



นโยบายเร่งรัดของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
16 ตุลาคม 2562



นโยบายเร่งรัดของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563



1 สุขภาพทุกกลุ่มวัย

- 🏠 แม่และเด็ก
- 🏠 ผู้สูงอายุ
- 🏠 Health Literacy

4



พัฒนาระบบ สุขภาพปฐมภูมิ

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



โครงการพระราชดำริ



2 การควบคุม ป้องกันโรค

5



ลดแออัด ลดรอคอย ในโรงพยาบาล

- 🏠 จัดระบบบริการ
เพื่อลดความแออัด
- 🏠 ห้องฉุกเฉินคุณภาพ

7



การเข้าถึงกัญชา ทางการแพทย์

9



องค์กรคุณภาพ

- 🏠 HA
- 🏠 PMQA
- 🏠 องค์กรแห่งความสุข



3 จัดการภัยคุกคาม ความมั่นคงทางสุขภาพ

- 🏠 การยุติการใช้สารเคมีทางการ
เกษตรที่อันตรายต่อสุขภาพ
- 🏠 ใช้ยาอย่างสมเหตุผล/จัดการ
เชื้อดื้อยา(RDU & AMR)

6



Fast Track

- 🏠 Stroke
- 🏠 STEMI

8



นวัตกรรมทางการแพทย์ เพื่อเศรษฐกิจ

- 🏠 สมุนไพร การนวดไทย
และการท่องเที่ยว
เชิงสุขภาพเสริมเศรษฐกิจ

10



นวัตกรรมการบริหาร จัดการของเขตสุขภาพ

(Initiative Management)



▶ สุขภาพกลุ่มวัย

กลุ่มวัยแม่และเด็ก

กลุ่มวัยผู้สูงอายุ

Health Literacy : การออกกำลังกาย



พัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย



KPI : 1) อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ

2) เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ 85)

3) เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน (ร้อยละ 60)



มาตรการ :

- บูรณาการองค์รภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน (Partnership)
- ปฏิรูปการคุ้มครองแม่และเด็กและการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด
- เสริมสร้างความรู้ สื่อสารสุขภาพสู่แม่และครอบครัว เพื่อการพึ่งตนทางสุขภาพอย่างยั่งยืน
- จัดบริการสุขภาพแก่แม่และเด็กที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน
- ส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมการจัดบริการสุขภาพแก่แม่และเด็ก



จุดเน้น :

Strengthen MCH Board and PCN

ประเด็น : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) พัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย							
กลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย 0-5 ปี, หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ, ภาาีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน						
เป้าหมาย/ ตัวชี้วัดปี 2563	1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ		2. ร้อยละ 85 ของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย		3. ร้อยละ 60 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน		
มาตรการ	บูรณาการองค์กรภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน (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. การป้องกันและแก้ไข้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นฯ 2. สนับสนุนเครือข่ายบริการสุขภาพดำเนินการตามมาตรฐานอนามัยอนามัยแม่และเด็ก	1. พัฒนาระบบสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแม่และเด็ก 2. สนับสนุนการขับเคลื่อนทางสังคมและรณรงค์สร้างกระแส	1.พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านอนามัยแม่และเด็ก 2. จัดบริการส่งเสริมสุขภาพแก่แม่และเด็กอย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐาน 3. พัฒนารฐานข้อมูล 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. โครงการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างมีคุณภาพ		3. โครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2		
ระดับความสำเร็จ (Small Success)	ไตรมาส 1 (3 เดือน)		ไตรมาส 2 (6 เดือน)		ไตรมาส 3 (9 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 0-5ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ 3. ร้อยละ 20 ของเด็ก 0-5ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบส่งสัยล่าช้า 4. ร้อยละ 90 ของเด็ก 0-5ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ 5. ร้อยละ 65 ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน 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. ทุกอำเภามีการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 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 ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์มาตรฐานขั้นต้น 5. ร้อยละ 65 ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน

▶ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยสูงอายุให้เป็นหลักชัยของสังคม



KPI : 1) ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (ร้อยละ 60)
2) ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 80)



มาตรการ :

ส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่ม pre-aging มีความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ และส่งเสริมให้กลุ่ม pre-aging และ aging ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

พัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้สามารถเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพและการรักษาที่ได้มาตรฐาน ครอบคลุม

ยกระดับการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพภายใต้ความร่วมมือภาคีเครือข่ายชุมชนและครอบครัว

คงคุณภาพชีวิตจากโรคที่คุกคาม ป้องกัน บรรเทาความทรมาน

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	1.เข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพ และการรักษาที่ได้มาตรฐานครอบคลุม	1.ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่มีความรู้ความสามารถ	1.คงคุณภาพชีวิตจากโรคที่คุกคามป้องกัน/บรรเทาความทรมาน
ตัวชี้วัด	1.ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (ร้อยละ 60) 2. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 80)			
สถานการณ์ /ข้อมูลพื้นฐาน	ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ในปี 2564 โดยจะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20 ของสัดส่วนวัยแรงงาน จากรายงานสถานการณ์ประชากรของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า สัดส่วนของประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่สัดส่วนประชากรสูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆเช่นกัน ส่งผลให้อัตราส่วนการเป็นภาระ ซึ่งหมายถึงการที่ประชากรวัยแรงงาน อายุ 15-59 ปีต้องรับภาระในการดูแลประชากรในวัยอื่นๆ โดยอัตราส่วนการเป็นภาระรวม อยู่ที่ 50.0 นั้นหมายถึง ประชากรวัยทำงาน 100 คน จะต้องรับภาระเลี้ยงดูเด็กและคนชรา ประมาณ 50 คน และจากข้อมูลสถิติของสำนักงานสภาพัฒนสังคมและเศรษฐกิจแห่งชาติ 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.ภาวะพึ่งพิงที่ ได้รับ care plan 92.42 ของ ผส.ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งประเทศ เพิ่มตัวเลขสถานการณ์ Geriatric syndromes เช่น สมองเลื่อม หกล้ม สุขภาพจิต และโรคที่มีความสำคัญอื่นๆ			
มาตรการ /Value chain	1.ส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่ม pre-aging มีความพร้อมเข้าสู่ วัยสูงอายุที่คุณภาพ และ ส่งเสริมให้กลุ่ม pre-aging และ aging ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	2.พัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้สามารถเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพ และการรักษาที่ได้มาตรฐาน ครอบคลุม	3.ยกระดับการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพภายใต้ความร่วมมือภาคี เครือข่ายชุมชนและครอบครัว	4.คงคุณภาพชีวิตจากโรคที่คุกคามป้องกัน/บรรเทาความทรมาน
กิจกรรมหลัก	1. จัดทำแผนบูรณาการด้านผู้สูงอายุ ก.สร. (Action plan) 2. สื่อสารนโยบาย แผน และถ่ายทอดตัวชี้วัดด้านผู้สูงอายุในภาพรวม ก.สร. 3. คัดกรองผู้สูงอายุพลัดตกหกล้ม 4. คัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม 5. จัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมให้กับ pre-aging+aging 6. พัฒนาโปรแกรมและแอปพลิเคชันด้านผู้สูงอายุ ก.สร. 7. พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของป้าผสอ.แบบผสมผสาน	1. จัดทำแผนบูรณาการด้านผู้สูงอายุ ก.สร. (Action plan) 2. สื่อสารนโยบาย แผน และถ่ายทอดตัวชี้วัดด้านผู้สูงอายุในภาพรวม ก.สร. 3. การจัดทำลิสต์ผู้สูงอายุแบบบูรณาการในสถานพยาบาล 4. พัฒนาระบบIMC ผู้สูงอายุ ในสถานพยาบาล และในชุมชน 5. จัดบริการรกกพันเทียมและฟันเทียม 6. ระบบเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการดูแลรักษา (ระบบ Aging Health data)	1. จัดทำแผนบูรณาการด้านผู้สูงอายุ ก.สร. (Action plan) 2. สื่อสารนโยบาย แผน และถ่ายทอดตัวชี้วัดด้านผู้สูงอายุในภาพรวม ก.สร. 3. พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน 4. จัดบริการผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (Seamless care for dementia) 5. พัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรม Long Term Care	1. จัดทำแผนบูรณาการด้านผู้สูงอายุ ก.สร. (Action plan) 2. สื่อสารนโยบาย แผน และถ่ายทอดตัวชี้วัดด้านผู้สูงอายุในภาพรวม ก.สร. 3. พัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยระยะท้ายในสถานบริการสุขภาพ 4. จัดบริการเยี่ยมบ้านด้านสุขภาพผู้สูงอายุ
ผู้รับผิดชอบ	1.สป 2.กรมการแพทย์ 3.กรมอนามัย 4.กรมควบคุมโรค 5.กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 6.กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 7.กรมสุขภาพจิต	1.สป 2.กรมการแพทย์ 3.กรมอนามัย 4.กรมควบคุมโรค 5.กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 6.กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 7.กรมสุขภาพจิต	1.สป 2.กรมการแพทย์ 3.กรมอนามัย 4.กรมควบคุมโรค 5.กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 6.กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 7.กรมสุขภาพจิต	1.สป 2.กรมการแพทย์ 3.กรมอนามัย 4.กรมควบคุมโรค 5.กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 6.กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 7.กรมสุขภาพจิต
ระดับความสำเร็จ	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
	1. สถานการณ์ สุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มเป้าหมาย/กลุ่มเสี่ยง และวางแผน/โครงการ /Gap analysis 2.ทบทวน/จัดทำ/พัฒนาสื่อฯ เครื่องมือ Innovation (แนวทาง คู่มือ มาตรฐานนวัตกรรม หลักสูตร) 3.การเตรียม/จัดทำเครื่องมือ สื่อ คู่มือ แนวทางมาตรฐานฯ	1. สื่อ เครื่องมือ Innovation (แนวทาง คู่มือ นวัตกรรม หลักสูตร) 2. จำนวนบุคลากรและภาคีเครือข่าย ที่ได้รับการพัฒนา 3. ชี้แจง/อบรม การใช้เครื่องมือ/คู่มือ/หลักสูตร 4. การดำเนินการแล้วเสร็จ 40%	1. จำนวน บุคลากรและภาคีเครือข่าย ที่ได้รับการพัฒนา 2. การนำเครื่องมือ/คู่มือ/หลักสูตร ไปใช้ 3. การดำเนินการแล้วเสร็จ 80% 4. กำกับ ติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง 5. ประเมินผลการดำเนินงานรอบ 6 เดือน	1. ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (ร้อยละ 60) 2. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 80)

สร้างเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ



KPI : จำนวนครอบครัวไทยมีความรอบรู้สุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกาย
(เป้าหมาย : 1 ล้านครอบครัวไทยมีความรอบรู้สุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกาย)



มาตรการ :

การสร้างคลังความรู้เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การขับเคลื่อนชุมชนรักการออกกำลังกาย

การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข และประชาชนเพื่อสร้างทักษะ HL ด้านกิจกรรมทางกาย

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	มาตรการที่ 1 การสร้างคลังความรู้เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ	มาตรการที่ 2 การขับเคลื่อนชุมชนรักการออกกำลังกาย	มาตรการที่ 3 การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข และประชาชนเพื่อสร้างทักษะ HL ด้านกิจกรรมทางกาย	
กิจกรรม หลัก	1. จัดทำ application และ website เป็น platform แหล่งสืบค้นและคลังข้อมูลความรู้และบริการเกี่ยวกับกิจกรรมทางกาย 2. จัดทำ platform RRHL และผลิตสื่อ รณรงค์สร้างกระแสสื่อสาร 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 ภายใต้ RRHL ของกรมอนามัย อย่างน้อยหน่วยบริการละ 1 คน	
ผู้รับผิดชอบ	หน่วยงานหลัก : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานร่วม : สสส. สำนักสื่อสาร สป.สธ. อย. ก.เด	หน่วยงานหลัก : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานร่วม : อปท. เครือข่ายสมัชชาสุขภาพ องค์กรสื่อสารมวลชน และประชาชน	หน่วยงานหลัก : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานร่วม : หน่วยงานสังกัด สธ. และภาคีเครือข่าย	
ระดับ ความสำเร็จ	ไตรมาส 1 (3 เดือน) ครอบครัวไทย 400,000 ครอบครัวมีความรอบรู้สุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกาย	ไตรมาส 2 (6 เดือน) ครอบครัวไทย 600,000 ครอบครัวมีความรอบรู้สุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกาย	ไตรมาส 3 (9 เดือน) ครอบครัวไทย 800,000 ครอบครัวมีความรอบรู้สุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกาย	ไตรมาส 4 (12 เดือน) ครอบครัวไทย 1,000,000 ครอบครัวมีความรอบรู้สุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกาย



▶ การควบคุมป้องกันโรค

มุ่งเน้นความครอบคลุมในการค้นหาและ
เพิ่มอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วย
โรคปอดรายใหม่

▶ การควบคุมป้องกันวัณโรค (TB)



KPI : อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85)



มาตรการ :

ลดการเสียชีวิต

ลดการขาดยา

พัฒนาคุณภาพและระบบการกำกับติดตามดูแลรักษา

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ 85)					
สถานการณ์ /ข้อมูล พื้นฐาน	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) ผู้ป่วยวัณโรค เสียชีวิตระหว่างการรักษาส่ง (2) การขาดนัดรับยาอย่างต่อเนื่อง และ (3) ไม่มีการติดตามประเมินผลการรักษา การพัฒนานวัตกรรมและมาตรฐานระบบการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาของสถานบริการ สาธารณสุข และการนำผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการการรักษาที่ได้มาตรฐาน จะทำให้เกิดผลสำเร็จของการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค และยังเป็น การควบคุมโรค โดยตัววงจรการแพร่กระจาย เชื้อวัณโรค และป้องกันเชื้อวัณโรคดื้อยา					
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ 1 ลดการเสียชีวิต		มาตรการที่ 2 ลดการขาดยา		มาตรการที่ 3 พัฒนาคุณภาพและระบบการกำกับติดตามดูแลรักษา	
	มาตรการ	ผู้รับผิดชอบ	มาตรการ	ผู้รับผิดชอบ	มาตรการ	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมหลัก และ ผู้รับผิดชอบ	- เร่งรัดตรวจคัดกรองค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มประชากรหลักและผู้มีอาการสงสัยวัณโรค ด้วยการเอ็กซเรย์ปอดและวินิจฉัยที่รวดเร็ว(Molecular test) พร้อมขึ้นทะเบียนรักษาทุกราย - พัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการทางด้านวัณโรค โดยเฉพาะวัณโรคดื้อยา - ตรวจทดสอบความไวต่อยาทุกรายเพื่อค้นหา RR/MDR-TB - เข้มงวดดูแลกลุ่มเสี่ยงในระยะเข้มข้น เช่น สูงอายุ โรคร่วมขาดสารอาหาร โดยการเยี่ยมบ้าน รับไว้เป็นผู้ป่วยในสนับสนุนอาหารเสริม - เฝ้าระวัง ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โรคร่วม สูงอายุ โดยเฉพาะระยะเข้มข้น	กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์	- ใช้กลไก case management team กำกับติดตามการรักษา - ดูแลรักษาโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีพี่เลี้ยง (DOT) - สร้างกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนและ อสม . - ใช้กลไก พชพ.และกลไกในระดับพื้นที่ในการดูแลและติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ - การช่วยเหลือทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ	กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กองบริหารการสาธารณสุข	- กำกับ ติดตาม และประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Monitoring and evaluation) ใช้ระบบข้อมูลที่มีคุณภาพในการกำกับติดตามผู้ป่วยวัณโรค - พัฒนาคุณภาพและประเมินมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในสถานพยาบาลให้ได้มาตรฐาน - สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ ระบบบริการสุขภาพ และคุณภาพของสถานพยาบาลในการให้บริการดูแลรักษา - พัฒนาเครือข่าย ระบบข้อมูลในการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคเพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง - ใช้กลไกของ พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ.2558 ในการกำกับการขึ้นทะเบียนและติดตามการรักษาวัณโรค	กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กองบริหารการสาธารณสุข
ระดับ ความสำเร็จ	ไตรมาส 1 (3 เดือน)		ไตรมาส 2 (6 เดือน)		ไตรมาส 3 (9 เดือน)	
	1. Situation analysis : วิเคราะห์สถานการณ์ ขนาดและความรุนแรงของปัญหา กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่เป้าหมายช่องว่างและปัญหาอุปสรรค		Monitoring กำกับและติดตามการดำเนินงานมาตรการตามแผนงาน		Monitoring กำกับและติดตามการดำเนินงานมาตรการตามแผนงาน	
	2. Planning จัดทำแผนงานเพื่อลดการเสียชีวิต การขาดยา และพัฒนาระบบการส่งต่อและติดตามผลการรักษา		ตัวชี้วัดกำกับติดตามมาตรการ : - ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็น ≥ ร้อยละ 82.5 - อัตราการเสียชีวิต ≤ ร้อยละ 5 และ อัตราการขาดยาและโอนออกของผู้ป่วยวัณโรค เท่ากับ 0		Evaluation อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ≥ ร้อยละ 85 และ ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ≥ ร้อยละ 82.5	



▶ จัดการภัยคุกคาม ความมั่นคงทางสุขภาพ

ยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตร
ที่อันตรายต่อสุขภาพ

ใช้ยาอย่างสมเหตุผล/จัดการเชื้อดื้อยา
(RDU & AMR)



การยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่อันตรายต่อสุขภาพ



- KPI : 1) ร้อยละ 100 ของจังหวัดมีการขับเคลื่อนมาตรการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูงร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับส่วนกลางและภูมิภาค อย่างน้อยจังหวัดละ 1 เรื่อง
- 2) ร้อยละ 100 ของจังหวัดมีระบบรับแจ้งข่าว การใช้/ป่วยจากการสัมผัส สารเคมีทางการเกษตร 3 ชนิด (พาราควอต คลอร์ไพริฟอส ไกลโฟเสต) โดยประชาชน/อสม. ผ่าน Mobile Application สู่หน่วยบริการ (คลินิกสารเคมีเกษตร/คลินิกโรคจากการทำงาน)
- 3) ร้อยละ 100 ของจังหวัดมีการจัดทำฐานข้อมูลอาชีพและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ด้านเกษตรกรรมและมีการรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการเกษตร (รหัสโรค T60)



มาตรการ :

พัฒนาเครือข่าย การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร

ขับเคลื่อนนโยบายยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูง 3 ชนิด

ประเด็น
จัดการภัยคุกคามความมั่นคงทางสุขภาพ
“ยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูง ๓ ชนิด ภายในปี ๒๕๖๓”

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	๑. ร้อยละ ๑๐๐ ของจังหวัดมีการขับเคลื่อนมาตรการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูงร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับส่วนกลางและภูมิภาค อย่างน้อยจังหวัดละ ๑ เรื่อง ๒. ร้อยละ ๑๐๐ ของจังหวัดมีระบบรับแจ้งข่าว การใช้/ป่วยจากการสัมผัส สารเคมีทางการเกษตร ๓ ชนิด (พาราควอต คลอร์ไพริฟอส ไกลโฟเสต) โดยประชาชน/อสม. ผ่าน Mobile Application สู่หน่วยบริการ (คลินิกสารเคมีเกษตร/คลินิกโรคจากการทำงาน) ๓. ร้อยละ ๑๐๐ ของจังหวัดมีการจัดทำฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ด้านเกษตรกรรม และมีการรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการเกษตร (รหัสโรค T๖๐)	
สถานการณ์ /ข้อมูล พื้นฐาน	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	
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ ๑ ยกระดับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร	มาตรการที่ ๒ การขับเคลื่อนนโยบายยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูง ๓ ชนิด
กิจกรรมหลัก และ ผู้รับผิดชอบ	๑) พัฒนาเครือข่าย การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตรในจังหวัด ๒) จัดทำฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ด้านเกษตรกรรม ในระดับจังหวัด ๓) ใช้กลไกของ คกก.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด ภายใต้ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.๒๕๖๒ กำกับติดตามและรายงานข้อมูลในการชี้เป้ากลุ่มเสี่ยง/พื้นที่เสี่ยง เพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	๑) ผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายผ่านกลไก คกก.ยุทธศาสตร์สารเคมีแห่งชาติ/ คกก.ระดับชาติ/ คกก.ระดับจังหวัด/อำเภอ ฯลฯ ๑) สร้างกลไกการมีส่วนร่วมของประชาชน/อสม./ชุมชน เพื่อการเฝ้าระวังและจัดการความเสี่ยงจากการใช้/สัมผัสสารเคมีฯ สู่การยุติการใช้สารเคมีการเกษตรที่มีอันตรายสูง ๓ ชนิด
ผู้รับผิดชอบ	กระทรวงสาธารณสุข : สสจ. หน่วยบริการฯ สังกัด สป.สธ. สสอป.สป. กรม คร., กรม สบส., กรม วพ., อย., กรม พ., กรม อ. เครือข่าย สธ. : อสม./ประชาชน, สสส., สปสช., สข. คกก.จังหวัด ภายใต้ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.๒๕๖๒ อปท./กองทุนสุขภาพท้องถิ่น/พชอ./พพพ./สมาคมเกษตรกร กระทรวงอื่นๆ : เกษตรจังหวัด, กรมวิชาการเกษตร, กรมส่งเสริมการเกษตร, กอ.อุตสาหกรรม, ก.พาณิชย์ฯ	

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



การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ RDU & AMR



KPI : 1) ร้อยละของ รพ. ที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) (เป้าหมาย ขั้นที่ 2 $\geq 60\%$ ขั้นที่ 3 $\geq 20\%$)
2) ร้อยละของ รพ. ที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) (เป้าหมาย ร้อยละ 100)



มาตรการ :

การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) อย่างบูรณาการ



จุดเน้น :

- กระจาย PLEASE โดยมุ่งเน้นในกลุ่มเป้าหมายเด็ก สตรีตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย DM/HT CKD Asthma
- RDU community
- จัดการ AMR อย่างบูรณาการ (IAM)
- มุ่งเน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทางสุขภาพ

ร่าง ประเด็น RDU-AMR ปีงบประมาณ 63

Objective KPI	Objectives: ใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพและความปลอดภัย และลดค่าใช้จ่ายด้านยา <u>KPI 1. ร้อยละของ รพ. ที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)</u>		Objective: ลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา และลดการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างไม่เหมาะสม <u>KPI # 2 ร้อยละของ รพ. ที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)</u>	
Situation/ Baseline	ร้อยละของ รพ. ที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล RDU RDU ขั้นที่ 1 ร้อยละ 99.89 และ RDU ขั้นที่ 2 ร้อยละ 42.46 RDU ขั้นที่ 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	<u>ระดับกระทรวง :</u> อย. ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนางานร่วมกับพื้นที่, ส่งเสริมการเข้าถึงฐานข้อมูลวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์, รณรงค์ประชาสัมพันธ์, 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> - ดำเนินกิจกรรมตามกฎแพจ PLEASE เพื่อความปลอดภัยด้านยา โดยมุ่งเน้น โรคติดเชื้อ 4 โรค ประชากรกลุ่มเสี่ยงคือ เด็ก สตรีตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย DM/HT CKD Asthma - ดำเนินการตามกิจกรรม RDU community		<u>ระดับกระทรวง :</u> กรมควบคุมโรค ; สถาบันบำราศนราดูร: จัดทำระบบติดตามการติดเชื้อดื้อยา CRE ของ รพ. (แยกประเภท HAI, HAI refer, CI, colonize) ; สำนักโรคระบาด : เฝ้าระวังเชื้อดื้อยารุนแรง 5 ชนิด กรมวิทย์ฯ : 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	
Small Success	Small success ไตรมาส 1 RDU ขั้นที่ 2 ≥ ร้อยละ 45 RDU ขั้นที่ 3 ≥ ร้อยละ 15	Small success ไตรมาส 2 RDU ขั้นที่ 2 ≥ ร้อยละ 50 RDU ขั้นที่ 3 ≥ ร้อยละ 15 AMR ระดับ Intermediate ≥ ร้อยละ 90 อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง ร้อยละ 5.00	Small success ไตรมาส 3 RDU ขั้นที่ 2 ≥ ร้อยละ 55 RDU ขั้นที่ 3 ≥ ร้อยละ 20	Small success ไตรมาส 4 RDU ขั้นที่ 2 ≥ร้อยละ 60 RDU ขั้นที่ 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.ติดตาม



การพัฒนา อสม. เป็น อสม.หมอประจำบ้าน



KPI : 1) จำนวน อสม.ที่ได้รับการพัฒนาเป็น อสม.หมอประจำบ้าน (80,000 คน)
2) ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ร้อยละ 70)



มาตรการ :

พัฒนาศักยภาพ อสม. เป็น อสม.หมอประจำบ้าน

ส่งเสริม สนับสนุน อสม. หมอประจำบ้านในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย

ส่งเสริม สนับสนุน อสม.หมอประจำบ้านในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน

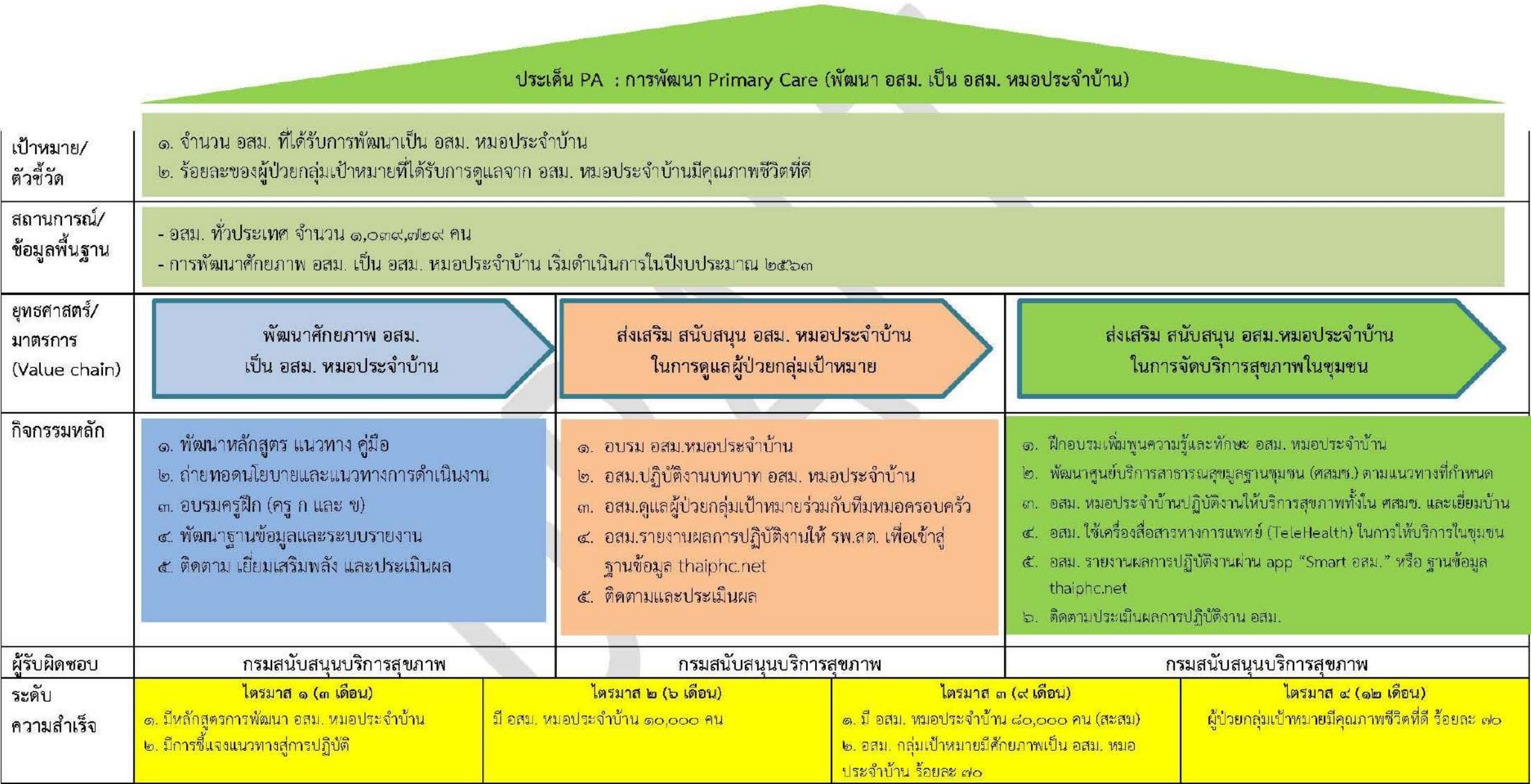


จุดเน้น :

ยกระดับ และ สร้างขวัญกำลังใจ

House Model

หน่วยงานหลัก : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
หน่วยงานร่วม :



การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (PCC)

 KPI : ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (เป้าหมาย ร้อยละ 25 (สะสม 1,625 หน่วย)) (จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ประเภทที่ 1 ใหม่ 446 หน่วย)



มาตรการ :

พัฒนาศักยภาพระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

พัฒนากำลังคนในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

พัฒนาระบบสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์และการอภิบาลระบบ



จุดเน้น :

เพิ่มศักยภาพ และ เพิ่มความครอบคลุม

แผนงาน : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)
โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 25 (สะสม 1,625 หน่วย) (จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิประเภทที่ 1 ใหม่ 446 หน่วย)			
สถานการณ์ /ข้อมูล พื้นฐาน	Situation : ประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ มีภาระจากโรคที่ป้องกันได้ และข้อจำกัดของงบประมาณด้านสุขภาพของประเทศ ระบบบริการสุขภาพขับเคลื่อนด้วยโรงพยาบาลขนาดใหญ่ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำ พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม Baseline : ปี 2562 รวม 1,179 หน่วย			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	1. พัฒนาศักยภาพระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	2. พัฒนากำลังคนในระบบสุขภาพปฐมภูมิ	3.ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนา ระบบสุขภาพปฐมภูมิ	4. ขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ และการอภิบาลระบบ
กิจกรรม หลัก	1.พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ 2. ขยายผลการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ใน โรงพยาบาลขนาด F2 / F3 และ รพ.สต. L ที่ผ่าน 5 ดาว 3. ขยายผล กำแพงเพชร โมเดล ในพื้นที่ของ รพ. ขนาด A S M1	1.สนับสนุนการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และ อบรมระยะสั้นแพทย์ทั่วไปด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 2.พัฒนาสมรรถนะคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ 3.พัฒนารูปแบบและการบริหารอัตรากำลัง 4. พัฒนารูปแบบการสร้างใจ 5.ประเมินและส่งเสริมการพัฒนาหลักสูตรสำหรับอบรม แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว/คณะผู้ให้บริการปฐมภูมิ 6.สนับสนุนศูนย์เรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและ พัฒนาระบบปฐมภูมิ ระดับเขตสุขภาพ	1.พัฒนารูปแบบการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ที่ เกี่ยวข้อง 2.พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ เชื่อมโยงกับข้อมูลของหน่วยงานอื่นทั้งภาครัฐ และเอกชน 3. สื่อสารประชาสัมพันธ์ นโยบาย และสร้าง ความเข้าใจแก่บุคลากรและประชาชน	1. ขับเคลื่อน พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 2. ทบทวนแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ 3. ทบทวนแผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ 4. วางระบบติดตามและประเมินผล 5. กำหนดทิศทาง สร้างความร่วมมือภาคีเครือข่าย สู่การ ขับเคลื่อนอย่างบูรณาการจากหน่วยงานและภาคีต่าง ๆ ในการ บริหารจัดการ จัดบริการ และการสนับสนุนรูปแบบต่าง ๆ
ระดับ ความสำเร็จ	ไตรมาส 1 (3 เดือน) - จังหวัด / เขตสุขภาพ มีแผนการจัดตั้งหน่วย บริการ ปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐม ภูมิ 10 ปี	ไตรมาส 2 (6 เดือน) - หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิ (ผ่าน 3S) แจ้งยืนยันขอขึ้นทะเบียน ร้อยละ 15 (ตาม พรบ.)	ไตรมาส 3 (9 เดือน) -มีการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ (ผ่าน3S) ร้อยละ 20 ของ แผนการจัดตั้งระดับเขตสุขภาพ 10 ปี	ไตรมาส 4 (12 เดือน) - มีการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิ (ผ่าน3S) ร้อยละ 25 ของแผนการจัดตั้งระดับเขต สุขภาพ 10 ปี

▶ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)



KPI : ร้อยละ 70 ของอำเภอมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ



มาตรการ :

สร้างกลไกขับเคลื่อนที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ

พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างมีส่วนร่วม

เสริมสร้างศักยภาพ พชอ.อย่างมั่นคงและยั่งยืน



จุดเน้น :

เครือข่ายทั้งอำเภอ มีผลลัพธ์ที่เกิดกับประชาชนเป็นรูปธรรม

แผนงานการพัฒนากระบบสุขภาพปฐมภูมิ

โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

PP&P Excellence

แผนงานที่ 2

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	Strategy 1 สร้างกลไกขับเคลื่อนที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิ กับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ	Strategy 2 พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างมีส่วนร่วม	Strategy 3 เสริมสร้างศักยภาพ พชอ. อย่างมั่นคงและยั่งยืน	
Key Activity กิจกรรมหลัก	1.ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 2.จัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นพัฒนา นำมาคัดเลือกเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามบริบทในพื้นที่ 3.อำเภอมีการประเมินตนเองและรายงานผล เพื่อนำมาวางแผนพัฒนาร่วมกันกับจังหวัด	1.จัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นพัฒนา เพื่อการขับเคลื่อนบูรณาการการทำงานร่วมกันเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต 2.จัดทำแผนดำเนินการพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 เรื่อง 3 ดำเนินการตามแผนดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต 4 สรุปบทเรียนผลการดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต	1 ดำเนินการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอแบบบูรณาการและมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน 2.ประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ 3.สรุปผลการดำเนินงาน/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชื่นชมและเสริมพลัง 4.สนับสนุนและส่งเสริมให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันภายในอำเภอเดียวกันเป็นบทบาทสำคัญเพื่อให้กลายเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมท้องถิ่น	
Small Success	<u>Small success ไตรมาส 1</u> -มีการประชุม ทบทวนคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย 2 ประเด็น -มีการประเมินตนเอง และวางแผนการพัฒนา	<u>Small success ไตรมาส 2</u> - มีคณะทำงาน วางแผนแนวทางในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามที่พื้นที่กำหนด - มีการบริหารจัดการ ทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นฯ	<u>Small success ไตรมาส 3</u> มีการเยี่ยมเสริมพลังและประเมินผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการประเมินของผู้เยี่ยมระดับจังหวัดและเขต	<u>Small success ไตรมาส 4</u> มีอำเภอมีการดำเนินการและผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ 70

รพ.สต.ติดดาว



KPI : 1) ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพรพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว สะสม (ร้อยละ 75)



มาตรการ : พัฒนาเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว

พัฒนากระบวนการทุกระดับให้มีมาตรฐาน

สื่อสาร ชี้แจง ประชาสัมพันธ์นโยบาย แนวทางและแผนพัฒนาองค์กรคุณภาพ

พัฒนาระบบฐานข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิ



จุดเน้น :

พัฒนาทีม และ ระบบสนับสนุน

Target / KPI No.	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับ 5 ดาวสะสม ร้อยละ 75				
Situation /Baseline	Situation :ปัจจุบันมีเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) หลายเกณฑ์ ซึ่งดำเนินการโดยหลายหน่วยงาน กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายในการพัฒนาเกณฑ์คุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) เป็นเกณฑ์เดียวที่บูรณาการในกรอบการประเมินรูปแบบเดียว เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานบริการปฐมภูมิ Baseline : มี รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ฯ จำนวน 6,914 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 70.68 (แบบสะสม) ไม่รวม ศสช. ศสม. PCU ข้อมูล ณ วันที่ 30 ส.ค. 2562				
Strategy	1. พัฒนามาตรฐานเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดตาม ปี 2563	2. พัฒนาคณะทำงานทุกระดับให้มีมาตรฐาน	3. สื่อสาร ชี้แจง ประชาสัมพันธ์นโยบาย แนวทาง และแผนพัฒนาองค์กรคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม	4. พัฒนาระบบฐานข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิ	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.ทุกแห่งด้วยเกณฑ์ รพ.สต.ติดตาม ให้ได้คุณภาพ 5.บูรณาการคณะทำงานพัฒนาระบบปฐมภูมิระดับเขต	1. ประชุมชี้แจงนโยบาย กำหนด ทิศทางติดตามการดำเนินงาน (kickoff) ระดับประเทศ 2. ทบทวนจัดทำคู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ปี 2563 3. เพิ่มช่องทางในการสื่อสาร ชี้แจงประชาสัมพันธ์นโยบาย แนวทางในการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม	1. ปรับปรุงระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ	1. รพ.สต.ทุกแห่งประเมินตนเอง (ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์) 2. คณะทำงานระดับอำเภอ ประเมิน 3. คณะทำงานระดับจังหวัด ประเมินรับรอง 4. คณะทำงานระดับเขต ประเมินเพื่อหาต้นแบบ 5. มอบใบรับรอง รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ฯ
Small Success	ไตรมาส 1 1. ประชุมชี้แจงนโยบาย (kickoff) ระดับประเทศ 2. อบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาทีมประเมินระดับเขต 3. มีคู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ปี 2563 4. รพ.สต.มีการประเมินตนเองตามเกณฑ์และบันทึกข้อมูลในระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ	ไตรมาส 2 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	ไตรมาส 3 1. รพ.สต. ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ 5 ดาว มีการประเมินตนเองและพัฒนา 2. มีการประเมินและรับรองผล รพ.สต.ติดตาม ในระดับอำเภอ จังหวัด และเขต	ไตรมาส 4 รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดตาม ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 75 (สะสม)	



▶ ลดแออัด ลดรอคอย ในโรงพยาบาล

เพิ่มการให้บริการใน PCC เขตเมือง
การรับยาที่ร้านขายยา
ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

พัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ

การพัฒนาระบบบริการ เพื่อลดแออัด ลดการรอคอย



KPI : 1) ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของ รพศ./รพท. มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรม และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิดูแลด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ร้อยละ 40 (เป้าหมาย ร้อยละ40)

2) รพ.มีระบบนัดหมายและคิวออนไลน์

3) รพ.มีระบบรับยาที่ร้านยา



มาตรการ :

จัดระบบบริการรับยาที่ร้านยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.1)

ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการบริหารจัดการระบบบริการ

จัดระบบสุขภาพปฐมภูมิอย่างทั่วถึง



จุดเน้น :

ลดความแออัด ลดการรอคอย ของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (ระดับ A,S)

การพัฒนาระบบบริการเพื่อลดความแออัด

Objective KPI	ลดความแออัด ลดการรอคอย ของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (ระดับ A,S) (1) ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของ รพศ./รพท. มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิดูแลด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ร้อยละ 40 (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		จัดระบบสุขภาพปฐมภูมิอย่างทั่วถึง	
Key Activity กิจกรรมหลัก	กบรส.ร่วมกับ สปสช. : กำหนดรูปแบบ และแนวทางดำเนินการ และเงื่อนไขการเบิกจ่าย และประสานหรือเรื่องระเบียบ/ข้อปฏิบัติที่เป็นข้อจำกัดในการดำเนินการ ศูนย์เทคโนโลยีและการสื่อสาร สป. ร่วมกับ สปสช. และ รพ. : พัฒนาระบบสารสนเทศระหว่าง รพ. ร้านยา กองทุน และผู้ป่วย สสจ. ร่วมกับ สมาเภสัชกรรม : พัฒนาร้านยา และประสานการทำงานระหว่างร้านยาและรพ. กำกับการจ่ายยาให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ โรงพยาบาล : จัดระบบบริการรับยาที่ร้านยาและกำกับติดตามการให้บริการของร้านยา		1. กบรส.+รพศ./รพท. : มีการแจ้งเตือนคิว (Queue) รับบริการ ทุกคลินิก ตามความเหมาะสม 2. กบรส.+รพศ./รพท. : มีระบบนัดคิวเพื่อเวลา ทุกคลินิก/ผู้ป่วยที่มาตามนัด ยืนยันบัตรประชาชนเพียงครั้งเดียว ให้รับบริการได้ทุกระบวนการในวันนั้น 3. กบรส.+ศทส.+รพศ./รพท. : มีข้อมูลระยะเวลาให้บริการแต่ละบริการ OPD (Service) ทุกบริการ และปรับปรุงกระบวนการเพื่อลดระยะเวลา (ตรวจสอบจาก Log Server HIS Gateway) 4. กบรส.+รพ. เป้าหมายโครงการ Telemedicine/Telehealth : มีแผน/กระบวนการให้บริการ 5. ศทส.+เขตสุขภาพ : พัฒนา Platform กลางและโปรแกรมในการส่งต่อผู้ป่วยอย่างไร้รอยต่อและไร้กระดาษ (nRefer : National Referral System)		1. อำเภอเมืองขยายหน่วยบริการปฐมภูมิ ใน รพ.สต. โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรม และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ดูแลประชาชนด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว 2. จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ดูแลประชาชน ด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัวในพื้นที่รับผิดชอบของ รพศ./รพท. 3. วางระบบ Green Channel ในรพ. เพื่อรองรับการส่งต่อจากหน่วยบริการปฐมภูมิ 4. บริหารจัดการระบบ Logistic เพื่อดูแล ระบบยา Lab	
หน่วยงาน	กองบริหารการสาธารณสุข		ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.		สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ	
Small Success	Small success ไตรมาส 1 1. เข้าร่วมโครงการฯ 20 รพ./ 200 ร้านยา 2. กระทรวงมี application รองรับระบบนัดหมายและคิวออนไลน์	Small success ไตรมาส 2 1. เข้าร่วมโครงการฯ 30 รพ./300 ร้านยา 2 ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของ รพศ./รพท. มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิดูแลด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ร้อยละ 30 3. - รพศ. รพท. มีข้อมูลระยะเวลาการรอคอยรับบริการ ทุกจุดบริการ OPD	Small success ไตรมาส 3 1. เข้าร่วมโครงการฯ 40 รพ./400 ร้านยา 2. รพศ. รพท. มีระบบนัดหมายแบบแจ้งเตือนเวลา 3. รพศ. รพท. มีช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการในรูปแบบออนไลน์		Small success ไตรมาส 4 1. เข้าร่วมโครงการฯ 50 รพ./ 500 ร้านยา 2. ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของ รพศ./รพท. มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิดูแลด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ร้อยละ 40 3. รพศ. รพท. มีข้อมูลระยะเวลาการรอคอยรับบริการ จุดคัดกรอง และ จุดพบแพทย์ ลดลง	

▶ การพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ



- KPI :
- 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



มาตรการ :

จัดบริการที่มีมาตรฐาน

จัดระบบสนับสนุน

การพัฒนาและธำรงรักษากำลังคน



จุดเน้น :

ER คุณภาพต้นแบบ

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. จำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการห้องฉุกเฉิน 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. เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการ จัดบริการเครือข่ายห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน 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) พยาบาลวิชาชีพ ห้องฉุกเฉิน (RN) และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic) 3. อบรมหลักสูตร ER คุณภาพ	
Small Success	ไตรมาส 1 1. แต่งตั้งคณะกรรมการห้องฉุกเฉินคุณภาพระดับเขตสุขภาพ ระดับจังหวัด และระดับโรงพยาบาล 2. มีการจัดทำเกณฑ์ ER คุณภาพ 3. วางแผนการพัฒนาตามเกณฑ์ ER คุณภาพ รวมทั้ง จัดระบบบริหารจัดการผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินและระบบบริหารจัดการ ER target time 2-hr target		ไตรมาส 2 1. จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ลดลงจากเดิมร้อยละ 5 2. ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ admit อยู่ใน ห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2 ชม. > ร้อยละ 30 3. เครือข่ายห้องฉุกเฉินในระดับจังหวัดมีการจัดการบริการ ตามเกณฑ์ 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. ใน โรงพยาบาลระดับ 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)



พัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast track)



KPI : อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :160-169) (น้อยกว่าร้อยละ 7)



มาตรการ :

บริการสุขภาพ

พัฒนามาตรฐาน

รับรองมาตรฐาน

เครือข่าย

พัฒนาบุคลากร

ระบบข้อมูล



จุดเน้น :

- เพิ่มความครอบคลุม Stroke Unit ในโรงพยาบาลระดับ A และ S
- คุณภาพของ Stroke Fast Track
- จัดให้มีบริการ Thrombectomy ในรพ.ระดับ A ที่มีความพร้อม

หน่วยงานหลัก:

หน่วยงานร่วม:

แผนพัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง ปี 63

ตัวชี้วัดหลัก	1) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69) (เป้าหมาย น้อยกว่าร้อยละ 7)					
สถานการณ์ /ข้อมูลพื้นฐาน	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 ที่มีหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) 7) ร้อยละ 81.63 ของโรงพยาบาลระดับ S ที่มีหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) 8) ทุกจังหวัดมีบริการ Stroke fast track เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด					
มาตรการ /Value chain	1. บริการการสุขภาพ	2. พัฒนามาตรฐาน	3. รับรองมาตรฐาน	4. เครือข่าย	5. พัฒนาศูนย์กลาง	6. ระบบข้อมูล
ส่วนกลาง	- จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง - สนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น - ประชาสัมพันธ์ Stroke Alert, Stroke Awareness สู่สาธารณชน	จัดให้มีแนวทางในการดำเนินงานตามแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ในสถานพยาบาล	- พัฒนาระบบการรับรองคุณภาพ ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน (Standard Stroke Center Certification : SSCC) และ Stroke Unit - ตรวจประเมินเพื่อรับรองมาตรฐาน	กำหนดนโยบายในการจัดให้มีเครือข่ายบริการโรคหลอดเลือดสมองในระดับประเทศ	- ถ่ายทอดความรู้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แก่แพทย์ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ - จัดให้มีระบบการจัดการความรู้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง - จัดสรรอัตรากำลังด้านโรคหลอดเลือดสมอง ให้เพียงพอ	จัดให้มีระบบรายงานตัวชี้วัดมาตรฐานด้านโรคหลอดเลือดสมอง ที่ครอบคลุมสถานพยาบาลทุกระดับ ทุกสังกัดทั้งใน กทม. และต่างจังหวัดทั่วประเทศ
	- กำหนดนโยบายให้ รพ. ระดับ A, S ทุกแห่ง ต้องมี Stroke Unit และให้บริการ Stroke fast track ที่มีคุณภาพ - กำหนดนโยบายในการพัฒนา Stroke Unit ให้มีจำนวนเตียงเพียงพอ	- จัดให้มีแนวทางในการดำเนินงานตามแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ในสถานพยาบาลทุกระดับในพื้นที่รับผิดชอบ - เผยแพร่แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแตก (Care map for hemorrhagic stroke) - เผยแพร่แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันสำหรับแพทย์	- สนับสนุนให้สถานพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบเข้าร่วมเครือข่ายวิชาการเพื่อการรับรองมาตรฐาน และสนับสนุนทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง - สนับสนุนให้มีรับรองคุณภาพ ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน (Standard Stroke Center Certification : SSCC) อย่างน้อยเขตละ 1 แห่ง	- จัดให้มีเครือข่ายบริการ ทั้ง Acute และ Intermediate care - จัดทำแนวทางในการรับส่งต่อผู้ป่วยทั้งภายในเขตและนอกเขตบริการที่รับผิดชอบ ให้ชัดเจน	สนับสนุนการศึกษาดูแบบ และการจัดการความรู้ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้แก่แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ ในสังกัด	กำกับรายงานตัวชี้วัดมาตรฐานด้านโรคหลอดเลือดสมอง ของสถานพยาบาลทุกระดับทุกสังกัดในพื้นที่ที่รับผิดชอบ
รพ.	- 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	ให้การรักษพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองตามแนวทางการรักษาและแนวทางการดำเนินงานที่กำหนด	เข้าร่วมเครือข่ายวิชาการ เพื่อพัฒนาการดูแลรักษาให้เป็นไปตามมาตรฐาน	ดำเนินงานตามแนวทาง การรับส่งต่อผู้ป่วยที่ได้กำหนดไว้	- จัดให้แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ ในสังกัด เข้ารับการศึกษาดูแบบด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง - จัดให้มี การจัดการความรู้ในการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมอง	บันทึก/จัดทำรายงานตัวชี้วัดมาตรฐานด้านโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง และรวดเร็ว
ระดับความสำเร็จ	3 เดือน	6 เดือน		9 เดือน	12 เดือน	
	1) จัดทำแผนพัฒนาเครือข่ายระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองระดับเขตสุขภาพ 2) มีการนำ Care map for Hemorrhagic stroke มาใช้ใน Stroke unit	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 %		1) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก<25% 2) อัตราตายผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ<5%	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	



การพัฒนาระบบบริการโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI



KPI : 1) อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ไม่เกินร้อยละ 9
2) ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด > 50



มาตรการ :

พัฒนาบุคลากร

พัฒนามาตรฐานการรักษา

พัฒนาระบบเครือข่ายบริการ

ระบบข้อมูลสารสนเทศ

นโยบาย/กลยุทธ์



จุดเน้น :

- STEMI Fast Tract และ ระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ
- มีศูนย์หัวใจที่สามารถทำ Emergency PCI เปิดบริการ 24/7 อย่างน้อย 1 แห่งต่อเขตสุขภาพ

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ไม่เกินร้อยละ 9					2. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด > 50				
สถานการณ์/ข้อมูล พื้นฐาน	1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจเฉียบพลันชนิด STEMI ร้อยละ 8.41					2. ร้อยละการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด				
	3. ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการล่าช้า พบว่าระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการถึงได้รับการวินิจฉัยมีค่ามัธยฐาน = 120 นาที					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
กิจกรรม หลัก	- เพิ่มอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องให้เพียงพอกับภาระงาน	- กำหนดตัวชี้วัดเพื่อพัฒนามาตรฐานการรักษาผู้ป่วย	- กำหนดนโยบายระบบ STEMI Fast Tract ให้ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ	- มีการพัฒนาโปรแกรม Thai ACS Registry อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพ	- การณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ประชาชนให้ทราบถึงอาการของโรคหัวใจขาดเลือด (Early warning symptom and sign) และการเข้าถึงระบบบริการอย่างรวดเร็ว (Public alert)
ส่วนกลาง	- กำหนดให้มี project manager และมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน	- จัดทำ Guideline การรักษาผู้ป่วย STEMI	- กำหนดมาตรฐานระบบการส่งต่อผู้ป่วย	- จัดการอบรมการใช้ โปรแกรม Thai ACS Registry	- การสนับสนุนให้ TNK แทนการใช้ SK ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน เพื่อการรักษาผู้ป่วย STEMI
	- จัดการอบรมวิชาการในการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย STEMI และ Advanced cardiac life support (ACLS)	- นิเทศงานและให้การสนับสนุนเพื่อให้โรงพยาบาลในเขตสุขภาพให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐาน		- สนับสนุนให้มีการใช้โปรแกรมอย่างแพร่หลาย	- การสนับสนุนเพิ่มอัตรากำลัง ค่าตอบแทน และความก้าวหน้าในวิชาชีพให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
		- นิเทศงานและจัดอบรมเพื่อให้ความรู้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย		- จัดสรรงบประมาณในการบริหารจัดการข้อมูล	
		- ติดตามตัวชี้วัดเพื่อประเมินมาตรฐานการรักษา			
เขต/สสจ.	- กำหนดกรอบอัตรากำลังให้เพียงพอต่อภาระงาน	- สนับสนุนโรงพยาบาลในเขตสุขภาพในการรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐาน	- ดำเนินการให้มีระบบ STEMI Fast Tract ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และมีความชัดเจนในระบบการส่งต่อผู้ป่วย	- กำกับดูแลรพ.ในเขตสุขภาพในการลงข้อมูล โปรแกรม Thai ACS Registry อย่างครบถ้วนและสม่ำเสมอ	- ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานตามนโยบาย
	- สนับสนุนในการส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม	- ติดตามตัวชี้วัดเพื่อประเมินมาตรฐานการรักษา	- กำกับดูแลเพื่อให้ระบบ STEMI Fast Tract สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีศูนย์หัวใจที่สามารถทำ Emergency PCI เปิดบริการ 24/7 อย่างน้อย 1 แห่งต่อเขตสุขภาพ	- สนับสนุนในการส่งบุคลากรเพื่ออบรมการลงข้อมูล	- จัดการรณรงค์ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ เพื่อให้ความรู้ผู้ป่วยให้ทราบถึงอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและการเข้าถึงการบริการ
			- ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน		
รพ.	- คัดเลือกบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อเข้ารับการอบรม	- ให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ตามมาตรฐานและ Guideline, รพ.ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้	- ดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยตามระบบเครือข่ายของเขตบริการสุขภาพ	- คัดเลือกและมอบหมายบุคลากรเพื่อเข้ารับการอบรมการลงข้อมูล Thai ACS Registry และทำการลงข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ	- ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานตามนโยบาย
	- กำหนดภาระงานบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจน	- เก็บข้อมูลตัวชี้วัดมาตรฐานการรักษา	- ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน		
	- จัดการอบรมให้ความรู้บุคลากรในรพ.ในการดูแลรักษาผู้ป่วย SETMI และ การทำ ACLS	- ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมวิชาการเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย			

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



KPI : มีการจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย
(เป้าหมาย รพศ./ รพท. ร้อยละ 80)



มาตรการ :

การสื่อสารความรู้เรื่องการมารับบริการกัญชาทางการแพทย์

การเตรียมความพร้อมและพัฒนาหน่วยบริการ

การพัฒนาระบบข้อมูล

การพัฒนาระบบติดตาม กำกับ เพื่อประเมินรูปแบบที่เหมาะสม



จุดเน้น :

- ความรู้ความเข้าใจทั้งบุคลากรทางการแพทย์และประชาชน
- ความพร้อมในการให้บริการ

การเข้าถึงบริการกัญชาทางการแพทย์

นโยบายเร่งด่วน กระทรวงสาธารณสุข ปี งบประมาณ 2563

Target/KPI	เพื่อให้การบริการกัญชาทางการแพทย์ผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย			
Situation/ Baseline	หลายประเทศทั่วโลกได้มีการนำสารสกัดจากกัญชามาใช้เพื่อเป็นยารักษาโรค และรัฐบาลได้มีการประกาศนโยบายให้มีการใช้กัญชาอย่างเสรีในทางการแพทย์ ในการดำเนินการจำเป็นต้องมีกระบวนการในการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อให้ประโยชน์ทางการแพทย์ และผลข้างเคียงต่อผู้รับบริการน้อยที่สุด ทั้งนี้จำนวนผู้รับบริการที่มีข้อบ่งชี้ทั้งแพทย์ปัจจุบันและแพทย์แผนไทยฯ ประมาณ 8 ล้านกว่าคน (อ้างอิงนพ.ธีระวัฒน์ เหมะจุธา) ในขณะที่ สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ ผลิตโดยองค์การเภสัชฯและรพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่กระจายนำสู่การบริการ สถานพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
Strategy	มาตรการที่ 1 การสื่อสารความรู้เรื่องการมารับบริการกัญชาทางการแพทย์ที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ประชาชนและบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้ผู้รับบริการที่มีข้อบ่งชี้เข้าถึงบริการ	มาตรการที่ 2 การเตรียมความพร้อมของหน่วยบริการ แบบผสมผสาน แพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย ในการให้บริการการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างปลอดภัย	มาตรการที่ 3 การพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ เพื่อประเมินความเหมาะสมในการใช้กัญชาทางการแพทย์และวางแผนให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วย	มาตรการที่ 4 การพัฒนาระบบติดตาม กำกับ เพื่อประเมินรูปแบบที่เหมาะสมนำไปสู่การขยายผลการให้บริการแก่ประชาชน
Key Activity	1. อบรมให้ความรู้แบบบูรณาการทั้งการให้บริการแบบผสมผสานแผนปัจจุบันและแผนไทย แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถให้บริการกัญชาทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม 2. ชุดความรู้แบบอิเล็กทรอนิกส์ ออนไลน์ ที่ง่ายแก่ความเข้าใจเข้าถึง อย่างถูกต้องของประชาชน	1. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการเพื่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ 2. พัฒนาแนวทางในการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบผสมผสานแผนปัจจุบันและแผนไทย 3. อัตรากำลัง สหวิชาชีพ 4. สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ที่เพียงพอ 5. ชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการ 6. ระบบส่งต่อผู้ป่วยมาขอรับบริการและผลข้างเคียง	1. พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล C-MOPH และ SAS การใช้กัญชาทางการแพทย์ เพื่อให้ สามารถประเมินวิเคราะห์ และวางแผนการให้บริการที่เหมาะสม 2. เพื่อวิเคราะห์ความพอเพียงของยา กัญชา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ต่อเนื่อง	1.การดำเนินการจัดตั้งคลินิกผสมผสาน 2.ติดตามผู้ได้รับบริการตามข้อบ่งชี้ 3.สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ 4.ติดตามผลข้างเคียง และคุณภาพชีวิติ ตามแนวทางที่กำหนดไว้ 5.KM 6.Best Practice
Small Success (KPI)	ไตรมาส 1 - มีการจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ผสมผสานแผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย 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



▶ นวัตกรรมทางการแพทย์ เพื่อเศรษฐกิจ



สนับสนุนการใช้สมุนไพรไทย การนวดไทย
และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเสริมเศรษฐกิจ

สมุนไพร การนวดไทย และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เสริมเศรษฐกิจ



KPI : ร้อยละที่เพิ่มขึ้นของรายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพความงามและแพทย์แผนไทย (ร้อยละ 5)



มาตรการ :

ขับเคลื่อนสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

ขับเคลื่อนการนวดไทยเพื่อสร้างอาชีพและรายได้

ขับเคลื่อนกัญชา กัญชง สร้างเสริมสุขภาพและการรักษาโรค

ขับเคลื่อนการเป็นเมืองศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub)

ขับเคลื่อนการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Medical & Wellness Tourism)

ประเด็น : สมุนไพร การนวดไทย และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเสริมเศรษฐกิจ

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	เป้าหมาย : สมุนไพร การนวดไทย และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสามารถขับเคลื่อนประเทศสู่ศูนย์กลางเศรษฐกิจสร้างสรรค์แบบครบวงจร สร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตให้ประชาชนอย่างยั่งยืน ตัวชี้วัด : ร้อยละที่เพิ่มขึ้นของรายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย (ร้อยละ 5)			
สถานการณ์ /ข้อมูล พื้นฐาน	1. การแพทย์แผนไทยและสมุนไพรได้รับความสำคัญในการขับเคลื่อนประเทศในเชิงเศรษฐกิจมากขึ้น โดยพบว่ายุทธศาสตร์ชาติและนโยบายรัฐบาลได้ให้ความสำคัญในการสร้างความสามารถในการแข่งขัน ทั้งในการพัฒนาเกษตรชีวภาพ อุตสาหกรรมชีวภาพ การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย และการพัฒนาผู้ประกอบการและวิชาชีพขนาดกลางและขนาดย่อมยุคใหม่ 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 ท่องเที่ยวพร้อมตรวจสุขภาพหรือสัถยกรรมเสริมสวย 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 ภายใต้กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและกฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สมุนไพร 2.ส่งเสริมสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจใน ชุมชน รองรับบริการเกษตรอุตสาหกรรม และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพใน 14 จังหวัดเมืองสมุนไพร 3 พัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อตอบสนองการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ สป่า การนวดไทย และการกีฬา 4. เจริญจับคู่ธุรกิจและส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรคุณภาพทั้งในและต่างประเทศ ผ่านออนไลน์และออฟไลน์	1. ยกระดับมาตรฐานการนวดไทยและหน่วยประเมินมาตรฐาน (Certification Body) 2. พัฒนาและยกระดับกำลังคนด้านการนวดไทย ให้มีคุณภาพและเพียงพอในระบบบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน 3. วิจัย พัฒนารฐานข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) ภูมิปัญญาการนวดไทยให้ประชาชน/นักท่องเที่ยวเข้าถึงแหล่งให้บริการการนวดไทยที่มีคุณภาพ 4.พัฒนารูปแบบสถานประกอบการด้านการนวดไทยและศูนย์สุขภาพครบวงจรที่น่าอัศจรรย์ ลักษณะเป็นนิชเข้าสู่สถานบริการสุขภาพที่สามารถสร้างมูลค่าเพิ่มได้	1. ส่งเสริมให้มีการปลูกกัญชา กัญชง ให้เพียงพอกับความต้องการภายในประเทศและต่างประเทศโดยอาศัยความร่วมมือกับภาครัฐและวิสาหกิจชุมชน 2. พัฒนาลิขสิทธิ์จากกัญชา กัญชง โดยเน้นเป็นผลิตภัณฑ์สุขภาพ 3. พัฒนาการวิจัยเพื่อพัฒนาสินค้าเชิงนวัตกรรมและการตลาดจากกัญชา กัญชง และกระท่อม	1. การพัฒนารูปแบบบริการดึงดูดชาวต่างชาติ (Magnet) ในสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพชั้นนำ 2. การปรับปรุงมาตรการกฎหมาย 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. มาตรฐานนวดไทยได้รับการยกระดับให้เป็นที่ยอมรับ 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. รายได้ของกระทรวงการพัฒนากัญชาทางการแพทย์แผนไทย 80 ล้านบาท 6. มีศูนย์บริการการแพทย์ทางเลือกสำหรับนักท่องเที่ยวและผู้พักทิ้งระยะยาวในเขต EEC/SEC 2 แห่ง 7. มีฐานข้อมูลใน 4 ผลผลิตหลักตามนโยบาย Medical Hub 1 ระบบ 8. รายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงามและแพทย์แผนไทย เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5



► องค์การคุณภาพ

HA

PMQA

องค์กรแห่งความสุข

การพัฒนางานองค์กรคุณภาพ (HA)



KPI : ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3
(เป้าหมาย รพศ./รพท. ร้อยละ 100 รพ.สังกัดกรม ร้อยละ 100 รพช. ร้อยละ 90)



มาตรการ :

มีกลไกการสนับสนุนคุณภาพโรงพยาบาลในระดับกรม เขตสุขภาพ จังหวัด

มีแผนด้านคุณภาพโรงพยาบาลและเชื่อมโยงเป็นเครือข่าย

ให้ สสจ.หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านคุณภาพระดับจังหวัดเป็นกลไกหลัก



จุดเน้น :

สนับสนุนการจัดทำแผน Re accredit

“มุ่งมั่นสู่องค์กรคุณภาพ”

แผนงาน : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ (HA)				
Target / KPI No.	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้น 3			
Situation/Baseline	Baseline /Situation : ร้อยละของ รพ.สังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้น 3 ปี 2562 (ไตรมาส 3) รพ.ศูนย์/รพ.ทั่วไป/รพ.สังกัดกรมกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต ร้อยละ 98.18 (162/165 โรงพยาบาล) รพ.ชุมชน ร้อยละ 88.01 (646/734 โรงพยาบาล) ปีงบประมาณ 2563 ตั้งเป้าหมายโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ผ่านการรับรองคุณภาพ HA ขึ้น 3 ร้อยละ 100 โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิตผ่านการรับรองคุณภาพ HA ขึ้น 3 ร้อยละ 100 และโรงพยาบาลชุมชนผ่านการรับรองคุณภาพ HA ขึ้น 3 ร้อยละ 90 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ และปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข			
Strategy	มาตรการที่ 1 จัดให้มีกลไกการสนับสนุนคุณภาพโรงพยาบาล ในระดับ กรม เขตสุขภาพ จังหวัด	มาตรการที่ 2 ให้มีแผนด้านคุณภาพโรงพยาบาลในระดับเขตสุขภาพ จังหวัด หน่วยบริการ และเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายคุณภาพ	มาตรการที่ 3 ให้ สสจ.หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านคุณภาพระดับจังหวัดเป็นกลไกหลักระดับจังหวัดในการวางแผน สนับสนุน ขับเคลื่อน การดำเนินงานคุณภาพในโรงพยาบาลทุกระดับ	
Key Activity	ส่วนกลาง 1. ทบทวน/แต่งตั้งคณะกรรมการ/อนุกรรมการ/คณะทำงานที่เกี่ยวข้อง และประชุมคณะกรรมการ 2. วิเคราะห์สภาพปัญหาของพื้นที่ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ เสนอแนะแนวทาง 3. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อสนับสนุน ขับเคลื่อนการดำเนินงาน 4. ระบบ Warning System สำหรับผู้บริหาร 5. กำกับติดตามความก้าวหน้า และรายงานผลการปฏิบัติงานรายไตรมาส	ระดับเขต 1. แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพบริการเครือข่ายระดับเขตสุขภาพ 2. จัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพระดับเขตสุขภาพ 2.1 อบรมให้ความรู้ 2.2 ส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง รพ.ในเขตสุขภาพ ใช้กลไกของ QRT, QLN 2.3 เยี่ยมกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพ รพ.ในพื้นที่รับผิดชอบ 3. กำกับติดตามให้มีการดำเนินงานตามแผน 4. ส่งเสริมรพ.ที่ผ่านการประเมิน HA ขึ้น 3 ให้มีการพัฒนาต่อยอดสู่ AHA หรือการพัฒนาในรูปแบบเครือข่าย PNC ต่อไป	ระดับจังหวัด 1. แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพบริการเครือข่ายระดับจังหวัด 2. จัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลภายในจังหวัด เพื่อยื่นคำขอในการรับการประเมินหรือต่ออายุล่วงหน้าอย่างน้อย 6 เดือนก่อนหมดอายุการรับรอง 3. ติดตาม กำกับ การเยี่ยมกระตุ้นระดับจังหวัด เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	
Small Success	ไตรมาส 1 - รพศ./รพท ร้อยละ 97.00 - รพ.สังกัดกรม ร้อยละ 97.00 - รพช. ร้อยละ 87.00	ไตรมาส 2 - รพศ./รพท. ร้อยละ 98.00 - รพ.สังกัดกรม ร้อยละ 98.00 - รพช. ร้อยละ 88.00	ไตรมาส 3 - รพศ./รพท. ร้อยละ 99.00 - รพ.สังกัดกรม ร้อยละ 99.00 - รพช. ร้อยละ 89.00	ไตรมาส 4 - รพศ./รพท. ร้อยละ 100.00 - รพ.สังกัดกรม ร้อยละ 100.00 - รพช. ร้อยละ 90.00

การพัฒนางานองค์กรคุณภาพ (PMQA)



KPI : 1) ร้อยละ 90 ของกองในสังกัด สป.ส่วนกลาง

2) ร้อยละ 90 ของ สสจ.

3) ร้อยละ 90 ของ สสอ.



มาตรการ :

ส่งเสริม/สนับสนุนส่วนราชการให้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การ

ผลิตและพัฒนาทีมตรวจประเมิน PMQA อย่างมีคุณภาพ

ติดตาม ประเมินผลการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การ



จุดเน้น :

หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
และหมวด 6 การจัดการกระบวนการ

“Joyful PMQA”

ตัวชี้วัด/ เป้าหมาย/	ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 1. ร้อยละ 90 ของกองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลาง 2. ร้อยละ 90 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 3.ร้อยละ 90 ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ						
สถานการณ์/ ข้อมูล พื้นฐาน	สถานการณ์: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้นำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การ เพื่อยกระดับการปฏิบัติราชการให้เทียบเท่ามาตรฐานสากลมาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2550 โดยกำหนดนโยบายให้กองส่วนกลาง จำนวน 13 กองสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 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 ข้อมูลพื้นฐาน :ข้อมูล ณ 2 กรกฎาคม 2562 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						
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ (Value chain)	มาตรการที่ 1 ส่งเสริม/สนับสนุนส่วนราชการให้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การ		มาตรการที่ 2 ผลิตและพัฒนาทีมตรวจประเมิน PMQA อย่างมีคุณภาพ		มาตรการที่ 3 ติดตาม ประเมินผลการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การ		
กิจกรรมหลัก	1. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและให้ความรู้เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) 2. กำหนดให้ส่วนราชการดำเนินการ 2 หมวด ได้แก่ หมวด 3 กับหมวด 6 เป็นหมวดบังคับ และคงรักษาสภาพ (Maintain) หมวด 1 หมวด 2 หมวด 4 และ หมวด 5 3. พัฒนาช่องทางการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ	- กพร.สป.สร. - ส่วนราชการทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค	1. พัฒนาสมรรถนะผู้ตรวจประเมิน (Auditor Audit) 2. จัดตั้งทีม Internal Audit ให้ครบ 12 เขตสุขภาพ และ สสจ. 76 แห่ง 3. พัฒนาระบบรายงานผลการดำเนินงานผ่านระบบออนไลน์ให้มีประสิทธิภาพ	- กพร.สป.สร. .	1. ประชุมติดตามผลการดำเนินงานผ่านระบบ VDO Conference ทุก 3 เดือน 2. ตรวจประเมินผลการดำเนินงานส่วนราชการในพื้นที่ โดยทีมผู้ตรวจประเมิน (Auditor) และ กพร.สป. จำนวน 2 รอบ 3. จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และค้นหาส่วนราชการต้นแบบในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การที่เป็นเลิศ	- กพร.สป.สร. - กพร.สป./ทีมผู้ตรวจประเมิน/ทีมตรวจราชการ - กพร.สป.สร.	
ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร		กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร		กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร		
small success ระดับความสำเร็จ	ไตรมาส 1 (3 เดือน) Analyze organization 1. ส่วนราชการจัดทำลักษณะสำคัญขององค์การครบ 13 คำถาม ส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด 2. ส่วนราชการประเมินตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 หมวด 3 กับ หมวด 6 ส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด และให้คงรักษาสภาพ (Maintain) หมวด 1 หมวด 2 หมวด 4และ หมวด 5 3. ส่วนราชการนำโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity for Improvement : OFI) มาจัดทำแผนพัฒนาองค์การหมวด 3 กับหมวด 6 หมวดละ 1 แผน ส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด 4. ส่วนราชการจัดทำตัวชี้วัดความสำเร็จของแผนพัฒนาองค์การหมวด 3 กับหมวด 6 ส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด		ไตรมาส 2 (6 เดือน) Monitoring 1. ส่วนราชการส่งรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานเทียบกับแผนพัฒนาองค์การ หมวด 3 และหมวด 6 ภายในระยะเวลาที่กำหนด 2. ส่วนราชการส่งรายงานผลลัพธ์ตัวชี้วัดหมวด 3 และหมวด 6 ภายในระยะเวลาดที่กำหนด		ไตรมาส 3 (9 เดือน) Monitoring 1. ส่วนราชการส่งรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานเทียบกับแผนพัฒนาองค์การ หมวด 3 และหมวด 6 ภายในระยะเวลาดที่กำหนด 2. ส่วนราชการส่งรายงานผลลัพธ์ตัวชี้วัดหมวด 3 และหมวด 6 ภายในระยะเวลาดที่กำหนด		ไตรมาส 4 (12 เดือน) Evaluation 1. กองส่วนกลาง ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ระดับ 5 (ร้อยละ 90) 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ระดับ 5 (ร้อยละ 90) 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ระดับ 5 (ร้อยละ 90)

▶ การพัฒนางานองค์กรคุณภาพ (องค์กรแห่งความสุข)



KPI : มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน (เป้าหมาย : กรมวิชาการ,สป.ส่วนกลาง ร้อยละ 10 รพศ./รพท./สสจ. อย่างน้อยเขตละ 1 แห่ง รพช.,สสอ., > ร้อยละ 10)



มาตรการ :

พัฒนาระบบ กลไกและกระบวนการสร้างสุขสู่ความยั่งยืน

สร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้

กำกับ ติดตามและประเมินผล



จุดเน้น :

คุณภาพองค์กรแห่งความสุข 5 หมวด

1. การนำองค์กร
2. กระบวนการพัฒนางานองค์กร
3. การจัดการความรู้ในองค์กร
4. การมุ่งเน้นบุคลากร
5. ผลลัพธ์ขององค์กร

“ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ผู้ให้บริการมีความสุข”

“คนสำราญ งานสำเร็จ”

“ประชุมได้ผล คนได้สุขภาพ”



หน่วยงานหลัก: กยผ.สป. และกรมสุขภาพจิต

หน่วยงานร่วม: กพร. กบรส บค.

ประเด็น องค์การแห่งความสุข

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	เมืองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน (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	กยผ./กรมสุขภาพจิต		กยผ./กรมสุขภาพจิต	กยผ./กรมสุขภาพจิต
ระดับ ความสำเร็จ	ไตรมาส 1 (3 เดือน) - 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) เมืองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน กรมวิชาการ,สป.ส่วนกลาง ร้อยละ 10 รพศ./รพท./สสจ. อย่างน้อยเขตละ 1 แห่ง รพช.,สสอ., > ร้อยละ 10)

The background features a collage of four hexagonal images. The largest image on the left shows a person's hands pointing at a laptop screen displaying various charts and graphs. Other smaller hexagonal images show hands holding pens, pointing at documents, and interacting with a laptop.

▶ นวัตกรรมการบริหาร จัดการของเขตสุขภาพ (Initiative Management)

เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ
ของเขตสุขภาพ



ประสิทธิภาพการบริหารจัดการเขตสุขภาพ



KPI : ร้อยละของเขตสุขภาพมีนวัตกรรมการบริหารจัดการ (เป้าหมาย : ร้อยละ 100)



มาตรการ :

จัดทำแผนพัฒนาการบริการสุขภาพควบคู่กับแผนการบริหารทรัพยากร

สนับสนุนการสร้างหรือพัฒนานวัตกรรมบริหารจัดการเชิงพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม

พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

พัฒนากลไกการบูรณาการทุกระดับ



จุดเน้น :

- ทำตามแผน Blueprint for change CSO+CHRO
- แก้ปัญหาพื้นที่ในระดับเขตสุขภาพ

หน่วยงานหลัก: กตร
หน่วยงานร่วม: กบรส. กยผ.

ประเด็น: ประสิทธิภาพการบริหารจัดการเขตสุขภาพ

เป้าหมาย: เขตสุขภาพมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ				
ตัวชี้วัด: ร้อยละของเขตสุขภาพมีการพัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ (ร้อยละ 100)				
เป้าหมาย ตัวชี้วัด	เขตมีการพัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพอย่างน้อยเขตละ 1 เรื่อง (Initiative Management Mode)			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน				
มาตรการ/ Value chain	จัดทำแผนพัฒนาการบริการสุขภาพ ควบคู่กับแผนการบริหารทรัพยากร	สนับสนุนการสร้างหรือพัฒนา นวัตกรรมการบริหารจัดการเชิง พื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม	พัฒนาระบบ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการแลกเปลี่ยน เรียนรู้	พัฒนากลไกการบูรณาการทุก ระดับ
กิจกรรม หลัก	1. จัดทำแผนแม่บทพัฒนาการบริการสุขภาพ 5 ปี (5 Years Master Plan of Service Plan) 2. กำหนดกรอบการบริหารจัดการเชิงบูรณาการ 3. จัดทำแผนการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ 4. มีการพัฒนาระบบติดตามกำกับ	กำหนดแนวทางสนับสนุนหรือพัฒนา นวัตกรรมการบริหารจัดการของเขต สุขภาพอย่างน้อยเขตละ 1 เรื่อง (ทั้ง 3 ด้านหรืออย่างใดอย่างหนึ่ง 1. ด้านบุคลากร 2. ด้านงบประมาณ 3. ด้านอาคาร สิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์ ฯลฯ)	1. พัฒนาระบบ เทคโนโลยีสารสนเทศ ที่มีประสิทธิภาพ 2. พัฒนากลไกการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้	1. จัดทำกลไกการบริหารจัดการของ เขตสุขภาพ จังหวัด และหน่วย บริการ 2. บูรณาการและขยายความร่วมมือกับ ภาคส่วนอื่น 3. ประเมินผลการบริหารจัดการ
ผู้รับ ผิดชอบ	กตร. กบรส. กยผ.	กตร. กบรส. กยผ.	กตร. กบรส. กยผ.	กตร. กบรส. กยผ.
ระดับ ความสำเร็จ	ไตรมาส 1 (3 เดือน) 1. มีแผนแม่บทพัฒนาการบริการสุขภาพ 5 ปี (5 Years Master Plan of Service Plan) 2. มีกรอบการบริหารจัดการเชิงบูรณาการ 3. มีแผนการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ 4. มีระบบติดตามกำกับ	ไตรมาส 2 (6 เดือน) 1. มีแนวทางสนับสนุนหรือพัฒนา นวัตกรรมการบริหารจัดการของเขต สุขภาพอย่างน้อยเขตละ 1 เรื่อง	ไตรมาส 3 (9 เดือน) 1. มีระบบเทคโนโลยี สารสนเทศที่มี ประสิทธิภาพ 2. มีกลไกการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้	ไตรมาส 4 (12 เดือน) 1. มีกลไกการบริหารจัดการของเขต สุขภาพ จังหวัด และหน่วยบริการ 2. มีการบูรณาการและขยายความ ร่วมมือกับภาคส่วนอื่น 3. มีการรายงานการประเมินผลการ บริหารจัดการ

ขอบคุณค่ะ



กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
Strategy and Planning Division