



การถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข และการขับเคลื่อนเชิงระบบด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

“ผ่านระบบออนไลน์”

17 พฤศจิกายน 2565

ณ ห้องประชุม 4 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

นโยบายและทิศทางการดำเนินงาน

ด้านสาธารณสุข

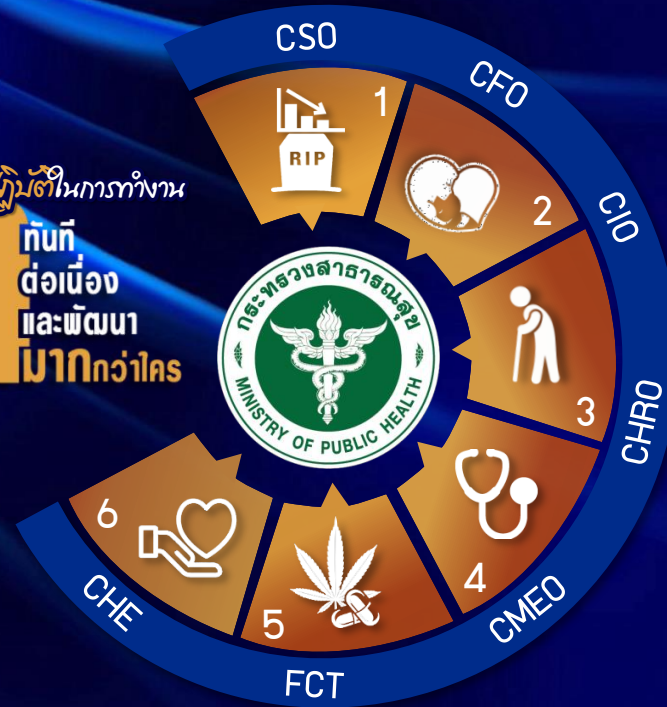
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566-2568

จังหวัดบุรีรัมย์



นางแพทย์พิเชษฐ พิทยานุกุล
นางแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

หลักการทำงาน
ทำ
ทันที
ต่อเนื่อง
และพัฒนา
ไม่ต่ำกว่าใคร



1.ลดป่วย ลดตาย ด้วยโรคที่สำคัญ ได้แก่ RTI/ TB/ Stroke STEMI/ มะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี

RTI

- ชี้นำ เพื่อแก้ไขจุดเสี่ยง
- ส่งเสริมการบังคับใช้กฎหมาย

TB

- คัดกรอง ค้นหาเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงต่อการเสียชีวิต
- พัฒนาระบบดูแลรักษา กลุ่มป่วยที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิต
- ส่งต่อ ติดตามการรักษา อย่างเหมาะสม

Stroke STEMI

- ระบุผู้ป่วย NCD/ประชาชนทั่วไปที่มีความเสี่ยง
- หมอคนที่ 1 อสม.เฝ้าระวังช่วยเหลือ
- มีระบบรับ-ส่งต่อในชุมชนที่มีคุณภาพ

มะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี

- เน้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่กินปลาดิบ
- ส่งเสริมการสร้างระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล
- คัดกรองค้นหาผู้ป่วยระยะแรก
- รักษา ส่งต่อและติดตามต่อเนื่อง

2.ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ 1000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน ให้มีประสิทธิผลและคุณภาพ

- ภาวะโภชนาการแม่และเด็ก จัดการ Low Birth Weight อย่างเข้มข้น
- เพิ่ม IQ เน้นกิจกรรม เล่นเปลี่ยนโลก
- เพิ่มความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ส่งเสริมการขับเคลื่อนด้วย พชอ.

3.ส่งเสริมให้เกิดผู้สูงอายุคุณภาพ

- ส่งเสริมการคัดกรองผู้สูงอายุ 4D (ตา หู ฟัน สุขภาพจิต) ผิดปกติได้รับการแก้ไข (wellness plan)
- ขยายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกแห่ง เพื่อยกระดับการบริการรองรับผู้สูงอายุเจ็บป่วย
- เพิ่มการเข้าถึงระบบ Long Term Care ในกลุ่มพึ่งพิง

4.พัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสู่ชุมชนสุขภาพดี (NCD cluster & Wellness and sport city)

- ส่งเสริมการคัดกรองด้วย Health Station ค้นข้อมูลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง
- ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีในการดูแลสุขภาพ (Telemedicine)
- เพิ่มประสิทธิภาพการบริการ และคัดกรองสุขภาพวัยทำงาน

5.ผลักดันกัญชาและสมุนไพรทางการแพทย์ (Medical cannabis and Herbal city)

- เพิ่มการเข้าถึงบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์อย่างปลอดภัย
- ส่งเสริมงานวิจัยกัญชาและสมุนไพรทางการแพทย์
- ส่งเสริมและสนับสนุนการใช้กัญชาและสมุนไพรทางการแพทย์ใน service plan

6.ส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิต (Mental Health care)

- ค้นหา/คัดกรอง กลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ ตัดบ้าน ตัดเตียง ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส
- ค้นหาและป้องกันความรุนแรงในกลุ่มผู้ป่วยขาดยาจิตเวช ผู้ติดยาเสพติด หรือผู้ที่ออกจากเรือนจำ
- พัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและจิตเวชตามมาตรฐาน

วิสัยทัศน์ : บุรีรัมย์เมืองสุขภาพดี มีเทคโนโลยีที่ก้าวหน้า ร่วมพัฒนาโดยภาคี

นโยบายและทิศทางการดำเนินงาน

ด้านสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566-2568

จังหวัดบุรีรัมย์



หลักปฏิบัติในการทำงาน
ทำทันที
ต่อเนื่อง
และพัฒนา
มากกว่าใคร



CSO

- ลดแออัด
- ลดภาวะแทรกซ้อน
- ลดตาย

CFO

- ผ่านเกณฑ์ประเมิน TPS score

CIO

- Personal Health Record
- Telemedicine
- R9 Refer

CHRO

- พัฒนาศักยภาพตามแผน Service plan หรือ ส่วนขาด
- บริหารตำแหน่งว่าง

CMEO

- Monitor & Evaluation ตามยุทธศาสตร์ อย่างเข้มข้น

FCT

- พัฒนาศักยภาพ อสม.เชี่ยวชาญด้านไอที
- พัฒนานักจัดการสุขภาพ

CHE

- พัฒนาแหล่งผลิตกัญชาและสมุนไพร
- พัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

นางแพทย์พิเชษฐ พัดทนต์
นางแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

นโยบายและทิศทางการดำเนินงาน
ด้านสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566-2568
จังหวัดบุรีรัมย์



นางแพทย์พิเชษฐ พัดทนต์
นางแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์



Primary Care

- เข้าถึง Stroke / STEMI Fast Track
 - High CVD Risk (NCD) / ประชาชนกลุ่มเสี่ยง (Non-NCD) เกิดระบบ รับ – ส่งต่อในชุมชน (EMS/FR)
- Health Station (คัดกรอง/บริการ)
 - กลุ่มเสี่ยงปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
 - NCD สีเขียว บริการในชุมชน ส่งยาถึงบ้าน
- Telemedicine
 - NCD
 - กลุ่มเปราะบาง
- 3 หมอ
 - เฝ้าระวังภัยสุขภาพ ภาวะฉุกเฉิน
 - ร่วมดูแลเด็ก ผู้สูงอายุ จิตเวช เปราะบาง ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ

Secondary Care

- โรงพยาบาลของประชาชน
 - SMART Hospital / EMS /Solar Roof / สวัสดิการเจ้าหน้าที่ / ประชาชน
- ศูนย์รับ – ส่งต่อ Emergency / Non - Emergency ศูนย์จัดเก็บรายได้
- คลินิกผู้สูงอายุ
- โรงพยาบาล Node พัฒนาศักยภาพสาขาหลักที่เหมาะสม
- Telemedicine
 - NCD
 - กลุ่มเปราะบาง

Tertiary Care

- ศูนย์รับ – ส่งต่อ One Stop Service
- กลุ่มงานดิจิทัลทางการแพทย์
- ศูนย์จัดเก็บรายได้
- คลินิกผู้สูงอายุ One Stop Service
- พัฒนา SP ทุกสาขา บริการไร้รอยต่อ ลดตาย ลดแออัด
- Telemedicine
 - NCD
 - กลุ่มเปราะบาง
 - เรือนจำ

สสจ./สสอ.

- Good governance / ITA / PMQA
- ขับเคลื่อน ติดตาม กำกับ นโยบายสำคัญ
- ความผูกพันของบุคลากร

กำกับทิศทาง และขับเคลื่อน ยุทธศาสตร์

จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2566



นพ.พิเชษฐ พืดขุนทด
ที่ปรึกษา



นพ.นวล ทิตติวัฒนาศาร
ที่ปรึกษา



นพ.วัชรพงษ์ ชอบสุข
ที่ปรึกษา

คณะกรรมการกำกับทิศทางและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์



นพ.ศิลา จีรวิกรานติกุล

- ลดตายจาก RTI
- ลดตายจาก TB



นพ.อัศวินน์ เพียวพงษ์กวิต

- ลดตายจาก Stroke/STEMI
- NCD cluster
- Wellness and sport city
- Mental Health care



นพ.นครินทร์ โสมานุต

- ลดตายจาก มะเร็งตับ
และมะเร็งท่อน้ำดี



นางคัมสนีย์ ภัทศรีวงษ์ชัย

- มหัศจรรย์ 1000 วัน Plus
สู่ 2,500 วัน
- ผู้สูงอายุ 4D
(ตา หู ฟัน สุขภาพจิต)



ภก.กนกพร ชนะคำ

- การเข้าถึงบริการรักษา
และสมุนไพรทางการแพทย์



ทพ.จิรศักดิ์ กิพย์สุนทรชัย

- กำกับ Target และ
ผลลัพธ์



สสจ.บุรีรัมย์

ข้อมูลสุขภาพ
เป็นของ
ประชาชน

4. พัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสู่ชุมชนสุขภาพดี (NCD cluster & Wellness and sport city)

- ส่งเสริมการคัดกรองด้วย Health Station ที่เชื่อมโยงเป็นระบบเชื่อมโยงพฤติกรรมสุขภาพตามแนว
- ส่งเสริมการปรึกษาโดยใช้เทคโนโลยีการดูแลสุขภาพ (Telemedicine)
- พัฒนาระบบการบริการ และกิจกรรมสุขภาพวัยทำงาน

S:SUU CIO

- Personal Health Record
- Telemedicine
- R9 Refer

การขับเคลื่อนเชิงระบบ

- Chief Financial Officer (CFO)
- Chief Information Officer (CIO)

โดย

นายแพทย์ศิลา จีรวิกรานต์กุล
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลชำนาญ
รักษาการในตำแหน่งนายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

Value Chain/ประเด็นพัฒนาระบบบริหารจัดการการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ

สถานการณ์/ สภาพปัญหา	การดำเนินงานควบคุมกำกับ เครื่องมือประสิทธิภาพทางการเงิน (Efficiency) โดย เกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ (Total Performance Score : TPS) ในปี 2565 มีหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การประเมิน TPS ระดับ B ขึ้นไป จำนวน 8 แห่ง จากจำนวนหน่วยบริการทั้งหมด 23 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 34.78
-------------------------	---

มาตรการ			
1	2.	3.	4.
- พัฒนาบุคลากรด้านการบริหาร การเงินการคลัง และส่งเสริมความรู้ ที่เกี่ยวข้อง	- ควบคุมกำกับ ติดตาม และรายงาน ผลการบริหารจัดการการเงินการคลัง ทุกเดือน	- เฝ้าระวังผลการดำเนินงาน ผ่าน โปรแกรม TPS	- สนับสนุนและส่งเสริมให้มีการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในจังหวัด

การประเมินผลสำเร็จ

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
- หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การ ประเมิน TPS ระดับ B ขึ้นไป ร้อย ละ 15 - หน่วยบริการสามารถเรียกเก็บ ค่ารักษาพยาบาลได้ครบถ้วน ทันเวลา ร้อยละ 15 - หน่วยบริการสามารถชำระหนี้ได้ ครบถ้วน ทันเวลา ร้อยละ 15	- หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การ ประเมิน TPS ระดับ B ขึ้นไป ร้อย ละ 25 - หน่วยบริการสามารถเรียกเก็บ ค่ารักษาพยาบาลได้ครบถ้วน ทันเวลา ร้อยละ 25 - หน่วยบริการสามารถชำระหนี้ ได้ครบถ้วน ทันเวลา ร้อยละ 25	- หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การ ประเมิน TPS ระดับ B ขึ้นไป ร้อย ละ 35 - หน่วยบริการสามารถเรียกเก็บ ค่ารักษาพยาบาลได้ครบถ้วน ทันเวลา ร้อยละ 35 - หน่วยบริการสามารถชำระหนี้ ได้ครบถ้วน ทันเวลา ร้อยละ 35	- หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การ ประเมิน TPS ระดับ B ขึ้นไป ร้อย ละ 50 - หน่วยบริการสามารถเรียกเก็บ ค่ารักษาพยาบาลได้ครบถ้วน ทันเวลา ร้อยละ 50 - หน่วยบริการสามารถชำระหนี้ได้ ครบถ้วน ทันเวลา ร้อยละ 50	- หน่วยบริการสามารถบริหารจัดการการเงินการคลังได้มี ประสิทธิภาพผ่านเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ (Total Performance Score : TPS) ระดับ B ขึ้นไป ร้อยละ 50 - หน่วยบริการสามารถเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลได้ ครบถ้วน ทันเวลา ร้อยละ 50 - หน่วยบริการสามารถชำระหนี้ได้ครบถ้วน ทันเวลา ร้อย ละ 50

Value Chain/ประเด็นการบริหารเงินบำรุง

สถานการณ์/สภาพปัญหา การดำเนินงานควบคุมกำกับกับการบริหารเงินบำรุง เพื่อลดหนี้สิน ค่าตอบแทนที่ค้าง เจ้าหนี้การค้าที่ค้างมากกว่า 90 วัน

มาตรการ **ส่วนที่ 1 :** ลงทุนตามแผนประจำปีปกติ

1.1 วงเงินลงทุน ≤ 20 % EBITDA ขออนุมัติจังหวัด 1.2 วงเงินลงทุน > 20 % EBITDA ขออนุมัติเขตสุขภาพ

ส่วนที่ 2 : ลงทุนเพิ่ม โดยใช้เงินทุนสำรองส่วนเกิน

(กรณีหน่วยบริการมีสภาพคล่องเงินสด Cash Ratio มาก)

2.1 ตอบแทน : ต้องไม่มีค้างจ่าย

2.2 เจ้าหนี้การค้า : ระยะเวลาที่ค้างชำระหนี้ต้อง < 90 วัน

เงินทุนสำรองส่วนเกิน = เงินบำรุงหลังหักหนี้สิน - Fixed cost เงินบำรุง 3 เดือน

วงเงินลงทุนเพิ่ม ดังนี้ 

Cash Ratio ณ 31 สค 65	วงเงินลงทุนเพิ่ม% ของเงินทุนสำรองส่วนเกิน
1.51 – 2.00	30 %
2.01 – 2.50	40 %
2.51 – 3.00	50 %
มากกว่า 3.00	60 %

การประเมินผลสำเร็จ

3 เดือน - หน่วยบริการมีแผนเงินบำรุงและแผนการใช้เงินบำรุง ได้รับอนุมัติจากนายแพทย์สาธารณสุข - หน่วยบริการมีแผนการลงทุนพัฒนาอาคาร สิ่งแวดล้อม น้ำเสีย ที่จอดรถ บ้านพัก บริการ service plan ระบบดิจิทัลทางการแพทย์ solar roof	6 เดือน - หน่วยบริการดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการลงทุนพัฒนาอาคาร สิ่งแวดล้อม น้ำเสีย ที่จอดรถ บ้านพัก บริการ service plan ระบบดิจิทัลทางการแพทย์ solar roof - หน่วยบริการสามารถชำระหนี้ได้ครบถ้วนทันเวลา ร้อยละ 25	9 เดือน - หน่วยบริการดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการลงทุนพัฒนาอาคาร สิ่งแวดล้อม น้ำเสีย ที่จอดรถ บ้านพัก บริการ service plan ระบบดิจิทัลทางการแพทย์ solar roof - หน่วยบริการสามารถชำระหนี้ได้ครบถ้วนทันเวลา ร้อยละ 35	12 เดือน - หน่วยบริการดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการลงทุนพัฒนาอาคาร สิ่งแวดล้อม น้ำเสีย ที่จอดรถ บ้านพัก บริการ service plan ระบบดิจิทัลทางการแพทย์ solar roof - หน่วยบริการสามารถชำระหนี้ได้ครบถ้วนทันเวลา ร้อยละ 50	ตัวชี้วัดที่สำคัญ - หน่วยบริการสามารถบริหารเงินบำรุงคงเหลือหลังหักหนี้สินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผ่านเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ (Total Performance Score : TPS) ระดับ B ขึ้นไป ร้อยละ 50 - หน่วยบริการสามารถชำระหนี้ได้ครบถ้วน ทันเวลา ร้อยละ 50 - หน่วยบริการไม่มีค่าตอบแทนค้างจ่าย
---	---	---	--	---

คณะกรรมการ

การขับเคลื่อน

พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศและดิจิทัล

Chief Information Officer : CIO

โดย

นายแพทย์ศिला จิรวิกรานต์กุล
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

สถานการณ์/
สภาพปัญหา

1.เพื่อให้ประชาชนมีดิจิทัลไอดี สำหรับการธุรกรรมสุขภาพดิจิทัล
2.ลดขั้นตอน ลดความซับซ้อนในการพิสูจน์และการยืนยันตัวตนทางดิจิทัล

3. เพิ่มการเข้าถึงข้อมูลการรักษาจากหน่วยบริการสาธารณสุข และแสดงเป็นข้อมูลระบบประเมินสุขภาพส่วนบุคคลอิเล็กทรอนิกส์บน Application

มาตรการ

- ประชาสัมพันธ์การดำเนินงาน และประโยชน์ของดิจิทัลไอดี แก่ กลุ่มเป้าหมาย ในหน่วยบริการ
- หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการพิสูจน์ตัวตนของบุคลากรสาธารณสุข และของประชาชน ผ่านระบบพร้อม Identity provider (IdP) ตามเกณฑ์ที่กำหนด
- ติดตาม Monitor การยืนยันตัวตนของกลุ่มเป้าหมายทั้งบุคลากรสาธารณสุข และประชาชน ให้ครบตามเป้า



การประเมินผลสำเร็จ

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
บุคลากร สาธารณสุข	ร้อยละ 50	ร้อยละ 80		
ประชาชน	ร้อยละ 10	ร้อยละ 25		

ตัวชี้วัดสำคัญ

- ร้อยละ 80 ของบุคลากรสาธารณสุข มี ดิจิทัลไอดี
- ร้อยละ 25 ของประชาชน มี ดิจิทัลไอดี เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล และเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ

สถานการณ์/
สภาพปัญหา

1.จัดระบบให้บริการ การปรึกษา แนะนำ รักษา ติดตาม การแพทย์ทางไกล และมีการบันทึกการให้บริการใน HIS ของโรงพยาบาล ครอบคลุมผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

มาตรการ

ดำเนินการโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมาย 3 โรงพยาบาล ที่มีการบริการแพทย์ทางไกล และเตรียมการ ดังนี้

- มีระบบสารสนเทศ Telemedicine / Telehealth
- มีการดำเนินการระบบ Telemed ในหมอพร้อม Station โดยส่งจาก HIS ของโรงพยาบาล
- ให้บริการผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- มีทีมบุคลากรให้บริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อปฏิบัติหน้าที่เร่งรัดการจัดบริการสุขภาพดิจิทัลการแพทย์ทางไกล
- มีระบบต่อเนื่องกับบริการส่งยาถึงบ้าน
- มีเครือข่ายช่วยให้บริการ เช่น อสม. ญาติผู้ป่วยที่ร่วมในระบบ



การประเมินผลสำเร็จ

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
รพ.เป้าหมาย มีการเตรียมพร้อมระบบสารสนเทศ และเปิดให้บริการการแพทย์ทางไกล	รพ.เป้าหมาย มีจำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกลในกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งจังหวัด 5% ในสถานบริการ		

ตัวชี้วัดสำคัญ

 รพ.เป้าหมายมีการให้บริการการแพทย์ทางไกลในกลุ่มเป้าหมายรวมทั้งหมด 5% ในสถานบริการ

การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

- ลดตายจาก อุบัติเหตุจราจร โรคหลอดเลือดสมอง และโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- การพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสู่ชุมชนสุขภาพดี

การขับเคลื่อนเชิงระบบ

- Chief Human Resource Officer (CHRO)
- Cannabis and Herbal Economy (CHE)

โดย

นายแพทย์อัศวรัตน์ เพ็ญพวงภควัต
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองกี่
ปฏิบัติหน้าที่นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

Value Chain/ประเด็น ลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน

สถานการณ์/ อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนจังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่างปี 2561 – 2565 พบว่า 27.24 , 33.61, 26.42 , 22.76 และ 19.10 /แสน ปชก. ตามลำดับ แม้จะมีแนวโน้มลดลง แต่พบ
สภาพปัญหา กลุ่มเด็กและเยาวชนอายุระหว่าง 10 – 18 ปี เสียชีวิตระหว่างปี 2561 – 2565 จำนวน 224 ราย ส่วนใหญ่สาเหตุขับซิ่งรถจักรยานยนต์โดยไม่สวมหมวกนิรภัย (เป้าหมาย ปี 2573 ไม่เกิน 10 /สปช.)

มาตรการ

1. ซี่เป่า เพื่อแก้ไขจุดเสี่ยง

- บูรณาการ RTI ผ่าน สปถ./พขอ. ทุกระดับ เพื่อขับเคลื่อนงานป้องกันและแก้ไขอุบัติเหตุจราจรทางถนน
- สร้างแกนนำระดับอำเภอสนับสนุนการทำงาน สปถ./พขอ.
- วิเคราะห์ คืบข้อมูล และซี่เป่าจุดเสี่ยง ผ่าน สปถ./พขอ. ทุกระดับ
- กำจัดจุดเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

2. ส่งเสริมบังคับใช้กฎหมายในกลุ่มเด็กและเยาวชน

- ส่งเสริมการเรียนรู้วินัยจราจรในโรงเรียนมัธยมศึกษา (วัดขึ้นจราจร) 100%
- โรงเรียนมัธยมศึกษาประกาศเขตสวมหมวกนิรภัย 100 %
- ส่งเสริมการจัดระบบจราจรที่ปลอดภัยหน้าโรงเรียนมัธยมศึกษาโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

การประเมินผลสำเร็จ

3 เดือน

1. อบรมแกนนำหลักขับเคลื่อนงาน RTI ระดับอำเภอ
2. วิเคราะห์ข้อมูล และซี่เป่าจุดเสี่ยง ผ่าน สปถ./พขอ. ทุกระดับ
3. บูรณาการทิศทางการดำเนินงาน ร่วมกับภาคีเครือข่าย
4. จังหวัดประกาศนโยบายโรงเรียนมัธยมสวมหมวกนิรภัย 100 %

6 เดือน

1. ร้อยละ 80 ของโรงเรียนมัธยมศึกษา มีการเรียนการสอนวัดขึ้นจราจร
2. ร้อยละ 100 โรงเรียนมัธยมศึกษา ประกาศเขตสวมหมวกนิรภัย 100%
3. ร้อยละ 50 ของจุดเสี่ยงได้รับการแก้ไขโดยภาคีเครือข่าย

9 เดือน

1. ร้อยละ 100 สปถ./พขอ. มีการบูรณาการ RTI
2. ร้อยละ 100 ของโรงเรียนมัธยมศึกษา มีการเรียนการสอนวัดขึ้นจราจร
3. ร้อยละ 80 ของจุดเสี่ยงได้รับการแก้ไขโดยภาคีเครือข่าย

12 เดือน

1. อัตราสวมหมวกนิรภัยในโรงเรียนมัธยม 100 %
2. ร้อยละ 100 ของจุดเสี่ยงได้รับการแก้ไขโดยภาคีเครือข่าย
3. อัตราเสียชีวิตในกลุ่มเด็กและเยาวชน (10-18ปี) ลดลงร้อยละ 50

ตัวชี้วัดที่สำคัญ

1. ร้อยละ 100 ของอำเภอมีการขับเคลื่อน RTI ผ่านกลไก สปถ./พขอ.
2. ร้อยละ 100 ของจุดเสี่ยงได้รับการแก้ไขโดยภาคีเครือข่าย
3. ร้อยละ 100 ของโรงเรียนมัธยมศึกษา มีการเรียนรู้วินัยจราจรในสถานศึกษา
4. ร้อยละ 100 โรงเรียนมัธยมศึกษา มีการกำหนดมาตรการองค์กรสวมหมวกนิรภัย 100%

Value Chain/ประเด็น ลดอัตราการเสียชีวิตจาก Stroke/STEMI

สถานการณ์/ สภาพปัญหา	1. อัตราป่วย Stroke รายใหม่ 21.84 /แสน ปชก.	2. อัตราป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด รายใหม่ 178.57 /แสน ปชก.
	3. อัตราเสียชีวิตผู้ป่วย Stroke ร้อยละ 3.44	3. อัตราเสียชีวิตผู้ป่วย STEMI ร้อยละ 4.32 4. อัตราการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน น้อยกว่าร้อยละ 20 (ข้อมูล HDC 2565)

มาตรการ

1. ระบุผู้ป่วย NCD/ประชาชนทั่วไปที่มีความเสี่ยง

- พัฒนาศักยภาพ บุคลากร,กสค.และอสม.ค้นหาผู้ป่วยกลุ่ม CVD Risk 35 ขึ้นไป ในชุมชน Thai CV Risk Calculator
- คัดกรอง AF โดยใช้ Pluse Oxymeter ใน Health Station
- Mapping CVD Risk ในกลุ่มผู้ป่วย DM/HT ที่มี CVD $\geq$ ร้อยละ 20 , (กลุ่ม 60 ปีขึ้นไปที่ยาวน สุกบุญหรือ วิ่งเวียนศีรษะบ่อยๆ) เชื่อมโยง EMR
- จัดกลุ่มเสี่ยง Stroke ตามเกณฑ์ A B C D 2 Score และ สามารถบอก Warning sign และ โทร 1669 ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

2. หมอคนที่ 1 อสม.เฝ้าระวังช่วยเหลือ

- ส่งเสริมให้ กสค.,อสม. นำ Mapping CVD เข้าสู่ กระบวนการ FR บริหารจัดการภาวะฉุกเฉิน ในชุมชน (Fast Hero/Hero at home)
- ครูอนามัยโรงเรียน./แกนนำนักเรียน ได้รับความรู้ Warning sign ฝึก CPR ช่วยฟื้นคืนชีพ (ลูกแก้ว Fast Hero/Hero at home)
- พัฒนา HL ของครอบครัว CVD Risk $\geq$ ร้อยละ 20 เพื่อเข้าสู่การ จัดการภาวะฉุกเฉิน ในชุมชน (Fast Hero/Hero at home)
- หมอคนที่ 1 สามารถคัดกรอง Warning sign ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และโทรประสาน 1669

3. มีการรับ-ส่งต่อในชุมชนที่มีคุณภาพ

- หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ สามารถระบุกลุ่มเสี่ยง CVD Risk ในพื้นที่ และสามารถคัดกรอง Warning sign ในระยะเริ่มต้นได้
- พัฒนาระบบ Fast Track Stroke/STEMI โทร 1669
- หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ พัฒนาทักษะในการประเมิน อาการ ดูแล และส่งต่อผู้มีอาการสงสัย Stroke/STEMI อย่างมี มาตรฐาน
- สัณจระเยียมทีมหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ Stroke/STEMI โดยทีมสหวิชาชีพ

การประเมินผลสำเร็จ

3 เดือน

1. อบรมหลักสูตรครู ก. แจ้งเตือน Warning sign
2. พัฒนาศักยภาพ EMR ในการ ประเมิน ดูแล และส่งต่อ Stroke/STEMI
3. หมอคนที่ 1 สามารถคัดกรอง Warning sign ได้ตั้งแต่เริ่มต้นและ โทร 1669

6 เดือน

1. ร้อยละ 100 กสค./อสม. นำ Mapping CVD เข้าสู่การเชื่อมโยงชี้เป้า หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ได้
2. ร้อยละ 80 กลุ่มเสี่ยง CVD risk สามารถบอก Warning sign ตั้งแต่ อาการเริ่มต้น
3. ร้อยละ 40 ผู้ป่วย Stroke/STEMI เข้าถึงระบบบริการ EMS

9 เดือน

1. ร้อยละ 100 กลุ่มเสี่ยง CVD risk สามารถบอก Warning sign ตั้งแต่ อาการเริ่มต้น
2. ร้อยละ 50 ผู้ป่วย Stroke/STEMI เข้าถึงระบบบริการ EMS

12 เดือน

1. ร้อยละ 60 ผู้ป่วย Stroke/STEMI เข้าถึงระบบบริการ EMS

ตัวชี้วัดที่สำคัญ

1. ร้อยละ 80 ของประชาชนอายุ 35 ขึ้นไป ในชุมชน กลุ่ม CVD Risk $\geq$ ร้อยละ 20 ได้รับการเฝ้าระวัง คำแนะนำรายบุคคล และปรับเปลี่ยน พฤติกรรม
2. ร้อยละ 80 ของกลุ่มผู้ป่วย DM/HT ที่มี CVD $\geq$ ร้อยละ 20 ,กลุ่ม 60 ปีขึ้นไปที่ยาวน สุกบุญหรือ วิ่งเวียนศีรษะบ่อยๆ ได้รับการเฝ้าระวัง มี Mapping CVD Risk
3. ร้อยละ 80 ของหมอคนที่ 1 สามารถคัดกรองอาการ Warning sign และ โทร 1669 ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น
4. ร้อยละ 60 ผู้ป่วย Stroke/STEMI เข้าถึงระบบบริการ EMS.

Value Chain/ พัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสู่ชุมชนสุขภาพดี (NCD Cluster & Wellness and Sport City)

สถานการณ์/สภาพปัญหา	ปี 2565 จังหวัดบุรีรัมย์ มีอัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูง 1,256.24 ต่อแสนประชากร, อัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวาน 625.02 ต่อแสนประชากร ,ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 34.46 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตควบคุมได้ตามเกณฑ์ ร้อยละ 53.31 ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ร้อยละ 80.26 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง [รอบเอวมากกว่า (ส่วนสูง (ซม.)/2) ร้อยละ 62.88 ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 mL/min/1.73m2/yr ร้อยละ 64.11
---------------------	--

มาตรการ

1 ส่งเสริมการคัดกรองด้วย Health Station คืบข้อมูล เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง - การพัฒนาคัดกรองคุณภาพ เชื่อมโยง 3 - Health Station ในชุมชน เป็นระดับ Premium Health Station - Club Yellow Day " 12 week new you" Low Carb	2. ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีในการดูแลสุขภาพ (Telemedicine) -ให้บริการผ่าน Tele-health ในสถานบริการ -NCD ลดแออัด สีเขียว อยู่ในชุมชน, สีเหลือง รอรับยาที่บ้าน -ใช้ Application H4U, Smart อสม.,R9 Health Station ในชุมชนเพื่อรับยาต่อเนื่อง	3.เพิ่มประสิทธิภาพการบริการ และคัดกรองสุขภาพวัยทำงาน - คัดกรองประชาชน 15-34 ,35 - 59 ปี ตามชุดสิทธิประโยชน์ - Health Station ในสถานประกอบการ/โรงเรียน/วัด - เพิ่มประสิทธิภาพการบริการ จนท.และ อสม.ในการ คัดกรองมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูกมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ผิดปกติ ส่งต่อ รักษาช่องทางด่วน
---	--	--

การประเมินผลสำเร็จ

3 เดือน -วิเคราะห์ข้อมูล, คืบข้อมูล -ทำแผนงาน/โครงการ -คืบข้อมูลให้ 3 หมอ เพื่อบริหารจัดการข้อมูล -Club Yellow Day 12 Weeks New You -สำรวจกลุ่มเป้าหมายคัดกรองพร้อมทำทะเบียนแยกเป็นรายหมู่บ้าน -ประชุมชี้แจงเพื่อทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ และ อสม.	6 เดือน -กลุ่มเสี่ยงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม -ใช้ Telehealth -ประชาชนมีข้อมูลสุขภาพ PHR -ติดตามประเมินผล -เจ้าหน้าที่ และ อสม. ลงพื้นที่คัดกรองมะเร็งเชิงรุกในพื้นที่	9 เดือน -Health Station Premium 1 อำเภอ/ 1 แห่ง -Extended NCD กลุ่มสีเขียวรับบริการในชุมชน/ กลุ่มสีเหลืองรอรับยาที่บ้าน -อสม.เชี่ยวชาญ NCD New Normal	12 เดือน -ติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน -ติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง -คัดกรองมะเร็งปากมดลูก -คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง -ผู้ป่วย CKD ที่มี eGFR ลดลงน้อยกว่า 5mL/min/1.73m2/yr	ตัวชี้วัดที่สำคัญ -ร้อยละ 90 กลุ่มวัยทำงานได้รับการคัดกรองสุขภาพ รายบุคคล PHR -Health Station ในชุมชน เป็นระดับ Premium Health Station 1 อำเภอ 1 แห่ง -สัดส่วนรพช. : ปฐมภูมิ ผู้ป่วย DM/HT 40:60 -ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70) -ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 93) -ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (มากกว่าร้อยละ 60) -ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (มากกว่าร้อยละ 50) -ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มี eGFR ลดลงน้อยกว่า 5 mL/min/1.73m2/yr (มากกว่าร้อยละ 66)
--	---	---	---	---

Value Chain/การขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจสมุนไพรและกัญชาทางการแพทย์จังหวัดบุรีรัมย์

สถานการณ์/สภาพปัญหา	1 ยากัญชาทางการแพทย์ที่ผลิตในจังหวัด ไม่เพียงพอต่อความต้องการใช้ 2 ขาดผลิตภัณฑ์สมุนไพรและกัญชาทางการแพทย์ระดับจังหวัด 5 ผู้สั้ใช้ยากัญชาทางการแพทย์และยาสมุนไพร ยังขาดความเชื่อมั่นและองค์ความรู้	3 ขาดการซื้อขายสมุนไพรจากแหล่งผลิตระดับจังหวัด 4 ขาดแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้านสมุนไพรและกัญชาระดับจังหวัด
---------------------	---	---

มาตรการ			
1 พัฒนาแหล่งผลิตกัญชาและสมุนไพร - เพิ่มกำลังการผลิตยากัญชาและสมุนไพรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลคูเมือง ลดการซื้อขายยากัญชาและสมุนไพรทางการแพทย์จากภาคเอกชน - ส่งเสริมการใช้และพัฒนาผลิตภัณฑ์กัญชาและสมุนไพรเพื่อเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ - พัฒนาแหล่งปลูกกัญชาและสมุนไพรให้มีมาตรฐานอย่างน้อยต้องได้ GAP	2. พัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ - พัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ภูมิปัญญาไทยและสมุนไพรครบวงจร โดยภาคีเครือข่ายภาครัฐและเอกชน - ส่งเสริมศักยภาพผู้ประกอบการในการพัฒนาผลิตภัณฑ์กัญชาและสมุนไพรเพื่อเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ	3. สร้างองค์ความ และส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรและกัญชาทางการแพทย์ - กำหนดรายการยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันในหน่วยบริการทุกระดับ - กำหนดรายการยาสมุนไพรทางเลือกคู่กับยาแผนปัจจุบันผ่านโปรแกรมการสั่งยาของหน่วยบริการ - เพิ่มศักยภาพผู้สั้ใช้ยาสมุนไพรและกัญชาทางการแพทย์ให้เกิดความเชื่อมั่นในการใช้ยา	

การประเมินผลสำเร็จ				
3 เดือน มีการสำรวจความต้องการใช้กัญชาและสมุนไพรทางการแพทย์ระดับจังหวัด และ สํารวจสถานที่เพื่อพัฒนาเป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพระดับจังหวัด จัดอบรมให้กับผู้สั้ใช้ เป้าหมายแพทย์ใช้ทุน พยาบาล ผอ.รพ.สต. แพทย์แผนไทย และ อสม.	6 เดือน จัดโครงการพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการเพื่อส่งเสริมการพัฒนาผลิตภัณฑ์กัญชาและสมุนไพรเพื่อเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจระดับจังหวัด มีรายการยาสมุนไพรทดแทนและยาสมุนไพรทางเลือกในหน่วยบริการ สำรวจแหล่งปลูกที่ต้องการพัฒนาให้ได้มาตรฐาน GAP	9 เดือน มีแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ภูมิปัญญาไทยและสมุนไพรครบวงจร และ ผลิตภัณฑ์กัญชา สมุนไพรระดับจังหวัด นำรายการยาสมุนไพรทดแทนและยาสมุนไพรทางเลือกกำหนดในรายการสั่งใช้ยาของหน่วยบริการทุกระดับ	12 เดือน มียอดการใช้กัญชาและสมุนไพรเพิ่มขึ้น มียอดการซื้อขายกัญชาและสมุนไพรจากโรงพยาบาลคูเมืองเพิ่มขึ้น มีแหล่งปลูกกัญชาและสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน GAP เพิ่มขึ้น	ตัวชี้วัดที่สำคัญ - ยอดการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาและสมุนไพรเพิ่มขึ้น - ยอดการซื้อขายกัญชาและสมุนไพรจากโรงพยาบาลคูเมืองเพิ่มขึ้น - มีแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และ ผลิตภัณฑ์กัญชาสมุนไพรระดับจังหวัด

การขับเคลื่อนเชิงระบบ

- Chief service Officer (CSO)
- Family Care Team (FCT)

โดย

นายแพทย์นครินทร์ โลมาบุตร
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสตึก
ปฏิบัติหน้าที่นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

Value Chain/ประเด็น ลดแออัด : เพิ่มหน่วยบริการ ODS รพ.ระดับ M2 F1 ใน จ.บุรีรัมย์

สถานการณ์/ สภาพปัญหา

- 1 ODS สามารถดำเนินการได้ในสาขาศัลยกรรม Orthopedics จักขุ สูติฯ
- 2 รพ.ในจ.บร ที่มีศัลยแพทย์ เพียง 2 แห่ง คือ บุรีรัมย์ และนางรอง
- 3 รพ.ที่มีแพทย์ Ortho ได้แก่ บุรีรัมย์/นางรอง/ประโคนชัย/ลำปลายมาศ
รพ.ที่มีสูติแพทย์ ได้แก่ บุรีรัมย์/นางรอง/ประโคนชัย/ลำปลายมาศ/ละหานทราย
รพ.ที่มีจักขุแพทย์ ได้แก่ บุรีรัมย์/นางรอง/สตึก

- 4 รพช.ระดับ M2 F1 ที่สามารถดำเนินงาน ODS ได้มีเพียง 1 แห่ง จาก 8 แห่ง(12.5%)
- 5 ผลงาน ODS จ.บร ปี65 (ร้อยละของผป.ที่เข้ารับการผ่าตัด ODS = 67.66%
(Pterygium เป็นโรคที่ทำ ODS มากที่สุด)
ตัวตั้ง=จำนวนผป.ในโรคที่ให้บริการและได้รับการผ่าตัด ODS สูงสุด
ตัวหาร = จำนวนผป.ในโรคนั้นที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด

มาตรการ

(1) Service Mapping

- Service Mapping รพช.ที่จะพัฒนา ODS ในแต่ละปี (ปี66=ลพท /ปี 67=ปคช ลปม / ปี68=กระสัง บ้านกรวด / ปี69= พุทไธสง คุเมือง
- กำหนด โรคและหัตถการที่จะดำเนินการ ODS ได้ในระดับรพช.

(2) พัฒนาศักยภาพบุคลากร

- รพ.บร/นางรอง/สตึก เป็นพี่เลี้ยงในการพัฒนาระบบบริการ ODS ให้แก่รพ.เป้าหมาย (ด้านระบบงาน บุคลากร ระบบเบิกจ่าย การให้รหัส)
- รพ.เป้าหมาย กำหนด Flow การให้บริการ ODS
- ประเมินตนเองตามแบบประเมินการเข้าร่วมโครงการ ODS

(3) กำกับติดตาม

- ระบบการติดตาม ผป.หลังทำ ผ่าตัด ODS : Line โทรศัพท์

(4) ประชาสัมพันธ์การ ให้บริการ ODS

- หน่วยบริการทุกแห่ง ประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการ ทราบการให้บริการแบบ ODS สามารถเข้ารับบริการได้ในรพ.ที่เปิดให้บริการทุกแห่ง

การประเมินผลสำเร็จ

3 เดือน

- ได้กลุ่มโรคและหัตถการที่จะดำเนินการ ODS ในรพช.

6 เดือน

- รพช.เป้าหมายในปีนั้น ได้รับการพัฒนาศักยภาพ เพื่อดำเนินการ ODS ได้

9 เดือน

- รพช.เป้าหมายในปีนั้น ดำเนินการ ODS ได้ จำนวนผป.ที่ได้รับการ ODS

12 เดือน

- จำนวนผป.ที่ได้รับการ ODS

ตัวชี้วัดที่สำคัญ

- ร้อยละของรพช.ระดับ M2 F1 ที่สามารถให้บริการ ODS ได้ (ปี66เกณฑ์ 25%)
ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ ODS (ปี66เกณฑ์ $\geq 30\%$)

Value Chain/ประเด็น ลดแออัด ลดป่วย ลดตาย ลดภาวะแทรกซ้อน :เพิ่มองค์ความรู้ในการป้องกัน การเจ็บป่วยด้วยภาวะSepsis โดยอาศัยกลไก 3 หมอ

สถานการณ์/ สภาพปัญหา

1 แนวโน้มการเกิด Sepsis จาก UTI AGE NF เพิ่มขึ้น
(UTI ปี64,65=11.96%,13.66% AGE ปี64,65=5.12%,6.33%
NF ปี64,65=20.93%,21.73%)

2 อัตราการเสียชีวิต Community Sepsis จ.บร ปี64,65=22.84%,23.58%

3 ประชาชนยังมีการเฝ้าระวัง/ตระหนัก ในเรื่องSepsis น้อย

มาตรการ

(1)สร้างองค์ความรู้ให้แก่ อสม.

- พัฒนาศักยภาพอสม. ให้เป็น อสม. เชี่ยวชาญSEPSIS (เฝ้าระวังป้องกันการเกิด Sepsis)

(2) ส่งเสริม อสม./ประชาชนให้มีความรอบรู้เรื่อง Sepsis

- ติดไวนิล/โปสเตอร์ เรื่องการเฝ้าระวัง Sepsis ที่สถานีสுகภาพทุกแห่ง ใน จ.บุรีรัมย์
- อสม.สำรวจกลุ่มเสี่ยงในครัวเรือนเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง Sepsis และให้คำแนะนำการป้องกัน เฝ้าระวัง การดูแลเมื่อเกิด Sepsis แก่ ประชาชนในครัวเรือนที่รับผิดชอบ

(3) ส่งต่อผู้ป่วยสงสัย Sepsis

- CUP จัดทำแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยที่สงสัย Sepsis ให้แก่ รพ.สต.ในเครือข่าย (ทำCheck list เน้นการปฏิบัติให้ครบ)
- ตั้ง Group Line เพื่อการปรึกษา (Line ประกอบด้วยหมอ1 2 3
ชื่อกลุ่ม : 3 หมอ(...ใส่ชื่อแพทย์ที่รับผิดชอบ)/(ตามด้วยชื่ออำเภอ)

การประเมินผลสำเร็จ

3 เดือน

- อสม.กลุ่มเป้าหมายได้รับการอบรม
- อสม.เชี่ยวชาญในการเฝ้าระวังป้องกันการเกิด Sepsis > ร้อยละ80

6 เดือน

- สถานีสுகภาพทุกแห่งมีโปสเตอร์/ไวนิล ให้ความรู้การเฝ้าระวัง ป้องกัน Sepsis ร้อยละ 100
- ทุก CUP มีการจัดทำแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยที่สงสัย Sepsis ให้แก่รพ.สต.ในเครือข่าย (ทำเป็น Check List)
- ร้อยละของ อสม.มีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพและเฝ้าระวังการเกิด Sepsis > ร้อยละ80

Value Chain/ประเด็น ลดแออัด ลดป่วย ลดตาย ลดภาวะแทรกซ้อน :เพิ่มองค์ความรู้ในการป้องกัน การเจ็บป่วยด้วยภาวะSepsis โดยอาศัยกลไก 3 หมอ

การประเมินผลสำเร็จ

9 เดือน

-ร้อยละของประชาชน.มีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพและเฝ้าระวังการเกิด Sepsis > ร้อยละ80

12 เดือน

- จำนวนผู้ป่วย Sepsis ที่เข้ารับบริการที่รพ.บุรีรัมย์ /นางรอง ลดลง
- อัตราการเสียชีวิต Community Sepsis จ.บร < ร้อยละ 23

ตัวชี้วัดที่สำคัญ

- จำนวนผู้ป่วย Sepsis ที่เข้ารับบริการที่รพ.บุรีรัมย์ /นางรอง ลดลง เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา
- อัตราการเสียชีวิต Community Sepsis จ.บร < ร้อยละ 23
- ร้อยละของ อสม.มีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพและเฝ้าระวังการเกิด Sepsis > ร้อยละ80
- ร้อยละของประชาชน.มีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพและเฝ้าระวังการเกิด Sepsis > ร้อยละ80

Value Chain/ประเด็น ลดแออัด : การติดตามความก้าวหน้าการพัฒนาศักยภาพตามข้อตกลง เพื่อลดความแออัด

1. ในปี 65 รพช.มีการพัฒนาศักยภาพเพื่อลดความแออัดจำนวน 21 แห่ง
ประเด็นการพัฒนาศักยภาพตามข้อตกลงของรพช.เพื่อลดแออัด 12 ประเด็น ได้แก่

2. การพัฒนาศักยภาพของรพช.บางเรื่องยังไม่สามารถดำเนินการได้แล้วเสร็จ
ภายในปีงบประมาณ 2565 จึงต้องติดตามต่อเนื่องในปีงบประมาณ 2566

สถานการณ์/
สภาพปัญหา

ประเด็นการพัฒนาศักยภาพของรพช.เพื่อลดแออัด

1 ส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น	7 การดูแลผู้รับบริการฉุกเฉิน
2 NCD Clinic	8 ลดRefer ในเคส RW<1
3 Sepsis	9 สามารถดูแลเคส On Ventilator ได้
4 IMC	10 สามารถดูแล เคส NF เจาะคอ ที่ Refer back มาดูแลต่อได้
5 สุขภาพจิต	11 Hemodialysis
6 Stroke	12 พัฒนาระบบRefer ไป-กลับ

มาตรการ

(1) กำกับติดตามผลการดำเนินงานตามข้อตกลงของรพช.

- จัดทำตารางสรุปประเด็นการพัฒนาศักยภาพที่รพช.แต่ละแห่งดำเนินการในปี 2565 และประเด็นที่ต้องดำเนินการต่อในปี 2566 (ทำMOU)
- กำหนดแผนออก Site Visit ตามประเด็น
- ออก Site Visit ในไตรมาส 2-3

(2) วัดและประเมินผลความก้าวหน้าการพัฒนา

- รพช.นำเสนอความก้าวหน้าและผลลัพธ์ของการพัฒนาดำเนินงานตาม KPI ที่กำหนดในประเด็นการพัฒนานั้นๆ (นำเสนอ เมื่อลง Site Visit)
- ประเมินผลการพัฒนาตาม KPI ของจังหวัด

Value Chain/ประเด็น ลดแออัด : การติดตามความก้าวหน้าการพัฒนาศักยภาพตามข้อตกลง เพื่อลดความแออัด

การประเมินผลสำเร็จ

3 เดือน

- รพช.ทุกแห่งรับทราบประเด็นการพัฒนาศักยภาพตามข้อตกลงเพื่อลดความแออัด และประเด็นที่ต้องดำเนินการต่อเนื่อง

9 เดือน

- On Site Visit รพช. ได้ครบ 12 ประเด็น
- รพช.ทุกแห่งที่ได้เข้าเยี่ยมมีความก้าวหน้าในการพัฒนาศักยภาพตามข้อตกลง (ประเมินตามTemplate ตาม KPI การประเมินผลการปฏิบัติราชการปีงบประมาณ 2566)

6 เดือน

- On Site Visit รพช. ได้อย่างน้อย 6 ประเด็น
- รพช.ทุกแห่งที่ได้เข้าเยี่ยมมีความก้าวหน้าในการพัฒนาศักยภาพตามข้อตกลง (ประเมินตามTemplate ตาม KPI การประเมินผลการปฏิบัติราชการปีงบประมาณ 2566)

12 เดือน

- ร้อยละของรพช.ที่มีความก้าวหน้าในการดำเนินงานการพัฒนาศักยภาพตามข้อตกลง > ร้อยละ80

ตัวชี้วัดที่สำคัญ

- ร้อยละของรพช.ที่มีความก้าวหน้าในการดำเนินงานการพัฒนาศักยภาพตามข้อตกลง > ร้อยละ80

Value Chain/ประเด็น

“คนบุรีรัมย์ทุกคน มีหมอประจำตัว 3 คน”

สถานการณ์/ สภาพปัญหา	1. หมอคนที่ 1 (อสม.) จำนวน 27,834 คน หมอคนที่ 2 (จนท.สาธารณสุข) จำนวน 1,376 คน หมอคนที่ 3 (หมอ MD) จำนวน 252 คน	2. ประชาชนคนบุรีรัมย์ จำนวน 1,581,184 คน ต้องมีหมอประจำตัว 3 คน ร้อยละ 57 จำนวน 901,274 คน
-------------------------	---	--

มาตรการ

1	2.	3.	4.
พัฒนาศักยภาพครุฝึก อสม.ระดับจังหวัด อำเภอละ 3-5 คน (สมาร์ท อสม./ ทีม ป้องกันโรคเรื้อรัง) โดยใช้กลไก 3 หมอ	1. อสม.เชี่ยวชาญ 12 สาขา 2. ในปี 2566 เน้น อสม.เชี่ยวชาญ NCD - ดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัย	พัฒนา อสม.หมอคนที่ 1 เป็นนักจัดการ สุขภาพ และเชี่ยวชาญด้าน Digital และ Application Smart อสม.	พัฒนาศักยภาพ อสม. หมอคนที่ 1 ให้เป็น Smart อสม. รองรับการดูแล และให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน อย่างเป็นระบบ

การประเมินผลสำเร็จ

3 เดือน	6 เดือน	9 – 12 เดือน	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
1.จัดประชุมทีมขับเคลื่อน กลไกตามนโยบาย 3 หมอ 2.ประชุมครุฝึก อสม. ระดับจังหวัด (อำเภอละ 3-5 คน) เพื่อขับเคลื่อน นโยบาย 3 หมอ	1.จัดให้มีการขึ้นทะเบียนประชาชนมีหมอประจำตัว ทุกคนทุกครัวเรือน 2. มี อสม.เชี่ยวชาญ NCD ทุกตำบล 3. อสม.หมอคนที่ 1 เป็นนักจัดการสุขภาพ และ เชี่ยวชาญ Digital / Application Smart อสม. 4. สนับสนุนการปฏิบัติงานใน Health Station	1.ทีมจังหวัดออกติดตามและประเมินผลเยี่ยม เสริมพลัง การขึ้นทะเบียนประชาชนมีหมอ ประจำตัว 3 คน 1. หมอคนที่ 1 ดูแลและให้บริการด้านสุขภาพ แก่ประชาชนอย่างเป็นระบบ 2. สนับสนุนการปฏิบัติงานใน Health Station	ร้อยละประชาชนคนบุรีรัมย์ มีหมอประจำตัว 3 คน (ร้อยละ 57)

Value Chain/ประเด็น การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562

สถานการณ์/ สภาพปัญหา	1.จังหวัดบุรีรัมย์มีแผนการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ 147 ทีม ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ จำนวน 108 ทีม คิดเป็นร้อยละ 73.97 (เป้าหมายกระทรวง ร้อยละ 52)	2. อำเภอที่ขึ้นทะเบียนเต็มพื้นที่ จำนวน 8 อำเภอ 3. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ยังไม่ขึ้นทะเบียนจำนวน 39 ทีม
-------------------------	--	--

มาตรการ

1 - จัดประชุมคณะกรรมการศูนย์การเรียนรู้ เวชศาสตร์ครอบครัว	2. - พัฒนาศักยภาพทีมหมอครอบครัวในการ จัดบริการปฐมภูมิตามหลักเวชศาสตร์ ครอบครัว	3. - ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	4. - ลงเยี่ยมเสริมพลังโดยการพัฒนา มาตรฐานระบบบริการตามเกณฑ์
---	---	---	---

การประเมินผลสำเร็จ

3 เดือน 1.ประชุมคณะกรรมการศูนย์การเรียนรู้ เวชศาสตร์ครอบครัว 2.ประชุมทีมขับเคลื่อนและ พัฒนาระบบหน่วยบริการปฐม ภูมิ (การขึ้นทะเบียนหน่วย บริการปฐมภูมิ)	6 เดือน 1.ประชาสัมพันธ์ให้แพทย์เข้ารับ การอบรม 2.จัดให้มีการอบรมแพทย์ FM Basic course ครั้งที่ 1 -จัดตั้งอำเภอต้นแบบพัฒนาระบบ สุขภาพปฐมภูมิเป็นศูนย์เรียนรู้ 3 อำเภอ (ขนาดเล็ก,ขนาดกลาง ,ขนาดใหญ่) 3.ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ครั้งที่1	9 เดือน 1.จัดให้มีการอบรมแพทย์ FM Basic course ครั้งที่ 2 2.ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ครัง ที่ 2	12 เดือน 1.ติดตามและประเมินผลการขึ้น ทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐม ภูมิ ปีงบประมาณ 2566 2.ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ครัง ที่ 3	ตัวชี้วัดที่สำคัญ - การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวนสะสม 117 หน่วย ร้อยละ 80 (เป้าหมายกระทรวง ร้อยละ 52)
--	--	---	--	---

Value Chain/ประเด็น การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

สถานการณ์/ สภาพปัญหา	1. มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด 2. มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 3. มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล	4. แต่ละอำเภอมีการกำหนดประเด็นสำคัญตามบริบทของพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 ประเด็น 5. บันทึกผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพผ่าน CL UCCARE
-------------------------	--	---

มาตรการ

1. - จัดทำคำสั่งคณะกรรมการ พชจ./ พขอ. /พชต. ให้เป็นปัจจุบัน	2. - ประชุมคัดเลือกประเด็นสำคัญในการ พัฒนาคุณภาพชีวิตตามบริบทในพื้นที่	3. - อบรมพัฒนาศักยภาพ พชจ./พขอ./พชต.	4. - บันทึกผลการดำเนินงานผ่าน CL UCCARE
---	--	---	---

การประเมินผลสำเร็จ

3 เดือน 1.มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับจังหวัดที่เป็น ปัจจุบัน 2.มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เป็น ปัจจุบัน 3.มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับตำบลที่เป็น ปัจจุบัน	6 เดือน 1.มีการประชุมคณะกรรมการ พขอ. คัดเลือกประเด็นสำคัญ ตามบริบทของพื้นที่เกี่ยวกับการ พัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 ประเด็น และขับเคลื่อน พชต. 2.ประชุมคณะกรรมการ พชจ. เพื่อขับเคลื่อนสนับสนุนการ ดำเนินงาน พขอ.	9 เดือน 1.พขอ.ขับเคลื่อนการดำเนินงาน พชต. 2.พชจ.ขับเคลื่อน พขอ. โดยติดตาม การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต ประชาชน การดูแลกลุ่มเปราะบาง โดยใช้กระบวนการเยี่ยมเสริมพลัง ที่มระดับจังหวัด	12 เดือน 1.อำเภอมีการดำเนินงานและ ผ่านเกณฑ์การประเมินการ พัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ และ บันทึกผลการดำเนินงาน ผ่าน CL UCCARE ร้อยละ 85	ตัวชี้วัดที่สำคัญ - ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนา คุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ 85
---	--	--	--	--

การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

- ลดตายจาก โรคฉี่หนู โรคมาเลเรียและโรคไข้เลือดออก
- มัธยมศึกษา 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน ให้มีประสิทธิภาพ และคุณภาพ

การขับเคลื่อนเชิงระบบ

- Chief Human Resource Officer (CHRO)

โดย

นางคันสนีย์ ภัทรศรีวงษ์ชัย
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)

Value Chain/ประเด็น : จังหวัดบุรีรัมย์ รู้เร็ว รักษาหาย ไม่แพร่กระจาย ลดตายจากโควิด

สถานการณ์/สภาพปัญหา โควิดเป็นหนึ่งใน 10 สาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญในรอบ 5 ปี ที่ผ่านมา จังหวัดบุรีรัมย์มีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด ตั้งแต่ปี 2559 – 2565 พบว่าสูงเกินเป้าหมายที่กำหนดไว้ ไม่เกินร้อยละ 5 อัตราเสียชีวิตเท่ากับร้อยละ 6.27, 5.80, 6.50, 9.54, 9.68, 8.84 และ 11.83 ตามลำดับ อัตราความสำเร็จของการรักษาโควิด ช่วงปี พ.ศ.2559 – 2564 มีแนวโน้มอัตราความสำเร็จของการรักษาลดลงและต่ำกว่าเป้าหมาย ร้อยละ 87.98, 89.15, 89.16, 86.60, 84.90 และ 82.72 ตามลำดับ มีปัญหาผู้ป่วยโควิดต้อยาในพื้นที่ การคัดกรองผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม ผู้ป่วยโควิดเสียชีวิตเกินเป้าหมายที่กำหนด พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ 65 ปีที่มีโรคร่วม ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และขาดการกำกับกินยาอย่างต่อเนื่อง

มาตรการ		
1. คัดกรอง ค้นหาเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงต่อการเสียชีวิต	2.พัฒนาระบบดูแลรักษากลุ่มป่วยที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิต	3.ส่งต่อ ติดตามการรักษาอย่างเหมาะสม

การประเมินผลสำเร็จ

3 เดือน - คัดกรองโควิด ใน 7 กลุ่มเสี่ยงร้อยละ 50 - จัดตั้ง case management team ในทุกอำเภอ - ขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยโควิดในระบบ NTIP ภายใน 1 สัปดาห์ ร้อยละ 100 - ค้นหาโควิดและโควิดต้อยา (UNIVERSAL DST) ด้วยการตรวจ Molecular ร้อยละ 100 - กำกับการกินยาและติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง (Digital DOT) ร้อยละ 100 - Dead Case Conference ทุกราย ร้อยละ 100	6 เดือน - คัดกรองโควิด ใน 7 กลุ่มเสี่ยงร้อยละ 80 - ขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยโควิดในระบบ NTIP ภายใน1สัปดาห์ ร้อยละ 100 - ค้นหาโควิดและโควิดต้อยา (UNIVERSAL DST) ด้วยการตรวจ Molecular ร้อยละ 100 - กำกับการกินยาและติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง(Digital DOT) ร้อยละ 100 - Dead Case Conference ทุก ราย ร้อยละ 100	9 เดือน - คัดกรองโควิด ใน 7 กลุ่มเสี่ยงร้อยละ 100 - ทะเบียนรักษาผู้ป่วยโควิดในระบบ NTIP ภายใน 1 สัปดาห์ ร้อยละ 100 - ค้นหาโควิดและโควิดต้อยา (UNIVERSAL DST) ด้วยการตรวจ Molecular ร้อยละ 100 - กำกับการกินยาและติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง(Digital DOT) ร้อยละ 100 - Dead Case Conference ทุก ราย ร้อยละ 100	12 เดือน - อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยโควิดปอดรายใหม่ ร้อยละ 88 - อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยโควิดรายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 90	ตัวชี้วัดที่สำคัญ - อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยโควิดปอดรายใหม่ ร้อยละ 88 - อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยโควิดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 90
---	---	--	--	--

Value Chain/ประเด็น : จังหวัดบุรีรัมย์ลดตายจากโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ด้วยความรู้และการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว				
สถานการณ์/สภาพปัญหา	1.จังหวัดบุรีรัมย์พบผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยมีอัตราป่วยเฉลี่ยย้อนหลัง 5 ปี (ปี 2560 – 2564) เท่ากับ 79.37 ต่อประชากรแสนคน และพบอัตราตายโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีเพิ่มสูงขึ้น โดยมีอัตราตายเฉลี่ยย้อนหลัง 5 ปี (ปี 2560 – 2564) เท่ากับ 24.24 ต่อประชากรแสนคน (เกณฑ์ระดับประเทศปี 2564 ไม่เกิน ร้อยละ 25) 2. จังหวัดบุรีรัมย์ตรวจอัลตราซาวด์พบกลุ่มเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเฉลี่ย 6 ปี ย้อนหลัง (ปี 2559 – 2565) จำนวน 553 ราย (สะสม 3,732 ราย)			
มาตรการ	1. ส่งเสริมความรู้การป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี 2. พัฒนามาตรฐานการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีให้เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ 3. พัฒนามาตรฐานการส่งต่อ การรักษา และฟื้นฟูโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีให้เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ			ตัวชี้วัดที่สำคัญ อัตราตายมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีจังหวัดบุรีรัมย์ไม่เกินระดับประเทศ
การประเมินผลสำเร็จ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
-แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน -จัดประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนงาน - มีแผนงาน/โครงการสร้างความรอบรู้การป้องกันมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในโรงเรียน และชุมชน -มีการออกแบบและพัฒนาสื่อต้นแบบเพื่อประชาสัมพันธ์ให้แก่ประชาชนทั่วไป - ชี้แจงและสนับสนุนการขับเคลื่อนงานอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านกลไก พขอ. -กลุ่มเสี่ยง OV และ CCA ได้รับการคัดกรองด้วยวาจา (Verbal Screening) ร้อยละ 100	-ดำเนินการตามแผนและจัดอบรมสร้างความรอบรู้การป้องกันมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในโรงเรียน ชุมชน และตรวจอูจจาระตามแนวทางกรมควบคุมโรค - เผยแพร่สื่อเกี่ยวกับความรู้และการป้องกันมะเร็งตับและท่อน้ำดีแก่ประชาชนทั่วไป - สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านมาตรฐาน CFGT ร้อยละ 75 - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการออกเทศบัญญัติหรือข้อกำหนดท้องถิ่นเกี่ยวกับการจัดการสิ่งปฏิกูล ร้อยละ 30 - ร้อยละ 50 ของตำบลเสี่ยง ตรวจอูจจาระตามแนวทางกรมควบคุมโรค - ร้อยละ 100 ของผู้ที่ตรวจพบไข้พยาธิใบไม้ตับได้รับการรักษาและติดตามประเมินพฤติกรรม - ร้อยละ 0.5 ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดบุรีรัมย์ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ ร้อยละ 50 ขึ้นไป - ร้อยละ 100 ของผู้มีอาการสงสัยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีเข้าสู่ระบบการส่งต่อตรวจยืนยันและวินิจฉัยโรค ณ รพ.บุรีรัมย์/รพ.แม่ข่าย - ร้อยละ 100 ของผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการรักษา ณ รพ.บุรีรัมย์/รพ.แม่ข่าย - มีระบบฐานข้อมูลป่วยและตายจากมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ถูกต้อง ครบถ้วน	-ดำเนินการจัดอบรมสร้างความรอบรู้การป้องกันมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในโรงเรียน และตรวจอูจจาระตามแนวทางกรมควบคุมโรค - เผยแพร่สื่อเกี่ยวกับความรู้และการป้องกันมะเร็งตับและท่อน้ำดีใน 3 setting (ชุมชน สถานศึกษา และร้านอาหาร/สถานที่ผลิตอาหาร) - สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านมาตรฐาน CFGT ร้อยละ 80 - สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านมาตรฐานตามกฎหมาย ร้อยละ 20 - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการออกเทศบัญญัติหรือข้อกำหนดท้องถิ่นเกี่ยวกับการจัดการสิ่งปฏิกูล ร้อยละ 40 - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาล ร้อยละ 3 - ร้อยละ 100 ของตำบลเสี่ยง ตรวจอูจจาระตามแนวทางกรมควบคุมโรค - ร้อยละ 100 ของผู้ที่ตรวจพบไข้พยาธิใบไม้ตับได้รับการรักษาและติดตามประเมินพฤติกรรม - ร้อยละ 0.5 ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดบุรีรัมย์ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ ร้อยละ 100 - ร้อยละ 100 ของผู้มีอาการสงสัยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีเข้าสู่ระบบการส่งต่อตรวจยืนยันและวินิจฉัยโรค ณ รพ.บุรีรัมย์/รพ.แม่ข่าย - ร้อยละ 100 ของผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการรักษา ณ รพ.บุรีรัมย์/รพ.แม่ข่าย - มีระบบฐานข้อมูลป่วยและตายจากมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่ถูกต้อง ครบถ้วน	-วัดความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติตัว ในประชากรกลุ่มเสี่ยง - สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านมาตรฐาน CFGT ร้อยละ 85 - สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านมาตรฐานตามกฎหมายร้อยละ 30 - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการออกเทศบัญญัติหรือข้อกำหนดท้องถิ่นเกี่ยวกับการจัดการสิ่งปฏิกูล ร้อยละ 50 - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาล ร้อยละ 5 -อัตราตายมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีจังหวัดบุรีรัมย์ไม่เกินระดับประเทศ	
ที่มา : กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.บุรีรัมย์				

Value Chain/ประเด็น ขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน ให้มีประสิทธิผลและคุณภาพ

สถานการณ์/ สภาพปัญหา	1. อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ MMR = 0 2. หญิงตั้งครรภ์โภชนาการตามเกณฑ์ ร้อยละ 69.01 (ร้อยละ 80) 3. หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 12.82 (ไม่เกินร้อยละ 14)	4. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี 19.41 (เกณฑ์ไม่เกิน 23 ต่อพันประชากร) 5. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 9.12 (ไม่เกินร้อยละ 7) 6. หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 62.48 (เกณฑ์ร้อยละ 75)
-------------------------	--	--

มาตรการ

1.เพิ่มการเข้าถึงการบริการก่อนการตั้งครรภ์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ -จัดตั้งคลินิกวางแผนครอบครัวเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ พร้อมดำเนินการจ่ายยา Folic ก่อนการตั้งครรภ์ -จัดกิจกรรมรณรงค์สาวไทยแถมแดงในหญิงวัยเจริญพันธุ์ทุกอำเภอ	2.พัฒนาระบบฝากครรภ์คุณภาพ - พัฒนา ANC คุณภาพให้ได้รับถ้วน ตามเกณฑ์มาตรฐาน -ส่งเสริมให้มีการตรวจไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ตามมาตรฐาน -พัฒนา / จัดตั้ง Preconception Clinic ในโรงพยาบาล -สนับสนุนเครื่องมือที่สำคัญ เช่น ultrasound / NST -ส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมสนับสนุน นม ไข่ ในหญิงตั้งครรภ์/หลังคลอด - พัฒนาศูนย์บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน - มีกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในวัยรุ่นผ่าน @Line teen club ในโรงเรียน	3.พัฒนาระบบเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนการดูแลมารดาคลอด -พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ห้องคลอด หลังคลอด -พัฒนาระบบการส่งต่อหญิงคลอดแบบไร้รอยต่อ -พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมหลังคลอดตามระยะเวลาที่กำหนด	4.บูรณาการเยี่ยมหลังคลอดโดยภาคีเครือข่าย -สนับสนุน พขอ./ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมเยี่ยมหลังคลอด การรับขวัญเด็กหลังคลอด - การติดตามเยี่ยมวัยรุ่นหลังคลอดภายใน 42 วันทุกราย -ส่งเสริม ดูแล และติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยอย่างน้อย 6 เดือน
--	---	---	---

การประเมินผลสำเร็จ

3 เดือน - ทบทวนคำสั่งคณะกรรมการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน - มีแผนการดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน .	6 เดือน - มีการดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน ร้อยละ 50 - หญิงตั้งครรภ์มีโภชนาการตามเกณฑ์ ร้อยละ 60 -ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 9 - อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 21 ต่อพันคน - หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 65	9 เดือน - มีการดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน ร้อยละ 80 - หญิงตั้งครรภ์มีโภชนาการตามเกณฑ์ ร้อยละ 70 -ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 8 - อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 22 ต่อพันคน - หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 70	12 เดือน -มีการดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน ร้อยละ 100 -หญิงตั้งครรภ์มีโภชนาการตามเกณฑ์ ร้อยละ 80 -ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 7) - อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 23 ต่อพันคน - หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 75	ตัวชี้วัดที่สำคัญ - อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ - หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ไม่เกินร้อยละ 14 - หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ 8 ครั้งตามเกณฑ์ คุณภาพ ร้อยละ 50 - หญิงตั้งครรภ์มีโภชนาการตามเกณฑ์ ร้อยละ 80 - อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 23 ต่อพันคน - ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม . ไม่เกินร้อยละ 7 - หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 75 - หญิงหลังคลอดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน ร้อยละ 75 - ตำบลดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน ร้อยละ 100
---	--	--	---	---

Value Chain/ประเด็น ขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน ให้มีประสิทธิผลและคุณภาพ

สถานการณ์/ สภาพปัญหา	1. เด็กอายุ 9,18,30,42,60 เดือน ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 90.09 (เกณฑ์ร้อยละ 90)	4. เด็ก 0-5 ปี สูงตีสมีส่วน ร้อยละ 59.58 (เกณฑ์ร้อยละ 64)	7. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี ชาย 108.70 (เกณฑ์ 113) หญิง 108.11 (เกณฑ์ 112)
	2. การค้นหาเด็กพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 1.12 (ควรพบประมาณ ร้อยละ 5)	5. เด็ก 0-5 ปี มีภาวะเตี้ย ร้อยละ 12.09 (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 10)	8. ต้นแบบสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเล่นเปลี่ยนโลก 42 แห่ง
	3. เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I	6. เด็ก 0-5 ปี มีภาวะผอม ร้อยละ 6.20 (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 5)	9. โครงการอาหารเข้าในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 21 แห่ง

มาตรการ

1. ส่งเสริมและสนับสนุนดูแลภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย - เฝ้าระวังและติดตามผล HCT/CBC ของเด็กอายุ 6-12 เดือน เพื่อส่งต่อรักษา - ส่งเสริมให้ผู้ปกครอง ครูของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย มีความรู้ในการดูแลโภชนาการเด็ก (เด็กเตี้ย, อ้วน, ผอม) - สนับสนุนพขอ.ขับเคลื่อนโดยคืนข้อมูลด้านโภชนาการ และโลหิตจาง เพื่อส่งเสริมให้อปท. สนับสนุนศูนย์เด็กเล็ก มีอาหารเข้า และมีอุปกรณ์เครื่องมือ DSPM - อาหารตามวัย เน้นการติดตามดูช่วงอายุ 6,9,12 เดือน	2. ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจให้พ่อ แม่ ผู้ปกครอง ครูผู้เลี้ยงดูเด็ก และ บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีความรู้ทักษะ ในการเลี้ยงดูให้เด็กมีพัฒนาการตามเกณฑ์ - พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข อสม.เชี่ยวชาญ และภาคีเครือข่าย - ขับเคลื่อนการดำเนินงานโรงเรียนพ่อแม่คุณภาพในคลินิกสุขภาพเด็กดี - พัฒนาศักยภาพ WCC ตามมาตรฐาน - ส่งเสริมต้นแบบการดำเนินงานโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวก โดยครอบคลุมมีส่วนร่วม TripleP - ส่งเสริมกิจกรรมการให้ความรู้ผู้ปกครอง ปู่ ย่า ตา ยาย เรื่องพัฒนาการเด็ก DSPM การสร้างวินัยเชิงบวก โภชนาการ - ส่งเสริมสนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์การดูแลเด็กปฐมวัย Health Station สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และ อสม.	3. ส่งเสริมการเข้าถึงบริการของเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า - ติดตามเชิงรับ เชิงรุก หรือผ่านสื่อโทรศัพท์ท่อนไลน์ - มีระบบการตรวจสอบรายชื่อเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการส่งสัยล่าช้า และพัฒนาการล่าช้า - ติดตาม คืนข้อมูลให้หน่วยบริการทุกเดือน เดือนละ 2 ครั้ง - Coaching อำเภอ ตำบล ที่มีผู้รับผิดชอบงานใหม่/ที่มีปัญหา	4. ขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีคุณภาพ - ส่งเสริมให้อำเภอมีการประเมินมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย - ส่งเสริมให้ความรู้ครูผู้ดูแลเด็ก มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องพัฒนาการเด็ก โภชนาการเด็ก ฟัน และการป้องกันควบคุมโรค 4D - สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีการจัดกิจกรรมเล่นเปลี่ยนโลก
--	--	---	---

การประเมินผลสำเร็จ

3 เดือน - ระดับความสำเร็จพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์ (ตามเกณฑ์ระดับความสำเร็จ) - ระดับความสำเร็จเด็ก 0-5 ปี สูงตีสมีส่วน (ตามเกณฑ์ระดับความสำเร็จ) - ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 20) - ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีการจัดกิจกรรมเล่นเปลี่ยนโลก (ร้อยละ 5)	6 เดือน - ระดับความสำเร็จพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์ (ตามเกณฑ์ระดับความสำเร็จ) - ระดับความสำเร็จเด็ก 0-5 ปี สูงตีสมีส่วน (ตามเกณฑ์ระดับความสำเร็จ) - ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 30) - ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีการจัดกิจกรรมเล่นเปลี่ยนโลก (ร้อยละ 10)	9 เดือน - ระดับความสำเร็จพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์ (ตามเกณฑ์ระดับความสำเร็จ) - ระดับความสำเร็จเด็ก 0-5 ปี สูงตีสมีส่วน (ตามเกณฑ์ระดับความสำเร็จ) - ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 40) - ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีการจัดกิจกรรมเล่นเปลี่ยนโลก (ร้อยละ 15)	12 เดือน - ระดับความสำเร็จพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์ (ตามเกณฑ์ระดับความสำเร็จ) - ระดับความสำเร็จเด็ก 0-5 ปี สูงตีสมีส่วน (ตามเกณฑ์ระดับความสำเร็จ) - ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 50) - ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีการจัดกิจกรรมเล่นเปลี่ยนโลก (ร้อยละ 20)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ - ร้อยละของเด็ก 6-12 เดือน ได้รับการคัดกรอง HCT/CBC ร้อยละ 80 - ร้อยละของเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 80 - ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42,60 เดือน ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 95 - ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42,60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 - ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42,60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม ร้อยละ 95 - ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ร้อยละ 80 - ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี สูงตีสมีส่วน ร้อยละ 64 - ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 50 - ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีการจัดกิจกรรมเล่นเปลี่ยนโลก ร้อยละ 20
--	---	---	--	---

Value Chain/ประเด็น : บุคลากรมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีขึ้น

สถานการณ์/ สภาพปัญหา	จาก Change & Disruption to VUCA World	- Generation Gap - New Normal	- Technology & Social Media
-------------------------	---------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------

มาตรการ

1. Trust & Teamwork 1.1 ส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจในตัวเอง และความเชื่อใจระหว่างบุคคล โดย - พัฒนาศักยภาพบุคลากรตาม Service Plan / องค์กร 1.2 ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม - บุคคล : Buddy - หน่วยงาน : Node	2. Talent - ส่งเสริมคนเก่ง ให้เข้าสู่ตำแหน่งทางการ บริหาร/ตำแหน่งสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ โดยการพัฒนาศักยภาพผู้บริหาร
---	--



Targets ; สสจ. -> เขตสุขภาพ -> MOPH

Technology + การทำงานวิถีใหม่

การประเมินผลสำเร็จ

3 เดือน - คณะกรรมการ Service Plan กำหนดหลักสูตร/โครงการสำคัญ สำหรับพัฒนาบุคลากร - CHRO กำหนดแนวทางการ พัฒนาสมรรถนะทางการบริหาร ในทุกระดับ	6 เดือน - หน่วยงานกำหนดแผนพัฒนา บุคลากรตาม Service plan - สสจ.กำหนดแผนพัฒนา สมรรถนะทางการบริหาร - ดำเนินการตามแผนพัฒนา บุคลากร/แผนพัฒนาสมรรถนะ	9 เดือน - ดำเนินเนินการตามแผนพัฒนา บุคลากร/แผนพัฒนาสมรรถนะ	12 เดือน - ประเมินผลการพัฒนาบุคลากร แผนพัฒนาบุคลากร/แผนพัฒนา สมรรถนะ
--	---	---	--

ตัวชี้วัดที่สำคัญ ร้อยละของระดับความสำเร็จในการพัฒนาบุคลากร (Hybrid)

การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิต

โดย

แพทย์หญิงวันรวิ พิมพีรัตน์
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
โรงพยาบาลบุรีรัมย์

Value Chain/ประเด็น : ผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงบริการและได้รับการดูแลที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

สถานการณ์/ สภาพปัญหา	1 ผู้ทำร้ายตนเองเสียชีวิต คิดเป็นอัตรา 6.52 ต่อประชากรแสนคน 2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ คิดเป็นร้อยละ 102.79	3. ผู้ป่วยจิตเวชก่อเหตุรุนแรงจากการขาดยา คิดเป็นร้อยละ 46.88 4. ผู้ป่วยในที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ร้อยละ 52.82
-------------------------	--	---

มาตรการ

1.การค้นหา คัดกรองผู้ป่วยใหม่	2. การเข้าถึงบริการ	3. ระบบส่งต่อที่รวดเร็วและได้มาตรฐาน	4. การพัฒนาศักยภาพในการให้บริการ
มีการคัดกรอง เฝ้าระวัง ในกลุ่มเสี่ยง - กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง - กลุ่มผู้ด้อยโอกาสและกลุ่มเปราะบาง - กลุ่มผู้พิการ - กลุ่มผู้ติดสุรา-สารเสพติด - กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง - ประชาชนทั่ว อายุ 15 ปีขึ้นไป	- จัดตั้งกลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด ใน รพ.ทุกแห่ง - มีบุคลากรครบตามเกณฑ์ที่พร้อม ให้บริการ - มียาและเวชภัณฑ์ที่ให้บริการสุขภาพจิต ได้มาตรฐานใน รพ.ชุมชนทุกแห่ง - มีบริการรักษาผู้ป่วยใน รพศ.และรพท.	- มีกลุ่มไลน์ของจังหวัดในการปรึกษาอาการ ของผู้ป่วย - มีระบบการส่งต่อจาก รพท./รพช.ถึง รพศ. ที่สะดวกและรวดเร็ว ทั้งในและนอกเวลา ราชการ โดยผ่านทางศูนย์ส่งต่อฯของ รพ.ทุก แห่ง ตรงถึงจิตแพทย์ และหอผู้ป่วยใน สุพรรณิการ์ของรพศ. - มีบุคลากรทางด้านสุขภาพจิตพร้อมให้บริการ	- การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตให้ได้มาตรฐาน - มีการอบรม/ประชุมพัฒนาศักยภาพบุคลากร ให้มีความเชี่ยวชาญ ในการดูแลผู้ป่วยด้วยโรค ที่สำคัญและโรคจิตจากสุราและยาเสพติด - รพช.มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้ - รพศ.สามารถเป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาพร้อม แก้ปัญหากับรพช.ได้

การประเมินผลสำเร็จ

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
- จัดทำแผนงาน/โครงการ - คัดกรองกลุ่มเสี่ยงและประชาชน ทั่วไปอายุ 15 ปีขึ้นไป - ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการบำบัดรักษา - ส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยสู่สถาน บริการใกล้บ้านและชุมชน	- สร้างความเข้มแข็ง ความร่วมมือ ส่งต่อข้อมูล ของภาคีเครือข่ายทุก ภาค - พัฒนาระบบส่งต่อรักษาให้ได้ มาตรฐานสะดวกและรวดเร็ว - พัฒนาศักยภาพบุคลากร รพ.,รพ สต., อสม. และแกนนำชุมชน	- ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีม สหวิชาชีพและเครือข่าย - พัฒนาระบบบริการและการเฝ้า ระวังเพื่อลดการก่อเหตุรุนแรง ของผู้ป่วยจิตเวช	- จัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ในโรงพยาบาล F1-F2 เพื่อ ตามมาตรฐานระดับ 1 ทุกด้าน - จัดตั้งหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ในโรงพยาบาลทั่วไป - ประเมินการดำเนินงานตาม ตัวชี้วัด	- อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร - ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความ รุนแรง ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ ภายใน 1 ปี มากกว่าร้อยละ 95 - ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนมีการจัดตั้งกลุ่มงาน สุขภาพจิตและยาเสพติด เท่ากับร้อยละ 100

การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

- การส่งเสริมให้เกิดผู้สูงอายุคุณภาพ

การขับเคลื่อนเชิงระบบ

- Chief Monitoring and Evaluation Officer (CMEO)

โดย

กัณฑ์แพทย์จิรศักดิ์ ทิพย์สุนทรชัย
กัณฑ์แพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านกัณฑ์สาธารณสุข)
หัวหน้ากลุ่มงานกัณฑ์สาธารณสุข

Value Chain/ประเด็นส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และยกระดับการบริการรองรับสังคมสูงอายุ

สถานการณ์/ สภาพปัญหา	การเพิ่มขึ้น ประชากรผู้สูงอายุที่รวดเร็ว ปี 2565 ร้อยละของประชากรผู้สูงอายุ ระดับประเทศ ร้อยละ 20.93 ระดับเขต ร้อยละ 22.75 จังหวัดบุรีรัมย์ ร้อยละ 22.41 และเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงลดลง จากผู้สูงอายุติดสังคม ร้อยละ 98.46 ติดบ้าน ร้อยละ 1.19 และติดเตียง ร้อยละ 0.35
-------------------------	---

มาตรการ

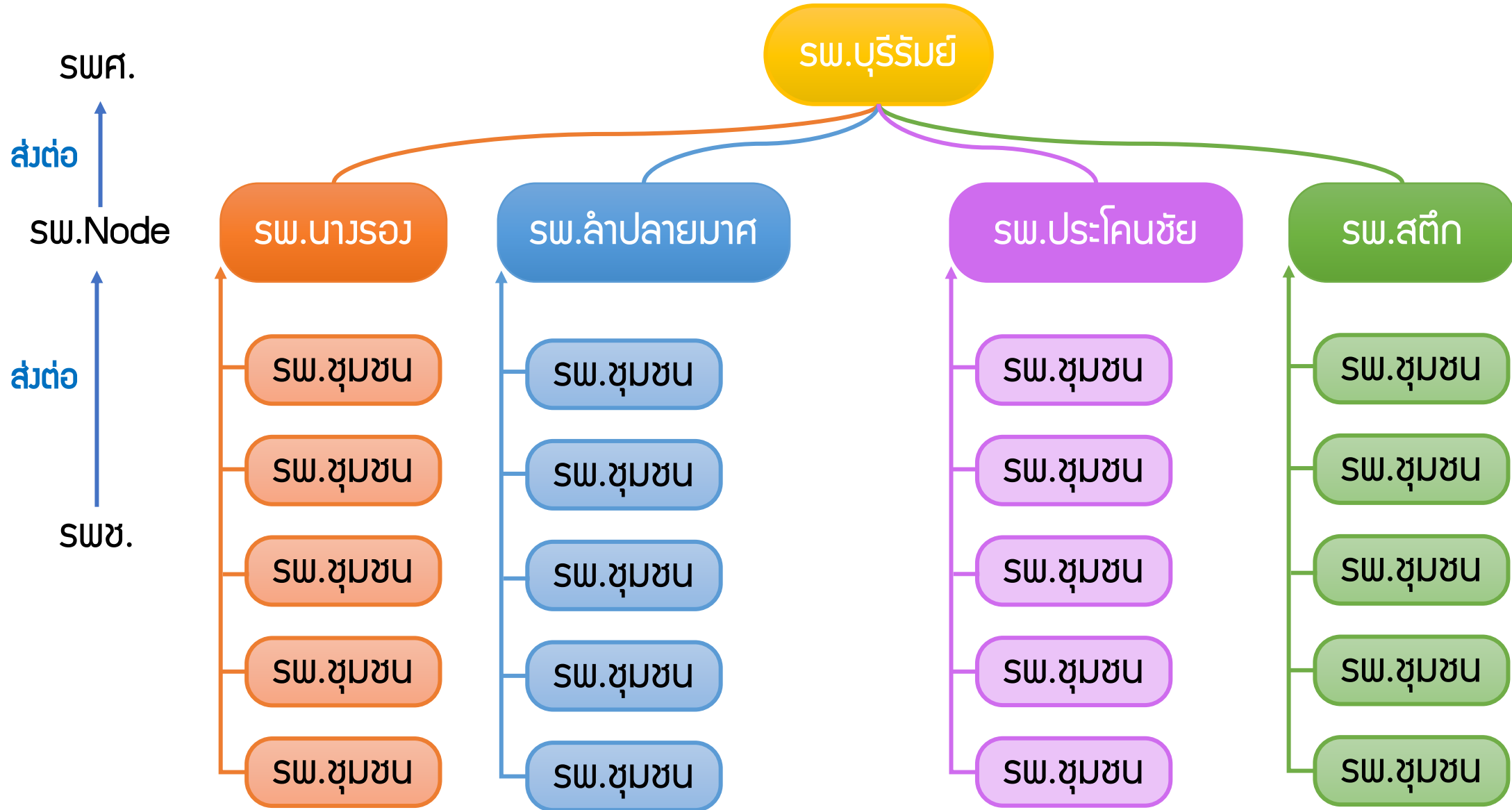
1 ส่งเสริมการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 4 ดี (ฟันดี หูดี ตาดี จิตดี) - ติดตามข้อมูลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 4 ดี - คัดเลือกชมรมผู้สูงอายุ 4 ดี (ฟันดี หูดี ตาดี จิตดี) จำนวน 1 แห่ง/อำเภอ ดำเนินการคัดกรองผู้สูงอายุ 4 ดีในชมรม และที่พบผิปกติได้รับการแก้ไข - ส่งเสริมการจัดกิจกรรมในชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ	2. สนับสนุนการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง - จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง - พัฒนาระบบการส่งต่อจากคลินิกผู้สูงอายุ จากโรงพยาบาลชุมชนไปยังโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์	3. เพิ่มการเข้าถึงบริการระบบ LTC ในชุมชน - พัฒนาศักยภาพ ใน CM และ CG ในการดูแลผู้สูงอายุพึ่งพิง - ผลักดัน อปท. เข้าสู่ระบบตำบล LTC ให้ครบ 100%
---	---	---

การประเมินผลสำเร็จ

3 เดือน 1. ส่งเสริม/สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง สุขภาพ 11 เรื่อง 2. ชี้แจงกระบวนการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ 4 ดี 3. ดำเนินการคัดเลือกชมรมผู้สูงอายุ 4 ดี 1 แห่ง/อำเภอ 4. ชี้แจงแนวทางการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ	6 เดือน 1. ร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพ 2. มีขับเคลื่อนการดำเนินงานตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ LTC 3. ร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุติดสังคมในชมรมได้รับการคัดกรอง พบผิปกติ ทั้ง 4 ด้าน ได้รับการส่งต่อ หรือรักษา 4. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ 4 ดี ได้รับการคัดกรอง และจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) 5. ร้อยละ 96 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan 6. มีทีมและเครือข่ายการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ	9 เดือน 1. ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพ 2. ร้อยละ 90 ของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ LTC 3. ร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุติดสังคมในชมรมได้รับการคัดกรอง พบผิปกติ ทั้ง 4 ด้าน ได้รับการส่งต่อ หรือรักษา 4. ผู้สูงอายุในชมรม 4 ดี ที่พบผิปกติ ได้รับการแก้ไข 5. ร้อยละ 97 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan 6. จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง	12 เดือน 1. ร้อยละ 95 ของผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพ 2. ร้อยละ 100 ของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ LTC 3. ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุติดสังคมในชมรมที่ได้รับการคัดกรอง พบผิปกติ ทั้ง 4 ด้าน ได้รับการส่งต่อ หรือรักษา 4. มีชมรมผู้สูงอายุ 4 ดี คุณภาพ 1 แห่งต่ออำเภอ 5. ร้อยละ 98 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan 6. คลินิกผู้สูงอายุทุกแห่งจัดให้มีบริการอย่างน้อย 1 วันต่อสัปดาห์	ตัวชี้วัดที่สำคัญ - ร้อยละ 95 ของผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพ - ร้อยละ 100 ของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ LTC - ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุติดสังคมในชมรมที่ได้รับการคัดกรอง พบผิปกติ ทั้ง 4 ด้าน ได้รับการส่งต่อ หรือรักษา (มีพี่น้องอย่างน้อย 20 ชี และไม่น้อยกว่า 4 คู่สับ ที่พบสายตาคิดปกติได้รับการแก้ไข (แว่นสายตา) การได้ยินและสงสัยว่าเป็นซึมเศร้า ได้รับการส่งต่อหรือรักษา) - มีชมรมผู้สูงอายุ 4 ดี คุณภาพ 1 แห่งต่ออำเภอ - ร้อยละ 98 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแล ตาม Care Plan - มีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งที่จัดให้มีบริการอย่างน้อย 1 วันต่อสัปดาห์และมีระบบการส่งต่อผู้สูงอายุ
---	---	---	---	---

ระบบการส่งต่อคลินิกผู้สูงอายุ

จากโรงพยาบาลชุมชนไปยังโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์



Value Chain ผู้สูงอายุติดสังคมได้รับการผ่าตัดต้อกระจก (Blinding cataract) ภายใน 30 วัน

สถานการณ์/
สภาพปัญหา

1. พบผู้ป่วย Blinding cataract ในชุมชนตกค้าง ไม่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก (เกณฑ์กระทรวง 85% แต่ผลงานปี 65=65.26%)
2. แหล่งสนับสนุนแว่นตาสำหรับตัดแว่นให้แก่ผู้สูงอายุติดสังคมที่มีปัญหาด้านสายตาสั้น/ยาว มีค่อนข้างน้อย

มาตรการ

1 การคัดกรอง

- เร่งรัดการคัดกรองสายตาในผู้สูงอายุติดสังคม (ADL = 12 ขึ้นไป) โดยใช้กลไก 3 หมอ

2. การวินิจฉัย

- ผู้สูงอายุมีระดับสายตา VA<20/200 ฟุต (20/20 15/20 10/200 5/200 FC HM PJ PL noPL)
- ได้รับการตรวจยืนยันเป็นผู้ป่วยต้อกระจก โดยพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา/จักษุแพทย์

3. การส่งต่อ/รักษา

- รพสต./รพ./อบต. อำนวยความสะดวกรับส่งผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก
- ผู้สูงอายุได้รับการผ่าตัดต้อกระจกใน 30 วัน ณ รพ.บุรีรัมย์ รพ.นางรอง รพ.สตึก รพ.ห้วยราช และ รพ.ที่จัดบริการผ่าตัดต้อกระจก
- ผู้สูงอายุได้รับการตัดแว่นแก้ปัญหาด้านสายตาสั้น/ยาว

4. การติดตาม

- กำกับติดตามผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด หลังผ่าตัด 7 วัน และ 30 วัน
- จัดทำสรุปผลผู้สูงอายุที่ปฏิเสธการรักษา และวางแผนช่วยเหลือ เพื่อให้ได้เข้าถึงระบบบริการรักษาต่อไป

การประเมินผลสำเร็จ

3 เดือน

- คัดกรองสายตา 50%
- ผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจก ได้รับการผ่าตัดใน 30 วัน

6 เดือน

- คัดกรองสายตา 75%
- ผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจก ได้รับการผ่าตัดใน 30 วัน
- ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสายตาได้รับการตัดแว่น 2%

9 เดือน

- ผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจก ได้รับการผ่าตัดใน 30 วัน
- ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสายตาได้รับการตัดแว่น 4%

12 เดือน

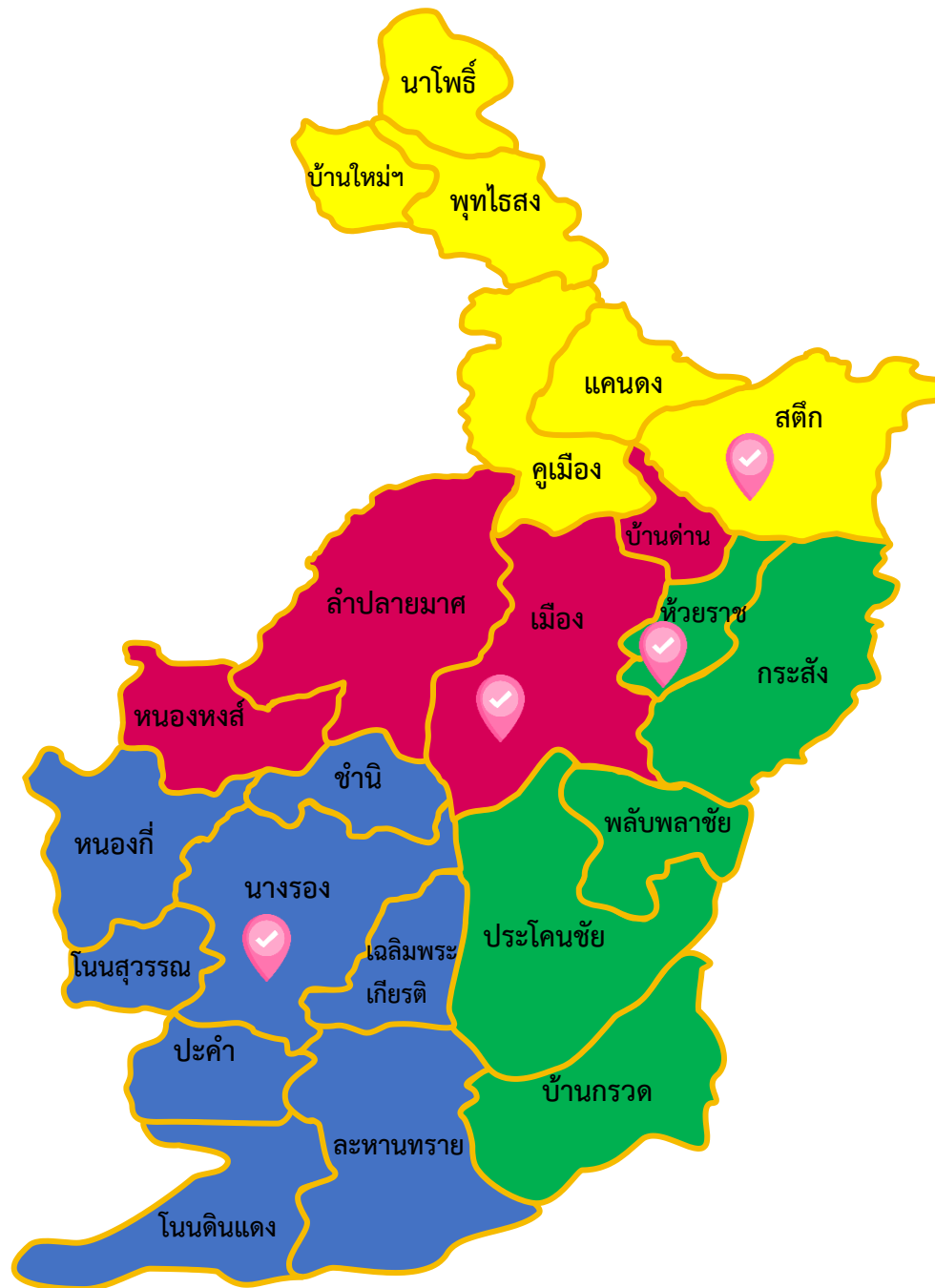
- ผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจก ได้รับการผ่าตัดใน 30 วัน
- ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสายตาได้รับการตัดแว่น 5%

ตัวชี้วัดที่สำคัญ

- ผู้สูงอายุติดสังคมได้รับการคัดกรองสายตา 75%
- ผู้สูงอายุที่พบ Blinding cataract ได้รับการผ่าตัดใน 30 วัน 20%
- ผู้สูงอายุติดสังคมที่มีปัญหาเรื่องสายตาสั้น/สายตายาว ได้รับการตัดแว่น 5%

Service Mapping

ปีงบประมาณ 2566



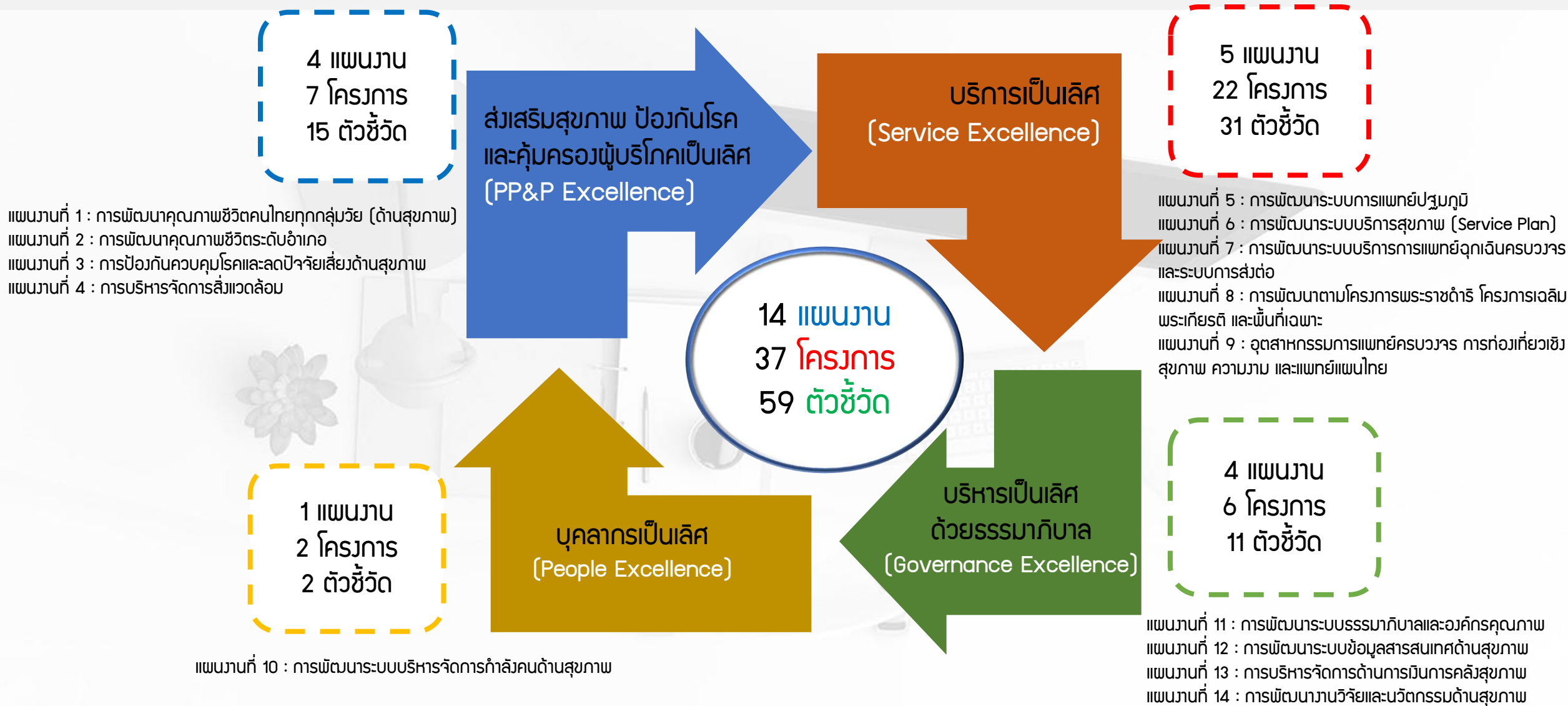
เปิดให้บริการรักษาโรคทางตา

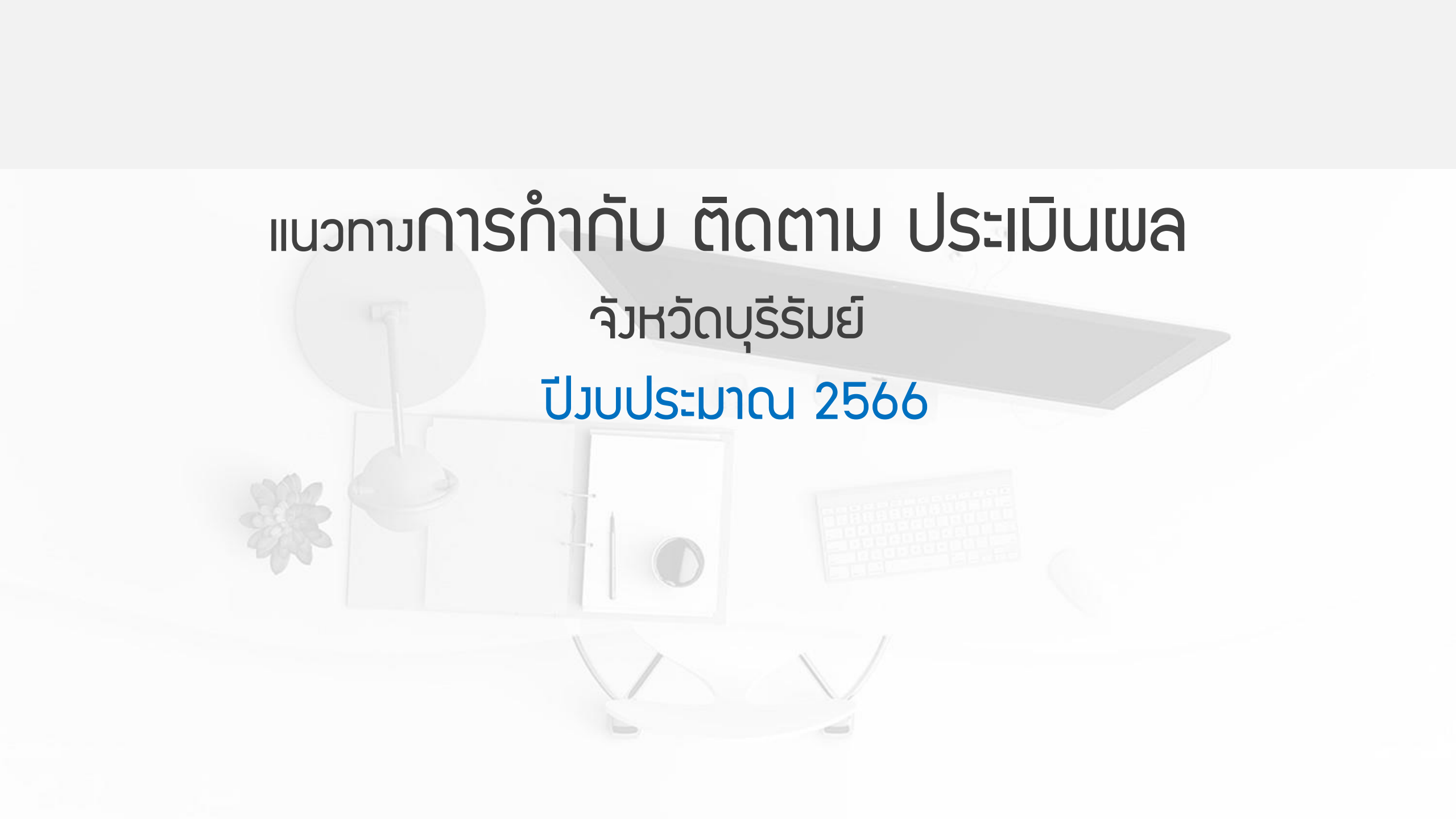
คณะกรรมการขับเคลื่อน การกำกับ ติดตาม และประเมินผล (CMEO)

นายจิรศักดิ์ ภิรมย์สุนทรชัย
ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข)
ประธานคณะกรรมการ CMEO

(ร่าง) แผนงาน/โครงการ และตัวชี้วัด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ของกระทรวงสาธารณสุข





แนวทางการกำกับ ติดตาม ประเมินผล

จังหวัดบุรีรัมย์

ปีงบประมาณ 2566

การกำหนดโซน ในการกำกับ ดูแล ติดตาม นิเทศและประเมินผล



Zone1 “เมืองหงส์ ด้านข้าลำมาศ”
เมือง หนองหงส์ บ้านด่าน ชำนิ ลำปลายมาศ



Zone2 “ตึกสงใหม่ ดงคูนา”
สตึก พุทโรสง บ้านใหม่ไชยพจน์ แคนดง คูเมือง นาโพธิ์



Zone4 “สองโนนคำ ที่นางละหาน”
โนนดินแดง โนนสุวรรณ ปะคำ หนองกี่ นางรอง ละหานทราย



Zone3 “เฉลิมราช พลับพลาสัง กรวดประโคน”
เฉลิมพระเกียรติ ห้วยราช พลับพลาชัย กระสัง บ้านกรวด ประโคนชัย

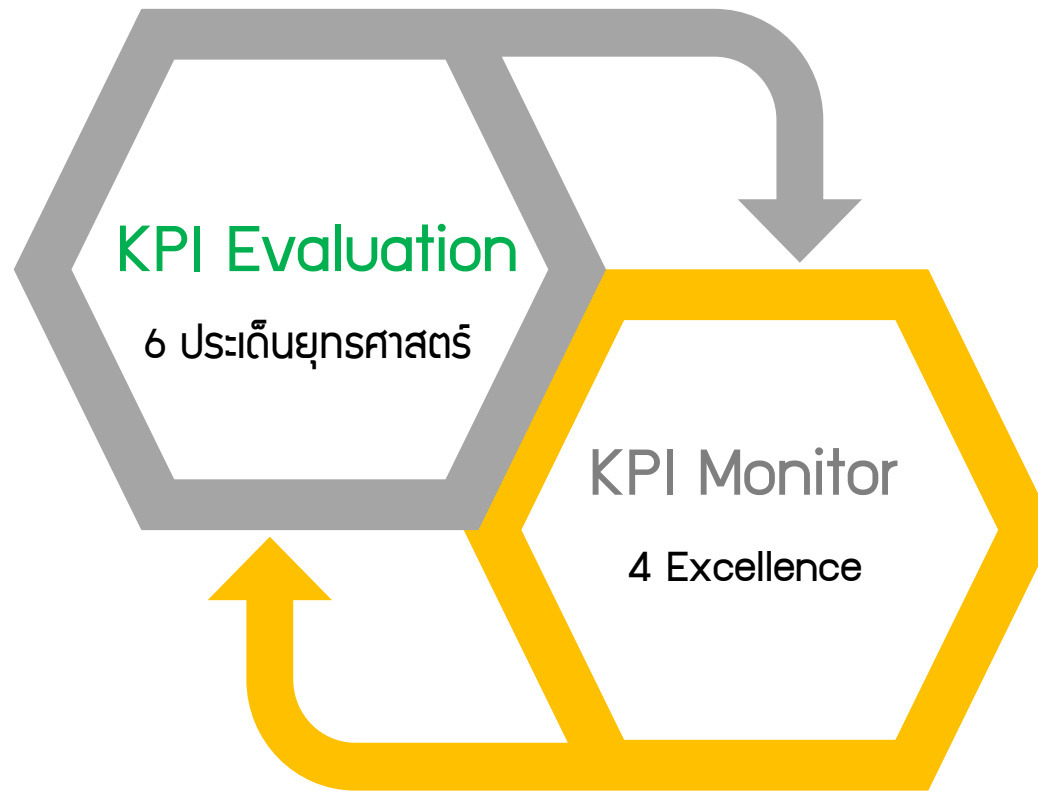


(ร่าง) ตัวชี้วัดงานสาธารณสุข จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2566

Goal : ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

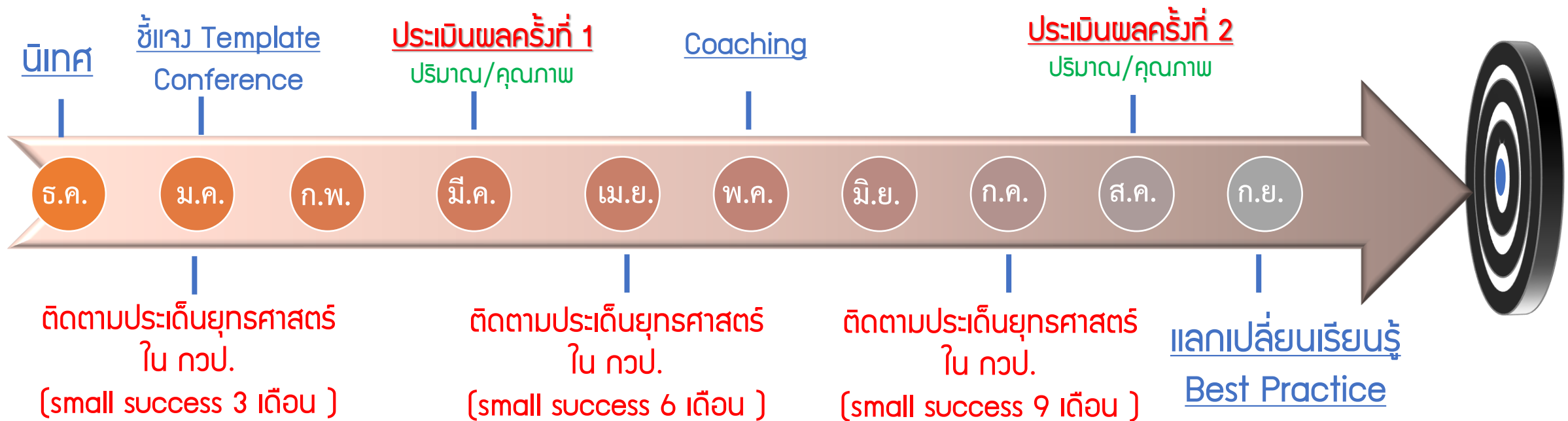
Vision : บุรีรัมย์เมืองสุขภาพดี มีเทคโนโลยีดิจิทัลที่ก้าวหน้า ร่วมพัฒนาโดยภาคี

- 1.ลดป่วย ลดตาย ด้วยโรคที่สำคัญ ได้แก่ RTI/ TB/ Stroke STEMI/ มะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี
- 2.ขับเคลื่อน**มหัศจรรย์ 1000 วัน**สู่ 2500 วัน ให้มีประสิทธิผลและคุณภาพ
- 3.ส่งเสริมให้เกิด**ผู้สูงอายุคุณภาพ**
- 4.พัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วย**โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง**สู่ชุมชนสุขภาพดี (NCD cluster & Wellness and sport city)
- 5.ผลักดัน**กัญชาและสมุนไพร**ทางการแพทย์ (Medical cannabis and Herbal city)
- 6.ส่งเสริมการดูแล**สุขภาพจิต**อย่างเป็นระบบ (Mental Health care)



PP&P Excellence
People Excellence
Service Excellence
Governance Excellence

(ร่าง) **Timeline** การดำเนินงาน จังหวัดบุรีรัมย์ ปีงบประมาณ 2566



THANK YOU



การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

ผลักดันกัญชาและสมุนไพรทางการแพทย์

โดย

เกษกรกนกพร ชนะคำ

เกษกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข)

หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

Value Chain/ ประเด็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพคลินิกกัญชาและสมุนไพรทางการแพทย์

สถานการณ์/ สภาพปัญหา	1. ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้เนื่องจากขาดกระบวนการค้นหาและคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ 2. ขาดงานวิจัยกัญชาและสมุนไพรทางการแพทย์เพื่อสนับสนุนความเชื่อมั่นบุคลากรในการสั่งใช้ยา และขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ในการสั่งใช้ยาในข้อบ่งใช้ใหม่ๆ
-------------------------	--

มาตรการ

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์อย่างปลอดภัย

- คัดกรองและค้นหาผู้ป่วย Palliative care และผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการใช้กัญชาทางการแพทย์
- พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านความรู้ความเข้าใจในการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์

2. ส่งเสริมงานวิจัยกัญชาและสมุนไพรทางการแพทย์

- พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการวิจัยกัญชาและสมุนไพรทางการแพทย์

3. ส่งเสริมและสนับสนุนการใช้กัญชาและสมุนไพรทางการแพทย์ใน Service Plan

- พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในการสั่งใช้ยา กัญชาและสมุนไพรทางการแพทย์ ให้สอดคล้องกับ Service Plan สาขาต่างๆ

การประเมินผลสำเร็จ

3 เดือน

- 1. มีการค้นหาผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคและผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative Care) เพื่อให้ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์
- 2. หน่วยบริการมีแผนการดำเนินงานวิจัยด้านสมุนไพรและกัญชาทางการแพทย์

6 เดือน

- 1. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ร้อยละ 3
- 2. หน่วยบริการมีโครงร่างงานวิจัยด้านสมุนไพรและกัญชาทางการแพทย์

9 เดือน

- 1. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นร้อยละ 3
- 2. หน่วยบริการมีการดำเนินงานวิจัยด้านสมุนไพรและกัญชาทางการแพทย์

12 เดือน

- 1. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 5
- 2. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นร้อยละ 5
- 3. มีงานวิจัยด้านกัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรในจังหวัด อย่างน้อย 2 เรื่อง

ตัวชี้วัดที่สำคัญ

- ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นร้อยละ 5
- ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 5
- มีงานวิจัยด้านกัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรในจังหวัด อย่างน้อย 2 เรื่อง

แนวทางการจัดทำแผนงานโครงการ ปี 2566

โดย

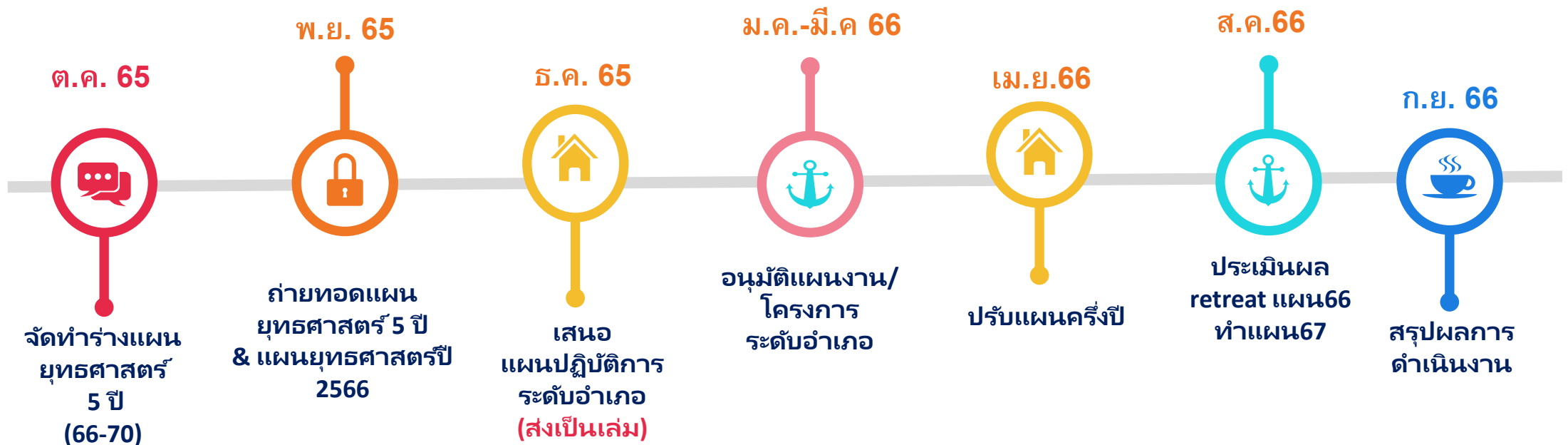
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สารานุกรมสุข



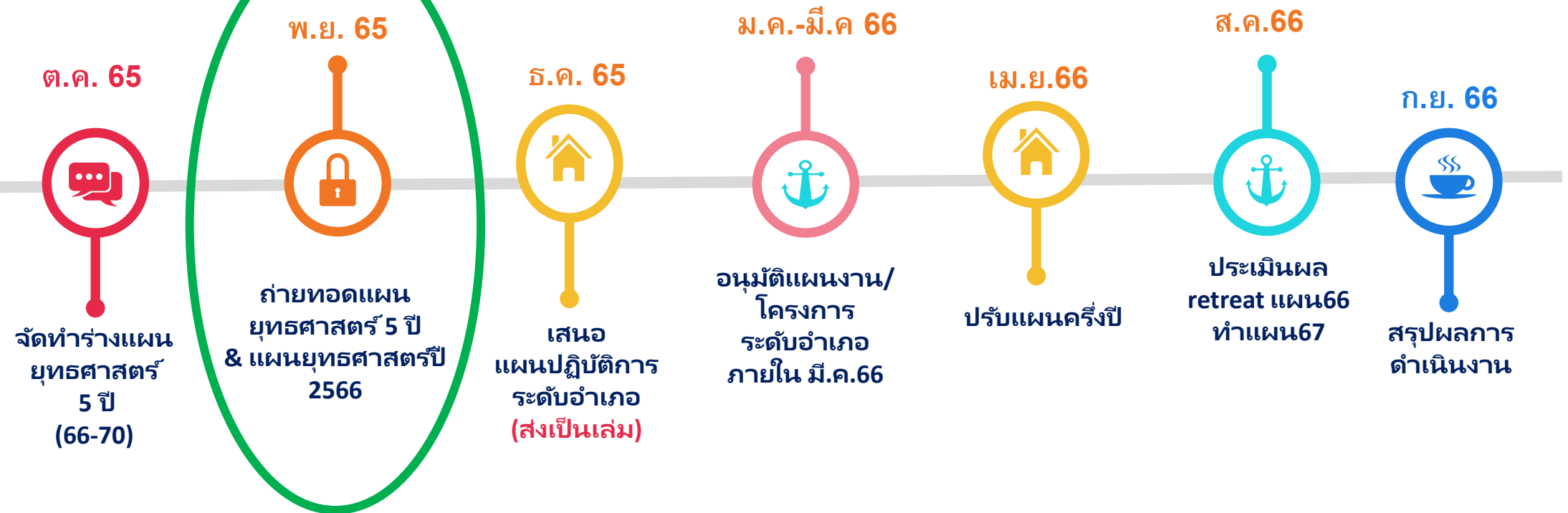
แนวทางการจัดทำ แผนปฏิบัติการ ระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2566

มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

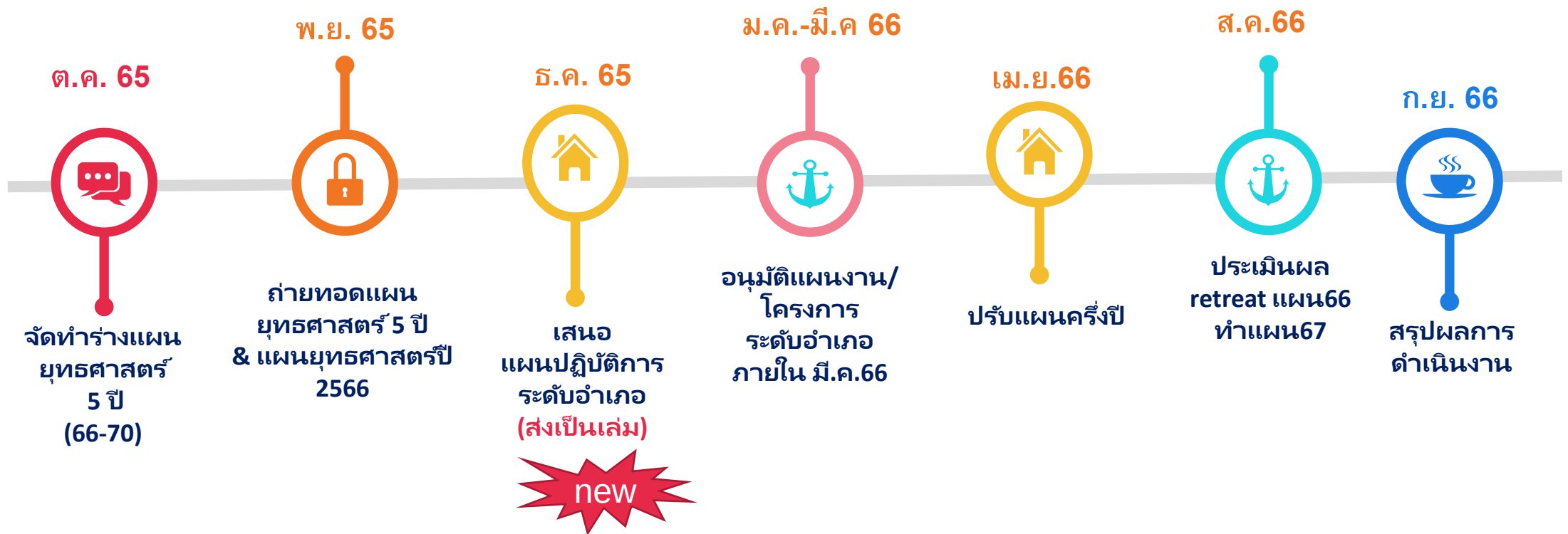
Timeline การจัดทำแผนงาน/โครงการ ปี 2566



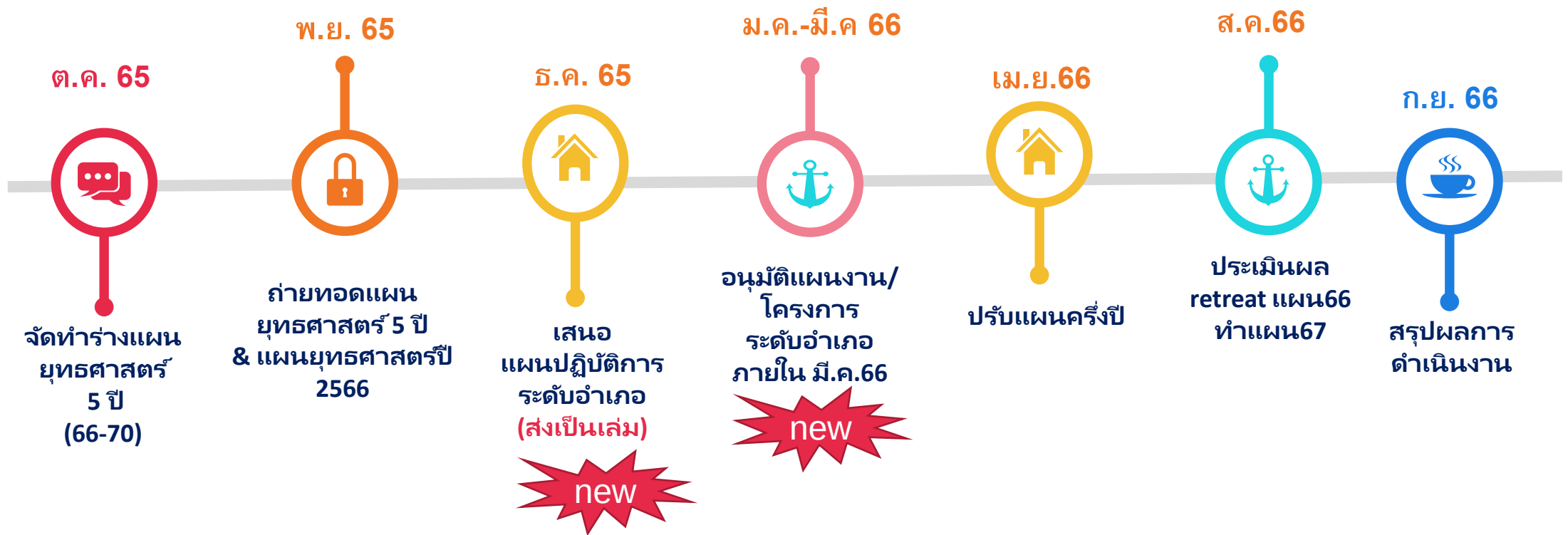
Timeline การจัดทำแผนงาน/โครงการ ปี 2566



Timeline การจัดทำแผนงาน/โครงการ ปี 2566



Timeline การจัดทำแผนงาน/โครงการ ปี 2566



การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ และเชิงระบบระดับจังหวัด

หลักการพื้นฐานในการทำงาน
ทำ
ทันที
ต่อเนื่อง
และพัฒนา
มากกว่าใคร

นางแพทย์พินิจ ฟ้าอันทอ
นางแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

6

ยุทธศาสตร์

TB

ลดตาย

มะเร็งตับ
และท่อน้ำดี

NEW

**NCD Cluster
Wellness & sport city**

การส่งเสริมสุขภาพจิต

การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ และเชิงระบบระดับจังหวัด

ทำ

หลักปฏิบัติในการทำงาน
ทันที ด่วน และพัฒนา
มากกว่าใคร

กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

CSO 1 CFO 2 CIO 3 CHRO 4 CMEO 5 CHE 6

นางแพทย์พินิจ พินิจนาค
นางแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

6

ยุทธศาสตร์
TB

NEW

ลดตาย

มะเร็งตับ
และท่อน้ำดี

NCD Cluster
Wellness & sport city

การส่งเสริมสุขภาพจิต

7

เชิงระบบ

NEW

FCT
CHE

การลงนาม ในแผนแต่ละประเภท ระดับจังหวัด

01

แผน
ยุทธศาสตร์

ผู้เสนอ → ผู้จัดทำ

ผู้เห็นชอบ → หัวหน้ากลุ่มงาน

ผู้อนุมัติ → นพ.สสอ.

02

แผน
เชิงระบบ

ผู้เสนอ → ผู้จัดทำ

ผู้เห็นชอบ → หัวหน้ากลุ่มงาน

ผู้อนุมัติ → รอง นพ.สสอ.ที่
ดูแลกลุ่มงาน

03

แผน
งานประจำ

ผู้เสนอ → ผู้จัดทำ

ผู้เห็นชอบ → หัวหน้ากลุ่มงาน/
หัวหน้างาน

ผู้อนุมัติ → รอง นพ.สสอ.ที่
ดูแลกลุ่มงาน

การลงนาม ในแผนแต่ละประเภท ระดับอำเภอ

01

แผน
ยุทธศาสตร์

ผู้เสนอ → ผู้จัดทำ
ผู้เห็นชอบ → สสอ.
ผู้เห็นชอบ → ผอ.สว
ผู้อนุมัติ → นพ.สสอ

02

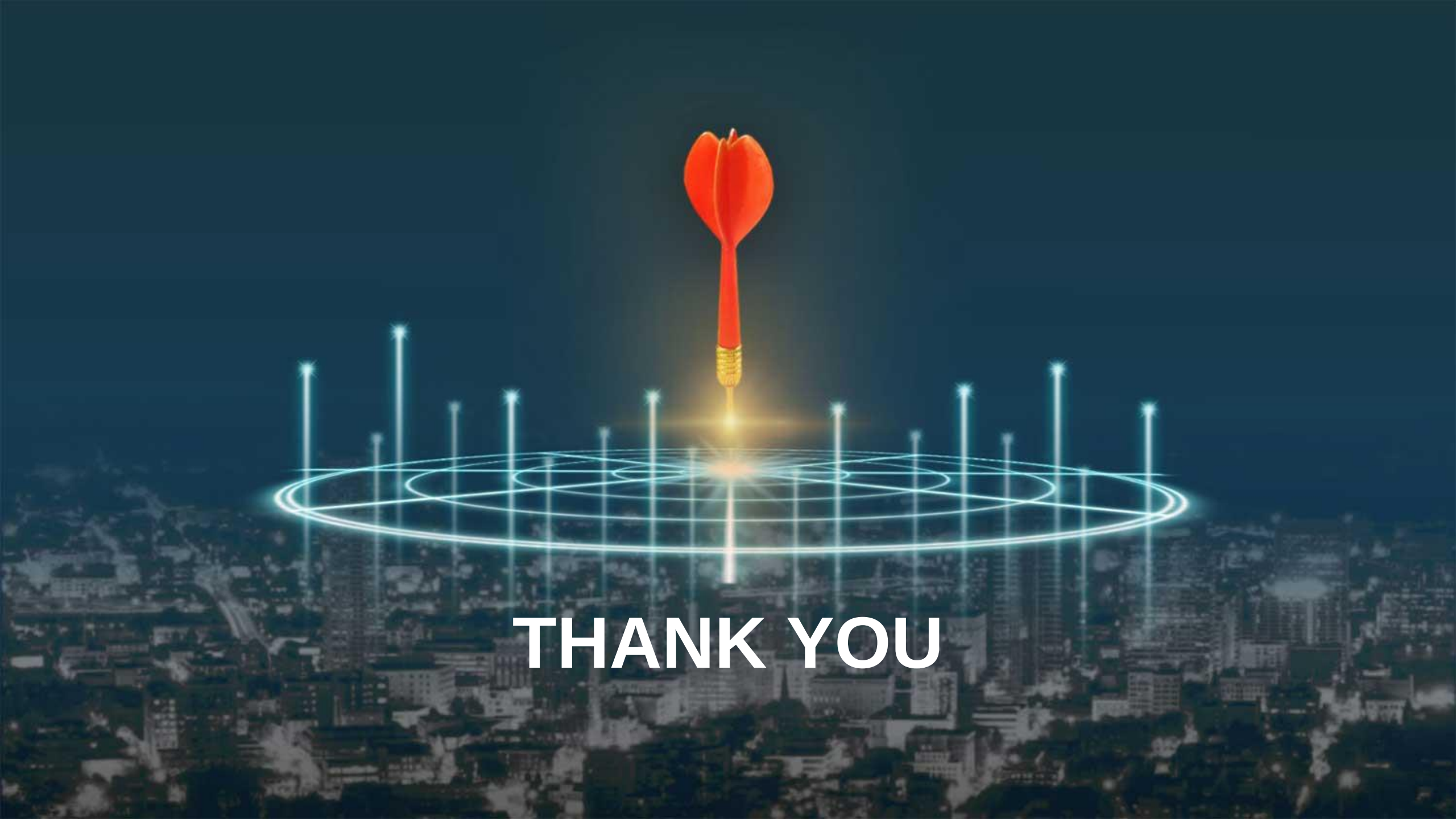
แผน
เชิงระบบ

ผู้เสนอ → ผู้จัดทำ
ผู้เห็นชอบ → สสอ.
ผู้เห็นชอบ → ผอ.สว
ผู้อนุมัติ → ประธาน
 ขับเคลื่อนเชิงระบบ

03

แผน
งานประจำ

ผู้เสนอ → ผู้จัดทำ
ผู้เห็นชอบ → สสอ.
ผู้อนุมัติ → ปร. คปสอ.



THANK YOU

טפח - מרח