการรักษาและแนวทางการดำเนินงานที่กำหนด 	<ul style="list-style-type: none"> เข้าร่วมเครือข่ายวิชาการ เพื่อพัฒนาการดูแลรักษาให้เป็นไปตามมาตรฐาน 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินงานตามแนวทาง การรับส่งต่อผู้ป่วยที่ได้กำหนดไว้ 	<ul style="list-style-type: none"> จัดให้แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ ในสังกัด เข้ารับการศึกษาฝึกอบรมด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จัดให้มีการจัดการความรู้ในการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมอง 	<ul style="list-style-type: none"> บันทึก/จัดทำรายงานตัวชี้วัดมาตรฐานด้านโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง และรวดเร็ว
ระดับความสำเร็จ	Small Success 3 เดือน 1) จัดทำแผนพัฒนาเครือข่ายระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองระดับเขตสุขภาพ 2) มีการนำ Care map for Hemorrhagic stroke มาใช้ใน Stroke unit	6 เดือน 1) อัตราตายโรคหลอดเลือดสมองแตก <25% 2) อัตราตายโรคหลอดเลือดสมองตีบ<5% 3) ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชม. ได้รับการรักษาภายใน 60 นาที ≥60% 4) ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน 72 ชม. ได้รับการรักษาใน stroke unit ≥45% 5) โรงพยาบาลระดับ A, S ทุกแห่งมี Stroke unit 100 %	9 เดือน 1) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก<25% 2) อัตราตายผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ<5%	12 เดือน 3) อัตราตายโรคหลอดเลือดสมองแตก <25% 4) อัตราตายโรคหลอดเลือดสมองตีบ<5% 5) ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชม. ได้รับการรักษาภายใน 60 นาที ≥60% 6) ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน 72 ชม. ได้รับการรักษาใน stroke unit ≥45% 7) มีการรับรองคุณภาพศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุข อย่างน้อยเขตละ 1 แห่ง		

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ไม่เกินร้อยละ 9	2. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด > 50
สถานการณ์/ ข้อมูล พื้นฐาน	1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจเฉียบพลันชนิด STEMI ร้อยละ 8.41 3. ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการล่าช้า พบว่าระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการถึงได้รับการวินิจฉัยมีค่ามัธยฐาน = 120 นาที	2. ร้อยละการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด 2.1 ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย = 47.16 2.2 ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย = 44.32

มาตรการ /Value chain	1.การพัฒนาบุคลากร	2.การพัฒนามาตรฐานการรักษา	3.การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการ	4.ระบบข้อมูลสารสนเทศ	5.นโยบาย/กลยุทธ์
กิจกรรมหลัก	<ul style="list-style-type: none"> - เพิ่มอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องให้เพียงพอกับภาระงาน - กำหนดให้มี project manager และมีกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน - จัดการอบรมวิชาการในการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย STEMI และ Advanced cardiac life support (ACLS) 	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดตัวชี้วัดเพื่อพัฒนามาตรฐานการรักษาผู้ป่วย - จัดทำ Guideline การรักษาผู้ป่วย STEMI - นิเทศงานและให้การสนับสนุนเพื่อให้โรงพยาบาลในเขตสุขภาพให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐาน - นิเทศงานและจัดอบรมเพื่อให้ความรู้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย - ติดตามตัวชี้วัดเพื่อประเมินมาตรฐานการรักษา 	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดนโยบายระบบ STEMI Fast Tract ให้ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ - กำหนดมาตรฐานระบบการส่งต่อผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการพัฒนาโปรแกรม Thai ACS Registry อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพ - จัดการอบรมการใช้ โปรแกรม Thai ACS Registry - สนับสนุนให้มีการใช้โปรแกรมอย่างแพร่หลาย - จัดสรรงบประมาณในการบริหารจัดการข้อมูล 	<ul style="list-style-type: none"> - การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ประชาชนให้ทราบถึงอาการของโรคหัวใจขาดเลือด (Early warning symptom and sign) และการเข้าถึงระบบบริการอย่างรวดเร็ว (Public alert) - การสนับสนุนให้ TNK แทนการใช้ SK ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน เพื่อการรักษานผู้ป่วย STEMI - สนับสนุนเพิ่มอัตรากำลัง ค่าตอบแทน และความก้าวหน้าในวิชาชีพให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
เขต/สสจ.	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดกรอบอัตรากำลังให้เพียงพอต่อภาระงาน - สนับสนุนในการส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม 	<ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนโรงพยาบาลในเขตสุขภาพในการรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐาน - ติดตามตัวชี้วัดเพื่อประเมินมาตรฐานการรักษา 	<ul style="list-style-type: none"> - ดำเนินการให้มีระบบ STEMI Fast Tract ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และมีความชัดเจนในระบบการส่งต่อผู้ป่วย - กำกับดูแลเพื่อให้ระบบ STEMI Fast Tract สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีศูนย์หัวใจที่สามารถทำ Emergency PCI เปิดบริการ 24/7 อย่างน้อย 1 แห่งต่อเขตสุขภาพ - ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - กำกับดูแลรพ.ในเขตสุขภาพในการลงข้อมูล โปรแกรม Thai ACS Registry อย่างครบถ้วนและสม่ำเสมอ - สนับสนุนในการส่งบุคลากรเพื่ออบรมการลงข้อมูล 	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานตามนโยบาย - จัดการรณรงค์ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ เพื่อให้ความรู้ผู้ป่วยให้ทราบถึงอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและการเข้าถึงการบริการ
รพ.	<ul style="list-style-type: none"> - คัดเลือกบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อเข้ารับการอบรม - กำหนดภาระงานบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจน - จัดการอบรมให้ความรู้บุคลากรในรพ.ในการดูแลรักษาผู้ป่วย STEMI และ การทำ ACLS 	<ul style="list-style-type: none"> - ให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ตามมาตรฐานและ Guideline, รพ.ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ - เก็บข้อมูลตัวชี้วัดมาตรฐานการรักษา - ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมวิชาการเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> - ดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยตามระบบเครือข่ายของเขตบริการสุขภาพ - ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - คัดเลือกและมอบหมายบุคลากรเพื่อเข้ารับการอบรมการลงข้อมูล Thai ACS Registry และทำการลงข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ 	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานตามนโยบาย

Small Success	ระดับความสำเร็จ	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI		ไม่เกินร้อยละ 9	ไม่เกินร้อยละ 9	ไม่เกินร้อยละ 9	ไม่เกินร้อยละ 9
2. ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย หรือ ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย		> 50	> 50	> 50	> 50
3. การรณรงค์ Heart attack alert สำหรับประชาชน		จัดทำสื่อให้ความรู้ประชาชนให้ทราบถึงอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	เผยแพร่สื่อ	เผยแพร่สื่อ	เผยแพร่สื่อ



▶ การเข้าถึงกัญชา ทางการแพทย์

มุ่งเน้นให้ประชาชนมีความรู้
และเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์
ได้อย่างทั่วถึงมีคุณภาพและปลอดภัย



การเข้าถึงบริการกัญชาทางการแพทย์ นโยบายเร่งด่วน กระทรวงสาธารณสุข ปี งบประมาณ 2563

Target/KPI	เพื่อให้การบริการกัญชาทางการแพทย์ผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย			
Situation/ Baseline	หลายประเทศทั่วโลกได้มีการนำสารสกัดจากกัญชามาใช้เพื่อเป็นยารักษาโรค และรัฐบาลได้มีการประกาศนโยบายให้มีการใช้กัญชาอย่างเสรีในทางการแพทย์ ในการดำเนินการจำเป็นต้องมีกระบวนการในการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อให้ประโยชน์ทางการแพทย์ และผลข้างเคียงต่อผู้รับบริการน้อยที่สุด ทั้งนี้จำนวนผู้รับบริการที่มีข้อบ่งชี้ทั้งแพทย์ปัจจุบันและแพทย์แผนไทยฯ ประมาณ 8 ล้านกว่าคน (อ้างอิงนพ.ธีระวัฒน์ เหมะจุฑา) ในขณะที่ สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ผลิตโดยองค์การเภสัชฯและรพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่กระจายนำสู่การบริการ สถานพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
Strategy	มาตรการที่ 1 การสื่อสารความรู้เรื่องการมารับบริการกัญชาทางการแพทย์ ที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ประชาชน และบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้ผู้รับบริการที่มีข้อบ่งชี้เข้าถึงบริการ	มาตรการที่ 2 การเตรียมความพร้อมของหน่วยบริการ แบบผสมผสาน แพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย ในการให้บริการการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างปลอดภัย	มาตรการที่ 3 การพัฒนากระบวนการจัดเก็บข้อมูลการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ เพื่อประเมินความเหมาะสมในการใช้กัญชาทางการแพทย์และวางแผนให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วย	มาตรการที่ 4 การพัฒนาระบบติดตาม กำกับ เพื่อประเมินรูปแบบที่เหมาะสม นำไปสู่การขยายผลการให้บริการแก่ประชาชน
Key Activity	<ol style="list-style-type: none"> อบรมให้ความรู้แบบบูรณาการทั้งการให้บริการแบบผสมผสานแผนปัจจุบันและแผนไทย แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถให้บริการกัญชาทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ชุดความรู้แบบอิเล็กทรอนิกส์ ออนไลน์ ที่ง่ายแก่ความเข้าใจ เข้าถึง อย่างถูกต้องของประชาชน 	<ol style="list-style-type: none"> แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการเพื่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ พัฒนาแนวทางในการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบผสมผสานแผนปัจจุบันและแผนไทย อัตรากำลัง สหวิชาชีพ สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ที่เพียงพอ ชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระบบส่งต่อผู้ป่วยมาขอรับบริการและผลข้างเคียง 	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล C-MOPH และ SAS การใช้กัญชาทางการแพทย์ เพื่อให้สามารถประเมินวิเคราะห์ และวางแผนการให้บริการที่เหมาะสม เพื่อวิเคราะห์ความพอเพียงของยา กัญชา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ต่อเนื่อง 	<ol style="list-style-type: none"> การดำเนินการจัดตั้งคลินิกผสมผสาน ติดตามผู้ได้รับบริการตามข้อบ่งชี้ สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ติดตามผลข้างเคียง และคุณภาพชีวิต ตามแนวทางที่กำหนดไว้ KM Best Practice
Small Success (KPI)	ไตรมาส 1 - มีการจัดตั้ง คลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ผสมผสานแผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย รพศ./ รพท. เขตสุขภาพละ 1 แห่ง	ไตรมาส 2 - มีการจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ผสมผสานแผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย รพศ./ รพท. ร้อยละ 40	ไตรมาส 3 - มีการจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ผสมผสานแผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย รพศ. / รพท. ร้อยละ 60	ไตรมาส 4 - มีการจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย รพศ./ รพท. ร้อยละ 80 - คุณภาพชีวิต ดีขึ้น ร้อยละ 60

A photograph of a wooden desk with various medical supplies: a stethoscope, a white spiral notebook, a grey pen, and several colorful pills (pink, yellow, and red).

▶ นวัตกรรมทางการแพทย์ เพื่อเศรษฐกิจ

สนับสนุนการใช้สมุนไพรไทย การนวดไทย
และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเสริมเศรษฐกิจ

หน่วยงานหลัก: กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

หน่วยงานร่วม:

ประเด็น : สมุนไพร การนวดไทย และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเสริมเศรษฐกิจ

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	เป้าหมาย : สมุนไพร การนวดไทย และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสามารถขับเคลื่อนประเทศสู่ศูนย์กลางเศรษฐกิจสร้างสรรค์แบบครบวงจร สร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตให้ประชาชนอย่างยั่งยืน ตัวชี้วัด : ร้อยละที่เพิ่มขึ้นของรายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย (ร้อยละ 5)			
สถานการณ์ /ข้อมูล พื้นฐาน	1. การแพทย์แผนไทยและสมุนไพรได้รับความนิยมในการขับเคลื่อนประเทศในเชิงเศรษฐกิจมากขึ้น โดยพบว่ายุทธศาสตร์ชาติและนโยบายรัฐบาลได้ให้ความสำคัญในการสร้างความสามารถในการแข่งขัน ทั้งในการพัฒนาเกษตรชีวภาพ อุตสาหกรรมชีวภาพ การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย และการพัฒนาผู้ประกอบการและวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมยุคใหม่ โดยมุ่งเน้นให้ไทยมีขีดความสามารถในการแข่งขันสูงขึ้น สามารถสร้างรายได้ให้กับประชาชนอย่างทั่วถึง ภายใต้แนวคิดต่อยอดอดีต ปรับปัจจุบัน และสร้างคุณค่าใหม่ในอนาคต 2. ข้อมูลจากศูนย์วิจัยด้านตลาดการท่องเที่ยว (TAT Intelligence Center) พบว่า มูลค่าการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Medical and Wellness Tourism) ของไทยในปี 2561 มีรายได้รวมทั้งสิ้น 26.6 หมื่นล้านบาท (ข้อมูลตั้งแต่ ต.ค. 60 - เม.ย. 61) เพิ่มขึ้นจากฐานเดิมร้อยละ 6.02 คิดเป็นมูลค่าทั้งสิ้น 1.51 พันล้าน (ฐานเดิมในปี 2559 มีมูลค่าทั้งสิ้น 25.09 หมื่นล้านบาท โดยกิจกรรมที่สร้างมูลค่าในการใช้จ่ายสูงสุด ได้แก่ การท่องเที่ยวพร้อมตรวจสุขภาพหรือศัลยกรรมเสริมสวย จำนวน 35,721.86 บาท/คน/ทริป)			
มาตรการ /Value chain	มาตรการที่ 1 ขับเคลื่อนสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ	มาตรการที่ 2 ขับเคลื่อนการนวดไทย เพื่อสร้างอาชีพและรายได้	มาตรการที่ 3 ขับเคลื่อนกัญชา กัญชง สร้างเสริมสุขภาพ	มาตรการที่ 4 ขับเคลื่อนการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Medical & Wellness Tourism)
กิจกรรม หลัก	1. ส่งเสริม/สนับสนุนผู้ประกอบการในการนำภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรต่อยอดในเชิงเศรษฐกิจ ภายใต้กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองและส่งเสริมนโยบายการแพทย์แผนไทยและกฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สมุนไพร 2. ส่งเสริมสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจในชุมชน รองรับบริการเกษตรอุตสาหกรรม และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพใน 14 จังหวัดเมืองสมุนไพร 3. พัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อตอบสนองการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ สปา การนวดไทย และการกีฬา 4. เจรจาจับคู่ธุรกิจและส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรคุณภาพทั้งในและต่างประเทศ ผ่านออนไลน์และออฟไลน์	1. ยกระดับมาตรฐานการนวดไทยและหน่วยประเมินมาตรฐาน (Certification Body) 2. พัฒนาและยกระดับกำลังคนด้านการนวดไทย ให้มีคุณภาพและเพียงพอในระบบบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน 3. วิจัย พัฒนาระบบข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) ภูมิปัญญาการนวดไทยให้ประชาชน/นักท่องเที่ยวเข้าถึงแหล่งให้บริการการนวดไทยที่มีคุณภาพ 4. พัฒนารูปแบบสถานประกอบการด้านการนวดไทยและศูนย์สุขภาพครบวงจรที่นำอัตลักษณ์ความเป็นไทยเข้าสู่สถานบริการสุขภาพที่สามารถสร้างมูลค่าเพิ่มได้	1. ส่งเสริมให้มีการปลูกกัญชา กัญชง ให้เพียงพอกับความต้องการภายในประเทศและต่างประเทศโดยอาศัยความร่วมมือกับภาครัฐและวิสาหกิจชุมชน 2. พัฒนาลิขสิทธิ์จากกัญชา กัญชง โดยเน้นเป็นผลิตภัณฑ์สุขภาพ 3. พัฒนาการวิจัยเพื่อพัฒนาสินค้าเชิงนวัตกรรมและการตลาดจากกัญชา กัญชง และกระท่อม	1. การพัฒนารูปแบบบริการดึงดูดชาวต่างชาติ (Magnet) ในสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพชั้นนำ 2. การปรับปรุงมาตรฐานกฎหมาย กฎระเบียบ ประกาศ หรือข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เอื้อต่อการดำเนินตามนโยบาย Medical Hub 3. จัดทำฐานข้อมูลใน 4 ผลผลิตหลัก ตามนโยบาย Medical Hub 4. การทำ Business Matching ระหว่างสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพของไทยในประเทศ และต่างประเทศ 5. เผยแพร่และประชาสัมพันธ์นโยบาย Medical Hub ในต่างประเทศ
ผู้รับผิดชอบ	สธ. (กรม พท., ว. , อย., สป.) , กษ, อก, พณ, อว, มท, ดศ, กก, กต, ทส ร่วมกับสภาวิชาชีพและเอกชน สภาหอการค้าไทย, สภาอุตสาหกรรม	สธ. (กรม พท., สปส.) ร่วมกับ รง. (กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน) วธ. เครือข่ายมหาวิทยาลัย และภาคเอกชน	สธ. (กรม พท., อย. ว. พ. สป.) สภาเกษตรกรแห่งชาติ เครือข่ายมหาวิทยาลัย ปปส. วิสาหกิจชุมชน ภาคเอกชน	สธ. (กรม สปส., พท.) และ กท.
ระดับ ความสำเร็จ	ไตรมาส 1 (3 เดือน) 1. บุคลากรด้านการนวดไทยได้รับการยกระดับเพิ่มขึ้น 50% 2. มาตรฐานการนวดไทยได้รับการยกระดับให้เป็นที่ยอมรับ 4 รูปแบบ 3. มีรายการผลิตภัณฑ์/ยาที่ได้รับการรับรองให้สามารถผลิตและจำหน่ายได้โดยไม่ต้องขออนุญาตขึ้นทะเบียน (Positive list) 30 รายการ 4. ได้รูปแบบบริการดึงดูดชาวต่างชาติ (Magnet) ในสถานพยาบาลที่ผ่าน JCI (70 แห่ง) และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพชั้นนำ 5. ได้กฎหมาย กฎระเบียบ ประกาศ หรือข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เอื้อต่อการดำเนินตามนโยบาย Medical Hub จำนวน 2 ฉบับ	ไตรมาส 2 (6 เดือน) 1. มีตำรับยาแผนไทยสำหรับประชาชน 30 ตำรับ 2. บุคลากรด้านการนวดไทยได้รับการยกระดับเพิ่มขึ้น 80% 3. เมืองสมุนไพร 14 จังหวัดได้รับการพัฒนาเพื่อรองรับเศรษฐกิจในชุมชน รองรับบริการเกษตร อุตสาหกรรม และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ 4. ส่งเสริมให้วิสาหกิจชุมชนปลูกกัญชา (Cannabis, Hamp) 100 ไร่ 5. ได้รูปแบบบริการดึงดูดชาวต่างชาติ (Magnet) ในสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพชั้นนำ จำนวน 3-5 แห่ง 6. ได้กฎหมาย กฎระเบียบ ประกาศ หรือข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เอื้อต่อการดำเนินตามนโยบาย Medical Hub จำนวน 3 ฉบับ	ไตรมาส 3 (9 เดือน) 1. มีผลิตภัณฑ์กัญชา (Cannabis, Hamp) เชิงนวัตกรรมต้นแบบ 2 ผลิตภัณฑ์ 2. มี big data และแอปพลิเคชันด้านการนวดไทย 1 ระบบ 3. มีศูนย์สุขภาพครบวงจรของจังหวัดเมืองสมุนไพรเชื่อมโยงเมืองท่องเที่ยวและศูนย์สุขภาพเพื่อการแพทย์แผนไทยฯ 10 จังหวัด 4. ได้คู่ค้าจากการทำ Business Matching ระหว่างสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพของไทยในประเทศ และต่างประเทศ จำนวน 10 แห่ง 5. ได้มีการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์นโยบาย Medical Hub ในต่างประเทศ จำนวน 1 ครั้ง	ไตรมาส 4 (12 เดือน) 1. มีตำรับยาแผนไทยสำหรับประชาชนเพิ่มเป็น 100 ตำรับ 2. ผลิตภัณฑ์ต้นแบบของตำรับยาแผนไทย 10 ผลิตภัณฑ์ 3. อัตราเพิ่มของมูลค่าการบริโภคสมุนไพรในประเทศเพิ่มขึ้น 1 เท่าตัว คือ 12,000 ล้านบาท (Baseline ค่าเฉลี่ยของอัตราเพิ่มของมูลค่าการบริโภคสมุนไพร ปี 60-61: 6,000 ล้านบาท) 4. คนไทยมีรายได้เพิ่มขึ้นจากการประกอบอาชีพนวดไทย 540 ล้านบาท 5. รายได้ของประเทศไทยจากการพัฒนาสุขภาพทางการแพทย์แผนไทย 80 ล้านบาท 6. มีศูนย์บริการทางการแพทย์ทางเลือกสำหรับนักท่องเที่ยวและผู้พักที่ระยะยาวในเขต EEC/SEC 2 แห่ง 7. มีฐานข้อมูลใน 4 ผลผลิตหลักตามนโยบาย Medical Hub 1 ระบบ 8. รายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงามและแพทย์แผนไทย เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5



▶ องค์กรคุณภาพ

HA

PMQA

องค์กรแห่งความสุข





Governance
Excellence

แผนงานที่ 11

แผนงาน : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ (HA)

Target / KPI No. 64. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3

Situation /Baseline **Baseline /Situation** : ร้อยละของ รพ.สังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 ปี 2562 (ไตรมาส 3) รพ.ศูนย์/รพ.ทั่วไป/รพ.สังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต ร้อยละ 98.18 (162/165 โรงพยาบาล) รพ.ชุมชน ร้อยละ 88.01 (646/734 โรงพยาบาล) ปีงบประมาณ 2563 ตั้งเป้าหมายโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ผ่านการรับรองคุณภาพ HA ชั้น 3 ร้อยละ 100 โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิตผ่านการรับรองคุณภาพ HA ชั้น 3 ร้อยละ 100 และโรงพยาบาลชุมชนผ่านการรับรองคุณภาพ HA ชั้น 3 ร้อยละ 90 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ และปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข

Strategy	มาตรการที่ 1	มาตรการที่ 2	มาตรการที่ 3
จัดให้มีกลไกการสนับสนุนคุณภาพโรงพยาบาล ในระดับ กรม เขตสุขภาพ จังหวัด	ให้มีแผนด้านคุณภาพโรงพยาบาลในระดับเขตสุขภาพ จังหวัด หน่วยบริการ และเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายคุณภาพ	ให้ สสจ.หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านคุณภาพระดับจังหวัดเป็นกลไกหลัก ระดับจังหวัดในการวางแผน สนับสนุน ขับเคลื่อน การดำเนินงานคุณภาพในโรงพยาบาลทุกระดับ	

Key Activity	ส่วนกลาง	ระดับเขต	ระดับจังหวัด
1. ทบทวน/แต่งตั้งคณะกรรมการ/อนุกรรมการ/คณะทำงานที่เกี่ยวข้อง และประชุมคณะกรรมการ 2. วิเคราะห์สภาพปัญหาของพื้นที่ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ เสนอแนะแนวทาง 3. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อสนับสนุน ขับเคลื่อนการดำเนินงาน 4. ระบบ Warning System สำหรับผู้บริหาร 5. กำกับติดตามความก้าวหน้า และรายงานผลการปฏิบัติงาน รายไตรมาส	1. แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพบริการ เครือข่ายระดับเขตสุขภาพ 2. จัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพระดับเขตสุขภาพ 2.1 อบรมให้ความรู้ 2.2 ส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง รพ.ในเขตสุขภาพ ใช้กลไกของ QRT, QLN 3. กำกับติดตามให้มีการดำเนินงานตามแผน 4. ส่งเสริมรพ.ที่ผ่านการประเมิน HA ชั้น 3 ให้มีการพัฒนาต่อยอดสู่ AHA หรือการพัฒนาในรูปแบบเครือข่าย PNC ต่อไป	1. แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพบริการ เครือข่ายระดับจังหวัด 2. จัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลภายในจังหวัด เพื่อยื่นคำขอในการรับการประเมินหรือต่ออายุล่วงหน้าอย่างน้อย 6 เดือนก่อนหมดอายุการรับรอง 3. ติดตาม กำกับ การเยี่ยมกระตุ้นระดับจังหวัด เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	

Small Success	- รพศ./รพท ร้อยละ 97.00 - รพ.สังกัดกรม ร้อยละ 97.00 - รพช. ร้อยละ 87.00	- รพศ./รพท. ร้อยละ 98.00 - รพ.สังกัดกรม ร้อยละ 98.00 - รพช. ร้อยละ 88.00	- รพศ./รพท. ร้อยละ 99.00 - รพ.สังกัดกรม ร้อยละ 99.00 - รพช. ร้อยละ 89.00	- รพศ./รพท. ร้อยละ 100.00 - รพ.สังกัดกรม ร้อยละ 100.00 - รพช. ร้อยละ 90.00
---------------	---	--	--	--

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย/	<p>ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>1. ร้อยละ 90 ของกองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลาง 2. ร้อยละ 90 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 3. ร้อยละ 90 ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</p>							
สถานการณ์/ ข้อมูล พื้นฐาน	<p>สถานการณ์: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้นำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การ เพื่อยกระดับการปฏิบัติราชการให้เทียบเท่ามาตรฐานสากลมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 โดยกำหนดนโยบายให้กองส่วนกลาง จำนวน 13 กอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 76 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 878 แห่ง ตามกฎกระทรวงการแบ่งส่วนราชการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 ปีละ 2 หมวด โดยปี พ.ศ. 2560 ดำเนินการหมวด 1 การนำองค์การ และหมวด 5 การมุ่งเน้นบุคลากร ปี พ.ศ. 2561 ดำเนินการหมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ และหมวด 4 การวัดการวิเคราะห์และการจัดการความรู้ โดยมีผลการดำเนินงาน ดังนี้</p> <p>ข้อมูลพื้นฐาน: ข้อมูล ณ 2 กรกฎาคม 2562</p> <p>1. กองส่วนกลาง จำนวน 13 กอง นำ PMQA มาดำเนินการร้อยละ 100 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 แห่ง นำ PMQA มาดำเนินการร้อยละ 100 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 878 แห่ง นำ PMQA มาดำเนินการ 850 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 96.81</p>							
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ (Value chain)	<p>มาตรการที่ 1 ส่งเสริม/สนับสนุนส่วนราชการให้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การ</p>		<p>มาตรการที่ 2 ผลิตและพัฒนาทีมตรวจประเมิน PMQA อย่างมีคุณภาพ</p>		<p>มาตรการที่ 3 ติดตาม ประเมินผลการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การ</p>			
กิจกรรมหลัก	<p>1. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและให้ความรู้เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)</p> <p>2. กำหนดให้ส่วนราชการดำเนินการ 2 หมวด ได้แก่ หมวด 3 กับ หมวด 6 เป็นหมวดบังคับ และคงรักษาสภาพ (Maintain) หมวด 1 หมวด 2 หมวด 4 และ หมวด 5</p> <p>3. พัฒนาช่องทางการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ</p>	<p>- กพร.สป.สธ.</p> <p>- ส่วนราชการทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค</p>	<p>1. พัฒนาสมรรถนะผู้ตรวจประเมิน (Auditor Audit)</p> <p>2. จัดตั้งทีม Internal Audit ให้ครบ 12 เขตสุขภาพ และ สสจ. 76 แห่ง</p> <p>3. พัฒนาระบบรายงานผลการดำเนินงานผ่านระบบออนไลน์ให้มีประสิทธิภาพ</p>	<p>- กพร.สป.สธ.</p>	<p>1. ประชุมติดตามผลการดำเนินงานผ่านระบบ VDO Conference ทุก 3 เดือน</p> <p>2. ตรวจสอบประเมินผลการดำเนินงานส่วนราชการในพื้นที่ โดยทีมผู้ตรวจประเมิน (Auditor) และ กพร.สป. จำนวน 2 รอบ</p> <p>3. จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และค้นหาส่วนราชการต้นแบบในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การที่เป็นเลิศ</p>	<p>- กพร.สป.สธ.</p> <p>- กพร.สป./ทีมผู้ตรวจประเมิน/ทีมตรวจราชการ</p> <p>- กพร.สป.สธ.</p>		
ผู้รับผิดชอบ	<p>กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร</p>		<p>กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร</p>		<p>กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร</p>			
small success ระดับความสำเร็จ	<p>ไตรมาส 1 (3 เดือน) Analyze organization</p> <p>1. ส่วนราชการจัดทำลักษณะสำคัญขององค์การครบ 13 คำถาม ส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>2. ส่วนราชการประเมินตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 หมวด 3 กับ หมวด 6 ส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด และให้คงรักษาสภาพ (Maintain) หมวด 1 หมวด 2 หมวด 4 และ หมวด 5</p> <p>3. ส่วนราชการนำโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity for Improvement : OFI) มาจัดทำแผนพัฒนาองค์การหมวด 3 กับหมวด 6 หมวดละ 1 แผน ส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>4. ส่วนราชการจัดทำตัวชี้วัดความสำเร็จของแผนพัฒนาองค์การหมวด 3 กับหมวด 6 ส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด</p>		<p>ไตรมาส 2 (6 เดือน) Monitoring</p> <p>1. ส่วนราชการส่งรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานเทียบกับแผนพัฒนาองค์การ หมวด 3 และหมวด 6 ภายในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>2. ส่วนราชการส่งรายงานผลลัพธ์ตัวชี้วัดหมวด 3 และหมวด 6 ภายในระยะเวลาที่กำหนด</p>		<p>ไตรมาส 3 (9 เดือน) Monitoring</p> <p>1. ส่วนราชการส่งรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานเทียบกับแผนพัฒนาองค์การ หมวด 3 และหมวด 6 ภายในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>2. ส่วนราชการส่งรายงานผลลัพธ์ตัวชี้วัดหมวด 3 และหมวด 6 ภายในระยะเวลาที่กำหนด</p>		<p>ไตรมาส 4 (12 เดือน) Evaluation</p> <p>1. กองส่วนกลาง ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ระดับ 5 (ร้อยละ 90)</p> <p>2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ระดับ 5 (ร้อยละ 90)</p> <p>3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ระดับ 5 (ร้อยละ 90)</p>	



หน่วยงานหลัก: กยพ.สป. และกรมสุขภาพจิต

หน่วยงานร่วม: กพร. กบรส บค.

ประเด็น องค์กรแห่งความสุข

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน (เป้าหมาย : กรมวิชาการ,สป.ส่วนกลาง ร้อยละ 10 รพศ./รพท./สสจ. อย่างน้อยเขตละ 1 แห่ง รพช.,สสอ., > ร้อยละ 10)			
สถานการณ์ /ข้อมูล พื้นฐาน	หน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด (อ้างอิงจากรหัสหน่วยงาน) มีจำนวนทั้งสิ้น 11,974 หน่วยงาน ปี 2561 มีจำนวนองค์กรแห่งความสุข 71 หน่วยงาน ปี 2562 มีจำนวนองค์กรแห่งความสุข จำนวน 85 หน่วยงาน			
มาตรการ /Value chain	พัฒนาระบบ กลไกและกระบวนการสร้างสุขสู่ความยั่งยืน	สร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้	การกำกับ ติดตามและประเมินผล	
กิจกรรม หลัก	1. การพัฒนาระบบสารสนเทศสนับสนุนการสร้างสุขบุคลากร (Platform) 2. การพัฒนากลไกการสร้างสุขบุคลากร 2.1 มีคณะกรรมการบริหารองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization Board) 2.2 การจัดตั้งทีมสร้างสุขในองค์กร 2.3 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงาน 2.4 การพัฒนาเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข กระทรวงสาธารณสุข	1. การพัฒนาระบบสนับสนุนการเรียนรู้ 1.1 การพัฒนาหลักสูตรกระบวนการสร้างสุข 1.2 สร้างทีมพี่เลี้ยง (MOPH Happy Coaching Team) 1.3 การสร้างกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความสุขบุคลากร 1.4 การพัฒนาองค์กรต้นแบบความสุข 2. มีทีมประเมินคุณภาพมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข	1. ติดตามผ่าน คกก.บริหารองค์กรแห่งความสุข 2. จัดทำเอกสารบทเรียนการขับเคลื่อนสู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน 3. การประเมินคุณภาพมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข	
ผู้รับ ผิดชอบ	กยพ./กรมสุขภาพจิต	กยพ./กรมสุขภาพจิต	กยพ./กรมสุขภาพจิต	
ระดับ ความสำเร็จ	ไตรมาส 1 (3 เดือน) <ul style="list-style-type: none"> มีกลไกการสร้างสุขในทุกระดับ (ข้อ 2.1-2.2) (กรม/เขต/จังหวัด) มีเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานการประเมินองค์กรแห่งความสุข กระทรวงสาธารณสุข 	ไตรมาส 2 (6 เดือน) พัฒนาทีมพี่เลี้ยง (MOPH Happy Coaching Team)	ไตรมาส 3 (9 เดือน) เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเขตสุขภาพ	ไตรมาส 4 (12 เดือน) มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน กรมวิชาการ,สป.ส่วนกลาง ร้อยละ 10 รพศ./รพท./สสจ. อย่างน้อยเขตละ 1 แห่ง รพช.,สสอ., > ร้อยละ 10)



▶ นวัตกรรมการบริหาร จัดการของเขตสุขภาพ (Initiative Management)

เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ
ของเขตสุขภาพ



ประเด็น: ประสิทธิภาพการบริหารจัดการเขตสุขภาพ

เป้าหมาย: เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด: ร้อยละของเขตสุขภาพมีการพัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ (ร้อยละ 100)

สถานการณ์/ข้อมูลพื้นฐาน: เขตมีการพัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพอย่างน้อยเขตละ 1 เรื่อง (Initiative Management Mode)

มาตรการ/ Value chain	จัดทำแผนพัฒนาการบริการสุขภาพ ควบคู่กับแผนการบริหารทรัพยากร	สนับสนุนการสร้างหรือพัฒนานวัตกรรม การบริหารจัดการเชิงพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม	พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	พัฒนากลไกการบูรณาการทุกระดับ
กิจกรรมหลัก	<ol style="list-style-type: none"> จัดทำแผนแม่บทพัฒนาการบริการสุขภาพ 5 ปี (5 Years Master Plan of Service Plan) กำหนดกรอบการบริหารจัดการเชิงบูรณาการ จัดทำแผนการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ มีการพัฒนาระบบติดตามกำกับ 	<p>กำหนดแนวทางสนับสนุนหรือพัฒนานวัตกรรม การบริหารจัดการของเขตสุขภาพอย่างน้อย เขตละ 1 เรื่อง (ทั้ง 3 ด้านหรืออย่างใดอย่างหนึ่ง</p> <ol style="list-style-type: none"> ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านอาคาร สิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์ ฯลฯ) 	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ มีการพัฒนากลไกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 	<ol style="list-style-type: none"> จัดทำกลไกการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ จังหวัด และหน่วยบริการ บูรณาการและขยายความร่วมมือกับภาคส่วนอื่น ประเมินผลการบริหารจัดการ
ผู้รับผิดชอบ	กตธ. กบรส. กยผ.	กตธ. กบรส. กยผ.	กตธ. กบรส. กยผ.	กตธ. กบรส. กยผ.
ระดับความสำเร็จ	<p>ไตรมาส 1 (3 เดือน)</p> <p>รูปแบบการดำเนินงาน (System design)</p> <ol style="list-style-type: none"> มีแผนแม่บทพัฒนาการบริการสุขภาพ 5 ปี (5 Years Master Plan of Service Plan) มีกรอบการบริหารจัดการเชิงบูรณาการ มีแผนการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ มีระบบติดตามกำกับ 	<p>ไตรมาส 2 (6 เดือน)</p> <ol style="list-style-type: none"> มีแนวทางสนับสนุนหรือพัฒนานวัตกรรม การบริหารจัดการของเขตสุขภาพอย่างน้อยเขตละ 1 เรื่อง 	<p>ไตรมาส 3 (9 เดือน)</p> <ol style="list-style-type: none"> มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ มีกลไกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 	<p>ไตรมาส 4 (12 เดือน)</p> <ol style="list-style-type: none"> มีกลไกการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ จังหวัด และหน่วยบริการ มีการบูรณาการและขยายความร่วมมือกับภาคส่วนอื่น มีการรายงานการประเมินผลการบริหารจัดการ

“ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”



นายภาคี ทรัพย์พิพัฒน์

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

2 ตุลาคม 2562

ที่มาภาพ: <https://www.freepik.com>

**การทบทวนแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔
และการกำหนดตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๓**

ตามที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้ประกาศแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคามปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๒๔ ตุลาคม ๒๕๖๑ (จำนวน ๔ ยุทธศาสตร์ ๑๕ แผนงาน ๔๔ โครงการ ๑๑๐ ตัวชี้วัด) และได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ และได้ทำการประเมินผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการในระดับอำเภอเสร็จสิ้นแล้วในระหว่างวันที่ ๕-๒๗ กันยายน ๒๕๖๒ รวมถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามได้ประชุมสรุปผลการดำเนินงานปี ๒๕๖๒ ของกลุ่มงานทุกกลุ่มงาน ไปแล้วเมื่อวันที่ ๑๖-๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๒ โดยจังหวัดมหาสารคามมีปัญหาสุขภาพที่สำคัญของจังหวัดที่จำเป็นต้องดำเนินงานต่อเนื่องของปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ ของปัญหาสุขภาพ ๑๐ อันดับแรกของจังหวัด คือ (๑) NCD/stroke/STEMI/CKD (๒) พัฒนาการ/IQ/EQ เด็ก (๓) การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง (๔) การติดเชื้อในกระแสเลือด (๕) อุบัติเหตุทางถนน (๖) โรคพยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดีและตับแข็ง (๗) วัณโรค (๘) มะเร็งปอด (๙) การจมน้ำ และ (๑๐) โรคมะเร็งเต้านม และจากผลการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพที่สูญเสียจากการตายก่อนวันอันควร (Years of Life Lost) ด้วยสาเหตุการตาย ๒๐ อันดับแรกของจังหวัดมหาสารคาม พบว่า สาเหตุการตายที่ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะใน ๒๐ อันดับแรก คือ (๑) การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง (๒) ติดเชื้อในกระแสเลือด (๓) เบาหวาน (๔) โรคไต (๕) โรคหลอดเลือดสมอง (๖) มะเร็งตับ (๗) อุบัติเหตุทางถนน (๘) ความผิดปกติทางระบบย่อยอาหาร (๙) มะเร็งท่อน้ำดี (๑๐) ตับแข็ง (๑๑) โรคหัวใจขาดเลือด (๑๒) โรคมะเร็งหลอดลมและปอด (๑๓) วัณโรค (๑๔) การจมน้ำ (๑๕) มะเร็งอื่นๆ (๑๖) โรคหัวใจและหลอดเลือดอื่นๆ (๑๗) โรคมะเร็งเต้านม (๑๘) โรคติดเชื้อและปรสิตอื่นๆ (๑๙) การทำร้ายตนเอง (๒๐) โรคมะเร็งในระบบประสาทส่วนกลาง

การดำเนินงานสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคามในรอบปี ๒๕๖๒ ที่ผ่านมา ในประเด็นการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพสำคัญของจังหวัดที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนด ได้แก่ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานร้อยละ ๒.๙๖ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ ๒.๐๕) และสูงที่สุดในเขตสุขภาพที่ ๗ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคได้ดีมีเพียงร้อยละ ๑๘.๒๔ ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (เกณฑ์ร้อยละ ๔๐) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m²/yr มีผลงานเพียงร้อยละ ๖๐.๑๒ ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (เกณฑ์ร้อยละ ๖๖) อัตราตายผู้ป่วย Sepsis ในกลุ่มผู้ป่วย community-acquired sepsis มีสูงถึงร้อยละ ๓๘.๘๖ สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ ๓๐) และสูงที่สุดในเขตสุขภาพที่ ๗ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I๖๐-I๖๒) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน ๙๐ นาที (door to operation room time) มีเพียงร้อยละ ๑๔.๒๙ ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (เกณฑ์ร้อยละ ๖๐) ต่ำที่สุดในเขตสุขภาพที่ ๗ อัตราตายทารกแรกเกิดมีอัตราสูงถึง ๔.๖๒ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (เกณฑ์ไม่เกิน ๓.๘) สูงเป็นลำดับสามของเขตสุขภาพที่ ๗ ร้อยละของการให้การรักษานผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนดมีเพียงร้อยละ ๒๖.๔๗ ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (เกณฑ์ร้อยละ ๕๐) ต่ำที่สุดในเขตสุขภาพที่ ๗ และในปี ๒๕๖๒ เด็ก ป.๑ ของจังหวัดมหาสารคามมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ ๘๒.๕๔ จุด ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดอย่างมาก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๑๐๐ จุด) จึงจำเป็นต้องอย่างเร่งด่วนดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของจังหวัดที่มีผล

ต่ออายุเฉลี่ยของประชาชนจังหวัดมหาสารคาม และพัฒนางานสาธารณสุขให้สอดคล้องกับนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ ๒๕๖๓

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ตามนโยบายรัฐบาลที่จะนำประเทศไทยก้าวสู่ Thailand ๔.๐ เพื่อรองรับอนาคตที่มีความเป็นสังคมเมือง สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งในปี ๒๕๗๓ ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุถึง ๑ ใน ๔ ของประชากรทั้งหมด รวมทั้งการเข้าสู่การเชื่อมต่อการค้าและการลงทุน ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และลดความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงระบบสุขภาพ ซึ่งในการดำเนินงานได้กำหนดแผนเป็น ๔ ระยะ คือ ระยะที่ ๑ การปฏิรูประบบสุขภาพ ระยะที่ ๒ เป็นการสร้างความเข้มแข็ง ระยะที่ ๓ ดำเนินการให้เกิดความยั่งยืน และระยะที่ ๔ ประเทศไทยจะเป็นผู้นำด้านการแพทย์และสาธารณสุข ๑ ใน ๓ ของเอเชีย เมื่อสิ้นแผนในปี ๒๕๗๙ โดยแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมาย คือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน ภายใต้การพัฒนาความเป็นเลิศใน ๔ ด้าน คือ (๑) ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) (๒) ยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) (๓) ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ (๔) แผนยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) เพื่อให้การดำเนินงานของหน่วยงานในกำกับกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับสอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ กระทรวงจึงได้จัดทำแผนและรายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ภายใต้กรอบ ๑๕ แผนงาน ๔๑ โครงการ และ ๖๗ ตัวชี้วัด เพื่อใช้ในการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน และให้หน่วยงานในกำกับใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มอบนโยบาย แผนงาน โครงการ ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ให้กับผู้บริหารระดับจังหวัด เมื่อวันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๒ มีจำนวน ๔ ยุทธศาสตร์ ๑๕ แผนงาน ๔๑ โครงการ ๖๗ ตัวชี้วัด

เพื่อให้แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคามปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ ในช่วงการดำเนินงานปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓ และสอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคามในปัจจุบัน และสอดคล้องกับนโยบายของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม สำนักงานสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคามจึงได้มีการประชุมทบทวนแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ และกำหนดตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๓ เมื่อวันที่ ๒๘ ตุลาคม ๒๕๖๒ และได้รับการเห็นชอบจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามแล้วเมื่อวันที่ ๒๘ ตุลาคม ๒๕๖๒ สรุปได้ดังนี้

แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๓

วิสัยทัศน์

เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี

เป้าหมาย

๑. ประชาชนสุขภาพดี
๒. เจ้าหน้าที่มีความสุข
๓. ระบบสุขภาพยั่งยืน

ตัวชี้วัดหลักระดับองค์กร (Corporate KPIs) เป้าหมายในปี ๒๕๖๔

๑. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy: LE) ไม่น้อยกว่า ๗๗ ปี
๒. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy: HALE)

ไม่น้อยกว่า ๖๗ ปี

๓. ดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐
๔. ดัชนีสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐
๕. การเข้าถึง (Access) อัตราการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐
๖. ความครอบคลุม (Coverage) ของแพทย์และเตียง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

สัดส่วนแพทย์ ๑ คน ต่อ ๓,๐๐๐ ประชากร และ สัดส่วนเตียง ๒.๓ ต่อ ๑,๐๐๐ ประชากร

๗. มีคุณภาพ (Quality) สถานบริการได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๕

๘. มีธรรมาภิบาล (Governance) หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมิน ITA ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๓

ตัวชี้วัดหลักระดับองค์กร (Corporate KPIs) เป้าหมายในปี ๒๕๖๕

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) ของแพทย์และเตียง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

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) หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมิน ITA ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕

จุดยืนองค์กร (ในฐานะหน่วยงานส่วนภูมิภาค)

บริหารจัดการหน่วยบริการและขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ

พันธกิจ

๑. ส่งเสริม สนับสนุนประชาชนและภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพให้มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน เพื่อสร้างสุขภาวะอย่างยั่งยืน
๒. พัฒนาคุณภาพบริการและเครือข่ายบริการด้านสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน
๓. พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล เพื่อให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานและมีสุขภาพดี
๔. พัฒนาระบบบริหารจัดการสุขภาพ เพื่อให้เป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล

ยุทธศาสตร์ ๔ Excellence

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Prevention Promotion & Protection Excellence)

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

เป้าหมายการพัฒนา : ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Prevention Promotion & Protection Excellence)

- ๑) ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพที่ดี
- ๒) มีระบบป้องกัน ควบคุมโรค ระบบเฝ้าระวังโรคที่สามารถตอบสนองได้ทันที
- ๓) มีระบบคุ้มครองผู้บริโภคที่มีประสิทธิภาพ
- ๔) มีระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชน
- ๕) ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค

เป้าหมายการพัฒนา : ยุทธศาสตร์ที่ ๒ บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

- ๑) มีหมอครอบครัวดูแลประชาชนทุกครัวเรือน
- ๒) มีระบบบริการสุขภาพที่ได้คุณภาพมาตรฐาน
- ๓) มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ
- ๔) มีเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ทันสมัย
- ๕) มีความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ในการป้องกันและรักษาโรคที่มีความสำคัญ

เป้าหมายการพัฒนา : ยุทธศาสตร์ที่ ๓ บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

- ๑) มีแผนอัตรากำลังที่สอดคล้องกับกรอบความต้องการอัตรากำลังคนของจังหวัด
- ๒) มีการกระจายสัดส่วนบุคลากรสุขภาพให้มีความสมดุลกัน
- ๓) มีการธำรงรักษากำลังคนด้านสุขภาพ

เป้าหมายการพัฒนา : ยุทธศาสตร์ที่ ๔ บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

- ๑) ระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรในทุกภาคส่วนอย่างมีคุณภาพโดยไม่มี ความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการในแต่ละระบบ
- ๒) มีการบูรณาการข้อมูลระหว่างทุกระบบหลักประกันสุขภาพ และระหว่างทุกหน่วยบริการทุกระดับเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ

- ๓) มีการสร้างและพัฒนากลไกด้านการเงินการคลังสุขภาพ
- ๔) มีระบบเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพ
- ๕) มีการทำวิจัยและนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์และสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบสุขภาพจังหวัดอย่างเหมาะสม

แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔
ที่ผ่านการเห็นชอบจาก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เมื่อวันที่ ๒๘ ตุลาคม ๒๕๖๒

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ ของแผน ยุทธศาสตร์ระบบ สุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔	ตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ (V.๔ : ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๒)	เกณฑ์เป้าหมาย		กลุ่มงาน ที่รับผิดชอบตัวชี้วัด
		๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๑. ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
๑. โครงการพัฒนาและ สร้างเสริมศักยภาพคน ไทยกลุ่มสตรีและเด็ก ปฐมวัย#	๑) ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอด มาตรฐาน	๑๐๐	๑๐๐	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๒) อัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน ๑๒ สัปดาห์	๘๕	๙๐	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๓) อัตราการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์	๘๕	๙๐	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๔) ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริม ไอโอดีนธาตุเหล็กและโฟลิก	๑๐๐	๑๐๐	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๕) ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม	ไม่เกิน ร้อยละ ๖	ไม่เกิน ร้อยละ ๕	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๖) อัตราทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจนไม่เกิน ๒๑ ต่อพันการเกิดมีชีพ	ไม่เกิน ๒๒ ต่อพันการ เกิดมีชีพ	ไม่เกิน ๒๑ ต่อพันการ เกิดมีชีพ	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	**๗) อัตราส่วนการตายมารดาไทย ต่อการเกิดมี ชีพแสนคน	ไม่เกิน ๑๗	ไม่เกิน ๑๕	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๘) ความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์ มาตรฐาน			
	**๘.๑) ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการ สมวัย	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๖	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๗	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๘.๒) ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัด กรองพัฒนาการ	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๖	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๖	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๘.๓) ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัด กรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๓๐	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๓๐	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๘.๔) ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการ สงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๗	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๗	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	*๘.๕) ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการ ล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TIDA๔1	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	**๙) ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน (ร้อยละ ๖๓) ส่วนสูงเฉลี่ย ที่อายุ ๕ ปี (ข.๑๑๓/ ญ.๑๑๒ ซม.)			กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	-ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๐	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๒	
	-ส่วนสูงเฉลี่ย ที่อายุ ๕ ปี (ข.๑๑๓/ญ.๑๑๒ ซม.)	ข.๑๑๓ ซม. ญ.๑๑๒ ซม.	ข.๑๑๓ ซม. ญ.๑๑๒ ซม.	
	๑๐) ระดับความสำเร็จในการป้องกันหญิงตั้งครรภ์ และทารกแรกเกิดขาดสารไอโอดีน	ระดับ ๕	ระดับ ๕	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๑๐.๑) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีปริมาณไอโอดีนใน ปัสสาวะน้อยกว่า๑๕๐ ไมโครกรัมต่อลิตร	ไม่เกิน ร้อยละ ๕๐	ไม่เกิน ร้อยละ ๕๐	
	๑๐.๒) ร้อยละทารกแรกเกิดมีระดับฮอร์โมน กระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) มากกว่า ๑๑.๒ mU/L	ไม่เกิน ร้อยละ ๓	ไม่เกิน ร้อยละ ๓	

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ ของแผน ยุทธศาสตร์ระบบ สุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔	ตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ (V.๔ : ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๒)	เกณฑ์เป้าหมาย		กลุ่มงาน ที่รับผิดชอบตัวชี้วัด
		๒๕๖๓	๒๕๖๔	
	๑๑) ร้อยละของลานเล่นในหมู่บ้าน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๓๐ ของหมู่บ้านที่รับผิดชอบทั้งหมด	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๓๐	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๓๐	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๑๒) ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์ มาตรฐานแห่งชาติ	ระดับดีมาก ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๗๐	ระดับดีมาก ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๗๐	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
๒. โครงการพัฒนาและ สร้างเสริมศักยภาพคน ไทยกลุ่มวัยเรียนและ วัยรุ่น	*๑๓) เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๑๐๐	ไม่ต่ำกว่า ๑๐๐	ไม่ต่ำกว่า ๑๐๐	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	*๑๔) ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน	ร้อยละ ๖๖	ร้อยละ ๖๗	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๑๕) ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	๑๖) ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	ร้อยละ ๖๕	ร้อยละ ๗๐	กลุ่มงานทันต สาธารณสุข
	*๑๗) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี	ไม่เกิน ๓๔ ต่อพัน	ไม่เกิน ๓๒ ต่อพัน	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๑๘) ร้อยละของโรงเรียนพัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ ด้านสุขภาพ (HLS)	ร้อยละ ๑๐	ร้อยละ ๑๕	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๑๙) ร้อยละของการตั้งครุฑกษัตริย์ในวัยเรียนอายุ ๑๕-๑๙ ปี	ไม่เกิน ร้อยละ ๑๔	ไม่เกินร้อยละ ๑๓.๕	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
๓. โครงการพัฒนาและ สร้างเสริมศักยภาพคน ไทยกลุ่มวัยทำงาน	๒๐) ร้อยละของวัยทำงานอายุ ๓๐-๔๔ ปี มีค่า ดัชนีมวลกายปกติ	ร้อยละ ๕๗	ร้อยละ ๕๘	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
๔. โครงการพัฒนาและ สร้างเสริมศักยภาพคน ไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ	*๒๑) ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๕	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	**๒๒) ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์#	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๖๕	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	**๒๓) ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์#	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๒๔) อัตราของผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้เพิ่มขึ้นหรือคงที่ (Healthy Ageing)	>๙๕.๘๗	>๙๕.๘๗	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๒๕) รพช. มีหน่วยบริการผู้สูงอายุ	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๕	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
๕. โครงการพัฒนาความ รอบรู้ด้านสุขภาพของ ประชากร	**๒๖) อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกายของประชาชนไทย#	ร้อยละ ๑๐	ร้อยละ ๕๐	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
แผนงานที่ ๒ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ				
๖. โครงการการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	**๒๗) ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มี คุณภาพ#	๗๐	๘๐	กลุ่มงานพัฒนา ยุทธศาสตร์สาธารณสุข
แผนงานที่ ๓ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
๗. โครงการพัฒนาระบบ การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน และภัยสุขภาพ	*๒๘) ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉิน ทางสาธารณสุขของหน่วยงาน	ระดับ ๕ ร้อยละ ๑๐๐	ระดับ ๕ ร้อยละ ๑๐๐	กลุ่มงานพัฒนา ยุทธศาสตร์สาธารณสุข

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ ของแผน ยุทธศาสตร์ระบบ สุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔	ตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ (V.๔ : ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๒)	เกณฑ์เป้าหมาย		กลุ่มงาน ที่รับผิดชอบตัวชี้วัด
		๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๘. โครงการควบคุม โรคติดต่อ	๒๙) ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการ ป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เชิงรุก	ร้อยละ ๙๒	ร้อยละ ๙๔	กลุ่มงานควบคุม โรคติดต่อ
	๓๐) ร้อยละของเด็กและเยาวชนอายุ ๑๕-๒๔ ปี ที่มีการป้องกันตนเองโดยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมี เพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย	≥ ๗๐	≥ ๗๐	กลุ่มงานควบคุม โรคติดต่อ
	๓๑) ร้อยละของอำเภอที่ผ่านเกณฑ์โครงการสัตว์ ปลอดโรคคนปลอดภัยฯ	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	กลุ่มงานควบคุม โรคติดต่อ
	๓๒) ร้อยละของอำเภอที่มีอัตราป่วยด้วยโรค ไข้เลือดออกลดลง ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๒ ของ ค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี และร้อยละ ๗๐ ของ ตำบลที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ภายใน ๒ เท่าของระยะฟักตัว (๒๘ วัน)	อำเภอ ร้อยละ ๑๐๐ และ ตำบล ร้อยละ ๗๐	อำเภอ ร้อยละ ๑๐๐ และ ตำบล ร้อยละ ๗๐	กลุ่มงานควบคุม โรคติดต่อ
๙. โครงการควบคุมโรค ไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ	๓๓) อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุ น้อยกว่า ๑๕ ปี	ไม่เกิน ๔.๖ ต่อแสน ปชก.	ไม่เกิน ๔.๖ ต่อแสน ปชก.	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	๓๔) อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน [#]	ไม่เกิน ๒๐.๙ ต่อ ประชากร แสนคน	ไม่เกิน ๑๘.๗ ต่อ ประชากร แสนคน	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	***๓๕) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่ม เสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยโรคความ ดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดัน โลหิตที่บ้าน [#]			กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	๓๕.๑) อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จาก กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	≤๑.๙๕	≤๑.๘๕	
	๓๕.๒) อัตรากลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	≥๔๐	≥๕๐	
	*๓๖) ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วย โรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง	DM≥ร้อยละ ๖๐/HT≥ ร้อยละ ๖๐	DM≥ร้อยละ ๗๐/HT≥ ร้อยละ ๗๐	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	๓๗) โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิก NCD คุณภาพระดับดีเด่น	ระดับดีเด่น (ร้อยละ ๗๐)	ระดับดีเด่น (ร้อยละ ๑๐๐)	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	๓๘) ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินงาน CKD clinic ในโรงพยาบาล	ร้อยละ ๖๕	ร้อยละ ๗๐	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	๓๙) ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ได้รับการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก [#]	ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๔๐	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	๓๙.๑) ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๗๐ ปี ที่ได้รับการ ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม [#]	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	
	๔๐) ความชุกของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน ประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	ไม่เกิน ร้อยละ ๑๕	ไม่เกิน ร้อยละ ๑๕	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ ของแผน ยุทธศาสตร์ระบบ สุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔	ตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ (V.๔ : ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๒)	เกณฑ์เป้าหมาย		กลุ่มงาน ที่รับผิดชอบตัวชี้วัด
		๒๕๖๓	๒๕๖๔	
	๔๑) ความสุขของผู้สูบบุหรี่ในประชากรอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป	ไม่เกิน ร้อยละ ๑๘	ไม่เกิน ร้อยละ ๑๘	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	**๔๒) ร้อยละของอำเภอมีการขับเคลื่อนมาตรการ ยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตร ที่มีอันตรายสูง ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับส่วนกลาง และภูมิภาค อย่างน้อยจังหวัดละ ๑ เรื่อง*	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	กลุ่มงานอนามัย สิ่งแวดล้อมและ อาชีวอนามัย
	**๔๓) ร้อยละของอำเภอมีระบบรับแจ้งข่าว การใช้/ป่วยจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร ๓ ชนิด (พาราควอต คลอร์ไพริฟอส ไกลโฟเสต) โดยประชาชน/อสม. ผ่าน Mobile Application สู่หน่วยบริการ (คลินิกสารเคมีเกษตร/คลินิกโรค จากการทำงาน) #	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	กลุ่มงานอนามัย สิ่งแวดล้อมและ อาชีวอนามัย
	**๔๔) ร้อยละของโรงพยาบาลมีการจัดทำ ฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ด้านเกษตรกรรม และมีการ รายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทาง การเกษตร (รหัสโรค T๖๐) #	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	กลุ่มงานอนามัย สิ่งแวดล้อมและ อาชีวอนามัย
๑๐. โครงการส่งเสริม และพัฒนาความ ปลอดภัยด้านอาหาร	๔๕) ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหาร แปรรูปมีความปลอดภัย	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	กลุ่มงานคุ้มครอง ผู้บริโภคและเภสัช สาธารณสุข
๑๑. โครงการคุ้มครอง ผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์ สุขภาพและบริการ สุขภาพ	*๔๖) ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงและ สถานประกอบการสุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบ ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	กลุ่มงานคุ้มครอง ผู้บริโภคและเภสัช สาธารณสุข
	๔๗) ร้อยละของสถานพยาบาล และสถาน ประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ตามที่กฎหมายกำหนด	๙๐	๙๐	กลุ่มงานคุ้มครอง ผู้บริโภคและเภสัช สาธารณสุข
	๔๘) ระดับความสำเร็จในการขับเคลื่อนกิจกรรม ส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยในชุมชน	ระดับ ๕	ระดับ ๕	กลุ่มงานคุ้มครอง ผู้บริโภคและเภสัช สาธารณสุข
	๔๙) ระดับความสำเร็จของเครือข่ายคุ้มครอง ผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพระดับ อำเภอที่มีความเข้มแข็งและปกป้องสิทธิ ประชาชนได้	ระดับ ๕	ระดับ ๕	กลุ่มงานคุ้มครอง ผู้บริโภคและเภสัช สาธารณสุข
แผนงานที่ ๔ : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม				
๑๒. โครงการบริหาร จัดการสิ่งแวดล้อม	*๕๐) ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐาน สิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	- รพ.ผ่าน เกณฑ์ฯ ระดับ ดีมากขึ้นไป ร้อยละ ๖๐ - รพ.ผ่าน เกณฑ์ฯ ระดับ ดีมาก Plus อย่างน้อย จังหวัดละ ๒ แห่ง	- รพ.ผ่าน เกณฑ์ฯ ระดับ ดีมากขึ้นไป ร้อยละ ๘๐ - รพ.ผ่าน เกณฑ์ฯ ระดับ ดีมาก Plus อย่างน้อย จังหวัดละ ๓ แห่ง	กลุ่มงานอนามัย สิ่งแวดล้อมและ อาชีวอนามัย

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ ของแผน ยุทธศาสตร์ระบบ สุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔	ตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ (V.๔ : ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๒)	เกณฑ์เป้าหมาย		กลุ่มงาน ที่รับผิดชอบตัวชี้วัด
		๒๕๖๓	๒๕๖๔	
	๕๑) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการ ควบคุมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อด้วยระบบ Digital Infectious Control	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	กลุ่มงานอนามัย สิ่งแวดล้อมและ อาชีวอนามัย
๑๓. โครงการคุ้มครอง สุขภาพประชาชนจาก มลพิษสิ่งแวดล้อมใน พื้นที่เสี่ยง (Hot Zone)	*๕๒) จังหวัด/อำเภอที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพตามเกณฑ์	อำเภอ ผ่านเกณฑ์ ระดับดี	อำเภอ ผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก	กลุ่มงานอนามัย สิ่งแวดล้อมและ อาชีวอนามัย
๒. ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนงานที่ ๕ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)				
๑๔. โครงการพัฒนา ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ	**๕๓) ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เปิดดำเนินการในพื้นที่#	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๕๕	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
	**๕๔) ร้อยละของประชาชนในอำเภอที่เป็นที่ตั้ง ของ รพศ./รพท. มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือ แพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพ ปฐมภูมิตูแลด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว#	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๕๐	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
	๕๕) ร้อยละของอำเภอที่มีระดับความสำเร็จในการ จัดการแก้ไขปัญหาโรคและภัยสุขภาพสำคัญของ จังหวัด ด้วยกลไก พชอ.และหมอครอบครัว ที่ เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น อย่างมีคุณภาพ (โดยเน้น ๔ เรื่อง ประกอบด้วย (๑) MCH/พัฒนาการและ IQ (๒) OV/CCA (๓) DM/HT/CKD (๔) CVD Risk)	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
	๕๖) ร้อยละของตำบลที่จัดการสุขภาพแบบบูรณา การ ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด (โดยเน้น ๔ เรื่อง ประกอบด้วย (๑) MCH/พัฒนาการและ IQ (๒) OV/CCA (๓) DM/HT/CKD (๔) CVD Risk)	๘๕	๙๐	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
	๕๗) ร้อยละ อปท.จัดบริการสุขภาพ และสนับสนุน การดำเนินงานปฐมภูมิและชุมชนตามเกณฑ์			กลุ่มงานประกันสุขภาพ
	๑. อปท.มีการจัดทำประชาคมปัญหาสุขภาพใน ท้องถิ่น ร้อยละ ๕๐ ของกองทุนทั้งหมดในอำเภอ	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	
	๒. กองทุนมีการอนุมัติแผนการใช้เงินกองทุน ประจำปี ภายในไตรมาส ๒	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๕	
	๓. กองทุนมีการอนุมัติโครงการตามแผนการใช้เงิน ภายในไตรมาส ๒	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๕	
	๔. ร้อยละ ๖๐ ของกองทุนทั้งหมด มีเงินคงเหลือ ภายในไตรมาส ๒	น้อยกว่า ร้อยละ ๓๐	น้อยกว่า ร้อยละ ๒๕	
	๕. อปท.โอนเงินสมทบเข้ากองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ภายในไตรมาส ๒	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	
	๖. กองทุนได้รับการประเมินจากทีมที่เลี้ยงระดับ อำเภอไตรมาส ๒-๓	น้อยกว่า ร้อยละ ๒๕	น้อยกว่า ร้อยละ ๒๐	
	๗. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือกองทุน หลักประกันสุขภาพ มีการบริหารจัดการ การ จัดบริการส่งเสริมพัฒนาการ โภชนาการ ทันต สุขภาพ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของ อปท. ได้อย่าง	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๕	

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ ของแผน ยุทธศาสตร์ระบบ สุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔	ตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ (V.๔ : ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๒)	เกณฑ์เป้าหมาย		กลุ่มงาน ที่รับผิดชอบตัวชี้วัด
		๒๕๖๓	๒๕๖๔	
	มีอัตราการ ร้อยละ ๕๐ ของกองทุนทั้งหมดใน อำเภอ			
	๘. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หรือกองทุน หลักประกันสุขภาพ มีการบริหารจัดการ NCD ได้ อย่างมีอัตลักษณ์ ร้อยละ ๕๐ ของกองทุนทั้งหมด ในอำเภอ	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๕	
	๙. กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือ พื้นที่ มีโครงการที่เกี่ยวกับการเข้าถึงบริการ สาธารณสุขของพระสงฆ์ ไม่น้อยกว่าอำเภอละ ๑ กองทุน	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	
	๑๐. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการตาม Care plan ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	
	๑๑. ผู้สูงอายุได้รับการบันทึก ADL เมื่อครบ ๙ เดือน ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	
	๑๒. ผู้สูงอายุได้รับการบันทึก ADL มีคะแนนดีขึ้น ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๒๕	ร้อยละ ๓๐	
	๕๗.๑) ร้อยละ อปท. จัดบริการสุขภาพ และ สนับสนุนการดำเนินงานปฐมนุรักษ์และชุมชนตาม เกณฑ์ (ด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉิน)	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๑๐๐	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	๕๗.๒) ร้อยละ อปท. จัดบริการสุขภาพ และ สนับสนุนการดำเนินงานปฐมนุรักษ์และชุมชนตาม เกณฑ์ (ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค)	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	กลุ่มงานคุ้มครอง ผู้บริโภคและเภสัช สาธารณสุข
	๕๗.๓) ร้อยละ อปท. จัดบริการสุขภาพ และ สนับสนุนการดำเนินงานปฐมนุรักษ์และชุมชนตาม เกณฑ์ (ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ)	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	กลุ่มงานอนามัย สิ่งแวดล้อมและ อาชีวอนามัย
	๕๘) ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. ที่ให้บริการสุขภาพ ช่องปากที่มีคุณภาพและอัตราการให้บริการ สุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ อำเภอ			กลุ่มงานทันต สาธารณสุข
	๕๘.๑) ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. ที่ให้บริการ สุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ ครบทั้ง ๒ องค์ประกอบ	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๕	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๕	
	๕๘.๒) อัตราการให้บริการสุขภาพช่องปากของ ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบอำเภอ	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๓๘	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๔๐	
๑๕. โครงการพัฒนา เครือข่ายกำลังคนด้าน สุขภาพ และ อสม.	**๕๙) ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการ ดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี#	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๕	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
	**๖๐) จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาเป็น อสม. หมอประจำบ้าน#	๘๐,๐๐๐ คน (ทั้งประเทศ)	รอกะหวง ประกาศ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
	๖๑) ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแล สุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๖๕	ร้อยละ ๗๐	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
	๖๒) อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) มีความ รอบรู้ด้านสุขภาพและเป็นแกนนำในการดูแล สุขภาพครอบครัว	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๐	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ ของแผน ยุทธศาสตร์ระบบ สุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔	ตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ (V.๔ : ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๒)	เกณฑ์เป้าหมาย		กลุ่มงาน ที่รับผิดชอบตัวชี้วัด
		๒๕๖๓	๒๕๖๔	
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
๑๖. โครงการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	***๖๓) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรค ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ #			กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	๖๓.๑) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถ ควบคุมได้	≥๔๐	≥๔๐	
	๖๓.๒) ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ สามารถควบคุมได้	≥๕๐	≥๕๐	
	๖๔) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อ โรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	≥๘๗.๕	≥๙๐	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	**๖๕) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม#	น้อยกว่า ร้อยละ ๗	น้อยกว่า ร้อยละ ๗	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
๑๗. โครงการพัฒนา ระบบบริการโรคติดต่อ โรค อุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ	**๖๖) อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอด รายใหม่#	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	กลุ่มงานควบคุม โรคติดต่อ
	**๖๗) ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณ โรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ≥ ร้อยละ ๘๒.๕ ของค่าคาดประมาณ จำนวนผู้ป่วยวัณโรค#	≥ ร้อยละ ๘๒.๕	≥ ร้อยละ ๙๐	กลุ่มงานควบคุม โรคติดต่อ
๑๘. โครงการป้องกันและ ควบคุมการดื้อยาต้านจุล ชีพและการใช้ยาอย่าง สมเหตุสมผล	**๖๘) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสม เหตุผล (RDU) #	RDU ชั้นที่ ๒ ๘๐% RDU ชั้นที่ ๓ ๒๐%	RDU ชั้นที่ ๓ ๘๐%	กลุ่มงานคุ้มครอง ผู้บริโภคและเภสัช สาธารณสุข
	**๖๙) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการ การดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) #	การติดเชื้อ AMR ลดลง ๕๐% จาก baseline ปี ๒๕๖๐	การติดเชื้อ AMR ลดลง ๕๐% จาก baseline ปี ๒๕๖๐	
๑๙. โครงการพัฒนาศูนย์ ความเป็นเลิศทาง การแพทย์	*๗๐) ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	ลดลงร้อย ละ ๑๐	ลดลงร้อย ละ ๑๐	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
๒๐. โครงการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด	*๗๑) อัตราตายทารกแรกเกิด	< ๒.๕ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรก เกิดมีชีพ	< ๒.๕ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรก เกิดมีชีพ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
๒๑. โครงการพัฒนา ระบบการดูแลแบบ ประคับประคอง (Palliative Care) และ การดูแลผู้ป่วยกึ่ง เฉียบพลัน	๗๒) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบ ประคับประคอง (Palliative Care) ตามเกณฑ์	ร้อยละ ๔๕	ร้อยละ ๕๐	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
	*๗๓) ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการ อาการต่างๆ ด้วย Opioid ในผู้ป่วย ประคับประคองระยะท้ายอย่างมีคุณภาพ	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๔๕	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
๒๒. โครงการพัฒนา ระบบบริการการแพทย์ แผนไทย	***๗๔) ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับ บริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก #	๑๙.๕	๑๙.๕	กลุ่มงานแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ ของแผน ยุทธศาสตร์ระบบ สุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔	ตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ (V.๔ : ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๒)	เกณฑ์เป้าหมาย		กลุ่มงาน ที่รับผิดชอบตัวชี้วัด
		๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๒๓. โครงการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและ จิตเวช	*๗๕) ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ สุขภาพจิต	≥ร้อยละ ๖๕	≥ร้อยละ ๗๐	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	*๗๖) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ตัวชี้วัดย่อย : ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่ กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี	≤ ๖.๐ ต่อ แสน ปชก.	≤ ๖.๐ ต่อ แสน ปชก.	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
๒๔. โครงการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก (สูตินารีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และ ออโรโธปิดิกส์)	***๗๗) อัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อใน กระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาลชนิด community acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๒๔ ในกลุ่มผู้ป่วย [รวม ผู้ป่วยที่ขอไปเสียชีวิตที่บ้าน และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕)] และน้อยกว่าร้อยละ ๔๘ ในกลุ่มผู้ป่วย hospital-acquired sepsis#	< ร้อยละ ๒๔/๔๘	< ร้อยละ ๒๔/๔๘	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
	*๗๘) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ M ๑ ขึ้นไป ที่มีแพทย์ออโรโธปิดิกส์เพิ่มขึ้น	ร้อยละ ๑๐๐ (๑ แห่ง)	ร้อยละ ๑๐๐ (๑ แห่ง)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
	๗๙) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๔๐	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
	๗๙.๑) ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture)	< ร้อยละ ๒๕	< ร้อยละ ๒๐	
	๗๙.๒) ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน ๗๒ ชั่วโมง หลังจากได้รับ การรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery)	>ร้อยละ ๕๐	>ร้อยละ ๕๐	
๒๕. โครงการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ	๘๐) ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไป สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
	**๘๑) อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษามาตรฐาน เวลาที่กำหนด#	อัตราตาย ไม่ เกินร้อยละ ๙ การรักษา ร้อยละ ๕๐	อัตราตาย ไม่ เกินร้อยละ ๘ การรักษา ร้อยละ ๖๐	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
	๘๒) อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ	๒๕	๒๔	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
๒๖. โครงการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง	*๘๓) ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกได้รับการ รักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๕	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
	๘๔) อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ	๒๕.๓	๒๕	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
	๘๕) อัตราตายจากมะเร็งปอด	๑๙.๙	๑๙.๖	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
๒๗. โครงการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต	*๘๖) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลง ของ eGFR<๕ mL/min/๑.๗๓m ^๒ /yr	≥ ๖๖ %	≥ ๖๖ %	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
๒๘. โครงการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา	*๘๗) ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ ของแผน ยุทธศาสตร์ระบบ สุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔	ตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ (V.๔ : ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๒)	เกณฑ์เป้าหมาย		กลุ่มงาน ที่รับผิดชอบตัวชี้วัด
		๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๒๙. โครงการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ	*๘๘) อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะ จากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน โรงพยาบาล	๑.๐ : ๑๐๐	๑.๐ : ๑๐๐	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
***๓๐. โครงการพัฒนา ระบบบริการบำบัดรักษา ผู้ป่วยยาเสพติด#	*๘๙) ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติด ที่บำบัดครบตาม เกณฑ์ที่กำหนดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate ๑ year)	๕๐	๕๕	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	๙๐) ร้อยละของผู้ใช้และผู้เสพที่บำบัดครบตาม เกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่อง หลังจำหน่ายจากการบำบัด ๓ เดือน (๓ month remission rate)	๔๒	๔๔	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	*๙๑) ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อ ความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและ ติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรง อย่างต่อเนื่อง	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๖๕	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
๓๑. โครงการพัฒนา ระบบบริการดูแลระยะ กลาง (Intermediate Care)	*๙๒) ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ใน จังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง แบบ ผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๕๐	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
๓๒. โครงการพัฒนา ระบบบริการ one day surgery	*๙๓) ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery	ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๒๕	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
๓๓. โครงการกัญชาทาง การแพทย์#	**๙๔) จำนวนคลินิกการให้บริการกัญชาทาง การแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย	๓ แห่ง (รพ.มค./ รพ.บรปือ/ รพ.เชียงใหม่)	๓ แห่ง (รพ.มค./ รพ.บรปือ/ รพ.เชียงใหม่)	๑) กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพและรูปแบบ บริการ และ ๒) กลุ่ม งานแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ				
***๓๔. โครงการพัฒนา ระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉินครบวงจรและ ระบบการส่งต่อ#	๙๕) อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมงในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)	ร้อยละ ๘	ร้อยละ ๖	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	**๙๖) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ใน โรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) ระดับ A, S, M๑	น้อยกว่า ร้อยละ ๑๒	น้อยกว่า ร้อยละ ๑๒	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	๙๖.๑) อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ ที่มี ข้อบ่งชี้ในการ Admit ได้รับ Admit ภายใน ๒ ชม. ในโรงพยาบาล	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ ๖๐	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ ๖๐	
	๙๗) ร้อยละของโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ	๑๐๐	๑๐๐	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	๙๘) ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ	๑ แห่ง	๑ แห่ง	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	**๙๙) จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉิน	ร้อยละ ๕	ร้อยละ ๑๐	กลุ่มงานควบคุมโรค

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ ของแผน ยุทธศาสตร์ระบบ สุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔	ตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ (V.๔ : ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๒)	เกณฑ์เป้าหมาย		กลุ่มงาน ที่รับผิดชอบตัวชี้วัด
		๒๕๖๓	๒๕๖๔	
	ระดับ ๔ และ ๕ (Non trauma) ลดลง			ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	*๑๐๐) ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน	>ร้อยละ ๒๔	>ร้อยละ ๒๔	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ				
๓๕. โครงการ พระราชดำริ โครงการ เฉลิมพระเกียรติ และ โครงการพื้นที่เฉพาะ	***๑๐๑) ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการ เฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและ มะเร็งท่อน้ำดี	จำนวน ๗๐ ตำบล (๕๒.๖๓%)	จำนวน ๙๐ ตำบล (๖๗.๖๗%)	กลุ่มงานควบคุม โรคติดต่อ
	๑๐๑.๑ ร้อยละตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้า ระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและ มะเร็งท่อน้ำดี มาตรการส่งเสริมสุขภาพ (มีการ สร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล มาตรฐานกรมอนามัย)	๓ แห่ง	๓ แห่ง	กลุ่มงานอนามัย สิ่งแวดล้อมและ อาชีวอนามัย
	๑๐๒) ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE	ระดับ ๕	ระดับ ๕	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
แผนงานที่ ๙ อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย				
๓๖. โครงการพัฒนาการ ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและ การแพทย์*	***๑๐๓) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาเมือง สมุนไพร	ระดับ ๕	ระดับ ๕	กลุ่มงานแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก
	**๑๐๔) ร้อยละที่เพิ่มขึ้นของรายได้จากการ ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์ แผนไทย	ร้อยละ ๕	ร้อยละ ๕	๑) กลุ่มงานแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก และ ๒) กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข
๓. ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)				
แผนงานที่ ๑๐ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ				
๓๗. โครงการผลิตและ พัฒนากำลังคนด้าน สุขภาพสู่ความเป็นมือ อาชีพ	*๑๐๕) ร้อยละของเครือข่ายบริการ (CUP) ที่มีการ บริหารจัดการระบบการสรรหาและพัฒนาากำลังคน ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ผ่านเกณฑ์ ระดับ ๕ ขึ้นไป ทั้ง ๕ องค์ประกอบ ร้อยละ ๘๐	ผ่านเกณฑ์ ระดับ ๕ ขึ้นไป ทั้ง ๕ องค์ประกอบ ร้อยละ ๑๐๐	กลุ่มงานบริหาร ทรัพยากรบุคคล
	๑๐๖) ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตาม เกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๙๐ ของ เป้าหมาย	ร้อยละ ๙๕ ของ เป้าหมาย	กลุ่มงานบริหาร ทรัพยากรบุคคล
๓๘. โครงการบริหาร จัดการกำลังคนด้านสุขภาพ	๑๐๗) ร้อยละของหน่วยงานสาธารณสุขที่มี บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๐	กลุ่มงานบริหาร ทรัพยากรบุคคล
๔. ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)				
แผนงานที่ ๑๑ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ				
๓๙. โครงการประเมิน คุณธรรม ความโปร่งใส และบริหารความเสี่ยง	*๑๐๘) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวง สาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐	กลุ่มงานบริหารทั่วไป
	๑๐๘) ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยาเวชภัณฑ์ ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๓๐	กลุ่มงานคุ้มครอง ผู้บริโภคและเภสัช สาธารณสุข
	๑๑๐) ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวง สาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการ ควบคุมภายใน	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๔๐	กลุ่มงานบริหารทั่วไป
	***๑๑๑) ร้อยละของอำเภอที่ออกตรวจสอบ	ร้อยละ	ร้อยละ	กลุ่มงานบริหารทั่วไป

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ ของแผน ยุทธศาสตร์ระบบ สุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔	ตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ (V.๔ : ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๒)	เกณฑ์เป้าหมาย		กลุ่มงาน ที่รับผิดชอบตัวชี้วัด
		๒๕๖๓	๒๕๖๔	
	ภายในครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด#	๑๐๐	๑๐๐	
	๑๑๒) ร้อยละของเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ที่ได้รับการ ดำเนินการภายในเวลาที่กำหนด (๔๕ วัน)	๙๕	๑๐๐	กลุ่มงานนิติการ
๔๐. โครงการพัฒนา องค์กรคุณภาพ	**๑๑๓) ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการใน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด#	สสจ. ร้อยละ ๑๐๐ สสอ. ร้อยละ ๑๐๐	สสจ. ร้อยละ ๑๐๐ สสอ. ร้อยละ ๑๐๐	กลุ่มงานพัฒนา ยุทธศาสตร์สาธารณสุข
	**๑๑๔) ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวง สาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓#			กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
	๑. ร้อยละ ๑๐๐ ของ โรงพยาบาลทั่วไป	๑๐๐%	๑๐๐%	
	๒. ร้อยละ ๘๐ ในโรงพยาบาลชุมชน	๙๐%	๙๐%	
	**๑๑๕) ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การ พัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตัดดาว#	๘๕	๑๐๐	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
	๔๑. โครงการ Happy MOPH กระทรวง สาธารณสุข กระทรวง แห่งความสุข #	**๑๑๖) จำนวนองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ มาตรฐาน	รพท./สสจ. อย่างน้อย ๑ แห่ง -รพช./สสอ. ร้อยละ ๑๐	รพท./สสจ. อย่างน้อย ๒ แห่ง -รพช./สสอ. ร้อยละ ๑๕
๑๑๗) ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนี ความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้		ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๐	กลุ่มงานบริหาร ทรัพยากรบุคคล
แผนงานที่ ๑๒ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ				
๔๒. โครงการพัฒนา ระบบข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีสุขภาพ แห่งชาติ (NHIS)	๑๑๘) ข้อมูลการตายที่ไม่ทราบสาเหตุของจังหวัด น้อยกว่าร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๔๐	กลุ่มงานพัฒนา ยุทธศาสตร์สาธารณสุข
	*๑๑๙) ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ข้อมูล	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๕	กลุ่มงานพัฒนา ยุทธศาสตร์สาธารณสุข
	๑๒๐) ข้อมูลบริการสุขภาพ : คุณภาพเวชระเบียน และการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยนอกมีความถูกต้อง ครบถ้วน มากกว่าร้อยละ ๘๐	มากกว่า ร้อยละ ๘๐	มากกว่า ร้อยละ ๘๐	กลุ่มงานพัฒนา ยุทธศาสตร์สาธารณสุข
	๑๒๑) ระดับความสำเร็จในการพัฒนางาน เวชระเบียนผู้ป่วยใน	ระดับ ๕ ร้อยละ ๑๐๐	ระดับ ๕ ร้อยละ ๑๐๐	กลุ่มงานประกันสุขภาพ
๔๓. โครงการพัฒนา สุขภาพด้วยเศรษฐกิจ ดิจิทัล (Digital Economy)	๑๒๒) ร้อยละของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและ ตติยภูมิสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ (Health Information Exchange (HIE))	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๖๐	กลุ่มงานพัฒนา ยุทธศาสตร์สาธารณสุข
	๑๒๓) ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ตนเองได้ (Personal Health Record)	ร้อยละ ๕	ร้อยละ ๕	กลุ่มงานพัฒนา ยุทธศาสตร์สาธารณสุข
๔๔. โครงการ Smart Hospital#	**๑๒๔) ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital	รพท./รพช. ทุกแห่ง	รพท./รพช. ทุกแห่ง	กลุ่มงานพัฒนา ยุทธศาสตร์สาธารณสุข
	**๑๒๔.๑) รพ. มีระบบนัดและคิวออนไลน์			
	**๑๒๕) จำนวน รพ. มีระบบรับยาที่ร้านยา	๑ แห่ง	๑ แห่ง	กลุ่มงานคุ้มครอง ผู้บริโภคและเภสัช สาธารณสุข
แผนงานที่ ๑๓ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ				
๔๕. โครงการบริหารจัดการ	***๑๒๖) ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะ	ไม่มีระดับ ๗	ไม่มีระดับ ๗	กลุ่มงานประกันสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ ของแผน ยุทธศาสตร์ระบบ สุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔	ตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ (V.๔ : ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๒)	เกณฑ์เป้าหมาย		กลุ่มงาน ที่รับผิดชอบตัวชี้วัด
		๒๕๖๓	๒๕๖๔	
การด้านการเงินการคลัง	วิกฤติทางการเงิน #	ในไตรมาส ๔	ในไตรมาส ๔	
	๑๒๖.๑) ร้อยละของโรงพยาบาลที่จัดซื้อวัสดุ วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่วิเคราะห์ด้วยเครื่อง อัตโนมัติในราคาต่อการรายงานผล	อย่างน้อย ร้อยละ ๕๐	อย่างน้อย ร้อยละ ๕๐	กลุ่มงานประกันสุขภาพ
	๑๒๖.๒) ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์ จัดเก็บรายได้ในหน่วยบริการ	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	กลุ่มงานประกันสุขภาพ
	๑๒๗) คุณภาพระบบบัญชีของหน่วยบริการ	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๕	กลุ่มงานบริหารทั่วไป
แผนงานที่ ๑๔ : การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ				
๔๖. โครงการพัฒนา งานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและ เทคโนโลยีทางการแพทย์	๑๒๘) ร้อยละผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้ หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	กลุ่มงานพัฒนา ยุทธศาสตร์สาธารณสุข
	๑๒๙) ร้อยละของงบประมาณด้านการวิจัยและ พัฒนา ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑.๕ ของงบประมาณ ทั้งหมด	ร้อยละ ๑.๕	ร้อยละ ๑.๕	กลุ่มงานพัฒนา ยุทธศาสตร์สาธารณสุข
	*๑๓๐) จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยี สุขภาพหรือพัฒนา ต่อยอดการให้บริการด้าน สุขภาพ	CUP ละ ๕ เรื่อง	CUP ละ ๕ เรื่อง	กลุ่มงานพัฒนา ยุทธศาสตร์สาธารณสุข
	๑๓๑) จำนวนงานวิจัยสมุนไพรงานวิจัยการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริง ทางการแพทย์หรือการตลาด	อำเภอละ ๕ เรื่อง	อำเภอละ ๕ เรื่อง	กลุ่มงานแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก
แผนงานที่ ๑๕ : การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ				
๔๗. โครงการปรับ โครงสร้างและพัฒนา กฎหมายด้านสุขภาพ	*๑๓๒) ร้อยละของการบังคับใช้กฎหมายที่ กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญเป็นไปตาม กฎหมาย ((๑) พรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.๒๕๕๑ (๒) พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ (๓) พรบ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.๒๕๕๙ (๔) พรบ.อาหาร พ.ศ.๒๕๒๒ (๕) พรบ.ยา พ.ศ. ๒๕๑๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม)	๑๐๐	๑๐๐	กลุ่มงานนิติการ
	๑๓๒.๑) ร้อยละของการบริหารสัญญารับ ทุนการศึกษาและสัญญาการศึกษาเป็นไปตาม ขั้นตอนภายในระยะเวลาที่กำหนด	๙๕	๑๐๐	
	๑๓๒.๒) ร้อยละของเรื่องสืบหาหลักทรัพย์ตามคำ พิพากษา คำสั่ง ได้ดำเนินการภายในเวลาที่กำหนด	๙๕	๑๐๐	

หมายเหตุ

๑. * หมายถึง ตชว.กระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
๒. ** หมายถึง PA กระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
๓. *** หมายถึง PA จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๓
๔. ตัวเอน หมายถึง ตชว.ที่ปรับข้อความให้สอดคล้องกับ ตชว.กระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
๕. ชิดเส้นใต้ หมายถึง ตชว.ที่จังหวัดเพิ่มขึ้นใหม่ในปี ๒๕๖๓ (๒๘ ต.ค. ๒๕๖๒)
๖. # หมายถึง โครงการ/ตัวชี้วัด ที่ นพ.สสจ.มค. กำหนดเป็น KPI ประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ (กำหนดเมื่อ
วันที่ ๒๘ ต.ค. ๒๕๖๒)

ยุทธศาสตร์ แผนงานหลัก โครงการ และจำนวนตัวชี้วัด ของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔

การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔
และตัวชี้วัดการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓ สู่การปฏิบัติระดับอำเภอ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

และตัวชี้วัดการดำเนินงานด้านสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๓

ยุทธศาสตร์	แผนงานหลัก	จำนวน โครงการ	จำนวน ตัวชี้วัด
๑. ยุทธศาสตร์ด้าน ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ คุ้มครองผู้บริโภค เป็นเลิศ (PP&P Excellence)	๑. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)	๕	๒๖
	๒. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	๑	๑
	๓. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้าน สุขภาพ	๕	๒๒
	๔. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	๒	๓
๒. ยุทธศาสตร์ด้าน บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	๕. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)	๒	๑๐
	๖. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)	๑๘	๓๒
	๗. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบ วงจรและระบบการส่งต่อ	๑	๖
	๘. การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการ เฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ	๑	๒
	๙. อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยว เชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย	๑	๒
๓. ยุทธศาสตร์ บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)	๑๐. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้าน สุขภาพ	๒	๓
๔. ยุทธศาสตร์บริหาร เป็นเลิศด้วย ธรรมาภิบาล (Governance Excellence)	๑๑. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กร คุณภาพ	๓	๑๐
	๑๒. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ	๓	๘
	๑๓. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ	๑	๒
	๑๔. การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ	๑	๔
	๑๕. การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้าน สุขภาพ	๑	๑
รวม	๑๕ แผนงานหลัก	๔๗	๑๓๒

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้มอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบแผนงานและตัวชี้วัดการดำเนินงาน โดยให้กำหนดนิยามตัวชี้วัดและจัดทำแนวทางดำเนินงานของปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ทั้ง ๑๕ แผนงาน ๔๗ โครงการ ๑๓๒ ตัวชี้วัด โดยการวิเคราะห์ความสอดคล้องของนโยบายที่เกี่ยวข้องและผลการ

ดำเนินงานที่ผ่านมา เพื่อถ่ายทอดตัวชี้วัด/แนวทางดำเนินงานของปีงบประมาณ ๒๕๖๓ สู่การปฏิบัติในระดับจังหวัด-อำเภอ-ตำบล โดยทำการถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ และตัวชี้วัดการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๓ ในจำนวน ๑๕ แผนงาน ๔๗ โครงการ ๑๓๒ ตัวชี้วัด ให้สู่การปฏิบัติระดับจังหวัด-อำเภอ-ตำบล ในวันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ หลังจากนั้นกำหนดให้ทุก CUP จัดทำแผนปฏิบัติการปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ที่สอดคล้องกับแผนแผนยุทธศาสตร์หน่วยงาน และอยู่ในกรอบงบประมาณของ Planfin ปี ๒๕๖๓ พร้อมทั้งให้บูรณาการยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Prevention Promotion & Protection Excellence) ด้วยงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ปี ๒๕๖๓ หรืองบประมาณอื่นๆ ในระดับพื้นที่ ให้ตอบสนองปัญหาด้านการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคในระดับตำบลเรียงตามลำดับความสำคัญเร่งด่วน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้จัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกับผู้บริหารหน่วยงานที่อยู่ในการควบคุมกำกับ ดังนี้ (๑) รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด จำนวน ๖ คน (๒) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ๑๓ แห่ง (๓) สาธารณสุขอำเภอ ๑๓ อำเภอ และ (๔) หัวหน้ากลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๑๓ กลุ่มงาน พร้อมทั้งกำหนดให้มีการถ่ายทอดตัวชี้วัดระดับองค์กรสู่ตัวชี้วัดระดับบุคคลในหน่วยงาน ครอบคลุมทุกหน่วยงานที่อยู่ในการควบคุมกำกับ (ตามลำดับชั้น) และมอบหมายให้กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคลใช้ประกอบการประเมินผลปฏิบัติราชการรายบุคคลในรอบปีงบประมาณ ๒๕๖๓ พร้อมทั้งมอบหมายให้กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข รายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานในการประชุม กวป.ทุกเดือน เพื่อให้การพัฒนาสาธารณสุขของจังหวัดเกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพสูงสุด โดยมุ่งหวังให้บรรลุตามเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดต่อไป

.....

ส่วนที่ ๒

รูปแบบและเนื้อหาประกอบ

การนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓

รูปแบบและตารางกำหนดการนิเทศงานสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๑. การนิเทศงานสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๑.๑ การนิเทศงานสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้กำหนดให้มีการออกนิเทศงานสาธารณสุข จำนวน ๒ ครั้ง/ปี โดยครั้งที่ ๑ ระหว่างเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ และครั้งที่ ๒ ออกนิเทศงานร่วมกับการประเมินผลการปฏิบัติราชการ (KPIs) ระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จำนวน ๑ ทีม ครอบคลุมทั้ง ๑๓ อำเภอ โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เป็นประธาน

๑.๒ รูปแบบการนิเทศงานสาธารณสุข

เวลา	รายละเอียด	สถานที่ประชุม/ ผู้เข้าร่วมประชุม
ภาคเช้า		
๐๙.๐๐-๐๙.๓๐ น.	<p>ออกเยี่ยม รพ.สต. ๑ แห่ง ตามที่อำเภอได้คัดเลือกให้ มีท่าน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เป็นประธาน โดย <u>รพ.สต.นำเสนอใช้เวลา ๑๐-๑๕ นาที ในประเด็น</u></p> <p>๑. งานตามโครงการพระราชดำริ/โครงการเฉลิมพระเกียรติ และ โครงการที่เกี่ยวข้องกับพระบรมวงศานุวงศ์ ได้แก่</p> <p>๑) โครงการพินเทียมพระราชทาน</p> <p>๒) โครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้ายา ต้านภัยมะเร็ง เต้านม</p> <p>๓) โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตาม พระปณิธาน ศาสตราจารย์ ดร. สมเด็จพระเจ้าลูกเธอเจ้าฟ้า จุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี</p> <p>๔) โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE</p> <p>๕) โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระ เทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีในโอกาสฉลองพระชนมายุ ๖๐ พรรษา ๕ รอบ</p> <p>๖) โครงการรณรงค์ตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยเครื่อง อัลตราซาวด์ ภายใต้โครงการกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและ มะเร็งท่อน้ำดีเพื่อถวายเป็นพระราชกุศล</p> <p>๗) โครงการคัดกรองวัณโรค โรคเรื้อน เอดส์และโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ในเรือนจำ</p> <p>๘) โครงการคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเครื่องเอกซเรย์เต้านม เคลื่อนที่ (Mammogram) ในสตรีกลุ่มเสี่ยงและด้อยโอกาส ในโอกาส มหามงคลพระราชพิธีบรมราชาภิเษก พุทธศักราช ๒๕๖๒</p>	<p>๑. ห้องประชุม รพ.สต.</p> <p>๒. ผอ.รพ./สสอ.</p> <p>๓. ผอ.รพ.สต.ทุก แห่ง และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทุกแห่ง</p>

เวลา	รายละเอียด	สถานที่ประชุม/ ผู้เข้าร่วมประชุม
	<p>๙) โครงการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ</p> <p>๑๐) โครงการควบคุมหนองพยาธิในนักเรียนและเยาวชนในพื้นที่ ทุรกันดาร</p> <p>๑๑) โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี ด้วยหัวใจ</p> <p>๑๒) โครงการจิตอาสาพระราชทาน</p> <p>๑๓) โครงการ ๑๐ ล้านครอบครัวไทย ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ เฉลิมพระเกียรติ เนื่องในโอกาสสมหามงคลพระราชพิธีบรมราชาภิเษก</p> <p>๑๔) โครงการพัฒนา สอน.บ้านกระบาก (เฉพาะอำเภอชื่นชม)</p> <p>๒. คำรับรองการปฏิบัติราชการ (PA) ปี ๒๕๖๓ กระทรวง สาธารณสุขและ PA ของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด มหาสารคาม ได้แก่</p> <p>๑) แม่และเด็ก</p> <p>๒) ผู้สูงอายุ</p> <p>๓) Health Literacy</p> <p>๔) การควบคุมป้องกันวัณโรค</p> <p>๕) การยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่อันตรายต่อสุขภาพ</p> <p>๖) ใช้อย่างสมเหตุผล/จัดการเชื้อดื้อยา (RDU&AMR)</p> <p>๗) อสม.เป็นหมอครอบครัว</p> <p>๘) รพ.สต.ติดตาม</p> <p>๙) นวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อเศรษฐกิจ</p> <p>๑๐) องค์กรแห่งความสุข</p> <p>๑๑) DM/HT/CKD</p> <p>๑๒) OV/CCA</p> <p>๑๓) Herbal City</p> <p>๑๔) ยาเสพติด</p> <p>๑๕) ตรวจสอบภายใน</p>	
๐๙.๓๐-๑๒.๐๐ น.	- นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มอบนโยบาย และ ติดตามประเด็นการดำเนินงานในปี ๒๕๖๓	ห้องประชุม รพ.สต.
๐๙.๐๐-๑๒.๐๐ น.	<p>- ผู้นิเทศจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม นิเทศงาน ตามประเด็นการนิเทศ ได้แก่</p> <p>๑. งานตามโครงการพระราชดำริ/โครงการเฉลิมพระเกียรติ และ โครงการที่เกี่ยวข้องกับพระบรมวงศานุวงศ์ ได้แก่</p> <p>๑) โครงการพินเทียมพระราชทาน</p> <p>๒) โครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้า ๓ ทานภัยมะเร็ง เต้านม</p> <p>๓) โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตาม</p>	๑. ห้องประชุม โรงพยาบาล ๒. ผู้รับนิเทศจาก CUP

เวลา	รายละเอียด	สถานที่ประชุม/ ผู้เข้าร่วมประชุม
	<p>พระปณิธาน ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าลูกเธอเจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี</p> <p>๔) โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE</p> <p>๕) โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีในโอกาสฉลองพระชนมายุ ๖๐ พรรษา ๕ รอบ</p> <p>๖) โครงการรณรงค์ตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ ภายใต้โครงการกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเพื่อถวายเป็นพระราชกุศล</p> <p>๗) โครงการคัดกรองวัณโรค โรคเรื้อน เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเรือนจำ</p> <p>๘) โครงการคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเครื่องเอกซเรย์เต้านมเคลื่อนที่ (Mammogram) ในสตรีกลุ่มเสี่ยงและด้อยโอกาส ในโอกาสมหามงคลพระราชพิธีบรมราชาภิเษก พุทธศักราช ๒๕๖๒</p> <p>๙) โครงการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ</p> <p>๑๐) โครงการควบคุมหนอนพยาธิในนักเรียนและเยาวชนในพื้นที่ทุรกันดาร</p> <p>๑๑) โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี ด้วยหัวใจ</p> <p>๑๒) โครงการจิตอาสาพระราชทาน</p> <p>๑๓) โครงการ ๑๐ ล้านครอบครัวไทย ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพเฉลิมพระเกียรติ เนื่องในโอกาสมหามงคลพระราชพิธีบรมราชาภิเษก</p> <p>๑๔) โครงการพัฒนา สอน.บ้านกระบาก (เฉพาะอำเภอชื่นชม)</p> <p>๒. คำรับรองการปฏิบัติราชการ (PA) ปี ๒๕๖๓ กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>๑. สุขภาพทุกกลุ่มวัย</p> <p>๑.๑ แม่และเด็ก</p> <p>๑.๒ ผู้สูงอายุ</p> <p>๑.๓ Health Literacy</p> <p>๒. การควบคุมป้องกันวัณโรค</p> <p>๓. จัดการภัยคุกคามความมั่นคงทางสุขภาพ</p> <p>๓.๑ การยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่อันตรายต่อสุขภาพ</p> <p>๓.๒ ใช้ยาอย่างสมเหตุผล/จัดการเชื้อดื้อยา (RDU&AMR)</p> <p>๔. พัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ</p> <p>๔.๑ อสม.เป็นหมอครอบครัว</p> <p>๔.๒ ทีม PCC</p>	

เวลา	รายละเอียด	สถานที่ประชุม/ ผู้เข้าร่วมประชุม
	<p>๔.๓ พชอ. ๔.๔ รพ.สต.ติดดาว</p> <p>๕. ลดแออัด ลดรอคอย ในโรงพยาบาล</p> <p>๕.๑ จัดระบบบริการเพื่อลดความแออัด ๕.๒ ห้องฉุกเฉินคุณภาพ</p> <p>๖. Fast Track ๖.๑ Stroke ๖.๒ STEMI</p> <p>๗. การเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์ ๘. นวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อเศรษฐกิจ ๘.๑ สมุนไพร การนวดไทย และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเสริมเศรษฐกิจ</p> <p>๙. องค์กรคุณภาพ ๙.๑ HA ๙.๒ PMQA ๙.๓ องค์กรแห่งความสุข</p> <p>๑๐. นวัตกรรมการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ (บทบาทของเขตสุขภาพ)</p> <p>๓. <u>ตัวชี้วัดที่เป็นปัญหาของจังหวัดมหาสารคาม และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด</u></p> <p>๑. DM/HT/CKD ๒. Sepsis ๓. ยาเสพติด ๔. การแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ ๕. OV/CCA ๖. Herbal City ๗. ตรวจสอบภายใน ๘. CFO</p> <p>๔. <u>ทิศทางการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์สุขภาพของอำเภอปี ๒๕๖๓ ภายใต้อำเภอ ๔ ประเด็นยุทธศาสตร์</u></p> <p>๑. รายละเอียดแผนปฏิบัติการตาม ๔ ยุทธศาสตร์ ๒. ผลการบูรณาการงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในการดำเนินงาน PP&P Excellence ๓. การบูรณาการงบประมาณองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หมู่บ้านละ ๒๐,๐๐๐ บาท ในการดำเนินงานตอบสนอง Smart Kids Taksila ๔.๐</p>	

เวลา	รายละเอียด	สถานที่ประชุม/ ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๒.๐๐-๑๓.๐๐ น.	- พักรับประทานอาหารกลางวัน	ห้องประชุม รพ.
ภาคบ่าย		
๑๓.๐๐-๑๓.๓๐ น.	<p>- CUP นำเสนอ เวลา ๑๕-๓๐ นาที ตามประเด็นการนิเทศ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. งานตามโครงการพระราชดำริ/โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการที่เกี่ยวข้องกับพระบรมวงศานุวงศ์ ๒. คำรับรองการปฏิบัติราชการ (PA) ปี ๒๕๖๓ กระทรวงสาธารณสุข ๓. ตัวชี้วัดที่เป็นปัญหาของจังหวัดมหาสารคาม และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ๔. ทิศทางการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์สุขภาพของอำเภอ ปี ๒๕๖๓ ภายใต้ ๔ ประเด็นยุทธศาสตร์ และข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 	<ol style="list-style-type: none"> ๑. ห้องประชุมโรงพยาบาล ๒. คณะกรรมการบริหารงานเครือข่ายสุขภาพระดับ CUP ๓. ผอ.รพ.สต. ทุกคน
๑๓.๓๐-๑๕.๐๐ น.	- นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มอบนโยบาย และติดตามประเด็นการดำเนินงานในปี ๒๕๖๓	
๑๕.๐๐-๑๖.๓๐ น.	- การชี้แจงแนวทางการดำเนินงานที่สำคัญ ตามงานตามโครงการพระราชดำริ/โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการที่เกี่ยวข้องกับพระบรมวงศานุวงศ์ PA กระทรวงสาธารณสุข และ PA ของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยหัวหน้ากลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	

๑.๓ ตารางกำหนดการออกนิเทศงานสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

ลำดับที่	อำเภอ	วันที่ออกนิเทศงาน
๑	เขียงยืน	๑๔ มกราคม ๒๕๖๓
๒	ยางสีสุราช	๑๕ มกราคม ๒๕๖๓
๓	เมืองมหาสารคาม	๑๖ มกราคม ๒๕๖๓
๔	แกดำ	๒๑ มกราคม ๒๕๖๓
๕	โกสุมพิสัย	๒๒ มกราคม ๒๕๖๓
๖	กันทรวิชัย	๒๓ มกราคม ๒๕๖๓
๗	บรบือ	๒๘ มกราคม ๒๕๖๓
๘	นาคูน	๒๙ มกราคม ๒๕๖๓
๙	นาเชือก	๓๐ มกราคม ๒๕๖๓
๑๐	วาปีปทุม	๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓
๑๑	พยัคฆภูมิพิสัย	๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓
๑๒	กุดรัง	๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓
๑๓	ชื่นชม	๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

หมายเหตุ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม

คู่มือการนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
กลุ่มงานบริหารทั่วไป

๑. **ข้อยุทธศาสตร์ที่ ๔** : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
 ๒. **ข้อแผนงานที่ ๑๑** : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
 ๓. **ข้อตัวชี้วัด** : ร้อยละของอำเภอที่ออกตรวจสอบภายในครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด
 ๔. **ผู้รับผิดชอบงาน** :

- | | |
|----------------------------|------------------|
| ๑. นายวิวัฒน์ ละอองทอง | โทร. ๐๘๓-๔๕๕๕๗๐๘ |
| ๒. นางศรีประภา อางเดช | โทร. ๐๘๙-๙๒๗๔๘๐๔ |
| ๓. นางสาวจรรทิษา ราชพรหมมา | โทร. ๐๙๕-๙๕๔๖๓๙๑ |

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ³ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๑๑ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาล และองค์กรคุณภาพ</p> <p>โครงการที่ ๓๙ : โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส และบริหารความเสี่ยง</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๑๑๑ ร้อยละของอำเภอที่ออกตรวจสอบภายในครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด</p>	<p>แนวทางดำเนินงานระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบภายใน ๒. มีแผนการออกตรวจสอบภายใน ๓. แจ้งการออกตรวจสอบภายในให้ สสจ./รพท./รพช./สสอ./รพ.สต. ๔. ออกปฏิบัติการตรวจสอบภายใน ๕. รายงานและสรุปผลการดำเนินการตรวจสอบภายในตามแผนฯ ๖. ติดตามการดำเนินการตามข้อสังเกต ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ หรือแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง (ถ้ามี) ของคณะกรรมการตรวจสอบภายใน <p>แนวทางดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบภายใน ๒. มีแผนการออกตรวจสอบภายใน ๓. แจ้งการออกตรวจสอบภายในให้ รพ.สต.ให้ครบทุกแห่ง ๔. ออกปฏิบัติการตรวจสอบภายใน ๕. รายงานและสรุปผลการดำเนินการตรวจสอบภายในตามแผนฯ ๖. ติดตามการดำเนินการตามข้อสังเกต ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ หรือแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง (ถ้ามี) ของคณะกรรมการตรวจสอบภายใน <p>แนวทางดำเนินงานระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีคำสั่งมอบหมายเจ้าหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงานด้านการเงิน การบัญชี พัสดุ และอื่นๆ ๒. เตรียมเอกสารหลักฐานให้ครบถ้วนพร้อมให้ตรวจสอบ ๓. ให้ความร่วมมือในการตรวจสอบภายในทั้งระดับอำเภอและจังหวัด ๔. รายงานและสรุปผลการดำเนินการตามข้อสังเกต ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ หรือแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง (ถ้ามี) ให้อำเภอทราบภายในเวลาที่กำหนด

คู่มือการนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

๑. **ชื่อยุทธศาสตร์ที่ ๑** : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
๒. **ชื่อแผนงานที่ ๒** : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
๓. **ชื่อตัวชี้วัด** : ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ
๔. **ผู้รับผิดชอบงาน** :
 ๑. นายสงค์ เชื้อลิ้นฟ้า หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
 ๒. นางสาวระพีพร คำเจริญ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๒ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ</p> <p>โครงการที่ ๖ : โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๒๗. ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ขับเคลื่อนนโยบายระดับจังหวัดด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต (ด้านสาธารณสุข) ของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคามปี ๒๕๕๘-๒๕๖๑ และตัวชี้วัดการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๓ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (ด้านสาธารณสุข) ระดับจังหวัด และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ๒. จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ๓. ติดตามการดำเนินการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ การจัดทำแผนสำคัญตามบริบทในพื้นที่ ๔. พัฒนาศักยภาพ PM ระดับจังหวัด/อำเภอ ในการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นและแหล่งงบประมาณต่างๆที่จะสนับสนุนการดำเนินการตามประเด็นดำเนินการ ๕. สนับสนุนให้เกิดการบูรณาการการดำเนินงาน และแหล่งงบประมาณในระดับตำบล เพื่อดำเนินการตามประเด็นที่ พชอ.คัดเลือก ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่น กองทุนตำบล กองทุนระบบการดูแลระยะยาวฯ (LTC) งบประมาณตามโครงการพระราชดำริ งบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น ๖. เยี่ยมเสริมพลัง ประเมินผลการดำเนินงาน ประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบ UCCARE ๗. จัดเวที ให้ คณะกรรมการ พชอ. นำเสนอ Best practice ผลงานวิชาการดีเด่น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชื่นชมและเสริมพลัง
	แนวทางดำเนินระดับอำเภอ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	<p style="text-align: center;">แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI^๓M /กรอบ Six Building Blocks</p>
	<p>๑. ทบทวนคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑</p> <p>๒. จัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นพัฒนานำมาคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย อำเภอละ ๒ ประเด็น</p> <p>๓. จัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับอำเภอ</p> <p>๔. จัดทำแผนดำเนินการพัฒนา/แก้ไขปัญหาคือตามบริบทในพื้นที่ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต (กำหนดเป้าประสงค์ กิจกรรมการดำเนินงาน ตัวชี้วัด และผู้รับผิดชอบ)</p> <p>๕. ดำเนินการตามแผนดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาคือตามบริบทในพื้นที่ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต</p> <p>๖. ดำเนินการบริหารจัดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอแบบบูรณาการและมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน</p> <p>๗. รายงานความก้าวหน้า การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยบันทึกผลการดำเนินงานผ่านเว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (Cockpit พชอ. และ Cockpit Smart Kids Taksila 4.0)</p> <p>๘. พัฒนาศักยภาพ PM ระดับอำเภอ ในการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นและแหล่งงบประมาณต่างๆที่จะสนับสนุนการดำเนินการตามประเด็นดำเนินการ</p> <p>๙. ประสานให้เกิดการบูรณาการการดำเนินงาน และแหล่งงบประมาณในระดับตำบล เพื่อดำเนินการตามประเด็นที่ พชอ.คัดเลือก ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่น กองทุนตำบล กองทุนระบบการดูแลระยะยาวฯ (LTC) งบประมาณตามโครงการพระราชดำริ งบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น</p> <p>๑๐. ประเมินตนเองการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ UCCARE</p> <p>๑๑. สรุปทบทเรียนผลการดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาคือตามบริบทในพื้นที่ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต</p>
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <p>๑. มีส่วนร่วมในการประชุม วิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นพัฒนานำมาคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต</p> <p>๒. ดำเนินการ พัฒนา/แก้ไขปัญหา ตามประเด็นหรือแนวทางที่</p>

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กำหนด</p> <p>๓. การบูรณาการการดำเนินงาน และแหล่งงบประมาณในระดับตำบล เพื่อดำเนินการตามประเด็นที่ พชอ.คัดเลือก ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่น กองทุนตำบล กองทุนระบบการดูแลระยะยาว (LTC) งบประมาณตามโครงการพระราชดำริ งบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น</p>

การประเมินตามเกณฑ์ DHS-PCA โดยใช้ แนวทาง UC-CARE พิจารณาตามเกณฑ์ ๖ ด้านตาม UC-CARE แต่ละประเด็น

๑. การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team)
๒. การวิเคราะห์ความต้องการผู้รับบริการ (Customer Focus)
๓. การมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย (Community participation)
๔. การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการเอง (Appreciation)
๕. การแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development)
๖. การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care)

ระดับ	ความหมาย
๑	มีแนวทางที่ชัดเจน และ/หรือ เริ่มดำเนินการ (แนวทาง ประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบ ได้แก่ วัตถุประสงค์เป็นอย่างไร, แผนขั้นตอนเป็นอย่างไร และตัววัดเป้าหมาย วิธีการติดตามประเมินผลเป็นอย่างไร)
๒	มีการขยายการดำเนินการเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ครอบคลุม
๓	ดำเนินการอย่างเป็นระบบ และ/หรือ มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการที่สำคัญ และ/หรือ มีการดำเนินการครอบคลุม (ระบบ หมายถึง สามารถทำซ้ำได้ มีขั้นตอนชัดเจน) (การดำเนินการ ประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบ ได้แก่ ทำได้ครอบคลุมทุกขั้นตอนตามแผนหรือไม่อย่างไร, คนที่ได้รับมอบหมายทำหน้าที่ทุกคนหรือไม่อย่างไร และคนที่ทำอย่างมุ่งมั่นหรือไม่อย่างไร)
๔	มีการทบทวน ประเมินผลและปรับปรุงโดยใช้ข้อมูลจริงและมีการเรียนรู้เพื่อปรับพัฒนาให้ดีขึ้น (การเรียนรู้ ประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบ ได้แก่ ผลลัพธ์ตรงเป้าหรือไม่อย่างไร, มีการแลกเปลี่ยนบทเรียนที่ได้รับหรือไม่อย่างไร และมีการนำบทเรียนไปปรับปรุงหรือไม่อย่างไร)
๕	มีการบูรณาการการพัฒนาใหม่เข้าสู่ระบบงานหลักขององค์กร เริ่มเห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และตอบสนองต่อเป้าหมาย/พันธกิจองค์กร (การบูรณาการ ประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบ ได้แก่ ความสอดคล้องของเป้า แผน ปฏิบัติ วัด ปรับ, ความสอดคล้องกับกระบวนการอื่นที่เกี่ยวข้อง และความสอดคล้องกับเป้าหมายของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ)

๑. Unity Team

UCCARE	๑.เริ่มมี แนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	๒.ขยายการ ดำเนินการ	๓.ดำเนินการ เป็นระบบ และ/หรือ ครอบคลุม	๔.เรียนรู้	๕.บูรณาการ	คำสำคัญ และนิยาม ปฏิบัติการ
Unity Team	มีแนวทางที่ จะทำงาน ร่วมกันและ ร่วมกันและ ดำเนินการ ตามหน้าที่ ในส่วนที่ รับผิดชอบ -มีแผน ยุทธศาสตร์/ แผนปฏิบัติ การที่แสดง ถึงการ ดำเนินงาน DHS	มีการทำงาน ร่วมกันเป็นทีม ในบาง ประเด็น และ/หรือ มีภาคีภาค ส่วน ร่วมด้วย -มีคำสั่ง คณะกรรมการ DHS ระดับ อำเภอที่มีภาคี ทุกภาคส่วน	<u>cross</u> <u>functional</u> เป็น team ระหว่างฝ่าย คิควางแผน และ ดำเนินการ ร่วมกันโดยมี <u>ภาคีภาคส่วน</u> <u>ร่วมด้วย</u> <u>บางส่วน</u> -มีการกำหนด บทบาทหน้าที่ ที่รับผิดชอบ ในทุก ภาคส่วน -มีการประชุม คณะกรรมการ อย่างน้อย ๔ ครั้ง/ปี	<u>fully</u> <u>integrate</u> เป็น โครงข่าย ทีมเดียวกัน ทั้งแนวตั้ง และ แนวราบ โดยมี <u>ภาคีภาค</u> <u>ส่วน</u> <u>ร่วมด้วย</u> -มีการนำ ปัญหา อุปสรรคใน การ ดำเนินงาน DHS มาวางแผน แก้ไข ในที่ประชุม -มีการ ประเมินผล โครงการ เพื่อวางแผน พัฒนา ปรับปรุง อย่าง ต่อเนื่อง	ชุมชน ภาคี ภาคส่วน ต่างๆ ร่วม เป็นทีมกับ เครือข่าย สุขภาพในทุก ประเด็น สุขภาพสำคัญ -สามารถ บูรณาการ งาน DHS ร่วมกับงาน อื่น หรือภาคี เครือข่าย ใน อำเภอได้	ทีมสุขภาพ (Health Team) หมายถึง <u>ทีมภายใน</u> <u>หน่วยงาน</u> <u>เดียวกัน</u> (ทีมรพ.กับ รพ.,ทีมรพ. สต.กับทีม รพ.สต. , <u>ทีม</u> <u>ระหว่าง</u> <u>หน่วยงาน</u> (ทีมรพ.กับ ทีม รพ. สต.), <u>ทีม</u> <u>แนวตั้งและ</u> <u>ทีมแนวราบ</u> และ/หรือ <u>ทีมข้ามสาย</u> งาน(ภาคี ภาคส่วน ต่างๆ)

๒. Customer Focus

UCCARE	๑.เริ่มมี แนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	๒.ขยายการ ดำเนินการ	๓. ดำเนินการ เป็นระบบ และ/หรือ ครอบคลุม	๔.เรียนรู้	๕.บูรณาการ	คำสำคัญ และนิยาม ปฏิบัติการ
Customer Focus	มีช่องทางในการ รับรู้และ เข้าใจ ความต้องการ ของ ประชาชน และ ผู้รับบริการ เป็น แบบ <u>reactive</u> -มีการจำแนก กลุ่มเป้าหมาย แต่ละกลุ่มวัย -มีแนวทางใน การจัดการ แก้ไข ปัญหาทุก ช่องทาง	มีช่องทางใน การรับรู้และ <u>เข้าใจความ</u> <u>ต้องการ</u> ของ ประชาชน และ ผู้รับบริการที่ <u>หลากหลาย</u> อย่างน้อยใน <u>กลุ่มที่มี</u> <u>ปัญหาสูง</u> -มีช่องทาง การรับรู้/รับ ฟัง/เข้าใจ และเรียนรู้ ความ ต้องการของ ประชาชน และ ผู้รับบริการที่ หลากหลาย ในแต่ละกลุ่ม	มีช่องทางการ รับรู้และ เข้าใจ ความต้องการ ของ ประชาชน และ ผู้รับบริการ <u>แต่ละกลุ่ม</u> <u>ครอบคลุม</u> <u>ประชากรส่วน</u> <u>ใหญ่</u> และ นำมา แก้ไข <u>ปรับปรุง</u> <u>ระบบงาน</u> -มีการ ทบทวน เรียนรู้ หา แนวทางแก้ไข ปัญหาทุก ช่องทางการ รับรู้ให้มี ประสิทธิภาพ มากขึ้นในแต่ละ กลุ่ม -ขยายผลไป ยังประชากร กลุ่มอื่น	มีการเรียนรู้ <u>และพัฒนา</u> <u>ช่องทางการ</u> <u>รับรู้ความ</u> <u>ต้องการ</u> ของ ประชาชนแต่ ละกลุ่ม ให้ <u>สอดคล้อง</u> <u>และ</u> <u>มี</u> <u>ประสิทธิภาพ</u> <u>มากขึ้น</u> -มีการ ประเมินความ พึงพอใจตาม กลุ่มเป้าหมาย -มีการนำ ปัญหา อุปสรรคใน การให้บริการ ตามกลุ่มมา วางแผนหา แนวทางแก้ไข ร่วมกัน	<u>ความต้องการ</u> ของประชาชน และ ผู้รับบริการ <u>ถูกนำมาบูรณา</u> <u>การกับ</u> <u>ระบบงาน</u> <u>ต่างๆจนทำให้</u> ประชาชน เชื่อมั่น ศรัทธา ผูกพันและมี ส่วนร่วมกับ เครือข่าย บริการ ปฐมภูมิ -มีแนวทางใน การจัดการ แก้ไขพัฒนา ปรับปรุง ปัญหาทุก ช่องทาง -หน่วยงานอื่น ร่วมช่วยเหลือ ดูแล ผู้รับบริการ ตามกลุ่มด้วย	ความต้องการ ของประชาชน และ ผู้รับบริการ (HealthNeed) หมายถึง ประเด็นปัญหา หรือประเด็น พัฒนาที่ ประชาชนและ ผู้รับบริการ จำเป็นต้อง ได้รับโดยหมาย รวมทั้งในส่วน ของ felt need (เช่น การรักษา ฟื้นฟู) และ unfelt need (เช่น บริการ ส่งเสริม ป้องกัน)

๓. Community Participation

UCCARE	๑.เริ่มมีแนวทางและ/หรือเริ่มดำเนินการ	๒.ขยายการดำเนินการ	๓.ดำเนินการเป็นระบบและ/หรือครอบคลุม	๔.เรียนรู้	๕.บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Community Participation	<p>มีแนวทางหรือเริ่มให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพ-ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมคิด/วางแผนงานหรือกิจกรรมด้านสุขภาพ</p>	<p>ดำเนินการให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายร่วมรับรู้ร่วมดำเนินการด้านสุขภาพในงานที่หลากหลายนและขยายวงกว้างเพิ่มขึ้น-ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านสุขภาพ-มีการจัดระบบสุขภาพร่วมกัน เช่นงาน NCD งานควบคุมโรค-มีผลลัพธ์เป็นรูปธรรม</p>	<p>ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมร่วมคิดร่วมดำเนินการด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และมีการขยายวงได้ค่อนข้างครอบคลุม-มีการขยายผลลัพธ์การดำเนินงานไปยังชุมชน/หมู่บ้านอื่น</p>	<p>ชุมชนและภาคีเครือข่ายร่วมคิดร่วมวางแผนร่วมดำเนินการด้านสุขภาพและมีการทบทวนเรียนรู้ปรับปรุงกระบวนการมีส่วนร่วมให้เหมาะสมมากขึ้น-ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมทบทวนร่วมรับผิดชอบและตรวจสอบแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลลัพธ์ที่ได้และมีการปรับปรุง</p>	<p>ชุมชนและภาคีเครือข่ายร่วมดำเนินการอย่างครบวงจรรวมทั้งการประเมินผลจนร่วมเป็นเจ้าของการดำเนินงานเครือข่ายบริการปฐมภูมิ-ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ มีการจัดการปัญหาสุขภาพแบบบูรณาการกับงานอื่น</p>	<p>ระดับของการมีส่วนร่วม : ร่วมรับรู้ ร่วมคิดร่วมดำเนินการและร่วมประเมินผล</p>

๔. Appreciation

UCCARE	๑.เริ่มมี แนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	๒.ขยายการ ดำเนินการ	๓.ดำเนินการ เป็นระบบ และ/หรือ ครอบคลุม	๔.เรียนรู้	๕.บูรณา การ	คำสำคัญ และนิยาม ปฏิบัติการ
Appreciation	มีแนวทาง หรือ วิธีการที่ ชัดเจน หรือเริ่ม ดำเนินการ ในการดูแล <u>พัฒนา และ</u> <u>สร้างความพึง</u> <u>พอใจของ</u> บุคลากร -มีเจ้าหน้าที่ หรือทีมงาน ทำตามหน้าที่ ที่ได้รับ มอบหมาย	มีการขยาย การ ดำเนินการ ตามแนว ทางหรือ วิธีการ ในการดูแล พัฒนา และ <u>สร้างความ</u> <u>พึงพอใจของ</u> <u>บุคลากร</u> <u>เพิ่มขึ้นในแต่</u> <u>ละหน่วยงาน</u> หรือในแต่ละ ระดับ -มีการนำ ข้อมูลที่เป็น ปัจจัยที่มีผล ต่อระบบการ ทำงานที่ทำ ให้ทีมงาน เครือข่าย สุขภาพมี บรรยากาศ การทำงานที่ ดีมาวิเคราะห์ แก้ไขปัญหา ในการ ดำเนินงาน	ดำเนินการตาม แนวทางหรือ วิธีการดูแล พัฒนาและ สร้างความพึง พอใจและความ ผูกพัน (engagement) ของบุคลากร <u>ให้สอดคล้อง</u> <u>กับ</u> <u>ภารกิจที่จำเป็น</u> <u>อย่างเป็นระบบ</u> -เจ้าหน้าที่หรือ ทีมงานพึงพอใจ ในงานและ ผลลัพธ์ของงาน ที่เกิดขึ้น	เครือข่าย สุขภาพมีการ เรียนรู้ <u>ทบทวน</u> <u>กระบวนการ</u> ดูแล พัฒนา และสร้าง ความผูกพัน ของบุคลากร <u>ให้สอดคล้อง</u> <u>กับบริบท</u> -ผู้รับบริการ เห็นคุณค่า และชื่นชม เจ้าหน้าที่ หรือทีมงาน	<u>สร้าง</u> <u>วัฒนธรรม</u> <u>เครือข่ายให้</u> บุคลากรมี ความสุข ภูมิใจ <u>รับรู้คุณค่า</u> <u>และ</u> <u>เกิดความ</u> <u>ผูกพัน</u> ในงานของ เครือข่าย บริการปฐม ภูมิ -เจ้าหน้าที่ หรือทีมงาน รู้สึกมีคุณค่า ในตัวเอง และงานที่ ทำ	ความผูกพัน (engagement) หมายถึง การที่ บุคลากรมีความ กระตือรือร้น ในการ ปฏิบัติงาน ในหน้าที่ และใน งานที่ได้รับ มอบหมายด้วย ความมุ่งมั่น เพื่อให้ บรรลุพันธกิจ ขององค์กร

UCCARE	๑.เริ่มมี แนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	๒.ขยายการ ดำเนินการ	๓.ดำเนินการ เป็นระบบ และ/หรือ ครอบคลุม	๔.เรียนรู้	๕.บูรณาการ	คำสำคัญ และนิยาม ปฏิบัติการ
Resources Sharing and Human Development	มีแนวทาง หรือ เริ่มวางแผน การใช้ ทรัพยากร ร่วมกัน และ พัฒนา บุคลากร ร่วมกันเพื่อ สนับสนุนการ พัฒนาระบบ สุขภาพชุมชน -มีการสรุป ข้อมูลทั่วไป ขององค์กร ทั้ง คน เงิน สิ่งของ ข้อมูล ความรู้ต่างๆ ในส่วนที่มี และส่วนที่ ขาด -มีแผนพัฒนา สมรรถนะ บุคลากรและ แผนความ ต้องการของ องค์กร	มีการ ดำเนินการ ร่วมกัน ใน การใช้ทรัพยากร และพัฒนา บุคลากรใน บางประเด็น หรือบาง ระบบ -มีการ ประชุมเพื่อ การ Share ทรัพยากร ร่วมกัน -มีการแบ่งปัน ทรัพยากร ร่วมกัน อย่าง น้อย ๑ ระบบ	มีการจัดการ ทรัพยากร และ พัฒนา บุคลากร ร่วมกันอย่าง เป็นระบบและ ครอบคลุม ตามบริบท และ ความจำเป็น ของพื้นที่ เพื่อ สนับสนุนให้ บรรลุตาม เป้าหมายของ เครือข่าย สุขภาพ -องค์กรมีการ ใช้และ Share ทรัพยากร ร่วมกันอย่าง เป็นระบบ และ ครอบคลุมใน การจัดการบริการ	มีการทบทวน และปรับปรุง การจัดการ ทรัพยากร และ พัฒนา บุคลากร ให้เหมาะสม และมี ประสิทธิภาพ เพิ่มขึ้น -มีการ ทบทวน วิเคราะห์ ระบบการ จัดบริการ สุขภาพ ผลลัพธ์ที่ เกิดขึ้นตรง เป้าหมาย หรือไม่ มี แนวทาง ปรับปรุง อย่างไร	มีการจัดการ ทรัพยากร ร่วมกันโดยยึด เป้าหมายของ เครือข่าย สุขภาพ(ไม่มี กำแพงกัน)และ มีการใช้ ทรัพยากรจาก ชุมชน ส่งผลให้ เกิดระบบ สุขภาพชุมชนที่ ยั่งยืน -แต่ละองค์กร มีการ Share ทรัพยากร ร่วมกัน โดยไม่ มีกำแพงกัน และชุมชนร่วม สนับสนุน ทรัพยากร เช่น เงินบริจาค	Resource หมายถึงคน เงิน ของ ความรู้ รวมทั้งข้อมูล ซึ่งเป็นปัจจัย นำเข้า (input)ของ การทำงาน

๖. Essential Care

UCCARE	๑.เริ่มมี แนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	๒.ขยายการ ดำเนินการ	๓.ดำเนินการ เป็นระบบ และ/หรือ ครอบคลุม	๔.เรียนรู้	๕.บูรณาการ	คำสำคัญ และนิยาม ปฏิบัติการ
Essential Care	<p>มีแนวทางหรือเริ่มดำเนินการ <u>จัดระบบดูแลสุขภาพพื้นฐาน</u> ที่จำเป็นในแต่ละกลุ่ม ตามบริบทของชุมชน -มีข้อมูลในแต่ละกลุ่มวัยตามการจัดระบบการดูแลสุขภาพพื้นฐาน (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย) -มีการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพตามกลุ่มวัย</p>	<p>มีการจัดระบบดูแลสุขภาพตามบริบทและตามความต้องการของผู้รับบริการประชาชน และชุมชน บางส่วน โดยเฉพาะ <u>กลุ่มที่มีปัญหาสูง</u> -กลุ่มปกติได้รับการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ได้รับการจัดบริการดูแลสุขภาพตามมาตรฐานและความต้องการของผู้รับบริการ -ลงเยี่ยม ๑ case</p>	<p>มีการจัดระบบดูแลสุขภาพตามบริบทตามความต้องการของผู้รับบริการประชาชนแต่ละกลุ่มและชุมชนที่ <u>ครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่</u> -มีการขยายผลการแก้ปัญหาสุขภาพตามกลุ่มวัยของกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยไปยังหมู่บ้าน/ชุมชนอื่น</p>	<p>มีการเรียนรู้ทบทวนการจัดระบบดูแลสุขภาพและ <u>พัฒนาอย่างต่อเนื่อง</u> เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องมากขึ้น -การนำปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการสุขภาพตามกลุ่มวัย มาทบทวนหาแนวทางแก้ไขร่วมกันเพื่อให้เกิดการพัฒนาและการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ</p>	<p>มีการจัดระบบ <u>ดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการ</u> ร่วมกับประชาชน ชุมชนภาคีภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ประชาชน มีสถานะสุขภาพดี -หน่วยงานอื่นมีการ ร่วมช่วยเหลือ สนับสนุน เช่น วัสดุอุปกรณ์ และ/หรือ การร่วมจัดบริการร่วมกัน เช่น ทีมเยี่ยมบ้าน มี จนท. อบต. พัฒนาชุมชน ฯลฯ ร่วมด้วย</p>	<p>Essential Care หมายถึง บริการด้านสุขภาพที่จำเป็นสำหรับประชาชน โดยสอดคล้องกับบริบทของชุมชน และเป็นไปตามศักยภาพของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ</p>

คู่มือการนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข

๑. **ชื่อยุทธศาสตร์ที่ ๔** : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
๒. **ชื่อแผนงานที่ ๑๑** : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
๓. **ชื่อตัวชี้วัด** : ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
๔. **ผู้รับผิดชอบงาน** :
- | | |
|-------------------------|---|
| ดร.สงัด เชื้อลิ้นฟ้า | ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ |
| ดร.รัชนีวิภา จิตรากุล | ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| นางสาวสิริมาพร นาศพัฒน์ | ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ |

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๑๑ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ</p> <p>โครงการที่ ๔ : โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๑๑๓. ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (สสจ./สสอ. ร้อยละ ๑๐๐)</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ๒. ทบทวนลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน ๑๓ ข้อคำถาม ๓. พัฒนาศักยภาพ Project manager (PM) ด้านการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ๔. จัดทำแนวทางการรายงานผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสาธารณสุขอำเภอ ผ่านทางเว็บไซต์ http://opdc.moph.go.th/ และทาง E-mail : pmqa.moph@gmail.com ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๕. รายงานในระบบ KPI Version ๓ ตาม Small success แต่ละไตรมาส ๖. ดำเนินการหมวด ๓ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และหมวด ๖ การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ และรักษาสภาพ (Maintain) หมวด ๑ การนำองค์การ ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด ๔ การวัด การวิเคราะห์ และการจัดความรู้และหมวด ๕ การมุ่งเน้นบุคลากร ๗. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Show & Share) ด้านการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ๘. บูรณาการกับงานองค์กรคุณธรรมและองค์กรสร้างสุข และการพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ (HRD) ๙. บูรณาการการดำเนินงานกับศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ (OSSC) สสจ.มหาสารคาม ๑๐. บูรณาการกับการจัดมหกรรมวิชาการระดับจังหวัด ๑๑. บูรณาการกับการขับเคลื่อนค่านิยมกระทรวงสาธารณสุข MOPH ๑๒. ติดตามความก้าวหน้าในการประชุมคณะกรรมการบริหาร (กบห.) คณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.)

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	<p style="text-align: center;">แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI^๓M /กรอบ Six Building Blocks</p>
	<p>๑๓. ประสานการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มไลน์ชื่อ “PMQA สสอ.มหาสารคาม” เพื่อให้การปฏิบัติงานระดับจังหวัดและระดับอำเภอ</p> <p>๑๔. มีเป้าหมายการดำเนินงานคือ สำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๑๐๐ และสำนักสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๑๐๐ (จำนวน ๑๓ แห่ง)</p>
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <p>๑. จัดทำ/ ทบทวนลักษณะสำคัญขององค์กร ครบ ๑๓ ข้อ</p> <p>๒. ประเมินองค์กรตนเองเทียบเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ในหมวดบังคับ ๒ หมวด ได้แก่ หมวด ๓ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และหมวด ๖ การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ และรักษาสภาพ (Maintain) หมวด ๑ การนำองค์กร หมวด ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ และหมวด ๔ การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ และหมวด ๕ การมุ่งเน้นบุคลากร</p> <p>๓. นำโอกาสในการปรับปรุง (OFI) จากการประเมินหน่วยงานด้วยตนเองของหมวด ๓ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และหมวด ๖ การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ มาจัดทำแผนพัฒนาหน่วยงาน หมวดละ ๑ แผน</p> <p>๔. จัดทำตัวชี้วัดตามเกณฑ์หมวด ๗ ผลลัพธ์การดำเนินการ ที่สะท้อนโอกาสในการปรับปรุง (OFI) ของหมวด ๓ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และหมวด ๖ การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ</p> <p>๕. ดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กรของหมวด ๓ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และหมวด ๖ การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ</p> <p>๖. รายงานผลการดำเนินการของแผนพัฒนาองค์กร และตัวชี้วัดในแต่ละหมวด รายไตรมาส ๓, ๖, ๙ และ ๑๒ เดือน</p>

๑. ชื่อยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
 ๒. ชื่อแผนงานที่ ๑๒ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
 ๓. ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลที่เป็น Smart Hospital รพ. มีระบบนัดและคิวออนไลน์
 ๔. ผู้รับผิดชอบงาน : นายเดชาชิต แก้วม่วง ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
 โทร. ๐๖๔ ๘๒๘๒๙๓๙ E-Mail : thait-rex@hotmail.com

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๑๒ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ โครงการ ๔๔ : โครงการ Smart Hospital ตัวชี้วัด ๑๒๔. ร้อยละของโรงพยาบาลที่เป็น Smart Hospital รพ. มีระบบนัดและคิวออนไลน์	แนวทางดำเนินระดับจังหวัด ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนา Digital Transformation ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ๒. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน Smart Hospital ๒๕๖๓ ๓. ประชุม VDO Conference ติดตามผลการดำเนินงานร่วมกับโดยคณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (CIO) ๔. สรุปผลการดำเนินงาน เข้า กวป.ทุกเดือน ๕. สรุปผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนา Digital Transformation ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (CIO) ประจำปี ๒๕๖๓
	แนวทางดำเนินระดับอำเภอ ๑. แต่งตั้งคณะทำงาน เพื่อพัฒนาระบบ ตาม Smart Hospital ๒. ประชุมชี้แจงเกี่ยวข้องในการพัฒนา โรงพยาบาลสู่ Smart Hospital ๓. สรุปผลคณะทำงาน เพื่อพัฒนาระบบ ตาม Smart Hospital ประจำปี ๒๕๖๓
	แนวทางดำเนินระดับตำบล ไม่ต้องดำเนินการ

คู่มือการนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
 กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

๑. **ชื่อยุทธศาสตร์ที่ ๒ :** ด้านบริการเป็นเลิศ (service Excellence)
๒. **ชื่อแผนงานที่ ๕ :** การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ Primary Care Cluster
๓. **ชื่อตัวชี้วัด :** ร้อยละของประชาชนในอำเภอที่เป็นที่ตั้งของ รพศ./รพท. มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิดูแลด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว
๔. **ผู้รับผิดชอบงาน :**
๑. นางพชรวรรณ คุสุกุลรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๒. นางสุภาพร ภูณาศล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๕ : การพัฒนาระบบการแพทย์ ปฐมภูมิ Primary Care Cluster โครงการที่ ๑๔ : โครงการพัฒนาระบบ การแพทย์ปฐมภูมิ ตัวชี้วัดที่ ๕๔. ร้อยละของประชาชนใน อำเภอที่เป็นที่ตั้งของ รพศ./ รพท. มีแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่าน การอบรมและคณะผู้ ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ดูแลด้วยหลักเวชศาสตร์ ครอบครัว	แนวทางดำเนินระดับจังหวัด เพื่อลดความแออัดใน รพศ./ รพท. ๑. ส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาให้ คลินิกหมอครอบครัวเขตเมือง ให้มี คุณภาพตามเกณฑ์ ๒. กำหนดแนวทางพัฒนาและประเมินผล
	แนวทางดำเนินระดับอำเภอ/ระดับตำบล ๑. พัฒนาให้ คลินิกหมอครอบครัวเขตเมือง ให้มีคุณภาพตามเกณฑ์เพื่อ เพิ่มการเข้าถึงบริการ ๒. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการบริหารจัดการระบบบริการ สุขภาพ ๓. พัฒนาระบบนัดหมายและคิว ๔. พัฒนาระบบ Tele-health ๕. พัฒนาระบบส่งต่อ และ Green channel ๖. สนับสนุนทรัพยากร ๗. กำกับติดตามประเมินผล
	แนวทางดำเนินระดับตำบล/ระดับ PCC ๑. จัดโครงสร้างทีมหมอครอบครัวในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิและ ชุมชน ๒. เป็นด่านหน้าในจัดระบบบริการตามเกณฑ์ Primary care packet ทั้งเชิงรับและเชิงรุกตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ๓. การเชื่อมโยงระบบการบริการกับ Service plan ๔. พัฒนาระบบส่งต่อ และ Green channel กับ รพ.แม่ข่าย

คู่มือการนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
 กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

๑. ชื่อยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
 ๒. ชื่อแผนงานที่ ๕ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)
 ๓. ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน
 มีคุณภาพชีวิตที่ดี
 ๔. ผู้รับผิดชอบงาน :

๑. นางสุมาลี ใหม่คามิ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. ๐๘๖ ๘๖๔๔๑๖๔
 ๒. นางสุพัตรา เอกตาแสง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทร ๐๙๑ ๘๖๕๙๑๑๐

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๕ : การพัฒนาระบบการแพทย์ ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) โครงการที่ ๑๕ : โครงการพัฒนาเครือข่าย กำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม. ตัวชี้วัดที่ ๕๙. ร้อยละของผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการ ดูแลจาก อสม. หมอประจำ บ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <p>๑. ตั้งคณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพ อสม. หมอประจำบ้าน ระดับจังหวัด</p> <p>๒. ชี้แจงแนวทางการประเมินผลด้านคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน แก่ คณะกรรมการประเมินผลระดับอำเภอ</p> <p>๓. กำกับ/ติดตาม การประเมินผลด้านคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน ระดับอำเภอ ตำบล</p> <p>๔. รวบรวม ประเมินผล ตามไตรมาส</p> <p>๕. รายงานผลการดำเนินงานใน www.thaiphc.net</p>
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <p>๑. ตั้งคณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพ อสม. หมอประจำบ้าน ระดับอำเภอ</p> <p>๒. ชี้แจงแนวทางการประเมินผลด้านคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน แก่ เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขระดับตำบลและอสม.หมอประจำบ้าน</p> <p>๓. กำกับ/ติดตาม การประเมินผลด้านคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน ระดับตำบล</p> <p>๔. รวบรวม ประเมินผล ตามไตรมาส</p> <p>๕. รายงานผลการดำเนินงานใน www.thaiphc.net</p>
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <p>๑. มอบผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ให้ อสม.หมอประจำบ้าน ระดับหมู่บ้าน ๑ คน ต่อ ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย อย่างน้อย ๓ ราย ให้รับผิดชอบพัฒนา คุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น</p> <p>๒. อสม.หมอประจำบ้าน เยี่ยมบ้านผู้ป่วยและพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้ป่วย</p>

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>๓. อสม.หมอบริการบ้าน ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายที่รับผิดชอบ</p> <p>๔. อสม.หมอบริการบ้าน รายงานผลการปฏิบัติให้ ผอ.รพ.สต.</p> <p>๕. ให้ ผอ.รพ.สต. ประเมินผล/รายงานผลการดำเนินงานใน www.thaiphc.net</p>

๑. ชื่อยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
 ๒. ชื่อแผนงานที่ ๕ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)
 ๓. ชื่อตัวชี้วัด : จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาเป็น อสม. หมอประจำบ้าน
 ๔. ผู้รับผิดชอบงาน :
 ๑. นางสุมาลี ใหม่คามิ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. ๐๘๖ ๘๖๔๔๑๖๔
 ๒. นางสุพัชรา เอกตาแสง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทร ๐๘๑ ๘๖๕๕๑๑๐

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM /กรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๕ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) โครงการที่ ๑๕ : โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม. ตัวชี้วัดที่ ๖๐. จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาเป็น อสม. หมอประจำบ้าน	แนวทางดำเนินระดับจังหวัด ๑. พัฒนาที่มหาวิทยาลัยราชภัฏ อบรม อสม.หมอประจำบ้านระดับจังหวัด ๒. พัฒนาศักยภาพที่มหาวิทยาลัยราชภัฏ อบรม อสม.หมอประจำบ้านระดับอำเภอ ๓. กำหนดแนวทางการติดตาม ประเมินการดำเนินงาน ของ อสม.หมอประจำบ้าน ๔. ประเมินผล การพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้าน ๕. รายงานผลการดำเนินงานใน www.thaiphc.net
	แนวทางดำเนินระดับอำเภอ ๑. พัฒนาศักยภาพที่มหาวิทยาลัยราชภัฏ อบรม อสม.หมอประจำบ้านระดับอำเภอ ๒. จัดการอบรม พัฒนาศักยภาพ ของ อสม.หมอประจำบ้าน ระดับหมู่บ้าน ตำบล ๓. มอบภารกิจ รพ.สต.กำกับติดตามการปฏิบัติงานของ อสม.หมอประจำบ้าน ๔. ประเมินผล การพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้าน ๕. รายงานผลการดำเนินงานใน www.thaiphc.net
	แนวทางดำเนินระดับตำบล ๑. คัดเลือก อสม.หมอประจำบ้าน หมู่บ้านละ ๑ คน (อสม.เลือกกันเอง) ๒. อสม.หมอประจำบ้าน หมู่บ้านละ ๑ คน คัดเลือกระดับตำบล ๑ คน ๓. ร่วมกับอำเภออบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. หมอประจำบ้าน ๔. มอบภารกิจ อสม.หมอประจำบ้าน ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในระดับหมู่บ้าน ๕. ประเมินผล/รายงานผลการดำเนินงานใน www.thaiphc.net

คู่มือการนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
 กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

๑. ชื่อยุทธศาสตร์ที่ ๒ : Service Excellence การพัฒนาระบบบริการให้เป็นเลิศ
๒. ชื่อแผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
๓. ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม
๔. ผู้รับผิดชอบงาน :
๑. นางศิริมา วิริยะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ.มหาสารคาม
มือถือ ๐๘๓-๔๕๖-๓๐๘๘ Email : wiriyab๒๕๐๙@hotmail.com
 ๒. นางสาวพิสมัย มีนาสันติรักษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ.มหาสารคาม
มือถือ ๐๘๑-๖๔๒-๕๗๗๔ Email : pisamai๙๙๙@hotmail.com
 ๓. นางสาวเพราพิณิต สอนสิทธิ์ นักวิชาการสาธารณสุข สสจ.มหาสารคาม
มือถือ ๐๖๒-๖๔๕-๖๕๔๑ E-mail : nadear_๒๕๕@hotmail.com
 ๔. นางเบญจพร เองวานิช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาสารคาม
มือถือ ๐๙๑-๔๑๙-๙๗๔๙

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โครงการ ๑๖ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตัวชี้วัดที่ ๖๕. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม	แนวทางดำเนินระดับจังหวัด ๑. จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองระดับจังหวัด ๒. กำหนดนโยบายให้ รพ.ทุกแห่ง มี Stroke unit และให้บริการ Stroke fast track อย่างมีคุณภาพ ๓. จัดทำแนวทางในการดำเนินงานตามแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ให้ครอบคลุม ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิ ๔. จัดให้มีระบบรายงานตัวชี้วัด กำกับและติดตามการรายงานทุกเดือน ๕. ร่วมกับ อปท., หน่วยงานต่างๆประชาสัมพันธ์ความรู้ การป้องกันและอันตรายของโรคหลอดเลือดสมอง
	แนวทางดำเนินระดับอำเภอ ๑. รพ.ทุกแห่ง ต้องมี Stroke unit และ Stroke fast track เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด ๒. ระบบการส่งต่อ Refer out ๓. คัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วย CVD Risk ๔. การคัดกรอง/วินิจฉัย Stroke (BEFAST) เบื้องต้น ๕. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ทีมสหวิชาชีพและ Care Giver ๖. ร่วมกับ อปท., หน่วยงานต่างๆประชาสัมพันธ์ความรู้ การป้องกันและอันตรายของโรคหลอดเลือดสมอง
	แนวทางดำเนินระดับตำบล ๑. พัฒนาการเข้าถึงบริการ Prevention and Pre-hospital

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>๑.๑ Stroke awareness, Alert และ Pre-hospital care (EMS) เรียก ๑๖๖๙</p> <p>๑.๒ การฟื้นฟูสภาพและการดูแลต่อเนื่อง</p> <p>๒. ระบบการส่งต่อ Refer out</p> <p>๓. คัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วย CVD Risk</p> <p>๔. การคัดกรอง/วินิจฉัย Stroke (BEFAST) เบื้องต้น</p>

๑. **ชื่อยุทธศาสตร์ที่ ๒ :** ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

๒. **ชื่อแผนงานที่ ๖ :** การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan)

๓. **ชื่อตัวชี้วัด :**

๑. ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้

๒. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษามาตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

๓. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

๔. **ผู้รับผิดชอบงาน :**

๑. นางศิริมา วิริยะ โทร. ๐๘๓-๔๕๖-๓๐๘๘

Email: wiriya๒๕๐๙@hotmail.com

๒. นางสาวเพราพิณิต สอนสิทธิ์ โทร. ๐๖๒-๖๔๕-๖๕๔๑

E-mail: nadear_๒๕๕@hotmail.com

๓. นางพทุทธิญา นารณศิลป์ โทร. ๐๘๙๗๑๒๐๒๘๐

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)</p> <p>โครงการ ๒๕ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจ</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๘๐. ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๘๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษามาตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๘๒. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <p>๑. รณรงค์การเรียกใช้ ๑๖๖๙ EMS ร่วมกับ อปท</p> <p>๒. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วย CVD Risk, Mapping CVD Risk</p> <p>รณรงค์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง</p> <p>๓. พัฒนาระบบconsult ทุกประเภทให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นทั้งใน ส่วนของแพทย์และnurse case manager Fast track STEMI, Line : Refer MKH STEMI</p> <p>๔. CPG การดูแลผู้ป่วย/คู่มือและแบบประเมินการเยี่ยมบ้าน Refer back</p> <p>๕. Primary prevention คู่มือประชาชน/สติ๊กเกอร์เรื่องผู้ป่วย STEMI รณรงค์ให้ ประชาชน มีความรู้เรื่องโรคหัวใจ ป้องกันโรค/เฝ้าระวัง</p> <p>๖. Secondary prevention</p> <p>๗. พัฒนาระบบฐานข้อมูล โปรแกรม ACS Registry ให้สมบูรณ์และเชื่อมโยงสู่ชุมชน</p> <p>๘. พัฒนาศักยภาพบุคลากรแต่ละวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เภสัช</p> <p>๙. ติดตามนิเทศลูกข่ายอย่างต่อเนื่อง ๕ ครั้ง/ปี ตามZone</p> <p>๑๐. วางแผนจัดซื้อยาพร้อมในระดับเขต เพื่อต่อรองราคา</p> <p>๑๑. มีการกระจายยาDual Anti-platelet , Beta block ลงสู่โรงพยาบาลระดับFอย่างทั่วถึง</p> <p>๑๒. สนับสนุนและเชื่อมโยงบริการFast track STEMI กับ</p>

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>โรงพยาบาลเอกชนและมหาวิทยาลัย ๑๓. มีคณะกรรมการดำเนินงาน</p> <p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. รณรงค์การเรียกใช้ ๑๖๖๙ EMS ร่วมกับ อปท ๒. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วย CVD Risk, Mapping CVD Risk รณรงค์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง ๓. พัฒนาระบบconsult ทุกประเภทให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นทั้งใน ส่วนของแพทย์และnurse case manager Fast track STEMI, Line : Refer MKH STEMI (ในส่วน รพช Line Consultเฉพาะอำเภอ) ๔. CPG การดูแลผู้ป่วย /คู่มือและแบบประเมินการเยี่ยมบ้าน Refer back ๕. Primary prevention คู่มือประชาชน/สติ๊กเกอร์เรื่องผู้ป่วย STEMI รณรงค์ให้ ประชาชน มีความรู้เรื่องโรคหัวใจ ป้องกันโรค/เฝ้าระวัง ๖. เชื่อมโยงระบบฐานข้อมูล โปรแกรม ACS Registry ให้สมบูรณ์และสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลได้ ๗. พัฒนาศักยภาพบุคลากรแต่ละวิชาชีพ ๘. ติดตามนิเทศลูกข่ายอย่างต่อเนื่อง ๙. วางแผนจัดซื้อยาาร่วมในระดับเขต เพื่อต่อรองราคา ๑๐. จัดให้มียาDual Anti-platelet , Beta block ในโรงพยาบาล ระดับM-Fอย่างทั่วถึง เพื่อรองรับการRefer back ๑๑. มีคณะกรรมการดำเนินงาน <p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. รณรงค์การเรียกใช้ ๑๖๖๙ EMS ร่วมกับ อปท ๒. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วย CVD Risk, Mapping CVD Risk รณรงค์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง ๓. Primary prevention คู่มือประชาชน/สติ๊กเกอร์เรื่องผู้ป่วย STEMI รณรงค์ให้ ประชาชน มีความรู้เรื่องโรคหัวใจ รณรงค์ป้องกันโรค NCD/ เฝ้าระวัง โดยใช้ Resourceจากท้องถิ่น หอกระจายข่าว วิทยุชุมชน รณรงค์ให้โรงเรียนมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ความรู้เรื่องโรค ป้องกันสาเหตุและปัจจัยเกิดโรคกับครอบครัว ๔. CPG การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น ๕. จัดให้มียาASA ๖. พัฒนาศักยภาพบุคลากรใน รพ สต ,ตำบล, หมู่บ้าน การคัดกรองอาการโรคหัวใจเบื้องต้น ๗. พัฒนาระบบconsult ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นทั้งในส่วนของ แพทย์และnurse case manager Fast track STEMI, Line Consult

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
	จาก รพ สต ถึง รพช ๘.มีคู่มือและแบบประเมินการเยี่ยมบ้าน Refer back ๙.มีคณะกรรมการดำเนินงาน

๑. ชื่อยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
๒. ชื่อแผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
๓. ชื่อตัวชี้วัด : จำนวนคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันและแผนไทย
๔. ผู้รับผิดชอบงาน : -

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan)</p> <p>โครงการที่ ๑๓ : โครงการกัญชาทางการแพทย์</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๙๔. จำนวนคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันและแผนไทย</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันและแผนไทยระดับจังหวัด ๒. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการเพื่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ ๓. พัฒนาแนวทางการให้บริการคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์แบบผสมผสานแผนปัจจุบันและแผนไทย ๔. สื่อสารความรู้เรื่องการมารับบริการทางการแพทย์ที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ประชาชนและบุคลากรทางสาธารณสุข ๕. พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล C-MOPH การใช้กัญชาทางการแพทย์เพื่อให้สามารถประเมินวิเคราะห์ และวางแผนการให้บริการที่เหมาะสม ๖. พัฒนาศักยภาพบุคลากร
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. สื่อสารความรู้เรื่องการมารับบริการทางการแพทย์ที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ประชาชน
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. สื่อสารความรู้เรื่องการมารับบริการทางการแพทย์ที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ประชาชน

๑. ชื่อยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
๒. ชื่อแผนงานที่ ๑๑ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
๓. ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓
๔. ผู้รับผิดชอบงาน :

๑. ดร.พชรวรรณ คุสกุลรัตน์ โทร. ๐๘๙-๙๔๔๒๕๑๐
๒. นางสุมาลี ใหม่คามิ โทร. ๐๘๖-๘๖๔๔๑๖๔
๓. นางศิริดา ทังโคตร โทร. ๐๘๑-๓๘๐๙๗๙๖

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๑๑ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ</p> <p>โครงการที่ ๔๐ : โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ</p> <p>ตัวชี้วัด ๑๑๔. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. รับนโยบายระดับประเทศและระดับเขต ๒. จัดทีมที่เลี้ยงพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ระดับจังหวัด และร่วมทำหน้าที่ทีมที่เลี้ยงพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ระดับเขต ๓. จัดประชุมพัฒนาศักยภาพ ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ เพื่อร่วมกันทำแผนเพื่อขอรับการรับรองและต่ออายุการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ให้ทันเวลา ตามเกณฑ์ที่กำหนด ๔. ประสานงานกับ สรพ เพื่อขอสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมการดำเนินงานของ ศูนย์ QLN /HACC ๕. จัดประชุมเพื่อกระตุ้นกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลทุกแห่ง ๖. ออกนิเทศติดตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ของโรงพยาบาลทุกแห่ง ๗. ติดตามความก้าวหน้าของการเข้าสู่กระบวนการเยี่ยมประเมินรับรอง ให้ทันเวลาที่กำหนด ร่วมกับ ทีมผู้ประสานงาน ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ๘. รายงานความก้าวหน้าผู้บริหาร
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. เข้าร่วมการประชุมชี้แจงแนวทางและหลักเกณฑ์การประเมิน ในระดับจังหวัด ๒. จัดทำแผนพัฒนาระบบคุณภาพของโรงพยาบาล และแผนปฏิบัติการเพื่อขอรับรองและต่ออายุการรับรอง ให้ทันเวลา ๓. โรงพยาบาลส่งแผนการขอรับรองและต่ออายุ ให้ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ๔. โรงพยาบาลส่งเอกสารเพื่อขอรับรองและต่ออายุ ให้ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ล่วงหน้าตามเกณฑ์ที่กำหนด ๕. จัดกิจกรรมตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ตามมาตรฐาน HA และ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	<p style="text-align: center;">แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI^๓M /กรอบ Six Building Blocks</p>
	<p>จัดกระบวนการเพื่อสนับสนุนให้ทุกหน่วยงาน ปฏิบัติตามมาตรฐาน ตั้งแต่ระดับการจัดบริการในโรงพยาบาล ต่อเนื่องถึง ระดับชุมชนและเครือข่าย อื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น การจัดระบบ Fast track IC, RDU, Patient Safety, CPG</p> <p>๖. การจัดกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ในทุกหมวด เพื่อเชื่อมโยงการพัฒนาการจัดบริการต่อเนื่องในชุมชน และบูรณาการกับมาตรฐานการพัฒนา รพ.สต ตติดาว ของ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการ ใน รพ.สต</p> <p>๗. จัดทีมพี่เลี้ยง เชื่อมโยงการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA สู่การพัฒนาคุณภาพ ใน รพ.สต. เครือข่าย อย่างต่อเนื่อง ไร้รอยต่อ และ เพิ่มการเข้าถึงบริการ อย่างเป็นธรรม แก่ประชาชน</p> <p>๘. รพ.รับการตรวจเยี่ยม ประเมินรับรองคุณภาพ ตามมาตรฐาน HA</p> <p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <p>๑. ร่วมเป็นเครือข่ายในการจัดกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ในทุกหมวด เพื่อเชื่อมโยงการพัฒนาการจัดบริการต่อเนื่องในชุมชน</p> <p>๒. ปฏิบัติตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพที่ได้บูรณาการกับมาตรฐานการพัฒนา รพ.สต ตติดาว ของ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการ ใน รพ.สต</p> <p>๓. ปฏิบัติตามมาตรฐาน ตามเกณฑ์ของ รพ. แม่ข่าย ในการจัดบริการในโรงพยาบาล ต่อเนื่องถึง ระดับชุมชนและเครือข่ายอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น การจัดระบบ Fast track IC, RDU, Patient Safety, CPG</p>

๑. **ชื่อยุทธศาสตร์ที่ ๑** : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

๒. **ชื่อแผนงานที่ ๑๑** : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

๓. **ชื่อตัวชี้วัด** : ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดตาม

๔. **ผู้รับผิดชอบงาน** :

- | | |
|-------------------------------|------------------|
| ๑. ดร.พชรรรรณ คุสกุลรัตน์ | โทร. ๐๘๙-๙๔๔๒๕๑๐ |
| ๒. นางสุมาลี ใหม่คามิ | โทร. ๐๘๖-๘๖๔๔๑๖๔ |
| ๓. นางสาวพิสมัย มีนาสันตริกซ์ | โทร. ๐๘๑-๖๔๒๕๓๗๔ |

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๑๑ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ</p> <p>โครงการที่ ๔๐ : โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๑๑๕. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดตาม</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. สรุปผลการดำเนินงาน การพัฒนา รพ.สต. ติดตามในปีที่ผ่านมา และกำหนด เป้าหมายการพัฒนา รพ.สต. ติดตาม ปี ๒๕๖๓ ๒. ประชุมชี้แจงนโยบาย กำหนด ทิศทาง ติดตามการดำเนินงาน (Kick off) ระดับจังหวัด และแจ้งเป้าหมายการพัฒนา รพ.สต. ติดตาม สู่การรับรองระดับ ๕ ดาว ๓. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการคณะทำงานพัฒนาและประเมินคุณภาพ รพ.สต. ติดตาม ระดับจังหวัด (ครู ข) และระดับอำเภอ ๔. จัดทำคู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม (รพ.สต.ติดตาม) ปี ๒๕๖๓ และหลักเกณฑ์การรับรองมาตรฐาน รพ.สต. ติดตาม ๕. แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาและประเมินคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับจังหวัด ๑ ทีม/จังหวัด/ระดับอำเภอ ๑ ทีม/อำเภอ ๖. รพ.สต. (ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์) ได้รับการพัฒนาโดยทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ/ระดับจังหวัด ๗. คณะกรรมการประเมินระดับจังหวัด ประเมินและรับรองผล ๘. คณะกรรมการประเมินระดับเขต ประเมินรับรองผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในภาพของจังหวัด ๙. สสจ. ตรวจสอบข้อมูลการบันทึกการประเมินตนเองของ รพ.สต. ในโปรแกรม http://gishealth.moph.go.th/pcu เพื่อวางแผนการพัฒนา ๑๐. สสจ. ตรวจสอบข้อมูล ส่งผลการประเมินมายังสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.) ผ่านโปรแกรม http://gishealth.moph.go.th/pcu <p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอเพื่อพัฒนา รพ.สต. ทุกแห่ง ร้อยละ ๑๐๐ และเข้าร่วมประชุมเพื่อพัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยง ๒. คณะกรรมการประเมินระดับอำเภอ จัดทำแผนการพัฒนา รพ.สต. ติดตาม ตามเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต. ติดตาม แผนการออกนิเทศติดตาม

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>ประเมินผลและรับรองผล</p> <p>๓. สสอ/รพช/ คณะกรรมการพัฒนา รพ.สต.ติดดาว ระดับอำเภอ. ตรวจสอบข้อมูลการบันทึกการประเมินตนเองของ รพ.สต. ในโปรแกรม http://gishealth.moph.go.th/pcu เพื่อวางแผนการพัฒนา</p> <p>๔. รพ.สต. (ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์) ได้รับการพัฒนาโดยทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ/ระดับจังหวัด ตามแผนการพัฒนา รพ.สต. ติดดาว ตามเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต. ติดดาว</p> <p>๕. คณะกรรมการประเมินระดับอำเภอ ออกติดตามประเมินและรับรองผล</p> <p>๖. รายงานความก้าวหน้าผลการพัฒนา รพ.สต. ติดดาว</p> <p>๗. ประสานงาน เตรียมความพร้อมเพื่อ รับการประเมินรับรอง รพ.สต. ติดดาว จากทีมคณะกรรมการประเมิน จาก ระดับจังหวัด</p> <p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <p>๑.รพ.สต. ประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ (http://gishealth.moph.go.th/pcu)</p> <p>๒. จัดทำข้อมูลพื้นที่เป้าหมาย พัฒนาตามเกณฑ์ รพ.สต. ติดดาว</p> <p>๓. เข้าร่วมการประชุมกับทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอในการพัฒนางาน ตามเกณฑ์ประเมิน ๕ หมวด</p> <p>๔. พัฒนาระบบบริการ ระบบบริหาร และพัฒนาส่วนขาด ที่ได้จากการประเมินตนเอง ร่วมกับทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ</p> <p>๕. รายงานผลการพัฒนา ๕ หมวด ในประเด็นที่ได้รับการพัฒนา ตามเกณฑ์</p> <p>การประเมินและแจ้งความจำนงเพื่อขอรับการตรวจประเมินรับรอง</p> <p>๖. รับการตรวจประเมินรับรอง จากคณะกรรมการประเมินระดับอำเภอ/ระดับจังหวัด</p>

๑. **ชื่อยุทธศาสตร์ที่ ๒** : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
๒. **ชื่อแผนงานที่ ๖** : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
๓. **ชื่อตัวชี้วัด** : อัตราการเสียชีวิต จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชนิด community-acquired sepsis < ร้อยละ ๒๔ ในกลุ่มผู้ป่วย (รวมผู้ป่วยที่ขอไปเสียชีวิตที่บ้าน และไม่ับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕) และ < ร้อยละ ๔๘ ในกลุ่มผู้ป่วย hospital-acquired sepsis
๔. **ผู้รับผิดชอบงาน** :
๑. นางศิริมา วิริยะ โทร. ๐๘๓-๔๕๖-๓๐๘๘
Email: wiriyal๒๕๐๙@hotmail.com
 ๒. นางสาวเพราพิณิต สอนสิทธิ์ โทร. ๐๖๒-๖๔๕-๖๕๔๑
E-mail: nadear_๒๕๕@hotmail.com
 ๓. นางสาวสุคนธ์ทิพย์ ปัตติทานัง โทร. ๐๙๔-๒๘๗-๔๙๓๖

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)</p> <p>โครงการ ๒๔ โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก (สูตินารีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรมและ ออร์โธปิดิกส์)</p> <p>โครงการที่ ๒๔ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก (สูตินารีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรมและ ออร์โธปิดิกส์)</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๗๗. อัตราการเสียชีวิต จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชนิด community-acquired sepsis < ร้อยละ ๒๔ ใน</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดตั้งคณะกรรมการ sepsis ในโรงพยาบาล ๒. จัดตั้ง sepsis care manager ๓. ขยายการใช้ sepsis guideline ๑ hour bender ๔. พัฒนาการส่งต่อ ให้รวดเร็วและถูกต้องตามมาตรฐาน ๕. พัฒนาการใช้ยาปฏิชีวนะให้เหมาะสมและจัดระบบการจ่ายยาที่รวดเร็ว ๖. พัฒนาระบบเครือข่ายประสานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ๗. กำกับการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นการใช้ระบบช่องทางด่วน sepsis/septic shock ๘. จัดอบรมแพทย์และพยาบาลในการดูแล sepsis/septic shock ๙. เพิ่มการส่งบุคลากรอบรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (พยาบาล) หลักสูตร ๔ เดือน ๑๐. จัดทำคู่มือแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย sepsis/septic shock (CPG สำหรับแพทย์ และ CNPG สำหรับพยาบาล) <p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดตั้งคณะกรรมการ sepsis ในโรงพยาบาล ๒. จัดตั้ง sepsis care manager ๓. ขยายการใช้ sepsis guideline ๑ hour bender ๔. พัฒนาการมียาปฏิชีวนะที่เหมาะสมในโรงพยาบาล ๕. พัฒนาการส่งต่อ ให้รวดเร็วและถูกต้องตามมาตรฐาน ๕. กำกับการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นการใช้ระบบช่องทางด่วน sepsis/septic shock ๖. ผลักดันให้ส่งแพทย์และพยาบาลเข้าอบรมในการดูแล sepsis/septic

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
กลุ่มผู้ป่วย (รวมผู้ป่วยที่ขอ ไปเสียชีวิตที่บ้าน และไม่ นับรวมผู้ป่วยpalliative (รหัส Z ๕๑.๕) และ < ร้อยละ ๔๘ ในกลุ่มผู้ป่วย hospital-acquired sepsis	<p>shock</p> <p>๓. ผลักดันให้มีการส่งบุคลากรอบรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (พยาบาล) หลักสูตร ๔ เดือนจัดทำคู่มือแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย sepsis/septic shock (CPG สำหรับแพทย์ และ CNPG สำหรับพยาบาล)</p> <p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <p>๑. พัฒนาเครือข่ายการดูแลคัดกรองกลุ่มอาการ sepsis/septic shock</p> <p>๒. อบรมเจ้าหน้าที่เพื่อให้ความรู้เรื่องการคัดกรองกลุ่มอาการ sepsis/septic shock</p> <p>๓. จัดทำคู่มือการดูแลและรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดฉบับ ประชาชน</p>

คู่มือการนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

๑. ชื่อยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ด้านการบริการที่เป็นเลิศ (Service Excellence)
๒. ชื่อแผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

๓. ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

๔. ผู้รับผิดชอบงาน :

นางสาวกาญจนา ไชยประดิษฐ์ ตำแหน่ง เกษัชกรชำนาญการ โทร ๐๙๕-๔๑๗๑๕๖๕

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ)
<p>แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)</p> <p>โครงการที่ ๑๘ : โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๖๘. ร้อยละโรงพยาบาลมีการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล (RDU)</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) ระดับจังหวัด/คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขา RDU ๒. กำหนดแผนปฏิบัติการในการสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการในเครือข่ายจังหวัด ให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ๓. นิเทศ กำกับติดตามหน่วยบริการทุกแห่ง ให้มีการรายงานผลการดำเนินงานต่อผู้บริหารทุกเดือน ๔. วิเคราะห์ผลการดำเนินงานและรายงานผลการวิเคราะห์ ทำข้อเสนอเชิงนโยบายต่อผู้บริหารทุก ๖ เดือน <p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ดำเนินการโดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดโรงพยาบาล <ol style="list-style-type: none"> ๑.๑ ขับเคลื่อนแนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ๑.๒ กำหนดมาตรการในการบริหารจัดการการใช้ยาของโรงพยาบาล ๑.๓ กำหนดทีมผู้รับผิดชอบและบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน ๑.๔ วางแผนประเมินการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลด้วยตัวชี้วัดที่กำหนด ๒. ขับเคลื่อนแนวทางการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล ตามคู่มือ PLEASE ๓. ให้การสนับสนุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และหน่วยปฐมภูมิในเครือข่ายระดับอำเภอ ให้มีการพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ๔. รายงานผลการดำเนินงานต่อผู้สั่งใช้รายบุคคลอย่างน้อยทุก ๑ เดือน ๕. วิเคราะห์ผลการดำเนินงานและรายงานต่อผู้บริหารอย่างน้อยทุก ๓ เดือน และรายงานผลต่อผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดทุก ๑ เดือน <p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. พัฒนามาตรการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ ในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ๒. สร้างความเข้าใจในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลให้ผู้ป่วยและประชาชน ๓. ฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม รวมถึงฝ้าระวังการจำหน่ายยาปฏิชีวนะในช่องทางที่ไม่เหมาะสม

คู่มือการนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

๑. ชื่อยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ด้านการบริการที่เป็นเลิศ (Service Excellence)
๒. ชื่อแผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
๓. ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)

๔. ผู้รับผิดชอบงาน :

นางสาวกาญจนา ไชยประดิษฐ์

ตำแหน่ง เกษีกรชำนาญการ โทร. ๐๙๕-๔๑๗๑๕๖๕

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ)
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ (Service Plan) โครงการที่ ๑๘ : โครงการป้องกันและ ควบคุมการดื้อยาต้าน จุลชีพและการใช้ยา อย่างสมเหตุสมผล ตัวชี้วัดที่ ๖๙. ร้อยละโรงพยาบาลมี การส่งเสริมการใช้ยา สมเหตุสมผล (RDU) และ ร้อยละของ โรงพยาบาลมีการ จัดการเชื้อดื้อยาต้าน จุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)	แนวทางดำเนินระดับจังหวัด ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) ระดับจังหวัด/ คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขา AMR ๒. กำหนดแผนปฏิบัติการในการสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วย บริการในเครือข่ายจังหวัด ให้มีการดำเนินงานจัดการเชื้อดื้อยาอย่าง บูรณาการ ๓. ชี้แจงแนวทาง สื่อสารข้อมูล พัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลและการส่ง ต่อผู้ป่วยเชื้อดื้อยาภายในจังหวัดและภายในเขตสุขภาพ ๔. วิเคราะห์ผลการดำเนินงานและรายงานผลต่อผู้บริหารทุก ๓ เดือน
	แนวทางดำเนินระดับอำเภอ ๑. ดำเนินการโดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดโรงพยาบาล ๑.๑ ขับเคลื่อนแนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการให้มีการ จัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ ๑.๒ กำหนดมาตรการในการบริหารจัดการการใช้ยาของโรงพยาบาล ๑.๓ กำหนดทีมผู้รับผิดชอบและบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน ๒. ขับเคลื่อนแนวทางการจัดการเชื้อดื้อยา ๓. วิเคราะห์ผลการดำเนินงานและรายงานต่อผู้บริหารอย่างน้อยทุก ๓ เดือน และรายงานผลต่อผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดทุก ๖ เดือน
	แนวทางดำเนินระดับตำบล ๑. พัฒนามาตรการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ ในกลุ่มโรค ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอูจาระร่วงเฉียบพลัน ๒. สร้างความเข้าใจในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลให้ผู้ป่วยและ ประชาชน ๓. ฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม รวมถึงฝ้าระวังการจำหน่าย ยาปฏิชีวนะในช่องทางที่ไม่เหมาะสม

คู่มือการนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

๑. ชื่อยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
๒. ชื่อแผนงานที่ ๑๒ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
๓. ชื่อตัวชี้วัด : จำนวนโรงพยาบาลที่มีระบบรับยาที่ร้านยา
๔. ผู้รับผิดชอบงาน : นางสาววรรณมน สัจจพงษ์ โทร. ๐๘๕-๕๙๗๗๗๙๒

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๑๒ : การพัฒนาระบบ ข้อมูลสารสนเทศด้าน สุขภาพ</p> <p>โครงการที่ ๔๔ : โครงการ Smart Hospital</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๑๒๕. ชื่อ จำนวน โรงพยาบาลที่มีระบบ รับยาที่ร้านยา</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายลดแออัดโดยร้านขายยา (ขย๑) ๒. สื่อสารนโยบาย กำหนดแนวทางการดำเนินงาน กำหนดแนวทางการประเมินผลการดำเนินงาน ๓. ประเมินมาตรฐานร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการ ๔. ประชาสัมพันธ์โครงการเพื่อให้ประชาชนได้ทราบ ๕. ประชุมคณะกรรมการดำเนินงาน ติดตาม ผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาอุปสรรคเพื่อให้ผลงานบรรลุเป้าหมายที่กำหนด ๖. สรุปรายงานผลการดำเนินงานเรียนผู้บริหารรับทราบ <p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาล ๒. กำหนดกลุ่มโรคเป้าหมาย และเกณฑ์ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ ๓. ประชาสัมพันธ์โครงการแก่ประชาชนในพื้นที่ทราบ ๔. กำหนดระบบการส่งต่อผู้ป่วย และระบบงานคุณภาพบริการของร้านยาที่จะเชื่อมต่อกับโรงพยาบาล ๕. ติดตามผลคุณภาพบริการของร้านยา เพื่อความปลอดภัยด้านยาและความพึงพอใจของผู้ป่วย อย่างน้อย ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> ๕.๑ ระบบการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ(APR) ๕.๒ ระบบติดตามการเกิด Medication Error ๕.๓ ระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการ ๕.๔ มีการวัดระยะเวลารอคอยในการรับยา ณ จุดจ่ายยาผู้ป่วยนอก ก่อน-หลัง เริ่มโครงการ ๖. พัฒนาศักยภาพร้านขายยากรณีพบปัญหาหรือเพื่อส่งเสริมคุณภาพการให้บริการ ๗. ประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงานของโรงพยาบาล เพื่อติดตาม ผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาอุปสรรคให้ผลงานบรรลุเป้าหมายที่กำหนด (ตัววัดความสำเร็จ มีจำนวนร้านยา และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้าเกณฑ์ตามที่กำหนดไว้ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ไม่น้อยกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนด) <p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ประชาสัมพันธ์โครงการแก่ประชาชนในพื้นที่ทราบ

คู่มือการนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

๑. ชื่อยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
๒. ชื่อแผนงานที่ ๓ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
๓. ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย
๔. ผู้รับผิดชอบงาน : ภก.เชษฐา จงกนกพล

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๓ : การ ป้องกันควบคุมโรคและ ลดปัจจัยเสี่ยงด้าน สุขภาพ โครงการที่ ๑๐ โครงการ ส่งเสริมและพัฒนาความ ปลอดภัยด้านอาหาร</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <p>๑.มีแผนและเป้าหมายการเก็บตัวอย่างอาหารสดและอาหารแปรรูปส่งตรวจ วิเคราะห์</p> <p>๒.มีการเก็บตัวอย่างบรรจุเป้าหมายและระยะเวลาที่กำหนด และรายงานผล การดำเนินงานคส.รายไตรมาสในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>๓.การจัดการปัญหากรณีผลการตรวจเฝ้าระวังไม่ผ่านมาตรฐานที่กฎหมาย กำหนด หรือเป็นไปตามแนวทางที่เขตกำหนด</p>
<p>ตัวชี้วัด : ๔๕ ร้อยละ ของผลิตภัณฑ์อาหารสด และอาหารแปรรูปมี ความปลอดภัย</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <p>๑.มีแผนและเป้าหมายการเก็บตัวอย่างอาหารสดและอาหารแปรรูปส่งตรวจ วิเคราะห์</p> <p>๒.มีการเก็บตัวอย่างบรรจุเป้าหมายและระยะเวลาที่กำหนด และรายงานผล การดำเนินงานคส.รายไตรมาส หรือรายงานเฉพาะกิจในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>๓.มีกิจกรรมส่งเสริมความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ประกอบการ</p> <p>๔.มีการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของอาหารสดและอาหาร แปรรูปให้มีความปลอดภัย ผ่านกลไก พชอ. (อาหารปลอดภัย)</p> <p>๕.การจัดการปัญหากรณีผลการตรวจเฝ้าระวังไม่ผ่านมาตรฐานที่กฎหมาย กำหนด หรือเป็นไปตามแนวทางที่จังหวัดกำหนด</p>
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <p>๑.มีแผนและเป้าหมายการเก็บตัวอย่างอาหารสดและอาหารแปรรูปส่งตรวจ วิเคราะห์</p> <p>๒.มีการเก็บตัวอย่างบรรจุเป้าหมายและระยะเวลาที่กำหนด และรายงานผล การดำเนินงานคส.รายไตรมาส หรือรายงานเฉพาะกิจในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>๓.มีกิจกรรมส่งเสริมความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ประกอบการ</p> <p>๔.มีการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของอาหารสดและอาหาร แปรรูปให้มีความปลอดภัย ผ่านกลไก พชอ. (อาหารปลอดภัย)</p> <p>๕.การจัดการปัญหากรณีผลการตรวจเฝ้าระวังไม่ผ่านมาตรฐานที่กฎหมาย กำหนด หรือเป็นไปตามแนวทางที่อำเภอกำหนด</p>

คู่มือการนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

๑. ชื่อยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
๒. ชื่อแผนงานที่ ๓ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
๓. ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงและสถานประกอบการสุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
๔. ผู้รับผิดชอบงาน : ภก.เชษฐา จงกนกพล

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๓ : การ ป้องกันควบคุมโรคและ ลดปัจจัยเสี่ยงด้าน สุขภาพ โครงการที่ ๑๑ โครงการ คุ้มครองผู้บริโภคด้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพและ บริการสุขภาพ ตัวชี้วัด ๔๖ ร้อยละของ ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่ม เสี่ยงและสถาน ประกอบการสุขภาพที่ ได้รับการตรวจสอบได้ มาตรฐานตามเกณฑ์ที่ กำหนด</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. พัฒนาศักยภาพพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ ด้านความรู้ตามพรบ.ที่ รับผิดชอบ ๒. ตรวจสอบเฝ้าระวังมาตรฐานสถานที่ และคุณภาพผลิตภัณฑ์ของกลุ่มงาน คุ้มครองผู้บริโภคฯ ตามเป้าหมายและมีแผนการเฝ้าระวังของเครือข่ายบริการ ๓. ประชุมติดตามผลการดำเนินงานตรวจเฝ้าระวังมาตรฐานสถานที่ และ คุณภาพผลิตภัณฑ์สุขภาพ ร่วมกันระหว่างผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดและระดับ อำเภอ เพื่อแก้ไขปัญหาพร้อมกันอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย ๑ ครั้ง/เดือน ๔. ประชุมติดตามผลงานและเสนอแนวทางพัฒนาการดำเนินงาน ในการ ประชุมงาน Post-marketing ของกลุ่มงาน อย่างสม่ำเสมอ ๕. รวบรวมรายงานจากอำเภอและรายงานผลการดำเนินงาน post-marketing ในรายงานคบส.รายไตรมาส และลงข้อมูลผ่านระบบ PreSurve (Premises Surveillance mobile application) ๖. ดำเนินการตามที่กฎหมายกำหนดกรณีพบการกระทำฝ่าฝืนกฎหมาย ผ่าน กลไกระบบงานปกติ คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค หรือ กลไก SAT Team
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. พัฒนาศักยภาพพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับตำบล ด้านความรู้ตาม พรบ.ที่ รับผิดชอบ ๒. ประชุมอบรม หรือพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ ๓. สนับสนุน ส่งเสริม ประสานและบูรณาการ การมีส่วนร่วมของ อปท ท้องถิ่น หรือ พชอ. หรืองานอื่นของหน่วยบริการ ๔. ตรวจสอบเฝ้าระวังมาตรฐานสถานที่ และคุณภาพผลิตภัณฑ์เป้าหมาย ในเขต รับผิดชอบ ตามข้อมูลพื้นฐานที่เป็นปัจจุบัน ๕. มีผลสรุปผลการดำเนินงานตรวจเฝ้าระวังมาตรฐานสถานที่และคุณภาพ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และมีการแก้ไขปัญหาในระดับที่แก้ไขได้ในพื้นที่ ๖. มีการรายงานผลการตรวจเฝ้าระวัง ส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามที่ กำหนด หรือลงข้อมูลผ่านระบบ PreSurve (Premises Surveillance mobile application) ๗. มีการดำเนินการให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนดกรณีพบการกระทำฝ่าฝืน กฎหมาย ผ่านกลไกระบบงานปกติ คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค หรือ กลไก SAT Team ในระดับอำเภอ
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดทำข้อมูลพื้นฐานที่เป็นปัจจุบัน ๒. พัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านความรู้ตาม พรบ.ที่รับผิดชอบ

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
	๓. ประชุมอบรม หรือการพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ ๔. สนับสนุน ส่งเสริม ประสานการมีส่วนร่วมของ อบต อปท ท้องถิ่น หรือ พชอ. ๕. มีผลการตรวจสอบเฝ้าระวังมาตรฐานสถานที่ และคุณภาพผลิตภัณฑ์ของ เครือข่ายบริการระดับ ตามเป้าหมายที่กำหนดร่วมกับอำเภอ และมีการแก้ไขปัญหาในระดับที่แก้ไขได้ในพื้นที่ ๖. สรุปรายงานผลดำเนินงานแก่ผู้บริหารระดับอำเภอ ทราบ ตามที่กำหนด

คู่มือการนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

๑. ชื่อยุทธศาสตร์ที่ ๑ ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
๒. ชื่อแผนงานที่ ๓ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
๓. ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่ กฎหมายกำหนด
๔. ผู้รับผิดชอบงาน : นายภูวดล ฤชา ตำแหน่ง เภสัชกรปฏิบัติการ

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๓ การป้องกันควบคุมโรค และลดปัจจัยเสี่ยงด้าน สุขภาพ</p> <p>โครงการที่ ๑๑ โครงการคุ้มครอง ผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์ สุขภาพและบริการ สุขภาพ</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๔๗ ร้อยละของ สถานพยาบาลและสถาน ประกอบการเพื่อสุขภาพ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ตามที่กฎหมายกำหนด</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดทำแผนงาน/โครงการ ๒. จัดทำฐานข้อมูลสถานประกอบการเพื่อสุขภาพและแผนการเฝ้าระวังของ เครือข่ายบริการ ๓. จัดทำฐานข้อมูลสถานพยาบาลรายใหม่ ข้อมูลสถานพยาบาลกลุ่มเสี่ยง ตามนิยาม โดยพิจารณาจากระดับความเสี่ยง ๒ เป็นต้นไป เป็นกลุ่มเป้าหมาย โดยแยกเป็นคลินิกกลุ่มเสี่ยงที่ให้บริการเสริมความงาม และคลินิกกลุ่มเสี่ยง อื่นๆ และโรงพยาบาลกลุ่มเสี่ยง โดยพิจารณาตามระดับความเสี่ยงที่กำหนด ๔. จัดทำรายงานผลตัวชี้วัดผ่านระบบคอบส.(ระบบสถานพยาบาลออนไลน์) ทุกสิ้นเดือน กรณีการยื่นขอสถานพยาบาลเอกชนรายใหม่ ๕. ออกตรวจประเมินสถานพยาบาลกลุ่มเสี่ยงตามเป้าหมาย และออกตรวจ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ๖. จัดทำสรุปผลการประเมิน และรายงานต่อคณะอนุกรรมการ สถานพยาบาลประจำจังหวัดและผู้บริหารทราบ ๗. ดำเนินการตามกฎหมายกำหนดกรณีพบการกระทำผิดพรบ.ที่เกี่ยวข้อง
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดทำแผนงาน/โครงการ ๒. จัดทำฐานข้อมูลสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ๓. จัดทำข้อมูลสถานพยาบาลกลุ่มเสี่ยงในเขตพื้นที่อำเภอของตน ๔. ออกตรวจประเมินสถานพยาบาลเอกชนและสถานประกอบการเพื่อ สุขภาพ และตรวจสถานพยาบาลกลุ่มเสี่ยงตามเป้าหมาย ๕. ส่งรายงานผลการตรวจสอบมา สสจ.เฉพาะกรณีเป็นสถานพยาบาลกลุ่ม เสี่ยงที่ตรวจพบว่ามีผู้เสียหายจากการไปรับบริการแต่ไม่ถึงกับเป็นอันตราย (ความเสี่ยงระดับ ๒ เป็นต้นไป) เพื่อให้ สสจ. ดำเนินการตามกฎหมายต่อไป ๖. ตรวจประเมินสถานพยาบาลเอกชนและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพทุก แห่ง เพื่อเฝ้าระวังประจำปี อย่างน้อย ๑ ครั้ง/ปี
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดทำแผนงาน/โครงการ ๒. จัดทำข้อมูลพื้นฐานสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพใน เขตรับผิดชอบ ๓. ร่วมออกตรวจสอบสถานพยาบาลกับพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ ๔. รายงานผลการตรวจสอบให้ผู้บริหารระดับอำเภอทราบ

คู่มือการนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
กลุ่มงานประกันสุขภาพ

๑. ชื่อยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
๒. ชื่อแผนงานที่ ๑๓ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
๓. ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน (ระดับ ๔-๗ ไม่เกิน ๑ แห่ง)
๔. ผู้รับผิดชอบงาน :
 ๑. นางไศภิตา จิตรวิกรานต์ โทร. ๐๘-๔๕๑๗๔๓๕๘
 ๒. นางธัญญา โทหนองหว่า โทร. ๐๘-๑๒๖๑๔๗๑๔
 ๓. นายวิโรจน์ ละครพล โทร. ๐๙-๓๕๕๒-๗๓๓๗

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงาน ๑๓ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง สุขภาพ</p> <p>โครงการ ๔๕ : โครงการบริหารจัดการ การด้านการเงินการคลัง</p> <p>ตัวชี้วัด ๑๒๖. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน (ระดับ ๔-๗ ไม่เกิน ๑ แห่ง)</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. แต่งตั้ง คกก. CFO ระดับจังหวัด ๒. การจัดสรรเงินอย่างพอเพียง (Sufficient Allocation) <ol style="list-style-type: none"> ๒.๑ มีหลักเกณฑ์ในการปรับเกลี่ยวงเงินตามที่เขตกำหนด ๒.๒ ปรับเกลี่ยวงเงินตามที่กระทรวง/เขต กำหนด ๒.๓ ติดตามการจัดสรรงบประมาณ/เขตเซชตามเวลาที่กำหนด ๓. กำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management) <ol style="list-style-type: none"> ๓.๑ กำหนดมาตรการเพื่อขับเคลื่อนนโยบายการจัดทำแผนทางการเงินตามกระทรวงกำหนด ๓.๒ ตรวจสอบการจัดทำแผนทางการเงินและความเสี่ยงของหน่วยบริการในจังหวัด ๓.๓ ตรวจสอบ อนุมัติ ปีละ ๒ ครั้ง กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน ๔. จัดทำข้อตกลงการให้บริการด้านสาธารณสุข ๕. จัดทำแผนปฏิบัติการ ๖. จัดเวที KM ภายใน/นอกจังหวัด/จัดเวทีสรุปผลงาน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ๗. อบรมพัฒนาศักยภาพฯนิเทศ/ประเมินผล ๘. วิเคราะห์/เสนอข้อมูลต่อ กวป.และผู้เกี่ยวข้องไตรมาสละ ๑ ครั้ง ๙. จัดระบบกำกับติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติงานของหน่วยบริการแต่ละอำเภอ ๑๐. จัดทำงานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการเงินการคลัง ๑ เรื่อง
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. แต่งตั้ง คกก. CFO ระดับอำเภอ ๒. การจัดสรรเงินอย่างพอเพียง (Sufficient Allocation) <ol style="list-style-type: none"> ๒.๑ มีคณะกรรมการการเงินการคลังระดับหน่วยบริการจัดสรรเงินให้กับรพ.แม่ข่ายและลูกข่าย ๒.๒ คณะกรรมการฯ มีแนวทางและแผนผังการจัดสรรเงินในรพ.แม่ข่ายและลูกข่ายตามที่ยกส่วนกลาง/เขต กำหนด ๓.๓ คณะกรรมการมีการจัดทำตัวเลขรายได้และรายจ่ายขั้นต่ำทั้งแม่ข่ายและลูกข่าย ๓. กำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management) <ol style="list-style-type: none"> ๓.๑ จัดทำแผนทางการเงินให้เป็นไปตามนโยบายของเขต/จังหวัด ๓.๒ บริหารแผนทางการเงินให้เป็นไปตามเป้าหมาย ๓.๓ กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน ๔. จัดทำแผนปฏิบัติการ ๕. คปสอ./คณะกรรมการ CFO มีการประชุม โดย มีการวิเคราะห์ปัญหา

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>ด้านการเงินการคลังและหาแนวทางแก้ไข อย่างน้อยไตรมาสละ ๑ ครั้งและ ส่งรายงานการประชุมให้สสจ.ภายในวันที่ ๒๐ ของเดือนถัดจากการประชุม</p> <p>๖. จัดระบบกำกับติดตามการดำเนินงานของ รพ.สต.</p> <p>๗. จัดทำงานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการเงินการคลังอย่างน้อยอำเภอละ ๑ เรื่อง</p>
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <p>๑. วิเคราะห์และรายงานสถานการณ์การเงินของ รพ.สต. อย่างต่อเนื่อง</p> <p>๒. แก้ไขปัญหาและประสานการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง</p>

คู่มือการนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

๑. **ชื่อยุทธศาสตร์ที่ ๑** : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

๒. **ชื่อแผนงานที่ ๑** : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

๓. **ชื่อตัวชี้วัด** :

๑. ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน
๒. อัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน ๑๒ สัปดาห์
๓. อัตราการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์
๔. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีนธาตุเหล็กและโฟลิก

๕. ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม
๖. อัตราทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจนไม่เกิน ๒๑ ต่อพันการเกิดมีชีพ
๗. อัตราส่วนการตายมารดาไทย ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
๘. ระดับความสำเร็จในการป้องกันหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดขาดสารไอโอดีน
 - ๘.๑ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า ๑๕๐ ไมโครกรัมต่อลิตร
 - ๘.๒ ร้อยละทารกแรกเกิดมีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) มากกว่า ๑๑.๒ mU/L

๔. ผู้รับผิดชอบงาน

๑. นางสรณัญจิต อินศร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๒. นางสาวศศยา อ่อนคำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
๓. นางทิพย์ธิดา พันโยศรี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M/กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)</p> <p>โครงการที่ ๑ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย</p> <p>ตัวชี้วัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน ๒. อัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน ๑๒ สัปดาห์ ๓. อัตราการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ ๔. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีนธาตุเหล็กและโฟลิก ๕. ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ๖. อัตราทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจนไม่เกิน ๒๑ ต่อพันการเกิดมีชีพ 	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ผลักดันการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย/มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต/จังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา ๔.๐ โดยใช้กลไก MCH Board และ PCC ผ่านคณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) และอำเภอ (พชอ.) ๒. ประชุม MCH board ระดับจังหวัดทุก ๓ เดือน ๓. สร้างกระแส/รณรงค์ “จังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา ๔.๐ “และ “มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต” เป็นนโยบายสำคัญของจังหวัดและอำเภอ ๔. ส่งเสริม สนับสนุน ให้หน่วยบริการทุกระดับจัดบริการด้านอนามัยแม่และเด็กตามมาตรฐานโรงพยาบาลด้านอนามัยแม่และเด็กคุณภาพไว้ร่อยต่อ ๕. ส่งเสริม สนับสนุน One province One MCH.B. Team ๖. จัดโซนนิ่ง (Zoning) และระบบส่งต่อมารดาที่มีภาวะเสี่ยงสูงเพื่อพบสูตินรีแพทย์ ๗. ส่งเสริม สนับสนุน ให้มีระบบการส่งต่อแบบ Fast Tract กรณีภาวะฉุกเฉิน มีการประสานงานผ่านระบบ Teleline /line group/หรือมีช่องทางติดต่อเจ้าหน้าที่ ๘. ส่งเสริม สนับสนุน ให้หน่วยบริการทุกระดับจัดระบบเฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด เพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์ และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ ๙. จัดทำแนวทางการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
<p>๗. อัตราส่วนการตายมารดาไทย ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</p> <p>๘. ระดับความสำเร็จในการป้องกันหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดขาดสารไอโอดีน</p> <p>๘.๑ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า ๑๕๐ ไมโครกรัมต่อลิตร</p> <p>๘.๒ ร้อยละทารกแรกเกิดมีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) มากกว่า ๑๑.๒ mU/L</p>	<p>๑๐. ส่งเสริม สนับสนุนให้หน่วยบริการทุกระดับจัดระบบการคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ การคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรม และการคลอดก่อนกำหนด</p> <p>๑๑. ส่งเสริม สนับสนุน การสร้างความรู้ ความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมตามหลักอนามัยการเจริญพันธุ์การวางแผนครอบครัว และการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์</p> <p>๑๒. ส่งเสริมและสนับสนุนความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว ชุมชน inter-generation และภาคีเครือข่ายให้สามารถค้นหาการตั้งครรภ์ในระยะตั้งต้นการดูแลหญิงตั้งครรภ์และส่งเข้าถึงระบบบริการคุณภาพ โดยใช้กลไก พขอ.</p> <p>๑๓. ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายให้สามารถค้นหาการตั้งครรภ์ในระยะต้นและส่งเข้าถึงระบบบริการคุณภาพ</p> <p>๑๔. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการการทำหัตถการทางสูติกรรมสำหรับแพทย์ พยาบาล</p> <p>๑๕. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็ก</p> <p>๑๖. ประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลด้านอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ</p> <p>๑๗. พัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพเพื่อป้องกันมารดาตายตามมาตรฐาน PNC (Provincial Network Certification)</p> <p>๑๘. กำกับติดตามและสร้างความเข้มแข็งระบบข้อมูลในโปรแกรมหลัก ๔๓ แฟ้มและ surveillance system</p> <p>๑๙. นิเทศ ติดตาม การดำเนินงาน /ประชุมสรุปผลการดำเนินงาน</p> <p>๒๐. วิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการแก้ไข</p>
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <p>๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย/มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต โดยใช้กลไก MCH Board และ PCC ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (พขอ.)</p> <p>๒. ประชุม MCH board ระดับอำเภอทุก ๑ เดือน</p> <p>๓. สร้างกระแส/รณรงค์ “จังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา ๔.๐ “และ “มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต” เป็นนโยบายสำคัญของจังหวัดและอำเภอ</p> <p>๔. ส่งเสริม สนับสนุน ให้หน่วยบริการทุกระดับจัดบริการด้านอนามัยแม่และเด็กตามมาตรฐานโรงพยาบาลด้านอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ</p>

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^m /กรอบ Six Building Blocks
	<p>ไว้ร่อยต่อ</p> <p>๕. สนับสนุน One province One MCH.B. Team</p> <p>๖. จัดระบบส่งต่อมารดาที่มีภาวะเสี่ยงสูงเพื่อพบสูตินรีแพทย์</p> <p>๗. จัดระบบการส่งต่อแบบ Fast Tract กรณีภาวะฉุกเฉิน มีการประสานงานผ่านระบบ Teleline /line group/หรือมีช่องทางติดต่อเจ้าหน้าที่</p> <p>๘. จัดระบบเฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด เพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>๙. จัดระบบการคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ การคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรม และการคลอดก่อนกำหนด</p> <p>๑๐. สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักและปรับ พฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมตามหลักอนามัยการเจริญพันธุ์การวางแผนครอบครัว และการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์</p> <p>๑๑. สร้างความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว ชุมชน inter-generation และภาคีเครือข่ายให้สามารถค้นหาการตั้งครรภ์ในระยะตั้งต้นการดูแลสุขภาพตั้งครรภ์และส่งเสริมเข้าถึงระบบบริการคุณภาพ โดยใช้กลไก พชอ.</p> <p>๑๒. พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายให้สามารถค้นหาการตั้งครรภ์ในระยะต้นและส่งเสริมเข้าถึงระบบบริการคุณภาพ</p> <p>๑๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็ก</p> <p>๑๔. ประเมินตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาลด้านอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ</p> <p>๑๕. ร่วมพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพเพื่อป้องกันมารดาตายตามมาตรฐาน PNC (Provincial Network Certification)</p> <p>๑๖. กำกับติดตามและสร้างความเข้มแข็งระบบข้อมูลในโปรแกรมหลัก ๔๓ แห่ง และ surveillance system</p> <p>๑๗. นิเทศ ติดตาม การดำเนินงาน /ประชุมสรุปผลการดำเนินงาน</p> <p>๑๘. วิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการแก้ไข</p>
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <p>๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย/มทศจรรย ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต โดยใช้กลไก MCH Board และ PCC ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (พชอ.)</p>

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)</p> <p>โครงการที่ ๔ : พัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๒๑ ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม care plan ปี ๒๕๖๓</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <p>๑. สร้างเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายให้มีความเข้มแข็งในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ได้แก่ตำบล LTC โรงเรียนผู้สูงอายุ/ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น</p> <p>๒. ประสานความร่วมมือกับศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่นในการอบรม Care Manager/Care Giverให้ครอบคลุมทุกตำบลและอบรมฟื้นฟู Care Manager/Care Giver</p> <p>๓. นิเทศ ติดตาม ประเมินผล และสรุปผลการดำเนินงาน</p> <p>๕. ดำเนินการตามโครงการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ Health Literacy จังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ ๒๕๖๓</p>
<p>ตัวชี้วัดที่ ๒๒ ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (ร้อยละ ๖๐)</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๒๓ ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๒๔ Healthy Ageing (ด้านสุขภาพ) (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐)</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <p>อำเภอดำเนินการคัดเลือกพื้นที่เข้าร่วมตำบล LTC (ร้อยละ ๑๐๐)</p> <p>๑. จัดตั้งศูนย์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดทำข้อมูลและแผนการดูแลกลุ่มพึ่งพิงเป็นรายคน - จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม - ให้บริการฟื้นฟูและกิจกรรมบำบัดผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง (Daycare) <p>๒. มีข้อมูลผู้สูงอายุ และวิเคราะห์แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ</p> <p>ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดในพื้นที่แยกชาย/หญิง จำนวนผู้สูงอายุกลุ่ม ๑ กลุ่ม ๒ และกลุ่ม ๓ แยกช่วงอายุ ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ ๖๐-๖๙ ปี) ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ ๗๐-๗๙ ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ ๘๐ปีขึ้นไป)</p>
<p>ตัวชี้วัดที่ ๒๕ รพช.มีหน่วยบริการผู้สูงอายุอย่างน้อย (ร้อยละ ๗๕)</p>	<p>ส่วนที่ ๒ ข้อมูลด้านสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีฐานข้อมูลโรคกลุ่ม Geriatric syndromes - มีฐานข้อมูลโรคพบบ่อยและสำคัญ(โรคหัวใจหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฟัน ตา) - มีข้อมูลผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ - มีทำเนียบ Care giver/แฟ้มประวัติ Care giver กำหนดบทบาทหน้าที่ ขอบเขตความรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมาย - มีทะเบียนข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงในความรับผิดชอบของ Care giver แต่ละคนในพื้นที่ <p>ส่วนที่ ๓ ข้อมูลด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของ</p>

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>ผู้สูงอายุ (ADL)</p> <ul style="list-style-type: none"> - รายชื่อ/ที่อยู่ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ๓. ส่งต่อวินิจฉัยรักษา(Flow chart) ตามคู่มือแนวทางการจัดบริการสุขภาพ <ul style="list-style-type: none"> - มีระบบการดูแล/บริการสุขภาพ - ระดับปฐมภูมิ- ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ ๔. อบรม Care giver <ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - คัดเลือกผู้เข้ารับการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตามคุณสมบัติของหลักสูตรกรมอนามัย ๗๐ ชั่วโมง ในพื้นที่เป้าหมาย - จัดอบรม Care giver ตามหลักสูตรกรมอนามัย ๗๐ ชั่วโมง ๕. ประสานความร่วมมือกับชุมชนมีการจัดระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง <ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> -สร้างภาคีเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ที่อยู่ในพื้นที่ -การคืนข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ให้ภาคีเครือข่ายได้สังเกตเห็นถึงความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน -สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ Health Literacy -ประสานงานและสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ -ทำกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ๗.-นิเทศติดตาม Care Giver <ul style="list-style-type: none"> -ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง โดยทีมหมอครอบครัว(Family Care Team) ๘. ขยายโรงเรียนผู้สูงอายุ/ชมรมผู้สูงอายุ อย่างน้อยตำบลละ ๑ แห่งโดยใช้แนวคิด ๓ S และหลักสูตร ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีการประเมิน/คัดกรองผู้สูงอายุทุกคน <ol style="list-style-type: none"> ๑.๑ กลุ่ม Geriatric syndromes ๑.๒ โรคพบบ่อยและสำคัญ (โรคหัวใจหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฟัน ตา) ๑.๓ ประเมินความสามารถในการทำวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) <ol style="list-style-type: none"> ๑.๔ ประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ๕ ข้อ ๒. จัดตั้งศูนย์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ <ul style="list-style-type: none"> - จัดทำข้อมูลและแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นรายคน

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>- จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม โดยจัดเป็นโรงเรียนผู้สูงอายุ/ชมรมผู้สูงอายุ อย่างน้อยตำบลละ ๑ แห่ง โดยใช้แนวคิด ๓ S และหลักสูตร ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย</p> <p>- ให้บริการฟื้นฟูและกิจกรรมบำบัดผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง (Daycare)</p> <p>๓. มีข้อมูลผู้สูงอายุ และวิเคราะห์แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p>ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดในพื้นที่แยกชาย/หญิง จำนวนผู้สูงอายุกลุ่ม ๑ กลุ่ม ๒ และกลุ่ม ๓ แยกช่วงอายุ ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ ๖๐-๖๙ ปี) ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ ๗๐-๗๙ ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ ๘๐ปีขึ้นไป)</p> <p>ส่วนที่ ๒ ข้อมูลด้านสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีฐานข้อมูลโรคกลุ่ม Geriatric syndromes - มีฐานข้อมูลโรคบ่นบ่อยและสำคัญ(โรคหัวใจหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฟัน ตา) - มีข้อมูลผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ - มีทำเนียบ Care giver/แฟ้มประวัติ Care giver กำหนดบทบาทหน้าที่ ขอบเขตความรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมาย - มีทะเบียนข้อมูลผู้สูงอายุในความรับผิดชอบของ Care giver แต่ละคนในพื้นที่ <p>ส่วนที่ ๓ ข้อมูลด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL)</p> <ul style="list-style-type: none"> - รายชื่อ/ที่อยู่ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง <p>๔. ส่งต่อวินิจฉัยรักษา(Flow chart)</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีระบบการดูแล/บริการสุขภาพ - ระดับปฐมภูมิ- ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ <p>๕. ประสานความร่วมมือกับชุมชนมีการจัดระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดำเนินการดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - สร้างภาคีเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ ที่อยู่ในพื้นที่ เปลี่ยนสถานะจากชมรมผู้สูงอายุให้เป็นโรงเรียนผู้สูงอายุ - การคืนข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ให้ภาคีเครือข่ายได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน - สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ Health Literacy - ประสานงานและสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ - ทำกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง. - มีโรงเรียนผู้สูงอายุครบทุกตำบล

คู่มือการนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

๑. **ชื่อยุทธศาสตร์ที่ ๑** : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
๒. **ชื่อแผนงานที่ ๑** : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
๓. **ชื่อตัวชี้วัด** : อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกายของประชาชนไทย
๔. **ผู้รับผิดชอบงาน** : นางนิชดา เทศาพรหม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร ๐๖๑ ๑๙๖ ๑๓๑๗ e-mail : nichada.2507@gmail.com

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
แผนงาน ๑ : การ	แนวทางดำเนินระดับจังหวัด

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM /กรอบ Six Building Blocks
<p>พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ</p> <p>โครงการ ๕ :</p> <p>โครงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชากร</p> <p>ตัวชี้วัด ๒๖ จำนวนครอบครัวไทยมีความรอบรู้สุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกาย</p>	<p>๑. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน ทะเบียนผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด จัดประชุมชี้แจง สื่อสารนโยบาย เป้าหมาย ตัวชี้วัด ตลอดจนรูปแบบการดำเนินงาน</p> <p>๒. กำกับติดตามผลการดำเนินงานตามแผน การรายงานผลการลงทะเบียนในระบบฐานข้อมูลครอบครัวอบอุ่นออกกำลังกาย จากเว็บไซต์ครอบครัวอบอุ่นออกกำลังกาย https://sites.google.com/view/activefam/report รอบไตรมาส ๓, ๖, ๙ และ ๑๒ เดือน</p> <p>๓. ประสานให้ขับเคลื่อนการดำเนินงาน รพช. รพสต. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>๔. พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมสนับสนุนช่วยเหลือด้วยคำแนะนำ วิเคราะห์ศึกษาปัญหา ร่วมจัดกิจกรรมกับบางหน่วยบริการที่ประสบปัญหาไม่สามารถดำเนินการได้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมให้ประชาชนออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ - ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และกิจกรรมทางกาย <p>๕. บูรณาการร่วมกับงานสุขศึกษา สุขภาพภาคประชาชน ตำบลจัดการสุขภาพงาน NCD</p> <p>๖. เยี่ยมเสริมพลัง เร่งรัดติดตามการดำเนินงาน สรุปผลการดำเนินงาน</p>
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <p>๑. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน ระดับอำเภอ ครอบครัวอบอุ่น ออกกำลังกาย จัดประชุมชี้แจง สื่อสารนโยบาย เป้าหมาย ตัวชี้วัด รูปแบบการดำเนินงาน</p> <p>๒. กำกับติดตามผลการดำเนินงานตามแผน การรายงานผลการลงทะเบียนในระบบฐานข้อมูลครอบครัวอบอุ่นออกกำลังกาย จากเว็บไซต์ครอบครัวอบอุ่นออกกำลังกาย https://sites.google.com/view/activefam/report ทุกๆ เดือน</p> <p>๓. ประสานให้ขับเคลื่อนการดำเนินงาน รพช. รพสต. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>๔. พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมสนับสนุนช่วยเหลือด้วยคำแนะนำ วิเคราะห์ศึกษาปัญหา ร่วมจัดกิจกรรมกับบางหน่วยบริการที่ประสบปัญหาไม่สามารถดำเนินการได้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมให้ประชาชนออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ - ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และกิจกรรมทางกาย <p>๕. บูรณาการร่วมกับตำบลจัดการสุขภาพ งาน NCD</p> <p>๖. เยี่ยมเสริมพลัง เร่งรัดติดตามการดำเนินงาน สรุปประเมินผลการดำเนินงานเมื่อครบระยะก่อน ๓๐ กันยายนในแต่ละปี ตลอดจนรายงานปัญหาการดำเนินการเพื่อร่วมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้นำไปพัฒนาแก้ปัญหาภาคเครือข่ายในชุมชน</p>
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <p>๑. จัดทำ คำสั่งระดับตำบล “แผนชุมชน และขับเคลื่อนครอบครัวออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ” อย่างต่อเนื่อง จำนวนครอบครัว ชมรม อปท. และสวนสาธารณะรองรับการออกกำลังกาย มีทะเบียนผู้รับผิดชอบ/ หมู่บ้าน /การคัดกรองพฤติกรรมที่พึงประสงค์</p> <p>๒. เชิญชวน เคาะประตูบ้าน “สร้างความรอบรู้การออกกำลังกาย” โดย อสม. HL coaching เคาะประตูบ้าน "สร้างความรอบรู้การออกกำลังกาย" ด้วยโปรแกรม</p>

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM /กรอบ Six Building Blocks
	<p>เปิดเสรีตั้งแต่คัดกรองสถานะสุขภาพ/ประเมินแยกกลุ่มความเสี่ยง/สร้างความตระหนัก/ตัดสินใจสมัครมีพฤติกรรมออกกำลังกาย ในสมาชิกในครัวเรือนที่ได้รับมอบหมายรับผิดชอบ ด้วยโปรแกรมสร้างความรอบรู้ออกกำลังกายในเว็บไซต์ ๑๐ ล้านครอบครัว</p> <p>๓. บันทึกข้อมูล โดยการ ลงทะเบียนสมัคร ในเว็บไซต์ ๑๐ ล้านครอบครัวฯ</p> <p>๓.๑ ส่วน "ครอบครัว" มีฐานะเป็นประชาชนในครอบครัวที่มีความรอบรู้และพฤติกรรมออกกำลังกายด้วยตัวเองและชวนครอบครัวตัวเองร่วมออกกำลังกาย</p> <p>๓.๒ แสดงตนเป็น อสม เชิญชวนครอบครัว ชมรม อปท. สวนสาธารณะ</p> <p>๔. พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมสนับสนุนช่วยเหลือด้วยคำแนะนำ ปัญหาพร้อมจัดกิจกรรมกับบางหน่วยบริการที่ประสบปัญหาไม่สามารถดำเนินการได้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมให้ประชาชนออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ เป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ - ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และกิจกรรมทางกาย <p>บูรณาการร่วมกับงาน สุขศึกษา สุขภาพภาคประชาชน ตำบลจัดการสุขภาพ NCD</p> <p>๕. เยี่ยมเสริมพลัง ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ</p> <p>๖. สรุปผลการดำเนินงานในแต่ละปี ตลอดจนรายงานปัญหาการดำเนินการเพื่อร่วมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้นำไปพัฒนาแก้ปัญหาภาคเครือข่ายในชุมชน</p>

คู่มือการนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

๑. ชื่อยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
๒. ชื่อแผนงานที่ ๘ : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ
๓. ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
๔. ผู้รับผิดชอบงาน : นางเกษศิริรินทร์ ไชยลาภ

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM /กรอบ Six Building Blocks
------------------------------	---

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ</p> <p>โครงการที่ ๓๕ = : โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๑๐๑. ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ทบทวนคำสั่งฯ/แผนงาน/โครงการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการป้องกันควบคุม รักษาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ๒. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามยุทธศาสตร์ในพื้นที่ดำเนินงานและผู้ประกอบการร้านอาหาร/ผลิตภัณฑ์อาหารพื้นบ้านจากปลา น้ำจืดเกลือดีขาว ๓. การพัฒนาองค์ความรู้ด้านวิชาการเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งในการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ๔. จัดระบบการติดตามและประเมินผลนโยบายสาธารณะ ด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุม รักษาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตามยุทธศาสตร์ ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ๕. ติดตาม กำกับกับการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Isan cohort ๖. จัดทำ/สนับสนุนในการดำเนินงาน ยา เวชภัณฑ์ วัสดุวิทยาศาสตร์ ชุดคัดกรองพยาธิฯ ให้แก่พื้นที่เป้าหมาย
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตามมาตรการ ๒. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง ๓. พัฒนาทีมสุขภาพตำบลในการจัดทำแผนสุขภาพตำบลโดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ด้วยกระบวนการจัดทำแผนอย่างมีส่วนร่วม ๔. สนับสนุนการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่เป้าหมาย ๕. จัดระบบการส่งต่อผู้สงสัยมะเร็งท่อน้ำดีเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยด้วยการทำ CT/MRI เพื่อการรักษาพยาบาลด้วยการผ่าตัดและเสริมด้วยเคมีบำบัดที่เหมาะสม ๕. ประสาน ติดตามการรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี การดูแลประคับประคอง (palliative care) ทุกรายโดยการผสมผสานภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกและการแพทย์แผนปัจจุบันผ่านทีมหมอครอบครัว (Family care team) ๖. นิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับงานให้เป็นไปตามตัวชี้วัด/การบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Isan cohort
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตาม ๕ มาตรการ

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>๒. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง/ส่งเสริมการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๓. จัดทำแผนสุขภาพตำบลโดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ด้วยกระบวนการจัดทำแผน อย่างมีส่วนร่วม</p> <p>๔. การตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดย</p> <p>๔.๑ ให้บริการตรวจจําจําโรคประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปในตำบลเป้าหมายจำนวน ๙๐๕ ราย ให้การรักษาผู้ตรวจพบพยาธิฯ ทุกราย ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง</p> <p>๔.๒ ถ้าพบผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ส่งต่อคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ ถ้าผิดปกติส่งต่อเข้าสู่กระบวนการรักษาต่อไป</p> <p>๔.๓ รายงานในระบบรายงานของกระทรวงสาธารณสุข/ระบบฐานข้อมูล Isan cohort</p> <p>๕. มีระบบการรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน มีหมอครอบครัวเข้าไปดูแลระดับประจําด้วยด้วยการแพทย์ผสมผสาน ทั้งแพทย์แผนปัจจุบัน และแพทย์ทางเลือก</p> <p>๖. ประสาน/สนับสนุน อบต. ในการจัดระบบสุขภาพตำบล บริหารจัดการสิ่งปฏิกูลเพื่อตัดวงจรพยาธิ โดยจัดให้มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลในทุกพื้นที่ ผ่านเทศบาล/อบต. ที่สามารถดำเนินการได้</p> <p>๗. ประสาน ส่งเสริม สนับสนุนการจัดการเรียนการสอนในโรงเรียน และสนับสนุนให้มีการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในเด็ก เยาวชน และประชาชน</p> <p>๘. สนับสนุนการจัดการอาหารปลอดภัย ปลาปลอดภัยในชุมชนโดยชุมชน</p> <p>๙. วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการดำเนินงาน</p>

คู่มือการนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

๑. ชื่อยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
๒. ชื่อแผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
๓. ชื่อตัวชี้วัด :
 ๑. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) ร้อยละ ๘๕
 ๒. ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment coverage) ≥ ร้อยละ ๘๒.๕ ของค่าคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรค

๔. ผู้รับผิดชอบงาน :

๑. นายกฤษฎ์ โพธิ์ศรี โทร ๐๘๖-๒๓๔๖๓๓๕
๒. นางสาวสายพิน ทองคำ โทร ๐๙๐-๙๖๙-๒๐๑๔
อีเมล : saipinthong@hotmail.com
๓. นางสาวอรอุมา คำคำวี โทร ๐๙๑-๙๓๙-๔๗๓๘
อีเมล : onuma_envi๕๓@hotmail.com

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)</p> <p>โครงการที่ ๑๗ : โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๖๖. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) ร้อยละ ๘๕</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๖๗. ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment coverage) ≥ ร้อยละ ๘๒.๕ ของค่าคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรค</p> <p>ตัวชี้วัดชี้วัดจังหวัด : การควบคุมป้องกันวัณโรค (TB)</p> <p>๑. Success rate ≥ ๘๕ %</p> <p>๒. Dead rate < ร้อยละ ๘</p> <p>๓. TB Treatment Coverage ≥ ๘๒.๕ %</p> <p>๔. ร้อยละการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด ยุทธศาสตร์ /มาตรการสำคัญ</p> <p>มาตรการที่ ๑ ลดการเสียชีวิต</p> <p>กิจกรรมหลัก</p> <p>๑. เร่งรัดการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยด้วยวิธีการที่รวดเร็วและขึ้นทะเบียนรักษาทุกราย</p> <p>๒. ส่งตรวจทดสอบความไวทุกรายเพื่อค้นหา MDR-TB</p> <p>๓. พัฒนาคุณภาพและประเมินมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในสถานพยาบาลให้ได้มาตรฐาน</p> <p>๔. เฝ้าระวัง ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา</p> <p>๕. พัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการทางด้านวัณโรค</p> <p>มาตรการที่ ๒ ลดการขาดยา</p> <p>๑. ดูแลรักษาโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Centered Care) ดูแลผู้ป่วยแบบมีพี่เลี้ยง (DOT)/ผู้จัดการประจำตัว (TB case manager) ขยายการมีส่วนร่วมของชุมชน</p> <p>๒. สร้างกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน ใช้กลไก พชพ.และกลไกในระดับพื้นที่ ในการดูแล และติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องในพื้นที่</p> <p>๓. ให้การช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจและสังคม</p> <p>มาตรการที่ ๓ พัฒนาคุณภาพและระบบการกำกับติดตาม ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค</p> <p>๑. กำกับ ติดตาม และประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Monitoring and evaluation) ใช้ระบบข้อมูลที่มีคุณภาพในการกำกับติดตามผู้ป่วยวัณโรค</p> <p>๒. พัฒนาเครือข่าย ระบบข้อมูลในการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค เพื่อการดูแลรักษาต่อเนื่อง</p> <p>๓. ใช้กลไกของ พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๕๘ ในการกำกับการขึ้นทะเบียนและติดตามการรักษาวัณโรค และกลไกของ NOC-TB ในการขับเคลื่อนการทำงาน</p>

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM /กรอบ Six Building Blocks
<p>เป้าหมาย ใน ๗ กลุ่ม ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>๕. คะแนนของการ ดำเนินงานคลินิกวัณโรค ทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์ มาตรฐานคะแนน ไม่น้อยกว่า ๙๐</p>	<p>๔. สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ ระบบบริการสุขภาพ และคุณภาพของ สถานพยาบาลในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค</p> <p>กิจกรรมหลัก</p> <p>มาตรการ ที่ ๑ กำหนดแนวทางการสื่อสารเพิ่มมากขึ้นให้ประชาชนทุกคน ตระหนักเรื่องวัณโรค ดังนี้</p> <p>๑.๑ จัดทำประชาคมในหมู่บ้านที่พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ เพื่อให้ความรู้ใน การป้องกันวัณโรค สื่อสารลดความเสี่ยง และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ไปสู่ผู้สัมผัสร่วมบ้าน</p> <p>ตัวอย่าง การดำเนินงาน เช่น แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคโดยการมี ส่วนร่วมของชุมชน คือ “NUABA Model” OTOP : ภาศิเครือข่ายร่วมใจ ต้านภัยวัณโรค</p> <p>๑.๒ รณรงค์วันวัณโรคโลก (World TB Day) ในวันที่ ๒๔ เดือนมีนาคม ทุกปี</p> <p>๒. มาตรการที่ ๒ เพิ่มประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ในการค้นหาผู้ป่วย วัณโรค</p> <p>ดำเนินการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษา ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐- ๒๕๖๒ ๓ ปีย้อนหลัง Active Case Finding ในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน (House Hold Contact) กำหนดให้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามดำเนินการจัดทำข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ที่ขึ้นทะเบียนรักษาตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐- ๒๕๖๒ ส่งคืนเป้าหมาย การเอกซเรย์ทรวงอกในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน ทั้ง ๑๓ อำเภอ</p>
	<p>๓. มาตรการที่ ๓ ลดการเสียชีวิต เป้าหมายลดอัตราการเสียชีวิตลดลง ๓% จากผลงานเดิมปี ๒๕๖๒ ร้อยละ ๑๐.๒๐ เป้าหมายอัตราการเสียชีวิต ≤ ร้อยละ ๘</p> <p>จัดทำ Protocol การดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคเป็น ๓ กลุ่ม กลุ่มเสี่ยงสูง จัดอยู่ในกลุ่มสีแดง ได้แก่</p> <p>๑. ผู้ป่วยวัณโรคน้ำหนักน้อยกว่า ๔๐ Kgs</p> <p>๒. ผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นผู้สูงอายุมากกว่า ๖๕ ปี ขึ้นไปไม่มีผู้ดูแล</p> <p>๓. ผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคร่วมมากกว่า ๒โรค เช่น DM with CKD Stage ๓-๕/ DM with COPD/DM with HT ฯ</p> <p>๔. กลุ่มผู้ป่วยมีประวัติติ่มสุราเรื้อรัง</p> <p>๕. กลุ่มผู้ป่วย B ๒๔ ค่า CD๔ < ๒๐๐ ต่อ เลือด ๑ ลบ.มม.</p> <p>๖. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรค</p> <p>๗. ผู้ป่วยติดเตียงได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรค</p> <p>๘. Albumin < ๒.๕ gm/dL (ค่าปกติ ๓.๕-๕ gm/dL)</p> <p>๙. ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาวัณโรค อยู่ในระยะ Challenge Drug TB/ผู้ป่วย วัณโรคที่มีค่าการทำงานของตับ (SGPT, SGOT) ผิดปกติมากกว่า ๕ เท่า</p>

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM /กรอบ Six Building Blocks
	<p>๑๐. ผู้ป่วยวัณโรคตัวยาลายขนาน (RR/MDR-TB)</p> <p>๑๑. ผู้ป่วยวัณโรคที่มีประวัติขาดยามากกว่า ๑๔ วัน และกลุ่มผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ (Relapse)</p> <p>กลุ่มปานกลาง จัดอยู่ในกลุ่มสีเหลือง ได้แก่</p> <p>๑. ผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่คนเดียวไม่มีญาติดูแล</p> <p>๒. ผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นผู้สูงอายุมากกว่า ๖๕ ปี ขึ้นไปมีผู้ดูแล</p> <p>๓. ผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคร่วม ๑ โรค</p> <p>๔. ผู้ป่วยวัณโรคที่มีค่าการทำงานของตับ (SGPT , SGOT) ผิดปกติ ๓-๕ เท่า</p> <p>กลุ่มปกติ จัดอยู่ในกลุ่มสีเขียว ได้แก่</p> <p>๑. ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่มีโรคประจำตัว</p> <p>๒. ผู้ป่วยวัณโรคที่มีญาติดูแล</p> <p>๓. ผู้ป่วยวัณโรคที่ดูแลตนเองได้ และให้ความร่วมมือในการรักษา</p> <p>มาตรการดำเนินการลดการเสียชีวิต ในกลุ่มสีแดง</p> <p>๑.กรณี แพทย์ให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล</p> <p>๑.๑ ตรวจรักษาตาม แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย NTP พ.ศ. ๒๕๖๑ (National Tuberculosis Control Programmed Guideline, Thailand, ๒๐๑๘)</p> <p>๑.๒ มีกิจกรรม Discharge Plan หลังแพทย์ให้กลับบ้าน</p> <p>๑.๓ คืบข้อมูล ให้กับ รพ.สต และจัดทำ Care Plan ในการติดตามการดูแล</p> <p>๒.กรณี แพทย์ให้กลับไปรักษาต่อที่บ้าน ไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล</p> <p>๒.๑ กลุ่มเสี่ยงสูง จัดอยู่ในกลุ่มสีแดง</p> <p>ใช้กลไก case management team กำกับติดตามการรักษา ดูแลรักษาโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีพี่เลี้ยง (DOT) โดยบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เยี่ยมบ้านและติดตามผู้ป่วยทุกวัน ภายใน ๗ วัน และคืบข้อมูลทาง Line Group ผลการติดตามผู้ป่วยวัณโรคภายใน ๒ เดือน (ระยะเข้มข้น)</p> <p>หมายเหตุ: พี่เลี้ยง (DOT) คือ บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ ได้แก่ พยาบาล วิชาชีพ หรือ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ตรวจเยี่ยมตามมาตรฐานการดูแล กำกับการรับประทานยาวัณโรค</p>
	<p>๒.๒ กลุ่มปานกลาง จัดอยู่ในกลุ่มสีเหลือง</p> <p>ใช้กลไก case management team กำกับติดตามการรักษา ดูแลรักษาโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีพี่เลี้ยง (DOT) โดย บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ ลงติดตามเยี่ยมบ้านภายใน ๗ วัน และกำกับติดตาม อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรค</p> <p>ระยะเข้มข้น ๒ เดือนแรก คืบข้อมูล ทุก ๗ วัน เดือนที่ ๓,๔,๕,๖ คืบข้อมูล</p>

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>ทุก ๑ เดือนจนครบการรักษา คืบข้อมูลการทำ DOT ผ่าน Line Group</p> <p>๒.๓ กลุ่มปกติ จัดอยู่ในกลุ่มสีเขียว</p> <p>ใช้กลไก case management team กำกับติดตามการรักษา ดูแลรักษา โดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีพี่เลี้ยง (DOT) โดย บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ ลงติดตามเยี่ยมบ้านภายใน ๑๔ วัน และกำกับติดตามอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยมี บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ กำกับติดตาม คืบข้อมูลการทำ DOT ผ่านกลุ่ม Line</p> <p>ระยะเข้มข้น ๒ เดือนแรกคืบข้อมูล ทุก ๑๔ วัน เดือนที่ ๓,๔,๕,๖ คืบข้อมูล ทุก ๑ เดือน จนครบการรักษา</p> <p>๔. Situation Analysis : วิเคราะห์สถานการณ์ ขนาด และความรุนแรงของ ปัญหา กลุ่มเสี่ยง /กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่เป้าหมายของช่องทางและปัญหา อุปสรรค ใน Case ขาดยา ล้มเหลวในการรักษาไอ้หนออก เสียชีวิตระหว่างการ รักษา และไม่นำมาประเมินผล ในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ๑-๔/๒๕๖๑ และผลการรักษาใน Cohort ๑-๓ /๒๕๖๒</p> <p>๕. ให้ทุกอำเภอ ทำรายงาน One Page TB ส่งทุกวันที่ ๑๕ ของเดือน เพื่อ ติดตามงาน TB</p> <p>๖. จัดประชุมวิชาการ Death Case Conference วิเคราะห์สาเหตุการ เสียชีวิตร่วมกันทั้งจังหวัด ปี ๒๕๖๒</p> <p>๗. ส่งเสริมการทำงานวิจัย R๒R และ KM อำเภอที่มีผลงานดีเด่นในการดูแล ผู้ป่วยวัณโรค</p> <p>๘. นิเทศติดตาม ประเมินผล</p> <p>๙.สรุปผลการดำเนินงาน จัดทำแผนปีต่อไป</p> <p>มาตรการแนวทางดำเนินระดับอำเภอ : กิจกรรมหลัก</p> <p>๑.เร่งรัดค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย ๗ กลุ่ม ร้อยละ ๑๐๐ โดย การ CXR และลงผลในระบบ NTIP: tbc Thailand.ddc.moph.go.th</p> <p>๒.เร่งรัดการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยด้วยวิธีการที่รวดเร็วและขึ้นทะเบียน รักษาทุกราย</p> <p>๓.ส่งตรวจทดสอบความไวทุกรายเพื่อค้นหา MDR-TB</p> <p>๔.เพิ่มพูนศักยภาพแพทย์ ในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค โดยส่งแพทย์ เข้าร่วม ประชุม และเพิ่มประสิทธิผลในระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด รายใหม่ โดย Consult แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม รพ.มค. ทาง Group Line</p> <p>๕.ดำเนินการตาม มาตรการ ทั้ง ๓ มาตรการ</p> <p>๖. รายงานผลการดำเนินงาน ในรูปแบบ One Page TB นำเสนอผู้บริหาร ระดับจังหวัด ทุกวันที่ ๑๕ ของเดือน และใช้กลไกของ NOC-TB ระดับอำเภอ</p>

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
	ในการขับเคลื่อนการทำงาน
	<p>มาตรการแนวทางดำเนินระดับอำเภอ : กิจกรรมหลัก (ต่อ)</p> <p>๗. เข้าร่วมนำเสนอ Death Case Conference วิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิต ร่วมกันทั้งจังหวัด ปี ๒๕๖๓</p> <p>๘. จัดทำผลงานวิจัย นวัตกรรม ด้านการค้นหา รักษา ติดตาม เข้าร่วมนำเสนอ ใน ปี พ.ศ.๒๕๖๓</p> <p>๙. สรุปผลการดำเนินตามมาตรการที่ได้ดำเนินการ ตามปัญหา และบริบทของพื้นที่</p> <p>๑๐. เข้าร่วมการประเมิน "โรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค" ให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ทั้ง ๑๐ มาตรฐาน ๒๐ ตัวชี้วัด</p> <p>๑๑. มีแผนงาน โครงการ ตอบสนอง PA TB</p> <p>แนวทางดำเนินระดับตำบล : กิจกรรมหลัก</p> <p>๑. ดำเนินการประสานงานกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย ใน ๖ กลุ่ม (HHC, HCW, HIV, Elderly > ๖๕ ปี with DM Migrant, prisoner) เพิ่มใน Elderly > ๖๕ ปี with CKD stage ๔, ๕, Asthma, COPD และ กลุ่มผู้ป่วยตีมนสุราเรื้อรัง ให้ได้รับ การ CXR และลงผลในระบบ TBCM On Line</p> <p>๒. มีระบบการส่งต่อ กรณีพบ กลุ่มเสี่ยง มีผลCXR ที่ผิดปกติ เข้าถึง กระบวนการตรวจวินิจฉัยที่ถูกต้อง และกรณีได้รับการรักษามีกระบวนการ Care plan การดูแลต่อเนื่อง DOT</p> <p>๓. ทำหน้าที่ เป็นพี่เลี้ยง(DOT) ในผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน MDR-TB จัดให้มีพี่เลี้ยง ที่เป็น อสม.อสค.ที่ผ่านการอบรม ในการดูแลการกินยาทุกวันในผู้ป่วยวัณโรคทุกราย (DOT) ในระยะเข้มข้น และติดตามครบทุก ๖ เดือน และลงผลการทำ DOT ในระบบ TBCM On Line ทุกวันเป็นปัจจุบัน</p> <p>๔. จัดให้มีมุม DOT ใน รพ.สต.</p> <p>๕. รับข้อมูลส่งต่อจาก รพ.ชุมชน รพ.จังหวัด ใน case TB ที่ต้องดูแลรักษา ผู้ป่วยวัณโรคตามมาตรฐานให้หายและกินยาครบ และเฝ้าระวังดูแลรักษา ผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา</p> <p>๖. เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อประเมินสภาพแวดล้อม ให้คำแนะนำดูแลการกินยา/ นัดหมายและส่งต่อ เมื่อประสบปัญหา</p> <p>๗. การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อใน รพ.สต. และชุมชน โดยทำบสนับสนุน ขออุปกรณ์ เช่น Mask N๙๕ และ นวัตกรรมหม้อดิน ในเผาขยะที่ใช้กับผู้ป่วย วัณโรค</p> <p>๘. เสริมสร้างศักยภาพภาคีเครือข่ายให้มีส่วนร่วม เช่น จัดอบรม อสม. อสม. โดยใช้งบประมาณ จากกองทุนสุขภาพตำบล ในการค้นหา ติดตาม ดูแล ให้ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ทานยาให้ครบ และ ส่งต่อ ในรายที่สงสัย</p> <p>๙. เข้าร่วมการประเมินมาตรฐานที่ ๔.๑ รพ.สต. ติดตาม ในองค์ความรู้</p>

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM /กรอบ Six Building Blocks
	<p>การยกระดับมาตรการ การดูแลผู้ป่วยวัณโรค เพื่อ ผ่าน เกณฑ์มาตรการ ตัวชี้วัดระดับจังหวัด</p> <p>๑๐. มีการคืนข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ ให้กับผู้นำท้องถิ่น อบต./ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ในการวางแผนปัญหา ผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ร่วมกัน</p>

คู่มือการนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

๑. ชื่อยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
๒. ชื่อแผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
๓. ชื่อตัวชี้วัด : ตัวชี้วัดหลัก อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ ๑๒ (Trauma<๑๒%, Non-trauma<๑๒%)

ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ ๑ อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ อยู่ในห้องฉุกเฉิน <๒ ชม. ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M๑ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐

๔. ผู้รับผิดชอบงาน :

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางเอมอร สุทธิสา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด มือถือ ๐๙๔-๖๒๕๙๔๕๑

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางโสภิต วีระนาคินทร์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด มือถือ ๐๘๙-๗๐๙๑๗๒๕

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ</p> <p>โครงการที่ ๓๔ : โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๙๖ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ ๑๒ (Trauma<๑๒%, Non-trauma<๑๒%)</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ประชุมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องวางแผนพัฒนาเครือข่ายแก่ รพช. และ รพ.สต ทบทวน CPG และปรับปรุงให้ได้มาตรฐานและทันสมัย พัฒนาศักยภาพของบุคลากร รพช ,รพ.สต และ อสม.ด้านการ คัดกรอง ประเมิน และวินิจฉัย และการส่งต่อ พัฒนาระบบช่องทางด่วน Fast track ในกรณี case ที่มี complication พัฒนาระบบ consult ระหว่าง รพ.แม่ข่ายและลูกข่าย วางแผนการดำเนินงาน/ตารางการปฏิบัติงานตลอดทั้งปี จัดทำระบบฐานข้อมูลและกระบวนกรเก็บรวบรวมข้อมูล จัดทำตารางนิเทศและนิเทศติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องโดยให้ รพช.ส่งตัวชี้วัดทุก ๓ เดือน ประชุมสรุปผลการดำเนินงานในแต่ละไตรมาส <p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> สามารถคัดกรอง ประเมิน วินิจฉัยและส่งต่อได้อย่างถูกต้อง มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ พัฒนาศักยภาพในการ รับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยได้ เสริมสร้างความเข้มแข็งของ node และความสามารถในศักยภาพของทีมเจ้าหน้าที่ พัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย <p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> มีการพัฒนาศักยภาพในการคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น มีการพัฒนาศักยภาพในการดูแลต่อเนื่องหลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล จัดทำคู่มือประชาชน, ให้ความรู้แก่ประชาชน มีความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายในการดูแลและส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่สูงกว่าได้

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
	๕. สามารถคัดกรองประเมินวินิจัยเบื้องต้นได้

คู่มือการนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

๑. ชื่อยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
๒. ชื่อแผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
๓. ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้
๔. ผู้รับผิดชอบงาน : นางสาวศิริพร สุจจะชารี นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทร.๐๙๓-๕๔๓๓๒๗๔

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)</p> <p>โครงการที่ ๑๖ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง</p> <p>ตัวชี้วัด ๖๓. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. วางแผน วิเคราะห์ จัดทำแผนงาน/โครงการ/งบประมาณ ๒. ควบคุม ตรวจสอบ และกำกับกำกับการดำเนินงานระดับอำเภอ/ตำบล ๓. สนับสนุนส่งเสริมทางวิชาการที่เกี่ยวข้องให้กับระดับอำเภอ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคีเครือข่าย ๔. อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรระดับอำเภอ และตำบล (System Manager, Case Manager, Mini Case Manager) ๕. การนิเทศงาน ติดตาม และประเมินผล <p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. กำหนดทิศทางนโยบาย การกำหนด ทิศทาง วิสัยทัศน์ เป้าหมาย และค่านิยมของหน่วยงานบริการสุขภาพ ที่มุ่งเน้นการป้องกัน ควบคุมและจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับอำเภอ ๒. ปรับระบบและกระบวนการบริการ ระบบงานเวชปฏิบัติ ในการดูแลกลุ่มผู้ป่วย อย่างครบวงจร โดยเพิ่มการดูแลแบบผสมผสาน (Comprehensive Care) และบูรณาการโดยทีมสหวิชาชีพในการป้องกัน ควบคุม และจัดการโรคเรื้อรัง ๓. สนับสนุนการจัดการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพของกลุ่มผู้ป่วยโดยได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีความรู้และเชี่ยวชาญ ๔. สนับสนุนการตัดสินใจ เพื่อความมั่นใจให้กับบุคลากรทางสาธารณสุข เช่น อบรมการใช้คู่มือแนวทางปฏิบัติที่อิงหลักฐานและมีการทบทวนพัฒนาให้ทันสมัยอย่างสม่ำเสมอ ๕. จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน เช่น การบูรณาการทรัพยากรและ/หรือแผนระหว่างสถานบริการสาธารณสุขและชุมชน เพื่อให้เกิดการป้องกัน ควบคุมและจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง <p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดบริการคลินิก NCD คุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๒. ดำเนินงานตำบลต้นแบบลดเสี่ยงลดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

คู่มือการนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

๑. ชื่อยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
๒. ชื่อแผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
๓. ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๕ ml/min/๑.๗๓m^๒/yr
๔. ผู้รับผิดชอบงาน : นางสาวนิตยา โปกกลาง โทร. ๐๘๗-๒๒๕๔-๕๘๔

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)</p> <p>โครงการที่ ๒๗ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๘๖. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๕ ml/min/๑.๗๓m^๒/yr</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ประกาศนโยบายร่วมกับผู้บริหารภายในจังหวัด ๒. แต่งตั้งคณะทำงานระดับจังหวัด <ul style="list-style-type: none"> - จัดทำแผนดำเนินการ - ทบทวนประเมินสถานการณ์ระบบบริการและทรัพยากร - สื่อสารทำความเข้าใจ ๓. สนับสนุนการทำงานของ CKD system manager <ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนการจัดการอบรมพัฒนาบุคลากรสาขาวิชาชีพ - สนับสนุนการทำประชาสัมพันธ์สร้างความรู้ความตระหนักแก่ประชาชน <ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนการเชื่อมโยงระบบข้อมูลของโรงพยาบาล (HIS) ให้เชื่อมโยงกับระบบฐานข้อมูลมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข (HDC) - พัฒนาและบูรณาการระบบฐานข้อมูลการดำเนินงาน ติดตาม และส่งต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง - ขยายเครือข่ายบริการ Peritoneal Dialysis ลงไปใน รพ.ระดับ M๒ และ F๑ ที่มีศักยภาพ ๔. กำกับติดตามการดำเนินงานในระดับอำเภอ
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดให้มีบริการคลินิกชะลอไตเสื่อมโดยบูรณาการกับ Non-communicable diseases (NCD) อื่นๆ และเชื่อมโยงกับ Primary Care Cluster และ District Health System (DHS) ๒. กำกับติดตามการทำงานให้เป็นไปตามมาตรฐานโดยใช้มาตรฐาน CKD clinic คุณภาพ ๓. เพิ่มความครอบคลุมในการตรวจ eGFR ๒ ครั้งต่อปี (Stage ๓-๔) ๔. สนับสนุนการดำเนินงานการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านทางระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) และตำบลจัดการสุขภาพ ๕. มีการดำเนินงานในรูปแบบเครือข่ายระบบส่งต่อและปรึกษากับโรงพยาบาล แม่ข่าย และขยาย CKD Clinic ใน รพ.สต. อำเภอ ละ ๑ แห่ง ๖. ขยายพื้นที่ชุมชนรักษไต/ทีมรักษไต ๗. มีการขับเคลื่อนกิจกรรมชมรมเพื่อนโรคไตประจำอำเภอ ๘. ดำเนินการโรงพยาบาลเค็มน้อย อร้อย (๓) ดี ๙. พัฒนาระบบ Palliative care for ESRD
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. เพิ่มความครอบคลุมในการคัดกรอง CKD ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ๒. ส่งเสริมการให้ความรู้แก่ประชาชน ภาควิชาเครือข่าย ในการดูแลตนเอง

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>และการชะลอไตเสื่อมในชุมชน</p> <p>๓. การเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมลดความเสี่ยงในชุมชน (ชุมชนรักชีวิต)</p> <p>๔. การให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ทักษะในการจัดการตนเอง)</p> <p>๕. การพัฒนาคุณภาพการบริการและเชื่อมโยงการให้บริการระดับ ชุมชน กับสถานบริการในระดับต่างๆ</p>

คู่มือการนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

๑. ชื่อยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
๒. ชื่อแผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
๓. ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินงาน CKD clinic ในโรงพยาบาล
๔. ผู้รับผิดชอบงาน : นางสาวนิตยา โปกกลาง โทร. ๐๘๗-๒๒๕๔-๕๘๔

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๓ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ</p> <p>โครงการที่ : ๙ โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ</p> <p>ตัวชี้วัดที่ : ๓๘ ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินงาน CKD clinic ในโรงพยาบาล</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ประกาศนโยบายร่วมกับผู้บริหารภายในจังหวัด ๒. แต่งตั้งคณะทำงานระดับจังหวัด <ul style="list-style-type: none"> - จัดทำแผนดำเนินการ - ทบทวนประเมินสถานการณ์ระบบบริการและทรัพยากร - สื่อสารทำความเข้าใจ ๓. สนับสนุนการทำงานของ CKD system manager <ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนการจัดการอบรมพัฒนาคณากรรสหวิชาชีพ - สนับสนุนการทำประชาสัมพันธ์สร้างความรู้ความตระหนักแก่ประชาชน - สนับสนุนการเชื่อมโยงระบบข้อมูลของโรงพยาบาล (HIS) ให้เชื่อมโยงกับระบบฐานข้อมูลมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข (HDC) <ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาและบูรณาการระบบฐานข้อมูลการดำเนินงาน ติดตาม และส่งต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง - ขยายเครือข่ายบริการ Peritoneal Dialysis ลงไปใน รพ.ระดับ M๒ และ F๑ ที่มีศักยภาพ ๔. กำกับติดตามการดำเนินงานในระดับอำเภอ
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดให้มีบริการคลินิกชะลอไตเสื่อมโดยบูรณาการกับ Non-communicable diseases (NCD) อื่นๆ และเชื่อมโยงกับ Primary Care Cluster และ District Health System (DHS) ๒. กำกับติดตามการทำงานให้เป็นไปตามมาตรฐานโดยใช้มาตรฐาน CKD clinic คุณภาพ ๓. เพิ่มความครอบคลุมในการตรวจ eGFR ๒ ครั้งต่อปี (Stage ๓-๔) ๔. สนับสนุนการดำเนินงานการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านทางระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) และตำบลจัดการสุขภาพ ๕. มีการดำเนินงานในรูปแบบเครือข่ายระบบส่งต่อและปรึกษากับโรงพยาบาล แม่ข่ายและขยาย CKD Clinic ใน รพ.สต. อำเภอ ละ ๑ แห่ง ๖. ขยายพื้นที่ชุมชนรักษ์ไต/ทีมรักษ์ไต ๗. มีการขับเคลื่อนกิจกรรมชมรมเพื่อนโรคไตประจำอำเภอ ๘. ดำเนินการโรงพยาบาลเค็มน้อย อร่อย (๓) ดี ๙. พัฒนาระบบ Palliative care for ESRD
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. เพิ่มความครอบคลุมในการคัดกรอง CKD ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ๒. ส่งเสริมการให้ความรู้แก่ประชาชน ภาควิชาเครือข่าย ในการดูแลตนเองและการชะลอไตเสื่อมในชุมชน

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
	๓. การเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมลดความเสี่ยงในชุมชน (ชุมชนรักษ์ใต้) ๔. การให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ทักษะในการจัดการตนเอง) ๕. การพัฒนาคุณภาพการบริการและเชื่อมโยงการให้บริการระดับ ชุมชนกับสถานบริการในระดับต่างๆ

คู่มือการนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

๑. ชื่อยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
๒. ชื่อแผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
๓. ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ
๔. ผู้รับผิดชอบงาน :
 ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางเอมอร สุทธิสา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
 กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด มือถือ ๐๙๔-๖๒๕๙๔๕๑
 ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางโสภิต วีระนาคินทร์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^m M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ</p> <p>โครงการที่ ๓๔ : โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๙๗. ร้อยละของโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ชี้แจงแบบประเมินระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับต่างๆ ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ๒. แต่งตั้งคณะกรรมการประเมิน ECS คุณภาพ จังหวัดมหาสารคาม และเยี่ยมสำรวจ (External survey) ทุกโรงพยาบาล ๓. จัดทำแผนพัฒนาสถานบริการทุกระดับทั้งด้านบุคลากร สถานที่ ให้บริการ เครื่องมือ และอุปกรณ์ โดยบูรณาการกับกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง ๔. บูรณาการข้อมูลใน จังหวัด โดยใช้แฟ้ม ACCIDENT เป็นหลัก ๕. นิเทศ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีแผนพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินครบวงจรบรรจุในแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล ๒. ประเมินตนเอง (Self-evaluation) ตามแบบประเมินระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับต่างๆ ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อทราบถึง จุดอ่อนที่ต้องแก้ไขและพัฒนา ๓. มีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล และ TEA Unit ในโรงพยาบาลเพื่อทำหน้าที่ <ol style="list-style-type: none"> ๑) จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยก ๒) รวบรวมข้อมูลการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉินภายใน ๒๔ ชั่วโมง ๓) วิเคราะห์โรคและสาเหตุการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ๔) Audit เพื่อค้นหาโอกาสการพัฒนา และจัดทำข้อเสนอแนะเสนอผู้บริหาร ๕) วางแผนการพัฒนาโดยจัดลำดับความสำคัญ ๖) นำแผนไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ๗) ติดตามและประเมินผลทุก ๑-๓ เดือน ๔. จัดเก็บรายงานและส่งออกข้อมูลตามระบบโดยใช้แฟ้ม ACCIDENT เป็นหลัก
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <p>- ไม่มี -</p>

คู่มือการนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

๑. ชื่อยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
๒. ชื่อแผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
๓. ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ
๔. ผู้รับผิดชอบงาน :
 - ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางเอมอร สุทธิสา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด มือถือ ๐๙๔-๖๒๕๙๔๕๑
 - ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางโสภิต วีระนาคินทร์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด มือถือ ๐๘๙-๗๐๙๑๗๒๕

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM /กรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ โครงการที่ ๓๔ : โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ ตัวชี้วัดที่ ๙๘. ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ	แนวทางดำเนินระดับจังหวัด ๑. ชี้แจงนโยบายร่วมกับผู้บริหารภายในจังหวัด ๒. แต่งตั้งคณะกรรมการห้องฉุกเฉินคุณภาพระดับจังหวัด ๓. จัดทำแผนการดำเนินงาน/ตารางการปฏิบัติงานตลอดทั้งปี ๔. จัดทำระบบฐานข้อมูลและกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ๕. จัดทำตารางนิเทศและนิเทศติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ๖. ประชุมสรุปผลการดำเนินงานในแต่ละไตรมาส
	แนวทางดำเนินระดับอำเภอ ๑. มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบตามเกณฑ์ ER คุณภาพ
	แนวทางดำเนินระดับตำบล - ไม่มี -

คู่มือการนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

๑. ชื่อยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
๒. ชื่อแผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
๓. ชื่อตัวชี้วัด : จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ ๔ และ ๕ (Non trauma) ลดลง
๔. ผู้รับผิดชอบงาน :
 ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางอมอร สุทธิสา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
 กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด มือถือ ๐๙๔-๖๒๕๕๔๕๑
 ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางโสภิต วีระนาคินทร์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
 กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด มือถือ ๐๘๙-๗๐๙๑๗๒๕

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM /กรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๗ : การ	แนวทางดำเนินระดับจังหวัด

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ</p> <p>โครงการที่ ๓๔ : โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๑๐๐. ร้อยละของการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด/คณะทำงานพัฒนาระบบ EMS จังหวัดมหาสารคาม ๒. ประชุมคณะอนุกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัดและคณะทำงานพัฒนาระบบ EMS จังหวัดมหาสารคาม ๓. การขยายงานการแพทย์ฉุกเฉินไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๔. สนับสนุนการบริหารจัดการ และควบคุมคุณภาพการสื่อสารสั่งการของศูนย์ประสานงานการรับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด (อบจ.มหาสารคาม) ๕. พัฒนาบุคลากรงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับ ๖. ตรวจสอบประเมินคุณภาพ มาตรฐานยานพาหนะในระบบ EMS และการให้บริการของหน่วยปฏิบัติการ ๗. การจัดสรรงบประมาณจ่ายค่าชดเชยปฏิบัติการให้แก่หน่วยปฏิบัติการ ๘. พัฒนาระบบสื่อสาร สารสนเทศในระบบปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ๙. พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลรายงานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๐. ตรวจสอบประเมินคุณภาพและตรวจสอบการจ่ายค่าชดเชยบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๑. ประชาสัมพันธ์เบอร์โทรเจ็บป่วยฉุกเฉิน โทร. ๑๖๖๙ ๑๒. ประเมินความพึงพอใจต่อการรับบริการ ๑๖๖๙
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ER) ของโรงพยาบาลทุกระดับอย่าง ทัวถึง ปลอดภัย ทันเวลา และมีประสิทธิภาพ ๒. พัฒนาระบบ EMS ของโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ ๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อฉพ.) /อาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน (อฉช.) ๔. ประชาสัมพันธ์เบอร์โทรเจ็บป่วยฉุกเฉิน โทร. ๑๖๖๙ ๕. นิเทศ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานในระบบ EMS ในระดับตำบล
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดบริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยจัดให้มีเครื่องมือที่จำเป็นต้องใช้

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>ในงาน ER</p> <p>ตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว (หมวด ๔ การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย ข้อ ๔.๒ การบริการในสถานบริการ ประเด็น ๔.๒.๒ ER (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุงรักษา หมุนเวียน)</p> <p>๒. ประสานงานกับ อปท.ในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ในเขตพื้นที่บริการ</p> <p>๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) /อาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน (อฉช.)/ ประชาชนทั่วไป ให้มีความรู้ความสามารถในการแจ้งเหตุในระบบ ๑๖๖๙ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การช่วยฟื้นคืนชีพ (ตามหลักสูตร อฉช.)</p> <p>๔. ประชาสัมพันธ์เบอร์โทรเจ็บป่วยฉุกเฉิน โทร. ๑๖๖๙</p>

คู่มือการนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

๑. **ชื่อยุทธศาสตร์ที่ ๑ :** ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
๒. **ชื่อแผนงานที่ ๓ :** การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
๓. **ชื่อตัวชี้วัด :** ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
 - ๓๙.๑ สตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (≥ ร้อยละ ๒๐)
 - ๓๙.๒ สตรีอายุ ๓๐-๗๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (≥ ร้อยละ ๘๐)
๔. **ผู้รับผิดชอบงาน :**
 - ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางเอมอร สุทธิสา โทร. ๐๙๔-๖๒๕๙๕๕๑
 - ผู้จัดเก็บข้อมูล : น.ส.พรรณี นันทะแสง โทร. ๐๘๘-๕๔๘๖๔๗๘

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
--------------------------	--

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๓ การป้องกัน ควบคุมโรคและลดปัจจัย เสี่ยงด้านสุขภาพ</p> <p>โครงการที่ ๙ ควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัย สุขภาพ</p> <p>ตัวชี้วัด ที่ ๓๙</p> <p>๓๙.๑ สตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก (≥ร้อยละ ๒๐)</p> <p>๓๙.๒ สตรีอายุ ๓๐-๗๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง มะเร็งเต้านม (≥ร้อยละ ๘๐)</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> สนับสนุนการพัฒนากลไกการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผล จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จัดสรรงบประมาณกองทุนและที่เกี่ยวข้องตามเกณฑ์ <p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> คัดกรองมะเร็งปากมดลูก/เต้านม จัดระบบการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งทั้งระบบ ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งได้มาตรฐาน ดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ <p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> คัดกรองมะเร็งปากมดลูก/เต้านม จัดระบบการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งทั้งระบบ ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งได้มาตรฐาน ชุมชน/หมู่บ้าน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

คู่มือการนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

๑. ชื่อยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
๒. ชื่อแผนงานที่ ๓ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
๓. ชื่อตัวชี้วัด : อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (ไม่เกิน ๒๐.๙ ต่อประชากรแสนคน) วัดระดับความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน
๔. ผู้รับผิดชอบงาน :
 ๑. นางเอมอร สุทธิสา โทร.๐๙๔-๖๒๕๙๔๕๑
 ๒. นางสาวสุรีย์ สิมพลี โทร.๐๖๒-๗๗๙๒๒๖๖

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๓ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ</p> <p>โครงการที่ ๙ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๓๔. อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (ไม่เกิน ๒๐.๙ ต่อประชากรแสนคน : วัตถุประสงค์ความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน)</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ทำแผนบูรณาการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนร่วมกับ สปถ.จังหวัด ๒. พัฒนาระบบสารสนเทศข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิต โดยบูรณาการข้อมูล ๓ ฐาน (สาธารณสุข ตำรวจ และบริษัทกลางฯ) ๓. ร่วมสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนร่วมกับภาคีเครือข่าย ๔. ขับเคลื่อนทีมป้องกันการบาดเจ็บทางถนนระดับอำเภอ (D-RTI ,RTI Team) ๕. จัดทำมาตรการองค์กรความปลอดภัยทางถนน (สสจ.มค.) ๖. ณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ให้ความรู้ด้านการป้องกันการบาดเจ็บทางถนน ๗. พัฒนาศักยภาพและเตรียมความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ ระบบการส่งการ ตลอดจนระบบการติดต่อสื่อสารเพื่อตอบสนองกรณีเกิดอุบัติเหตุทางถนนทั้งในสภาวะปกติและสาธารณภัย ๘. นิเทศ/ติดตามสนับสนุนการดำเนินงานระดับอำเภอ ๙. รวบรวมรายงานและส่งออกข้อมูลตามระบบรายงาน
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การบาดเจ็บ/เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนและนำเสนอในเวทีการประชุมประจำเดือน/ประชุมศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ (สปถ.อำเภอ) ๒. จัดทำแผนงาน/โครงการบูรณาการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนร่วมกับศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ (สปถ.อำเภอ) ๓. ขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาโดยการประชุมเพื่อนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ผลักดันให้เกิดมาตรการป้องกันการบาดเจ็บทางถนน ๔. สอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนร่วมกับภาคีเครือข่ายโดยวิเคราะห์ตามประเด็นหลัก (ถนน คน รถ และสิ่งแวดล้อม) และสรุปข้อเสนอแนะหรือแนวทางแก้ไขปัญหา ๕. ชี้เป้าจุดเสี่ยงโดยการวิเคราะห์ข้อมูลและจัดการจุดเสี่ยง/ความเสี่ยงโดยนำเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ๖. ขับเคลื่อนทีมป้องกันการบาดเจ็บทางถนน ระดับตำบล/หมู่บ้าน (RTI Team ตำบล) ๗. ขับเคลื่อนการดำเนินงานมาตรการชุมชน/ด้านชุมชน/ศูนย์สร้างเมาในช่วงเทศกาล หรือในช่วงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>๘. จัดทำมาตรการองค์กรความปลอดภัยทางถนนของหน่วยงาน (รพท./รพช./สสอ./รพ.สต.) และมีการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ดูแลความปลอดภัยในองค์กร (จป.) (มาตรการองค์กร ได้แก่ การสวมหมวกนิรภัย๑๐๐% /คาดเข็มขัด ๑๐๐% และการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างเคร่งครัด)</p> <p>๙. รณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ให้ความรู้ด้านการป้องกันการบาดเจ็บทางถนน</p> <p>๑๐. รวบรวมรายงานและส่งออกข้อมูลตามระบบ (ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม (แฟ้ม Accident)/IS Online/PHER/E-Claim/Quick Win)</p>
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <p>๑. จัดทำแผนงาน/โครงการบูรณาการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนร่วมกับทีมป้องกันการบาดเจ็บทางถนน ระดับตำบล (RTI Team)</p> <p>๒. จัดตั้งทีมป้องกันการบาดเจ็บทางถนน ระดับตำบล (RTI Team) และมีการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม</p> <p>๓. เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลการบาดเจ็บ/เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน และนำเสนอในเวทีการประชุมประจำเดือน</p> <p>๔. สำรวจพื้นที่จุดเสี่ยงต่อการบาดเจ็บทางถนน จัดทำแผนที่จุดเสี่ยง และนำเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๕. รณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ให้ความรู้ด้านอุบัติเหตุจราจรและการป้องกันในชุมชน</p> <p>๖. มีส่วนร่วมในการสอบสวนการบาดเจ็บหรือการตายจากอุบัติเหตุ (กรณีเกิดเหตุการณ์ในพื้นที่)</p> <p>๗. พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครที่สนับสนุนการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน เช่น อาสาสมัครกู้ชีพ อาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน (อฉช.) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และบุคลากรภาคีเครือข่ายในชุมชน (เรื่อง การปฐมพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพ และการแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินในระบบ ๑๖๖๙)</p> <p>๘. เฝ้าระวังอุบัติเหตุในชุมชน ช่วงเทศกาลสำคัญ ได้แก่ ปีใหม่ สงกรานต์ หรือตามที่ทีมป้องกันการบาดเจ็บทางถนน ระดับตำบล (RTI Team) กำหนด</p> <p>๙. จัดทำมาตรการองค์กรความปลอดภัยทางถนนของหน่วยงานในการสวม</p>

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	<p style="text-align: center;">แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI^๓M /กรอบ Six Building Blocks</p>
	<p>หมวกนิรภัย๑๐๐% /คาดเข็มขัด ๑๐๐% และการบังคับใช้กฎหมายควบคุม เครื่องตีมแอลกอฮอล์อย่างเคร่งครัด</p> <p>๑๐. รวบรวมรายงานและส่งออกข้อมูลตามระบบ (ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม) (แฟ้ม Accident)</p>

คู่มือการนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

๑. ชื่อยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
๒. ชื่อแผนงานที่ ๓ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
๓. ชื่อตัวชี้วัด : อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน
๔. ผู้รับผิดชอบงาน : นางสาวศิริพร สุจจะชารี โทร.๐๙๓-๕๔๓๓๒๗๔

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	<p style="text-align: center;">แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI^๓M /กรอบ Six Building Blocks</p>
แผนงาน ที่ ๓ : การ	แนวทางดำเนินระดับจังหวัด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>ป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ</p> <p>โครงการที่ ๙ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๓๕. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน</p>	<p>๑. พัฒนาศักยภาพผู้จัดการรายกรณี (Case Manager DM HT) เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยเทคนิคให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ “ลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง”, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยเทคนิค Diet for NCDs ในกลุ่มสงสัยป่วย และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง, การวัดความดันโลหิตและการแปลผลด้วยตนเองที่บ้านในกลุ่มสงสัยป่วย และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง</p> <p>๒. เป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงาน และเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงาน</p> <p>๓. ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้</p> <p>๔. นิเทศงาน ติดตาม และประเมินผล</p>
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <p>มาตรการลดความเสี่ยงในประชาชน เพื่อลดอัตราป่วยรายใหม่</p> <p>๑. กำหนดทิศทางนโยบาย วิสัยทัศน์ เป้าหมาย และค่านิยมของหน่วยงานบริการสุขภาพ ที่มุ่งเน้นการป้องกัน ควบคุมและจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับอำเภอ</p> <p>๒. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศหรือข้อมูลทางคลินิก รวมถึงระบบข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ การจัดกลุ่มทะเบียน กลุ่มเสี่ยง/ กลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง</p> <p>๓. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์สื่อในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวัยทำงาน</p> <p>๔. จัดกิจกรรมสร้างความรู้ เพิ่มความตระหนักในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวัยทำงาน</p> <p>๕. ขับเคลื่อนการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยเทคนิคให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ “ลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง”, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยเทคนิค Diet for NCDs ในกลุ่มสงสัยป่วย และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง, การวัดความดันโลหิตและการแปลผลด้วยตนเองที่บ้านในกลุ่มสงสัยป่วย และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง</p>
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <p>มาตรการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยรายใหม่</p> <p>๑. ดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๐)</p> <p>๒. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงด้วยเทคนิคให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ “ลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง”, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยเทคนิค Diet for NCDs ในกลุ่มสงสัยป่วย และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง, การวัดความดันโลหิตและการแปลผลด้วยตนเองที่บ้านในกลุ่มสงสัยป่วย และกลุ่มเสี่ยง</p>

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง</p> <p>๓. การจัดการให้กลุ่มเสี่ยงมี Health Literacy ที่สามารถดูแลตนเอง (Self-care) ได้เหมาะสมตามวิถีชีวิตและมีการติดตามผลการดำเนินงาน</p> <p>๔. จัดบริการคลินิก DPAC ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง</p> <p>๕. ดำเนินการบำบัดต้นแบบลดเสี่ยงลดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง</p> <p>๖. กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน (Home BP) ร้อยละ ๔๐</p>

คู่มือการนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

๑. ชื่อยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
๒. ชื่อแผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
๓. ชื่อตัวชี้วัด :
 ๑. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์กำหนดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate)
 ๒. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง
๔. ผู้รับผิดชอบงาน : นางอาภรณ์ ภูมิ

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)</p> <p>โครงการที่ ๓๐ : โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๘๙. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์กำหนดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate)</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๙๑. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษา และติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ประชุมคณะทำงานจังหวัดเพื่อชี้แจงนโยบายและเป้าหมายการบำบัดปี ๒๕๖๓ ๒. ประสานการดำเนินงานกับภาคีเครือข่ายเพื่อการบูรณาการที่มีประสิทธิภาพ ๓. ร่วมประชุมคณะกรรมการ ศอ.ปส.จ.มค.เพื่อติดตามความก้าวหน้า ๑ ครั้ง/เดือน ๔. จัดทำแผนงาน/โครงการ เพื่อเป็นแผนแม่แบบแก่ระดับอำเภอ ๕. ประชุมติดตามการดำเนินงานผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ ๑ ครั้ง/๓ เดือน ๖. สนับสนุนให้ส่งแพทย์และเจ้าหน้าที่งานยาเสพติดร่วมประชุม/อบรมพัฒนาศักยภาพ/ร่วมงานวิจัย ตามที่เขต และกระทรวงกำหนด ๗. จัดอบรมหลักสูตรมุ่งเน้นเพื่อพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอและตำบล(CBTx และ Matrix program) ๘. ถอดบทเรียน CBTx ๙. พัฒนาสถานบำบัดยาเสพติดให้ผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ยาเสพติดอย่างต่อเนื่องทุกแห่ง ๑๐. นิเทศติดตามประเมินผล ๖ เดือน/ครั้ง
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดประชุมเครือข่ายเพื่อชี้แจงรับทราบนโยบายและเป้าหมายการบำบัดรายอำเภอปี ๒๕๖๓ ๒. จัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อป้องกัน ค้นหาคัดกรองผู้เสพ/ผู้ติดเข้ารับการบำบัดตามเป้าหมาย และพัฒนารูปแบบและเพิ่มจำนวนผู้เข้าบำบัดแบบการบำบัดฟื้นฟูโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) ๓. จัดประชุมติดตามการดำเนินงานผู้รับผิดชอบระดับตำบล ๑ ครั้ง/เดือน ๔. ให้การบำบัดตามกระบวนการและบันทึกรายงาน บสต.ใหม่อย่างมีประสิทธิภาพ ครบ ๑๐๐% ๕. ส่งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเข้าร่วมอบรม/ประชุมตามที่จังหวัด/เขต และกระทรวงกำหนด ๖. นิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงานระดับตำบล ๒ ครั้ง/ปี
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ อสม.ยาเสพติดทราบ ๒. ร่วมอบรมพัฒนาศักยภาพด้านการบำบัดตามที่จังหวัด/อำเภอกำหนด ๓. ร่วมการค้นหาคัดกรองผู้เสพ/ผู้ติดและจำแนกประเภทเข้ารับการ

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
	บำบัดเบื้องต้น และติดตามช่วยเหลือในระดับ รพสต.ได้ ร่วมกับ คณะกรรมการ พขอ.

คู่มือการนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๑. ชื่อยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
๒. ชื่อแผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
๓. ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
๔. ผู้รับผิดชอบงาน :
 ๑. นายบวร จอมพรรษา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. ๐๘๔-๒๗๘๐๐๐๗
 ๒. นางสาวรัตนพร เสนาลาด เกษีกรชำนาญการ โทร. ๐๙๒-๔๔๒๓๖๕๔
 ๓. นายสุริยา ชันทชาติ แพทย์แผนไทย โทร. ๐๙๘-๑๙๖๕๗๙๑

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ</p> <p>โครงการที่ ๒๒ : โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทย</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๗๓. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการตรวจ วินิจฉัยรักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับจังหวัด ๒. ประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงานเพื่อคัดเลือกคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับจังหวัด ๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง <ol style="list-style-type: none"> ๓.๑ ฟื้นฟูเวชปฏิบัติแพทย์แผนไทย ๓.๒ ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ๓๗๒ ชั่วโมง ๓.๓ พยาบาลใน รพ.สต. ๓.๔ หลักรัฐธรรมนูญอื่นๆ ๔. จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทยและอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ๕. ผลักดันให้เกิดการเปิด OPD คู่ขนานให้ครอบคลุมทุกอำเภอและคลินิกแพทย์แผนไทยใน รพ.สต. ๖. พัฒนามาตรฐานการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ๗. สนับสนุนการใช้ยาสมุนไพรในจังหวัดให้เพิ่มขึ้นตามนโยบาย ของกระทรวงสาธารณสุข พร้อมจัดทำแนวทางในการปฏิบัติงาน ๘. ส่งเสริมและพัฒนาให้มีการใช้ตำรับยาประเภทราย ๙. บูรณาการดำเนินงานด้านแพทย์แผนไทยร่วมกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ๑๐. ติดตามผลการดำเนินงานของพื้นที่โดยการวิเคราะห์จากข้อมูล HDC ของจังหวัดมหาสารคาม ๑๑. ออกนิเทศติดตามผลการดำเนินงานในพื้นที่ตามรอบการนิเทศของจังหวัดมหาสารคาม
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับอำเภอ เช่น ให้แพทย์แผนไทยเป็นกรรมการในคณะกรรมการ PTC ของโรงพยาบาล ๒. นำแนวทางการดำเนินงานไปถือปฏิบัติในระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายและภารกิจ ๓. ดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดให้สอดคล้องกับนโยบาย ๔. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในพื้นที่ให้ครอบคลุม เช่น การส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมหรือการอบรมภายในระดับอำเภอ เป็นต้น ๕. นำแนวทางเวชปฏิบัติมาใช้ในการปฏิบัติงานให้เหมาะสมในการให้บริการสุขภาพประชาชน ๖. เปิดบริการ OPD คู่ขนานในทุกอำเภอรวมถึงการตรวจวินิจฉัยและสั่งการรักษาตามเกณฑ์กำหนด ๗. พัฒนามาตรฐานการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์กำหนด (ไม่ต่ำกว่าระดับดีมาก) ๘. กำหนดรายการยาสมุนไพรพื้นฐานอย่างน้อย ๓๐ รายการ และใช้ยาสมุนไพรทดแทน

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM /กรอบ Six Building Blocks
	<p>๙. กำหนดรายการยาปรุงเฉพาะรายเพื่อใช้ในการให้บริการ</p> <p>๑๐. สามารถตรวจสอบผลการดำเนินงานของแต่ละพื้นที่หรือหน่วยบริการได้จากข้อมูล HDC ของจังหวัดมหาสารคาม</p> <p>๑๑. ทำแผนการออกนิเทศหน่วยบริการในเครือข่ายตามความเหมาะสม</p> <p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <p>๑. จัดให้มีผู้ช่วยแพทย์แผนไทยดำเนินงานในหน่วยบริการ</p> <p>๒. พัฒนาศักยภาพสหวิชาชีพให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งจ่ายยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน</p> <p>๓. เข้าร่วมคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับอำเภอ</p> <p>๔. นำแนวทางการดำเนินงานไปถือปฏิบัติในระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายและภารกิจ</p> <p>๕. ดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดให้สอดคล้องกับนโยบาย</p> <p>๖. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในพื้นที่ให้ครอบคลุม เช่น การส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม หรือการอบรมภายในระดับอำเภอ เป็นต้น</p> <p>๗. นำแนวทางเวชปฏิบัติมาใช้ในการปฏิบัติงานให้เหมาะสมในการให้บริการสุขภาพประชาชน</p> <p>๘. การพัฒนาคลินิกแพทย์แผนไทยในระดับ รพ.สต. ที่มีแพทย์แผนไทยให้มีการตรวจวินิจฉัยและสั่งการรักษาตามเกณฑ์กำหนด</p> <p>๙. พัฒนามาตรฐานการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์กำหนด (ไม่ต่ำกว่าระดับดีมาก)</p> <p>๑๐. ใช้ยาสมุนไพรพื้นฐานตามตัวชี้วัด อย่างน้อย ๑๐ รายการ</p> <p>๑๑. กำหนดรายการยาปรุงเฉพาะรายเพื่อใช้ในการให้บริการ (เฉพาะที่มีแพทย์แผนไทย)</p> <p>๑๒. สามารถตรวจสอบผลการดำเนินงานของแต่ละพื้นที่หรือหน่วยบริการได้จากข้อมูล HDC ของจังหวัดมหาสารคาม</p>

คู่มือการนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓

กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๑. ชื่อยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
๒. ชื่อแผนงานที่ ๙ : อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงามและแพทย์แผนไทย
๓. ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละที่เพิ่มขึ้นของรายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย
๔. ผู้รับผิดชอบงาน :
 ๑. นายบวร จอมพรรษา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. ๐๘๕-๒๗๘๐๐๐๗
 ๒. นางสาวรัตนพร เสนาลาด เกษัชกรชำนาญการ โทร. ๐๙๒-๔๔๒๓๖๕๔
 ๓. นายสุริยา ชันทชาติ แพทย์แผนไทย โทร. ๐๙๘-๑๙๖๕๗๙๑

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๙ : อุตสาหกรรม การแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิง สุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย</p> <p>โครงการที่ ๓๗ : โครงการพัฒนาการ ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และการแพทย์</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๑๐๔. ร้อยละที่เพิ่มขึ้นของ รายได้จากการ ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์ แผนไทย</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับจังหวัด ๒. ประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงานเพื่อคัดเลือกคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับจังหวัด ๓. การอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการนวดไทย ทั้งบุคลากรสาธารณสุขและบุคลากรในสถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพ ๔. การตรวจประเมินมาตรฐานการนวดไทยทั้งในกระทรวงสาธารณสุขและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๕. จัดทำข้อมูลด้านปริมาณการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สมุนไพร รวมทั้งการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ๖. ส่งเสริมให้มีการยกระดับพัฒนาสถานประกอบการด้านสุขภาพให้ได้มาตรฐานและทำ Business matching ในระดับจังหวัด ๗. การประชาสัมพันธ์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในระดับจังหวัด ๘. การติดตามผลการดำเนินงานจากการสอบถามผู้ประกอบการทุกสิ้นปี ปลายการรวบรวมข้อมูลจากสถานประกอบการทั้งภาครัฐและเอกชน <p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับอำเภอ (ชุดเดียวกับคณะกรรมการเมืองสมุนไพร) ๒. นำแนวทางการดำเนินงานไปถือปฏิบัติในระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายและภารกิจ ๓. ดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดให้สอดคล้องกับนโยบาย ๔. จัดทำข้อมูลด้านปริมาณการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สมุนไพร รวมทั้งการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข ๕. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในพื้นที่ให้ครอบคลุม เช่น การส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม หรือการอบรมภายในระดับอำเภอ เป็นต้น ๖. เตรียมความพร้อมการประเมินมาตรฐานการนวดไทย ๗. การติดตามผลการดำเนินงานจากสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในพื้นที่ <p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. นำแนวทางการดำเนินงานไปถือปฏิบัติในระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายและภารกิจ ๒. ดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดให้สอดคล้องกับนโยบาย ๓. เข้าร่วมคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับอำเภอ ๔. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในพื้นที่ให้ครอบคลุม เช่น การส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม หรือการอบรมภายในระดับอำเภอ เป็นต้น ๕. เตรียมความพร้อมการประเมินมาตรฐานการนวดไทย

คู่มือการนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๑. **ชื่อยุทธศาสตร์ที่ ๒** : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
๒. **ชื่อแผนงานที่ ๙** : อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย
๓. **ชื่อตัวชี้วัด** : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาเมืองสมุนไพร
๔. **ผู้รับผิดชอบงาน** :
 ๑. นายบวร จอมพรรษา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. ๐๘๔-๒๗๘๐๐๐๗
 ๒. นางสาวรัตนพร เสนาลาด เกษัชกรชำนาญการ โทร. ๐๙๒-๔๔๒๓๖๕๔
 ๓. นายสุริยา ชันทชาติ แพทย์แผนไทย โทร. ๐๙๘-๑๙๖๕๗๙๑

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
--------------------------	--

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๙ : อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย</p> <p>โครงการที่ ๓๗ : โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๑๐๓. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาเมืองสมุนไพร</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. การแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับจังหวัด ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านการพัฒนาเมืองสมุนไพร ๒. การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับจังหวัด ๓. ส่งเสริมและพัฒนาการปลูกสมุนไพรให้ได้มาตรฐาน GAP/Organics/PGS ๔. พัฒนาผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรในวิสาหกิจชุมชนเพื่อตอบสนองการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ตามความต้องการของตลาด ๕. ส่งเสริมการพัฒนาผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร ในรูปแบบยา เครื่องสำอาง และผลิตภัณฑ์อื่นๆ ๖. ส่งเสริมการวิจัยสมุนไพร และผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร ๗. การส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการทดแทนยาแผนปัจจุบัน ๘. มีการบูรณาการร่วมกับงานสิ่งแวดล้อม, การประชาสัมพันธ์จังหวัด มหาสารคาม ๙. ติดตามผลการดำเนินงานโดยการประชุมติดตามคณะกรรมการเมืองสมุนไพร และการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับอำเภอ ๒. นำแนวทางการดำเนินงานไปถือปฏิบัติในระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายและภารกิจ ๓. ดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดให้สอดคล้องกับนโยบาย ๔. ส่งเสริมและให้ข้อมูลเกษตรกรที่ต้องการปลูกสมุนไพรในพื้นที่ ๕. ส่งเสริมการพัฒนาผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรในกลุ่มวิสาหกิจชุมชน หรือสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ๖. ส่งเสริมการวิจัยสมุนไพร และผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร หรือการแพทย์แผนไทยในพื้นที่ ๗. ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันในบุคลากรทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ๘. ติดตามผลการดำเนินงานโดยการบูรณาการร่วมกับการออกนิเทศงานด้านแพทย์แผนไทย
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. เข้าร่วมคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับอำเภอ ๓. นำแนวทางการดำเนินงานไปถือปฏิบัติในระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายและภารกิจ ๓. ดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดให้สอดคล้องกับนโยบาย ๔. การส่งเสริมและพัฒนาการปลูกสมุนไพร ๕. การพัฒนาผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
	๖. ส่งเสริมการวิจัยสมุนไพร และผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร ๗. ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน

คู่มือการนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย

๑. **ชื่อยุทธศาสตร์ที่ ๑** : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
๒. **ชื่อแผนงานที่ ๓** : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
๓. **ชื่อตัวชี้วัด** : ร้อยละของอำเภอมีการขับเคลื่อนมาตรการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มี

อันตรายสูงร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับส่วนกลาง และภูมิภาคอย่างน้อยจังหวัดละ ๑ เรื่อง และระดับอำเภอ อย่างน้อย ๑ เรื่อง

๔. ผู้รับผิดชอบงาน :

๑. นายประวัติ แผลงมัลย์ โทร. ๐๘๕-๐๐๒๗๖๓๔
๒. นางอังคณา พรรณะ โทร. ๐๘๘-๑๒๘๙๐๖๖

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๓ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ</p> <p>โครงการที่ ๙ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๔๒. ร้อยละของอำเภอที่มีการขับเคลื่อนมาตรการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูงร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอ อย่างน้อย ๑ เรื่อง</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <p>๑. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ</p> <p>๒. จังหวัดจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ระดับจังหวัด</p> <p>๓. ส่งเสริม/สนับสนุน วิชาการ</p> <p>๔. สนับสนุนให้ทุกรพท. รพช. รพ.สต. จัดทำระบบฐานข้อมูล OEHP (Occupational and Environmental Health Profile) ด้านเกษตรกรรม</p> <p>๕. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล OEHP (Occupational and Environmental Health Profile) ด้านเกษตรกรรมภาพรวมของจังหวัดพร้อมกำหนดประเด็นปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนระดับจังหวัดอย่างน้อย ๑ ประเด็น</p> <p>๖. จัดทำข้อมูลสถานการณ์OEHP ด้านเกษตรกรรมและรหัสโรค T ๖๐ ในระดับจังหวัด</p> <p>๗. ขับเคลื่อนมาตรการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูงอย่างน้อย ๑ เรื่อง</p>
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <p>๑. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้รับผิดชอบงานระดับตำบล</p> <p>๒. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล OEHP (Occupational and Environmental Health Profile) ด้านเกษตรกรรมภาพรวมของอำเภอพร้อมกำหนดประเด็นปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน ระดับอำเภออย่างน้อย ๑ ประเด็น เสนอต่อที่ประชุม คณะกรรมการ พชอ./อสรอ.</p> <p>๓. ขับเคลื่อนมาตรการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูงอย่างน้อย ๑ เรื่อง</p> <p>๔. ประสานความร่วมมือในการดำเนินงานกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๕. นิเทศติดตาม การดำเนินงานของ รพ.สต.</p> <p>๖. รายงานผลการดำเนินงานให้ สสจ.มค. ทุก ๑ เดือน</p>

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <p>๑. รับนโยบายแนวทางการดำเนินงานจากอำเภอ</p> <p>๒. ดำเนินการพัฒนา รพ สต. ตามแนวทางการดำเนินงานจัดทำระบบฐานข้อมูล OEHP (Occupational and Environmental Health Profile) ด้านเกษตรกรรม ระดับตำบล</p> <p>๓. สรุปผลการดำเนินงาน</p> <p>๔. ประเมินตนเอง และส่งผลการประเมินให้อำเภอภายในไตรมาสแรก ปีงบประมาณ ๒๕๖๓</p> <p>๕. รับการประเมินจากอำเภอ/จังหวัด</p> <p>๖. รายงานผลการดำเนินงานให้อำเภอ ทุก ๑ เดือน</p>

คู่มือการนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย

๑. **ชื่อยุทธศาสตร์ที่ ๑** : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
๒. **ชื่อแผนงานที่ ๓** : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

๓. **ชื่อตัวชี้วัด :** ร้อยละของอำเภอมีระบบรับแจ้งข่าว การใช้/ป่วยจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร ๓ ชนิด (พาราควอต คลอร์ไพริฟอส ไกลโฟเสต) โดยประชาชนและ อสม. ผ่าน Mobile Application สู่หน่วยบริการ (คลินิกสารเคมีเกษตร/คลินิกโรคจากการทำงาน)

๔. **ผู้รับผิดชอบงาน :**

๑. นายประวัติ แผลงมัลย์ โทร. ๐๘๕-๐๐๒๗๖๓๔
๒. นางอังคณา พรรณะ โทร. ๐๘๘-๑๒๘๙๐๖๖

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนที่ ๓ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ</p> <p>โครงการที่ ๙ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๔๓. ร้อยละของอำเภอมีระบบรับแจ้งข่าว การใช้/ป่วยจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร ๓ ชนิด (พาราควอต คลอร์ไพริฟอส ไกลโฟเสต) โดยประชาชนและ อสม. ผ่าน Mobile Application สู่หน่วยบริการ (คลินิกสารเคมีเกษตร/คลินิกโรคจากการทำงาน)</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <p>๑. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานการสำรวจการใช้ Mobile Application แก่ผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ</p> <p>๒. รวบรวมและวิเคราะห์ผลการสำรวจการแจ้งข่าว การใช้/ป่วยจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร ๓ ชนิด (พาราควอต คลอร์ไพริฟอส ไกลโฟเสต) โดยประชาชนและ อสม. ผ่าน Mobile Application สู่หน่วยบริการ (คลินิกสารเคมีเกษตร/คลินิกโรคจากการทำงาน) ระดับจังหวัดเสนอต่อที่ประชุม คณะกรรมการโรคจากการทำงานประกอบอาชีพระดับจังหวัด</p> <p>๓. ส่งเสริม/สนับสนุน วิชาการ ในการพัฒนาคลินิกสารเคมีเกษตร/คลินิกโรคจากการทำงาน ใน รพท/รพช./รพสต.</p> <p>๔. ติดตามและสรุปผลการดำเนินงาน</p>
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <p>๑. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานการสำรวจการใช้ Mobile Application ให้แก่ผู้รับผิดชอบระดับตำบล</p> <p>๒. รวบรวมและวิเคราะห์ผลการสำรวจการแจ้งข่าว การใช้/ป่วยจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร ๓ ชนิด (พาราควอต คลอร์ไพริฟอส ไกลโฟเสต) โดยประชาชนและ อสม. ผ่าน Mobile Application สู่หน่วยบริการ (คลินิกสารเคมีเกษตร/คลินิกโรคจากการทำงาน) ระดับอำเภอเพื่อรายงาน จังหวัดทุกเดือน</p> <p>๓. ส่งเสริม/สนับสนุน พัฒนาคลินิกสารเคมีเกษตร/คลินิกโรคจากการทำงาน ในระดับ รพท/รพช./รพสต.</p> <p>๔. นิเทศติดตาม การดำเนินงานของ รพ.สต.</p> <p>๕. รายงานผลการดำเนินงานให้สสจ.มค. ทุก ๑ เดือน</p>
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <p>๑. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานการสำรวจการใช้ Mobile Application ให้แก่ อสม.</p>

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>๒. ให้คำปรึกษา ติดตามการดำเนินงานของ อสม. ในการใช้ Mobile Application</p> <p>๓. รวบรวมและวิเคราะห์ผลการสำรวจการแจ้งข่าว การใช้/ป่วยจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร ๓ ชนิด (พาราควอต คลอร์ไพริฟอส ไกลโฟเสต) โดยประชาชนและ อสม. ผ่าน Mobile Application สู่หน่วยบริการ (คลินิกสารเคมีเกษตร/คลินิกโรคจากการทำงาน) ระดับตำบล เพื่อรายงาน สถานการณ์ให้อำเภอ เสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการ พขอ.ทุกเดือน</p> <p>๔. พัฒนาคลินิกสารเคมีเกษตร/คลินิกโรคจากการทำงาน ในระดับ รพท/รพช./รพสต.</p> <p>๕. ดำเนินการคัดกรองสุขภาพโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงในการทำงานของเกษตรกรจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (แบบ นบก.๑-๕๖) รวมถึงการเฝ้าระวังผู้เสี่ยงต่อโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืช โดยตรวจคัดกรองหาระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส ด้วยกระดาษทดสอบ</p> <p>๖. รายงานผลการดำเนินงานให้อำเภอทราบทุกเดือน</p>

คู่มือการนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย

๑. **ชื่อยุทธศาสตร์ที่ ๑** : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

๒. ชื่อแผนงานที่ ๓ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

๓. ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของอำเภอมีการจัดทำฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ด้านเกษตรกรรมและมีการรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการเกษตร (รหัสโรค T๖๐)

๔. ผู้รับผิดชอบงาน :

๑. นายประวิติ แผลงมัลย์ โทร. ๐๘๕-๐๐๒๗๖๓๔

๒. นางอังคณา พรรณะ โทร. ๐๘๘-๑๒๘๙๐๖๖

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนที่ ๓ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ</p> <p>โครงการที่ ๔ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๔๔. ร้อยละของโรงพยาบาลมีการจัดทำฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ด้านเกษตรกรรม และมีการรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการเกษตร (รหัสโรค T๖๐)</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <p>๑. ชี้แจงแนวทางการจัดทำฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ด้านเกษตรกรรม และการรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการเกษตร (รหัสโรค T๖๐) แก่ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ</p> <p>๒. สนับสนุนให้ทุก รพ.พช. และ รพ.สต. จัดทำระบบฐานข้อมูล OEHP(Occupational and Environmental Health Profile) ด้านเกษตรกรรม</p> <p>๓. รวบรวมและวิเคราะห์ จัดข้อมูลสถานการณ์ OEHP ด้านเกษตรกรรม และ รหัสโรค T๖๐ ในระดับจังหวัด</p> <p>๔. ติดตาม กำกับและ ประเมินการดำเนินงานของอำเภอทุกเดือน</p> <p>๕. จัดทำรายงาน ส่ง สคร.ที่ ๗ ขอนแก่น ทุกเดือน</p> <p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <p>๑. ชี้แจงแนวทางการจัดทำฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ด้านเกษตรกรรม และการรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการเกษตร (รหัสโรค T๖๐) แก่ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ/รพ.สต.</p> <p>๒. สนับสนุนให้ทุก รพ.สต. จัดทำระบบฐานข้อมูล OEHP ด้านเกษตรกรรม</p> <p>๓. รวบรวม วิเคราะห์ และจัดทำฐานข้อมูล OEHP ด้านเกษตรกรรมระดับอำเภอ</p> <p>๔. บันทึกและตรวจสอบ ความถูกต้องรายงานจากระบบ HDC และระบบ ๔๓ แห่งของกระทรวงสาธารณสุข ทุกเดือน</p> <p>๕. ประสานความร่วมมือในการดำเนินงานกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๖. นิเทศติดตาม การดำเนินงานของรพ.สต.</p> <p>๗. รายงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกเดือน</p>

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <p>๑. รับนโยบายแนวทางการดำเนินงานจากอำเภอ</p> <p>๒. จัดทำฐานข้อมูลอาชีพอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ด้านเกษตรกรรม และการรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการเกษตร (รหัสโรค T๖๐) ระดับตำบล</p> <p>๓. บันทึกและตรวจสอบ ความถูกต้องรายงานจากระบบ HDC และระบบ ๔๓ เพิ่ม ของกระทรวงสาธารณสุข ทุกเดือน</p> <p>๔. รับการประเมินจากอำเภอ/จังหวัด</p> <p>๕. รายงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาลทุกเดือน</p>

คู่มือการนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

๑. ชื่อยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
๒. ชื่อแผนงานที่ ๑๑ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
๓. ชื่อตัวชี้วัด : จำนวนองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ

๔. ผู้รับผิดชอบงาน : นางสาววิภาดา คงทรง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทร ๐๘๕๘๘๘๗๙๕๕๖ E-mail : hrd.mkho.moph@gmail.com

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน(ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ)
<p>ยุทธศาสตร์ที่ ๔ ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)</p> <p>แผนงานที่ ๑๑ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ</p> <p>โครงการที่ ๓๕ โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๕๘ จำนวนองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ</p>	<p>แนวทางดำเนินงานระดับจังหวัด</p> <p>๑. จัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการพัฒนาองค์กรแห่งความสุขและคุณธรรม ระดับจังหวัด</p> <p>๒. จัดทำตัวชี้วัดและแนวทางการประเมินผลการดำเนินงาน</p> <p>๓. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานสร้างสุขและคุณธรรม</p> <p>๔. จัดทำฐานข้อมูลในการประเมิน Happinometer & HPI และองค์กรแห่งความสุข ระดับจังหวัด</p> <p>๕. ประชุมถ่ายทอดนโยบาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ แนวทางการดำเนินงานในปี ๒๕๖๓ ผู้บริหาร, เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ นักสร้างสุข</p> <p>๕. ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการพัฒนาองค์กรแห่งความสุขและคุณธรรม</p> <p>๗. จัดระบบควบคุมติดตามผลการดำเนินงาน</p>
<p>ชื่อตัวชี้วัดที่ ๘๒ ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้</p>	<p>แนวทางดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <p>๑. จัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการพัฒนาองค์กรแห่งความสุขและคุณธรรม ระดับ CUP</p> <p>๒. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการสร้างสุขและคุณธรรม มีการประชุมคณะกรรมการดำเนินงานการสร้างสุขและคุณธรรมอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง</p> <p>๓. มอบหมายบทบาท หน้าที่ แก่บุคลากร เพื่อพัฒนาแผนงาน/กิจกรรมในการพัฒนางานที่ชัดเจน</p> <p>๔. จัดทำฐานข้อมูลในการประเมิน Happinometer & HPI ระดับ CUP</p> <p>๕. วิเคราะห์ผลการประเมิน Happinometer & HPI</p> <p>๖. จัดทำแผนพัฒนาความสุขและคุณธรรมของหน่วยงานที่สอดคล้องกับผลการประเมิน Happinometer & HPI</p> <p>๗. สรุปผลการดำเนินงานตามแผนฯ</p> <p>๘. จัดระบบควบคุมติดตามผลการดำเนินงาน</p>

ภาคผนวก

แบบฟอร์มการจัดทำคู่มือการนิเทศงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
 กลุ่มงาน.....

๑. ชื่อยุทธศาสตร์ที่
๒. ชื่อแผนงานที่
๓. ชื่อตัวชี้วัด :
๔. ผู้รับผิดชอบงาน :

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่	<u>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</u>
โครงการที่	<u>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</u>
ตัวชี้วัด	<u>แนวทางดำเนินระดับตำบล</u>

แบบสรุปรายงานการนิเทศงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

อำเภอ..... วันที่.....

ชื่องานที่นิเทศ กลุ่มงาน.....

Executive Summary (One Page)

๑. การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM^๓)

S : Structure.....

.....
.....
.....

I : Information.....

.....
.....
.....

I : Intervention and Innovation.....

.....
.....
.....

I : Integration.....

.....
.....
.....

M : Monitoring and Evaluation.....

.....
.....
.....

๓. ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ

.....
.....
.....
.....
.....
.....

(.....) ผู้นิเทศ
ตำแหน่ง.....

(.....) ผู้รับนิเทศ
ตำแหน่ง.....

แบบสรุปรายงานการนิเทศงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

อำเภอ..... วันที่.....

ชื่องานที่นิเทศ กลุ่มงาน.....

๑. การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIX BUILDING BLOCKS)

หัวข้อ	สิ่งที่ดำเนินการในปี ๒๕๖๒	ปัญหาและอุปสรรคที่พบ
๑. การส่งมอบบริการ : Service delivery		
๒. บุคลากร : Health workforce		
๓. ข้อมูลข่าวสาร : Information		
๔. ผลิตภัณฑ์ทาง การแพทย์ และ เทคโนโลยี : Medical product Technology		
๕. การเงิน : Financing		
๖. การนำและการ อภิบาลระบบ : Leading/Governance		
๗. ชุมชนภาคีและการมี ส่วนร่วม : Participation		

(.....) ผู้นิเทศ

ตำแหน่ง.....

(.....) ผู้รับนิเทศ

ตำแหน่ง.....