



การถ่ายทอดแผน
ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ
ปีงบประมาณ 2567 “ผ่านระบบออนไลน์”

โดย นายแพทย์ศิลา จิรวิกรานต์กุล รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

กรอบการนำเสนอ

01

วิสัยทัศน์ พันธกิจ

02

การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ 2567
6 ยุทธศาสตร์

03

การขับเคลื่อนแผนเชิงระบบ 2567
7 เชิงระบบ

01

วิสัยทัศน์ พันธกิจ

วิสัยทัศน์ พันธกิจ

บุรีรัมย์เมืองสุขภาพดี มีเทคโนโลยีก้าวหน้า

ร่วมพัฒนาโดยภาคี



1. ส่งเสริม สนับสนุนให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และเสริมสร้างขีดความสามารถของประชาชนให้ดูแลตนเองได้

2. ส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพแบบองค์รวมทั้งร่างกายและจิตใจ โดยมุ่งเน้นการป้องกันก่อนการเกิดโรค และสนับสนุนให้เกิดการปรับการใช้ชีวิตด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่มาดูแลสุขภาพควบคู่กัน สู่การมีสุขภาพองค์รวมและความเป็นอยู่ที่ดี

3. สร้างสรรค์นวัตกรรมในการพัฒนาระบบเครือข่ายสุขภาพทั้งในและนอกระบบสาธารณสุขของจังหวัด ให้มีความเข้มแข็ง สามารถสนองตอบต่อปัญหา และแนวโน้มความต้องการทางสุขภาพของพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ และบริการทางการแพทย์ ด้วยการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย

5. ส่งเสริม สนับสนุนให้ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชนมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง ต่อเนื่อง มีพันธสัญญาในการพัฒนาระบบสุขภาพจังหวัด และการขับเคลื่อนสู่การเป็นเมืองสุขภาพที่ดีที่ยั่งยืน

02

การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ 2567

6 ยุทธศาสตร์

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

RTI

- บูรณาการแก้ไขจุดเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายผ่านกลไก ศปช.ฯ/พชอ.
- ส่งเสริมการบังคับใช้กฎหมายในสถานศึกษา

TB

- คัดกรอง ค้นหาเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงต่อการเสียชีวิต
- พัฒนาระบบดูแลรักษากลุ่มป่วยที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิต
- พัฒนาระบบส่งต่อ ติดตามการรักษาอย่างเหมาะสม

Stroke STEMI

- พัฒนาระบบระบุผู้ป่วย NCD/ประชาชนทั่วไปที่มีความเสี่ยง
- พัฒนาระบบรับ-ส่งต่อในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ

มะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี

- สร้างเสริมความรู้ให้แก่ประชาชนตามกลุ่มวัยเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง
- ส่งเสริมการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

2.ขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน ให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพ

- พัฒนาระบบเฝ้าระวังการบริการหญิงตั้งครรภ์
- ส่งเสริมระบบฝากครรภ์คุณภาพ
- พัฒนาระบบเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การดูแลมารดาคลอด
- ส่งเสริมและสนับสนุนดูแลภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย
- เฝ้าระวัง ส่งเสริมคัดกรอง ค้นหา กระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย
- ขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีคุณภาพ

3.ส่งเสริมให้เกิดผู้สูงอายุคุณภาพ

- ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพ
- สนับสนุนให้มีการดำเนินงานผู้สูงอายุ 4 ดี (ฟันดี หูดี ตาดี จิตดี) ในชุมชน
- ส่งเสริมให้มีชมรมผู้สูงอายุทุกสถานพยาบาลและสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ
- ส่งเสริมการเข้าถึงบริการและพัฒนาระบบการส่งต่อของคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกแห่ง
- สนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan และผลักดันให้ อปท. เข้าสู่บริการระบบ LTC

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

- บูรณาการ Health Station กับงานคัดกรองและดูแลสุขภาพ
- ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีในการดูแลสุขภาพ
- เพิ่มประสิทธิภาพการบริการ และคัดกรองสุขภาพวัยทำงาน

5.ผลักดันกัญชาและสมุนไพรทางการแพทย์ (Medical cannabis and Herbal city)

- เพิ่มการเข้าถึงบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์
- มีงานวิจัยด้านกัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรในจังหวัด

6.ส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิต (Mental Health care)

- พัฒนาระบบบริการสุขภาพและจิตเวชได้มาตรฐานตามเกณฑ์และได้รับการประกันคุณภาพ



ยุทธศาสตร์ที่ 1 ลดตายด้วยโรคที่สำคัญ

01

บูรณาการแก้ไขจุดเสี่ยง
โดยการมีส่วนร่วมของ
ภาคีเครือข่ายผ่านกลไก
ศปถ./พชอ.

กิจกรรมหลัก

1. MOU ขับเคลื่อนกลไก ศปถ./พชอ.
ป้องกันและลดอุบัติเหตุในเด็กและเยาวชน
2. ขับเคลื่อนแผนนำการป้องกันอุบัติเหตุ
ในเด็กและเยาวชนระดับอำเภอ
3. ค้นข้อมูลชี้เป้าจุดเสี่ยงผ่านกลไก ศปถ./
พชอ.

RTI

02

ส่งเสริมการบังคับใช้
กฎหมายในสถานศึกษา

กิจกรรมหลัก

1. MOU ขับเคลื่อน TSY Programe ใน
สถานศึกษาผ่าน ศึกษาธิการ (สพม. ทั้ง 4 เขต)
2. ประกาศโรงเรียนมัธยมศึกษาเป็นเขตสวม
หมวกนิรภัย 100%
3. มีแผนนำระดับอำเภอตำบลในการขับเคลื่อน
TSY Programe

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ลดตายด้วยโรคที่สำคัญ

01

คัดกรอง ค้นหา
เชิงรุกในกลุ่ม
เสี่ยงต่อการ
เสียชีวิต

02

พัฒนาระบบ
ดูแลรักษากลุ่ม
ป่วยที่เสี่ยงต่อ
การเสียชีวิต

TB

03

ส่งเสริมการบังคับ
ใช้กฎหมายใน
สถานศึกษา

กิจกรรมหลัก

1. ส่งเสริมการคัดกรองตามมาตรฐาน
2. เพิ่มการคัดกรองเชิงรุก Latent period

1. ส่งเสริมให้เกิดมาตรฐาน QTB ใน sw.ทุกแห่ง

1. พัฒนาศักยภาพ Care Management
2. ส่งเสริมภาคีเครือข่ายในระบบทำกำกับการกินยาและติดตามต่อเนื่อง (DOT)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ลดตายด้วยโรคที่สำคัญ

Stroke / STEMI

มาตรการ/กิจกรรมหลัก

มาตรการที่ 1 พัฒนาการระบุผู้ป่วย NCD/ประชาชนทั่วไปที่มีความเสี่ยง

กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย

- 1.ขยายระบบ Mapping CVD risk ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่
- 2.พัฒนาระบบรายงาน Mapping CVD risk

กลุ่มประชาชนทั่วไป

1. พัฒนาระบบ Mapping CVD risk
2. พัฒนาระบบจัดการข้อมูล

มาตรการที่ 2 ระบบรับ-ส่งต่อในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ

1. พัฒนาคือร่วมมือระบบการส่งต่อในชุมชนกับภาคีเครือข่าย
2. ถ่ายทอดแนวทางปฏิบัติในระบบ Fast Track ในการแจ้ง Warning sign ของผู้ป่วย Stroke/STEMI สู่การปฏิบัติในระดับชุมชน
3. พัฒนาระบบข้อมูลและการรายงานผล เพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบ Fast Track ในการแจ้ง Warning sign ของผู้ป่วย Stroke/STEMI

มะเร็งตับ / ท่อน้ำดี

มาตรการ/กิจกรรมหลัก

มาตรการที่ 1

สร้างเสริมความรู้ให้แก่ประชาชนตามกลุ่มวัยเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง

1. พัฒนาการดำเนินงานการติดตามพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง
2. ขยายเครือข่ายแกนนำป้องกันโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีในตำบลพระราชกุศล

มาตรการที่ 2

ส่งเสริมการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

1. ขยายการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองไปยังตำบลอื่น
2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรพนักงานจุลทรรศน์

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การขับเคลื่อนมหัตถุประสงค์ 1000 วัน สู่ 2500 วัน

ให้มีประสิทธิผลและคุณภาพ

มาตรการ/กิจกรรมหลัก

มาตรการที่ 1 พัฒนาระบบเฝ้าระวังการบริการหญิงตั้งครรภ์

1. ส่งเสริมการป้องกันภาวะโลหิตจางในวัยเจริญพันธุ์ (15-45 ปี) ให้ครอบคลุม (สาวไทยแถมแดง)
2. จัดตั้ง Preconception clinic ใน swช.ทุกแห่ง (อีก 17 แห่ง)

มาตรการที่ 2 พัฒนาระบบฝากครรภ์คุณภาพ

1. ประเมินคลินิก ANC คุณภาพ และห้องคลอดคุณภาพ
2. ส่งเสริมภาวะโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ให้ครบตามเกณฑ์ และบูรณาการกับภาคีเครือข่าย

มาตรการที่ 3 พัฒนาระบบเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การดูแลมารดาคลอด

- พัฒนาระบบการส่งต่อมารดาคลอด

มาตรการที่ 4 ส่งเสริมและสนับสนุนดูแลภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย

- ส่งเสริมการขับเคลื่อนโภชนาการในเด็กปฐมวัย ด้วย พชอ.

มาตรการที่ 5

เฝ้าระวัง ส่งเสริมคัดกรอง ค้นหา กระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย

- พัฒนามาตรฐาน WCC ให้ครอบคลุม

มาตรการที่ 6

ขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีคุณภาพ

- ขยายการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ เน้นกิจกรรมเล่นเปลี่ยนโลก

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ผู้สูงอายุคุณภาพ

มาตรการ/กิจกรรมหลัก

มาตรการที่ 1 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพ

1. พัฒนาระบบการจัดการข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุและการส่งต่อ
2. พัฒนาระบบส่งต่อผู้สูงอายุที่พบความผิดปกติจากการคัดกรอง

มาตรการที่ 2 สนับสนุนให้มีการดำเนินงานผู้สูงอายุ 4 ดี

(ฟันดี หูดี ตาดี จิตดี) ในชมรม

- พัฒนาการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ 4D ให้ได้มาตรฐาน

มาตรการที่ 3 ส่งเสริมให้มีชมรมผู้สูงอายุทุกสถานบริการและสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ

- ส่งเสริมการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุโดยภาคีเครือข่าย

มาตรการที่ 4 ส่งเสริมการเข้าถึงบริการและพัฒนาระบบการส่งต่อของคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกแห่ง

1. สนับสนุนให้คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลระดับ F1ขึ้นไปผ่านเกณฑ์คุณภาพ และ F2-F3 ผ่านเกณฑ์พื้นฐาน
2. พัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุผ่านระบบ TeleMedicine TeleHealth

มาตรการที่ 5 สนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan และผลักดันให้อปท.เข้าสู่บริการระบบ LTC

1. ส่งเสริมสนับสนุนการใช้เทคโนโลยี Teledent ผ่านหมอพร้อม Station ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
2. พัฒนาส่วนขาดในการดำเนินงาน LTC

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สู่ชุมชนสุขภาพดี

มาตรการ/กิจกรรมหลัก

มาตรการที่ 1 บูรณาการ Health Station กับงานคัดกรองและดูแลสุขภาพ

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการคัดกรองและดูแลสุขภาพ โดยใช้ Health Station กับ ประชาชน ทุกกลุ่มวัย
2. ส่งเสริมให้ความรู้ประชาชนและอสม.มีความรู้ในโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้ HS

มาตรการที่ 2 ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีในการดูแลสุขภาพ

1. พัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลทางเดียวและนำมาใช้ได้
อย่างมีประสิทธิภาพ
2. สนับสนุนให้ประชาชนและอสม.มีการใช้เทคโนโลยีในการดูแลสุขภาพ

มาตรการที่ 3 เพิ่มประสิทธิภาพการบริการ และคัดกรองสุขภาพวัยทำงาน

- กำกับติดตามการดำเนินงานในการคัดกรองภาวะสุขภาพ
โดยใช้ HS ในทุกระดับ (หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด)

ยุทธศาสตร์ที่ 5 **กัญชา** และสมุนไพรทางการแพทย์

มาตรการ/กิจกรรมหลัก

มาตรการที่ 1 เพิ่มการเข้าถึงบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์

1. จัดทำแผนงบประมาณในการจัดซื้อยา กัญชาทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วย Palative care
2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการส่งใช้กัญชาและค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (กลุ่ม Paiative care) อย่างต่อเนื่อง
3. มีระบบ Telehealth ดูแล ผู้ป่วย Paiative care ที่ใช้ยากัญชา

มาตรการที่ 2 มีงานวิจัยด้านกัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรในจังหวัด

- มีงานวิจัยและนวัตกรรมด้านกัญชาทางการแพทย์และสมุนไพร

ยุทธศาสตร์ที่ 6 ส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิต

มาตรการ

พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชได้มาตรฐานตามเกณฑ์ และได้รับการประกันคุณภาพ

1. ขยายการคัดกรองและค้นหากลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน สถานประกอบการ และสถานศึกษา
2. ส่งเสริมการเฝ้าระวังและติดตามกลุ่มที่ได้รับการประเมิน SMIV แล้วมีความเสี่ยงสูงโดยใช้ชุมชนและภาคีเครือข่าย
3. การพัฒนาคลินิกจิตเวชและยาเสพติดให้ได้ตามมาตรฐาน

03

การขับเคลื่อนแผนเชิงระบบ 2567

7 เชิงระบบ

แผนเชิงระบบ

Chief Service Officer **CSO**

- > ลดแออัด (เพิ่มศักยภาพ SWช. ในการดูแล ผู้ป่วย On Ventilator ลดใส่ET Tube Refer)
1.เพิ่มศักยภาพSWช.ในการดูแลผู้ป่วย On Ventilator
2.พัฒนารับการส่งต่อผู้ป่วย On Ventilator

Chief Financial Officer **CFO**

- > พัฒนาระบบบริหารจัดการการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ
- > การดำเนินงานศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ

Chief Information Officer **CIO**

- > ประชาชนมี Digital id เข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล (PHR)
- > โรงพยาบาลที่มีบริการ Telemedicine ตามเกณฑ์ที่กำหนด
- > โรงพยาบาลทุกแห่งดำเนินการใช้ระบบ IPD paperless
- > หน่วยบริการดำเนินงาน Cyber Security

Chief Human Resource Officer **CHRO**

- > สนับสนุนให้บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพตามแผนพัฒนาบุคลากรรายบุคคล (IDP)

แผนเชิงระบบ

Chief Monitoring and
Evaluation Office

CMEO

- > ส่งเสริมกำกับติดตาม ผลการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ
- > บูรณาการกระบวนการนิเทศงานและการสอนงานเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

Family Care Team

FCT

- > คนบุรีรัมย์ทุกคน มีหมอปประจำตัว 3 คน
- > การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตาม พรบ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562
- > การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

Cannabis and
Herbal Economic

CHE

- > ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการในการพัฒนาผลิตภัณฑ์กัญชาและสมุนไพรเพื่อเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ
- > ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ และ ตำบล ในการให้ความรู้ผู้ประกอบการ เพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์กัญชาและสมุนไพรเพื่อเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ
- > ส่งเสริมแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพอย่างครบวงจร

เมืองบุรีรัมย์

สุขภาพดี ร่ม
มืเทคโนโลยีที่ก้าวหน้า พัฒนา โดยภาค

คณะกรรมการ

การขับเคลื่อน

พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศและดิจิทัล

Chief Information Officer : **CIO**

โดย

นายแพทย์ศिला จีรวิกรานต์กุล
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

สถานการณ์/
สภาพปัญหา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ได้เริ่มดำเนินการ ชุ่ดข้อมูล ดิจิทัลไอดี (Digital Identity หรือ Digital ID) หมายถึงชุดของข้อมูลหรือคุณลักษณะที่รวบรวมและบันทึกในรูปแบบดิจิทัล เพื่อใช้ระบุตัวบุคคลในการทำธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ผ่านระบบการลงทะเบียนและพิสูจน์ตัวตนของระบบ Identity provider (IdP) ผ่านหมอฟร้อม สเตชัน เพื่อยกระดับการให้บริการแก่ประชาชน และช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการ สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเอง แม้จะเข้ารับการรักษจากหน่วยบริการสุขภาพหลายแห่ง

มาตรการ

- 1 ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานและประโยชน์ของ ดิจิทัลไอดีแก่กลุ่มเป้าหมายในหน่วยบริการ
- 2 รณรงค์การบันทึกข้อมูลพิสูจน์ตัวตนของบุคคลากรสาธารณสุขและประชาชนในทุกหน่วยบริการผ่านระบบหมอฟร้อมตามเกณฑ์ที่กำหนด
- 3 ติดตาม Monitor การยืนยันตัวตนของกลุ่มเป้าหมายทั้งบุคคลากรสาธารณสุขและประชาชนให้เป็นไปตามเป้าหมาย

การประเมินผลสำเร็จ

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ตัวชี้วัดสำคัญ
บุคลากร สาธารณสุข	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70			
ประชาชน	ร้อยละ 10	ร้อยละ 20			

🔴 ร้อยละ 70 ของบุคคลกรสาธารณสุข มี ดิจิทัลไอดี

🔴 ร้อยละ 20 ของประชาชน มี ดิจิทัลไอดี เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล และเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ

สถานการณ์/
สภาพปัญหา

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดให้มีการให้บริการการแพทย์ทางไกลให้ครอบคลุมทุกกลุ่มบริการและบริบทของพื้นที่ เช่นผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง โดยโรงพยาบาล ต้องมีการจัดบุคคลกรให้บริการการแพทย์ทางไกลอย่างต่อเนื่องมีระบบสารสนเทศ Telemedicine/Telehealth โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เน้นการติดตั้งระบบ หมอพร้อม Station และบันทึกการให้บริการในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล ด้วยรหัสมาตรฐานแพ้ม Service (๑๔) รหัสประเภทการมารับบริการ type ๕ การบริการการแพทย์ทางไกล Telehealth/Telemedicine' ส่งเข้า HDC ทุกเดือน

มาตรการ

- 1 ดำเนินการระบบ Telemed ใน หมอพร้อมสเตชัน โดยส่งจาก HIS ของโรงพยาบาล ไปยังระบบ หมอพร้อม สเตชัน
- 2 มีทีมบุคลากรให้บริการอย่างต่อเนื่อง มีห้องให้บริการการแพทย์ทางไกล เพื่อปฏิบัติหน้าที่เร่งรัดการจัดบริการสุขภาพดิจิทัลทางไกล
3. มีระบบนัดติดตามผู้ป่วยผ่าน หมอพร้อม สเตชันผ่านระบบ telemedicine ระหว่าง sw.บุรีรัมย์ กับ swช.

การประเมินผลสำเร็จ

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ตัวชี้วัดสำคัญ
โรงพยาบาลทุกแห่งมีการติดตั้งระบบและใช้งาน หมอพร้อมสเตชันและดำเนินการระบบนัดติดตามผู้ป่วยผ่าน หมอพร้อม สเตชันระหว่าง sw.บุรีรัมย์ กับ swช.ทุกแห่ง	ขยายผลการติดตั้งระบบ หมอพร้อม สเตชันใน sw.สต.ทุกแห่ง	โรงพยาบาลทุกแห่งมีการให้บริการการแพทย์ทางไกล เป้าหมายรวมทั้งหมด ร้อยละ ๕ ของผู้รับบริการ	ติดตั้งระบบหมอพร้อม สเตชันและใช้งานครบ ใน sw.สต.ทุกแห่ง	 sw.เป้าหมายมีการให้บริการการแพทย์ทางไกลในกลุ่มเป้าหมายรวมทั้งหมด 5% ในสถานบริการ

สถานการณ์/
สภาพปัญหา

การดำเนินงาน Smart Hospital ในโรงพยาบาลจำเป็นต้องใช้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ เข้ามาช่วยในการบริหารจัดการ และพัฒนาคุณภาพบริการ เช่น การให้บริการของผู้ป่วยใน การจัดการพื้นที่ในการจัดเก็บเอกสาร การลดขั้นตอน ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน และสามารถรับส่งภาพเอกสารทางการแพทย์แบบอิเล็กทรอนิกส์ระหว่างหน่วยงานแบบ Real Time ได้ เพื่อ ลดความซ้ำซ้อน ลดเวลาการจัดทำเอกสาร จึงจำเป็นต้อง มีการนำระบบipdpaperless มา ใช้งานใน ทุกผู้ป่วยใน

มาตรการ

- 1 สนับสนุนการดำเนินงานระบบ ipdpaperless (KPHIS พัฒนาโดย sw.กำแพงเพชร)ในโรงพยาบาลทุกแห่ง
- 2 ทีมไอที สสว. ดำเนินการติดตั้งระบบ ipdpaperless ให้กับโรงพยาบาลทุกแห่ง และพัฒนาระบบสำรองข้อมูลกลางในระดับจังหวัด
- 3 VDO Conference การใช้งาน ระบบ KPHIS ระหว่าง sw.กำแพงเพชร กับ sw.ในจังหวัดบุรีรัมย์

การประเมินผลสำเร็จ

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ตัวชี้วัดสำคัญ
ติดตั้งและทดลองใช้งานระบบ KPHIS ใน sw.คสมทุกแห่ง , พัฒนาระบบสำรองข้อมูล PKHIS ระดับจังหวัด	sw.ทุกแห่งใช้งานระบบ KPHIS ครบทุกแห่ง	sw.ทุกแห่งสามารถใช้งานระบบสำรองข้อมูล KPHIS		
				 โรงพยาบาลทุกแห่ง ใช้งานระบบ ipdpaperless

สถานการณ์/
สภาพปัญหา

ด้วยนโยบายและแนวปฏิบัติในการรักษาความปลอดภัยมั่นคงด้านสารสนเทศ กระทรวงสาธารณสุข ๒๕๖๕ ให้งานทุกแห่ง มีการดำเนินการ ปรับปรุงความปลอดภัยด้าน Cyber Security เพื่อป้องกันภัยคุกคาม

มาตรการ

- 1 สนับสนุนการดำเนินงาน Cyber Security ในทุกสถานบริการ
- 2 ทุกหน่วยงานมีแผนฉุกเฉินรับมือภัยทาง Cyber
- 3 ส่งเสริมแผนการลงทุนอุปกรณ์ป้องกันการคุกคามทาง Cyber

การประเมินผลสำเร็จ

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ตัวชี้วัดสำคัญ
หน่วยงานทุกแห่ง มีการปรับปรุงระบบป้องกันภัยทาง Cyber และทำแผนฉุกเฉินรับมือภัยคุกคาม	หน่วยงานทุกแห่งมีระบบป้องกันภัยคุกคามทาง Cyber			 หน่วยงานทุกแห่งมีระบบป้องกันภัยคุกคามทาง Cyber

คณะกรรมการ พัฒนาระบบการบริหาร การเงินการคลัง

Chief Finance Officer : **CFO**

โดย

นายแพทย์ศिला จีรวิกรานต์กุล
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

สถานการณ์/
สภาพปัญหา

การดำเนินงานควบคุมกำกับ เครื่องมือประสิทธิภาพทางการเงิน (Efficiency) โดย เกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ (Total Performance Score : TPS) ณ มิถุนายน ปี 2566 มีหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การประเมิน TPS ระดับ B ขึ้นไป จำนวน 3 แห่ง
จากจำนวนหน่วยบริการทั้งหมด 23 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 13.04 ทำให้ยังไม่ผ่านเกณฑ์จากการตรวจราชการรอบที่ 2 ปี 2566

มาตรการ

- 1 พัฒนาศักยภาพด้านการบริหารการเงินการคลัง ส่งเสริมความรู้ที่เกี่ยวข้อง
- 2 ควบคุมกำกับ ติดตาม และรายงานผลการบริหารจัดการการเงินการคลังทุกเดือน
- 3 เฝ้าระวังผลการดำเนินงาน ผ่านโปรแกรม TPS

การประเมินผลสำเร็จ

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
TPS score ระดับ B	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50

ตัวชี้วัดสำคัญ

- หน่วยบริการมีผลประเมิน TPS ระดับ B ขึ้นไป ร้อยละ 50

สถานการณ์/
สภาพปัญหา

การประเมินตามเกณฑ์การดำเนินงานศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (ตามการประเมินตนเองของหน่วยบริการ) 4s4c พบว่า หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ โดยมีคะแนนมากกว่า 81 คะแนน จำนวน 23 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 โดยอยู่ในระดับดีมาก (A) จำนวน 20 แห่ง (ร้อยละ 86.97) และระดับดี (B) จำนวน 3 แห่ง (ร้อยละ 13.04) ทั้งนี้เพื่อให้ ศูนย์จัดเก็บรายได้มีการพัฒนาเพื่อให้สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพของหน่วยบริการ จึงได้มี

มาตรการ

1. ทะเบียนลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล ตามผังบัญชีเกณฑ์คงค้าง ของหน่วยบริการ
2. รายงานผลการตรวจสอบข้อมูลการส่งเบิกค่ารักษาพยาบาล ที่ผ่านตามเงื่อนไข (ไม่ติด C / Deny หรือได้รับการแก้ไข แล้ว) กองทุนต่างๆ ของหน่วยบริการ
3. รายงานการส่งข้อมูลเบิกชดเชยค่ารักษาพยาบาล กองทุนต่างๆ ของหน่วยบริการ (ภายใน 30 วัน หลังสิ้นสุดการรักษา กรณีผู้ป่วยนอก/จำหน่าย กรณีผู้ป่วยใน)

การประเมินผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ศูนย์จัดเก็บ รายได้ คุณภาพ	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80

ตัวชี้วัดสำคัญ

 หน่วยบริการ มีการบริหารระบบการจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล ที่มีประสิทธิภาพ คิดเป็นร้อยละ 80

ประเด็นยุทธศาสตร์

- ลดตายจาก **วัณโรค**
- ลดตายจาก **มะเร็งท่อน้ำดีและมะเร็งตับ**
- การขับเคลื่อน**มหัศจรรย์ 1,000 วัน สู่ 2,500 วัน**ให้มีประสิทธิผลและคุณภาพ
- **ผู้สูงอายุ**คุณภาพ

โดย นางคันสนีย์ ภัทรศรีวงษ์ชัย
รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

Value Chain / ประเด็น จังหวัดบุรีรัมย์ รู้เร็ว รักษาหาย ไม่แพร่กระจาย ลดตายจากโควิดโรค

สถานการณ์/สภาพปัญหา จังหวัดบุรีรัมย์มีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด ตั้งแต่ปี 2560 - 2565 สูงเกินเป้าหมายที่กำหนดไว้ ไม่เกินร้อยละ 5 อัตราเสียชีวิตเท่ากับ ร้อยละ 5.80, 6.50, 9.54, 9.68, 8.84 และ 13.58 อัตราความสำเร็จของการรักษาโควิด ช่วงปี พ.ศ.2559 - 2564 มีแนวโน้มอัตราความสำเร็จของการรักษาลดลงและต่ำกว่าเป้าหมาย ร้อยละ 87.98, 89.15, 89.16, 86.60, 84.90 และ 83.91 ตามลำดับ มีปัญหาผู้ป่วยโควิดต้อยในพื้นที่ การคัดกรองผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม ผู้ป่วยโควิดเสียชีวิต เกินเป้าหมายที่กำหนด พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ 65 ปีที่มีโรคร่วม ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และขาดการกำกับกินยาอย่างต่อเนื่อง

มาตรการ

มาตรการที่ 1 คัดกรองค้นหาเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

1. ส่งเสริมการคัดกรองตามมาตรฐาน
2. เพิ่มการคัดกรองเชิงรุกและLatent period

มาตรการที่ 2 พัฒนาระบบดูแลรักษากลุ่มป่วยที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิต

1. ส่งเสริมให้เกิดมาตรฐาน QTB ใน รพ.ทุกแห่ง

มาตรการที่ 3 ส่งต่อ ติดตามการรักษาอย่างเหมาะสม

1. พัฒนาศักยภาพ case management team
2. ส่งเสริมภาคีเครือข่ายในระบบกำกับการกินยา และติดตามต่อเนื่อง(DOT)

การประเมินผลสำเร็จ

3 เดือน

- คัดกรอง ค้นหาโควิดเชิงรุก ใน 7 กลุ่มเสี่ยงร้อยละ 50
- จัดตั้ง case management team ในทุกอำเภอ
- ขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยโควิดในระบบ NTIP ภายใน 1 สัปดาห์ ร้อยละ 100
- ค้นหาโควิดและโควิดต้อย (UNIVERSAL DST) ด้วยการตรวจ Molecular ร้อยละ 100
- กำกับการกินยาและติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง (Digital DOT) ร้อยละ 100
- Dead Case Conference ทุกราย ร้อยละ 100

6 เดือน

- คัดกรองโควิด 7 กลุ่มเสี่ยงร้อยละ 80
- ขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยโควิดในระบบ NTIP ภายใน 1 สัปดาห์ ร้อยละ 100
- ค้นหาโควิดและโควิดต้อย (UNIVERSAL DST) ด้วยการตรวจ Molecular ร้อยละ 100
- กำกับการกินยาและติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง(Digital DOT) ร้อยละ 100
- Dead Case Conference ทุกราย ร้อยละ 100
- มาตรฐานคุณภาพของสถานพยาบาล ในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด QTBร้อยละ 100

9 เดือน

- คัดกรองโควิด ใน 7 กลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 100
- ขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยโควิดในระบบ NTIP ภายใน 1 สัปดาห์ ร้อยละ 100
- ค้นหาโควิดและโควิดต้อย (UNIVERSAL DST) ด้วยการตรวจ Molecular ร้อยละ 100
- กำกับการกินยาและติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง(Digital DOT) ร้อยละ 100
- Dead Case Conference ทุกราย ร้อยละ 100

12 เดือน

- อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยโควิดปอดรายใหม่ ร้อยละ 90
- อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยโควิดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 90

ตัวชี้วัดที่สำคัญ

- อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยโควิดปอดรายใหม่ ร้อยละ 90
- อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยโควิดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 90

Value Chain / ประเด็น : คนบุรีรัมย์ป่วย/ตายด้วยมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดีลดลง ด้วยความรอบรู้และระบบตรวจคัดกรอง ส่งต่อ รักษาที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

สถานการณ์/สภาพปัญหา : จังหวัดบุรีรัมย์พบแนวโน้มผู้เสียชีวิตจากมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีเพิ่มมากขึ้นเฉลี่ยปีละ 1,130 ราย (อัตราป่วย 70.98/ประชากรแสนคน) และเสียชีวิตเฉลี่ยปีละ 585 ราย (อัตราตาย 36.75 /ประชากรแสนคน) โดยมะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคพยาธิใบไม้ตับซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ป่วยเป็นมะเร็งท่อน้ำดีเฉลี่ยปีละ 534 ราย (อัตราป่วย 33.57/ประชากรแสนคน) และเสียชีวิตเฉลี่ยปีละ 123 ราย (อัตราตาย 7.73 /ประชากรแสนคน)
(ที่มา : สาเหตุการตาย, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน)

มาตรการ

มาตรการที่ 1 สร้างเสริมความรอบรู้แก่ประชาชนตามกลุ่มวัยเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง

มาตรการที่ 2 การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (OVCCA)*

มาตรการที่ 3 การส่งต่อ ตรวจยืนยัน วินิจฉัย รักษา มะเร็งท่อน้ำดี

การประเมินผลสำเร็จ

3 เดือน

1. ร้อยละ 50 ของสถานศึกษา ตลาดชุมชน สถานที่ผลิต/จำหน่ายอาหารเสี่ยง ได้รับข้อมูลความรู้ในการส่งเสริม ป้องกันโรคฯ และสื่อสารสาธารณะตามเกณฑ์

2. กลุ่มเสี่ยงOVCCA ในตำบลพระราชกุศลได้รับการคัดกรองด้วยวาจา ร้อยละ 100

3. กลุ่มเสี่ยง CCA ในตำบลพระราชกุศลได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ ร้อยละ 50

4. ผู้มีอาการสงสัย CCA ทุกรายเข้าสู่ระบบส่งต่อไปยัง รพ.บุรีรัมย์/รพ.แม่ข่าย

5. ร้อยละ 30 ของ อปท.ได้รับการประสานข้อมูลระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล

6 เดือน

1. ร้อยละ 70 ของสถานศึกษา ตลาดชุมชน สถานที่ผลิต/จำหน่ายอาหารเสี่ยง ได้รับข้อมูลความรู้ในการส่งเสริม ป้องกันโรคฯ และสื่อสารสาธารณะตามเกณฑ์

2. กลุ่มเสี่ยง OV ในตำบลพระราชกุศลได้รับการตรวจอุจจาระ/ปัสสาวะครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. กลุ่มเสี่ยง CCA ในตำบลพระราชกุศลได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ ร้อยละ 80

4. ผู้มีอาการสงสัย CCA ทุกรายเข้าสู่ระบบส่งต่อไปยัง รพ.บุรีรัมย์/รพ.แม่ข่าย และติดตามอาการ

5. ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีเข้าสู่ระบบการรักษาตามมาตรฐานกรมการแพทย์

6. ร้อยละ 60 ของ อปท.ได้รับการประสานข้อมูลระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล

9 เดือน

1. ร้อยละ 90 ของสถานศึกษา ตลาดชุมชน สถานที่ผลิต/จำหน่ายอาหารเสี่ยง ได้รับข้อมูลความรู้ในการส่งเสริม ป้องกันโรคฯ และสื่อสารสาธารณะตามเกณฑ์

2. ผู้ติดเชื้อ OV ทุกราย ในตำบลพระราชกุศลได้รับการรักษาด้วยยาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3. กลุ่มเสี่ยง CCA ในตำบลพระราชกุศลได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ ร้อยละ 100

4. ผู้มีอาการสงสัย CCA ทุกรายเข้าสู่ระบบส่งต่อไปยัง รพ.บุรีรัมย์/รพ.แม่ข่ายและติดตามอาการ

5. ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีเข้าสู่ระบบการรักษาตามมาตรฐานกรมการแพทย์

6. ร้อยละ 100 ของ อปท.ได้รับการประสานข้อมูลระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล

12 เดือน

1. ร้อยละ 100 ของสถานศึกษา ตลาดชุมชน สถานที่ผลิต/จำหน่ายอาหารเสี่ยง ได้รับข้อมูลความรู้ในการส่งเสริม ป้องกันโรคฯ และสื่อสารสาธารณะตามเกณฑ์

2. กลุ่มเสี่ยง OVCCA ได้รับการประเมินความรอบรู้ครบตามเกณฑ์

3. ผู้ติดเชื้อ OV ทุกราย และผู้ติดเชื้อซ้ำปี 2566ได้รับการติดตาม ประเมินผลพฤติกรรม

4. ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีเข้าสู่ระบบการรักษาตามมาตรฐานกรมการแพทย์

5. ร้อยละ 100 ของ อปท.ได้รับการประสานข้อมูลระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล

ตัวชี้วัดที่สำคัญ

อัตราตายมะเร็งท่อน้ำดีไม่เกินค่ามัธยฐาน

5.84 / ประชากรแสนคน

(ตัดข้อมูล ณ 30 มิถุนายน 2567)

* OV = Opisthorchis Viverrini = โรคพยาธิใบไม้ตับ

CCA = Cholangiocarcinoma = มะเร็งท่อน้ำดี

กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.บุรีรัมย์

Value Chain / ประเด็น การขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1,000 วัน สู่ 2,500 วันให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพ

สถานการณ์/สภาพปัญหา

1. อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ MMR = 53.16
2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ร้อยละ 86.18 (ร้อยละ 95)
3. หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 14.71 (ไม่เกินร้อยละ 14)
4. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี 14.70 (Adjust) (เกณฑ์ไม่เกิน 23 ต่อพันประชากร)
5. การรกแตกเกิดน้ำหนักร้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 11.08 (ไม่เกินร้อยละ 7)
6. หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 66.49 (เกณฑ์ร้อยละ 75)

มาตรการ

มาตรการที่ 1 ระบบเฝ้าระวังการบริการหญิงตั้งครรภ์

1. ส่งเสริมการป้องกันภาวะโลหิตจางในวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15-45 ปี ให้ครอบคลุม (สาวไทยแถมแดง)
2. จัดตั้ง Preconception clinic ในรพช.ทุกแห่ง

มาตรการที่ 2 พัฒนาระบบบริการหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดคุณภาพ

1. ประเมินคลินิก ANC คุณภาพและห้องคลอดคุณภาพ
2. ส่งเสริมภาวะโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ให้ครบตามเกณฑ์และบูรณาการกับภาคีเครือข่าย

มาตรการที่ 3 พัฒนาระบบเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การดูแลมารดาคลอด - พัฒนาระบบการส่งต่อมารดาคลอด

การประเมินผลสำเร็จ

3 เดือน

1. ทบทวนคำสั่งคณะทำงาน และมีแผนการ
2. ประชุม Core Team
3. ขับเคลื่อนผ่านพชอ.
4. ชัดความรู้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ โดยการขับเคลื่อนผ่านอสม.

6 เดือน

1. สัณฐานผู้ดูแลน้อง
2. ประเมินคลินิก ANC คุณภาพ และห้องคลอด Teenage Pregnancy : YFHS รพ.สต.ขนาดใหญ่ 1-2 แห่ง/อำเภอ

9 เดือน

1. Preconception Clinic ใน รพช.ทุกแห่ง
2. Line Consult สุติแพทย์ เชื่อมกุมารแพทย์ 24 ชม.
3. หมู่บ้านไอโอดีน /Life Style Folic Acid

12 เดือน

ขยายเครือข่าย HL Youth Friendly Health Services : YFHS / @Line teen club ในรพ.สต./ร.ส.และชุมชน เน้นการติดตามเยี่ยมหลังคลอด ภายใน 42 วันทุกราย

ตัวชี้วัดที่สำคัญ

1. อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ
2. หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ไม่เกินร้อยละ 14
3. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ 5 ครั้งตามเกณฑ์ คุณภาพ ร้อยละ 75
4. หญิงตั้งครรภ์มีโภชนาการตามเกณฑ์ ร้อยละ 80
5. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 23 ต่อพันคน
6. การรกแตกน้ำหนักร้อยกว่า 2,500 กรัม ลดลงร้อยละ 0.5
7. หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 75
8. หญิงหลังคลอดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน ร้อยละ 75
9. ตำบลดำเนินการตามมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน ร้อยละ 100

Value Chain / ประเด็น การขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1,000 วัน สู่ 2,500 วันให้มีประสิทธิผลและคุณภาพ

สถานการณ์/สภาพปัญหา

1. เด็กอายุ 9,18,30,42,60 เดือน ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 89.09 (เกณฑ์ร้อยละ 90)
2. การค้นหาเด็กพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 1.3 (ควรพบประมาณ ร้อยละ 5)
3. เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ร้อยละ 86.87 (เกณฑ์ร้อยละ 75)
4. เด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 66.88 (เกณฑ์ร้อยละ 66)
5. เด็ก 0-5 ปี มีภาวะเตี้ย ร้อยละ 9.24 (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 9)
6. เด็ก 0-5 ปี มีภาวะพอม ร้อยละ 4.54 (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 5)
7. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี ชาย 108.69 (เกณฑ์ 113) , หญิง 108.11 (เกณฑ์ 112)
8. ต้นแบบสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเล่นเปลี่ยนโลก 42 แห่ง

มาตรการ

มาตรการที่ 4 พัฒนาเครือข่ายสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยจัดกิจกรรมเล่นเปลี่ยนโลก
- ขยายการพัฒนาศถานพัฒนาเด็กปฐมวัยให้ครอบคลุมทั่วทุกพื้นที่ กิจกรรมเล่นเปลี่ยนโลก

มาตรการที่ 5 ส่งเสริมการบูรณาการในการขับเคลื่อนโภชนาการเด็กปฐมวัยด้วยกลไก พชอ.
- ส่งเสริมการขับเคลื่อนโภชนาการในเด็กปฐมวัยด้วย พชอ.

มาตรการที่ 6 พัฒนาศูนย์สุขภาพเด็กดีให้มีมาตรฐานตามเกณฑ์คุณภาพ
- พัฒนามาตรฐานคลินิก WCC ให้ครอบคลุม

การประเมินผลสำเร็จ

3 เดือน

1. ระดับความสำเร็จพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์ (ตามเกณฑ์ระดับความสำเร็จ)
2. ระดับความสำเร็จเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน (ตามเกณฑ์ระดับความสำเร็จ)
3. ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 20)
4. ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีการจัดกิจกรรมเล่นเปลี่ยนโลก (ร้อยละ 5)
5. ร้อยละของคลินิก WCC มีมาตรฐาน (ร้อยละ 20)

6 เดือน

1. ระดับความสำเร็จพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์ (ตามเกณฑ์ระดับความสำเร็จ)
2. ระดับความสำเร็จเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน (ตามเกณฑ์ระดับความสำเร็จ)
3. ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 20)
4. ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีการจัดกิจกรรมเล่นเปลี่ยนโลก (ร้อยละ 10)
5. ร้อยละของคลินิก WCC มีมาตรฐาน (ร้อยละ 40)

9 เดือน

1. ระดับความสำเร็จพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์ (ตามเกณฑ์ระดับความสำเร็จ)
2. ระดับความสำเร็จเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน (ตามเกณฑ์ระดับความสำเร็จ)
3. ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 20)
4. ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีการจัดกิจกรรมเล่นเปลี่ยนโลก (ร้อยละ 15)
5. ร้อยละของคลินิก WCC มีมาตรฐาน (ร้อยละ 60)

12 เดือน

1. ระดับความสำเร็จพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์ (ตามเกณฑ์ระดับความสำเร็จ)
2. ระดับความสำเร็จเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน (ตามเกณฑ์ระดับความสำเร็จ)
3. ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 20)
4. ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีการจัดกิจกรรมเล่นเปลี่ยนโลก (ร้อยละ 20)
5. ร้อยละของคลินิก WCC มีมาตรฐาน (ร้อยละ 80)

ตัวชี้วัดที่สำคัญ

1. ร้อยละของเด็ก 6-12 เดือน ได้รับการคัดกรอง HCT/CBC ร้อยละ 90
2. ร้อยละของเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี ได้รับนมแม่เสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 80
3. ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42,60 เดือน ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 95
4. ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42,60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20
5. ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42,60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม ร้อยละ 95
6. ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ร้อยละ 80
7. ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 68
8. ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 80
9. ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีการจัดกิจกรรมเล่นเปลี่ยนโลก ร้อยละ 20
10. ร้อยละของคลินิก WCC มีมาตรฐาน ร้อยละ 80

Value Chain / ประเด็น ผู้สูงอายุคุณภาพ

สถานการณ์/สภาพปัญหา จำนวนประชากรผู้สูงอายุเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ ระดับประเทศ ร้อยละ 25.69 ระดับเขต ร้อยละ 23.70 จังหวัดบุรีรัมย์ ร้อยละ 23.38 ติดสังคม มากที่สุด ร้อยละ 98.50 ติดบ้าน ร้อยละ 1.11 และติดเตียง ร้อยละ 0.38 (ข้อมูล ณ วันที่ 21 กค. 66)

มาตรการ

มาตรการที่ 1 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพ

– พัฒนาระบบการจัดการข้อมูลการคัดกรอง

ผู้สูงอายุและการส่งต่อ

– พัฒนาระบบส่งต่อผู้สูงอายุที่พบความผิดปกติ

จากการคัดกรองระหว่างรพ.สต.และรพ.

มาตรการที่ 2 สนับสนุนให้มีการดำเนินงานผู้สูงอายุ 4 ดี

ในชุมชน (ฟันดี หูดี ตาดี จิตดี)

– พัฒนาการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ (4D) ให้ได้มาตรฐาน

มาตรการที่ 3 ส่งเสริมให้มีชมรมผู้สูงอายุ

ทุกสถานบริการและสนับสนุนการดำเนินงาน

กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุและโรงเรียนผู้สูงอายุ

– ส่งเสริมการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุโดยภาคีเครือข่าย

การประเมินผลสำเร็จ

3 เดือน

1. ส่งเสริม/สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน และ BMI
2. ชี้แจงการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ 4 ดี
3. ดำเนินการคัดเลือกชมรมผู้สูงอายุ 4 ดี 1 แห่ง/อำเภอ
4. ประชุมคณะทำงานสนับสนุนการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ

6 เดือน

1. ร้อยละ 80 การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน และ BMI
2. ร้อยละ 60 ผู้สูงอายุติดสังคมได้รับการคัดกรอง 4 ด้าน
3. ส่งรายชื่อชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ ชมรมผู้สูงอายุ 4 ดี และโรงเรียนผู้สูงอายุ อำเภอละ 1 แห่ง

9 เดือน

1. ร้อยละ 90 การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน และ BMI
2. ร้อยละ 70 ผู้สูงอายุติดสังคมได้รับการคัดกรอง 4 ด้าน
3. ส่งข้อมูลการประเมินตนเองชมรมผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ 4 ดี และโรงเรียนผู้สูงอายุ อำเภอละ 1 แห่ง

12 เดือน

1. ร้อยละ 90 การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน และ BMI
2. ร้อยละ 80 ผู้สูงอายุติดสังคมได้รับการคัดกรอง 4 ด้าน
3. ส่งข้อมูลการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ 4 ดี และโรงเรียนผู้สูงอายุ อำเภอละ 1 แห่ง

ตัวชี้วัดที่สำคัญ

1. ร้อยละ 90 การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน และ BMI
2. ร้อยละ 80 ผู้สูงอายุติดสังคมได้รับการคัดกรอง 4 ด้าน (ฟัน หู ตา จิต)
3. ร้อยละ 80 ผู้สูงอายุติดสังคมที่ได้รับการคัดกรองพบความผิดปกติ ทั้ง 4 ด้าน ได้รับการส่งต่อ หรือรักษา และร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุในชมรม
4. มีชมรมผู้สูงอายุคุณภาพผ่านเกณฑ์ เพิ่มขึ้น 1 แห่งต่ออำเภอและมีโรงเรียนผู้สูงอายุ 1 แห่งต่ออำเภอ

Value Chain / ประเด็น ผู้สูงอายุคุณภาพ

สถานการณ์/สภาพปัญหา มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับครบทั้ง 23 แห่ง โดยมีผู้สูงอายุเข้ารับบริการจำนวน 2,584 คน พบความเสียงภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษา/ส่งต่อ 252 คน พบความเสียงภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษา/ส่งต่อ 758 คน

มาตรการ

มาตรการที่ 4 ส่งเสริมการเข้าถึงบริการและพัฒนาระบบการส่งต่อของคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกแห่ง

- สนับสนุนให้คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลระดับ F1 ขึ้นไปผ่านเกณฑ์คุณภาพ และ F2-F3 ผ่านเกณฑ์พื้นฐาน
- พัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุผ่านระบบ Tele-Med ในคลินิกผู้สูงอายุระหว่างรพ.สต.และโรงพยาบาล

มาตรการที่ 5 สนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan และพัฒนาการดำเนินงานระบบ LTC

- สนับสนุนการใช้เทคโนโลยี Tele dent ให้บริการสุขภาพช่องปากผ่านหมอพร้อม Station ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง) ระหว่างรพ.สต.และโรงพยาบาล
- พัฒนาส่วนขาดในการดำเนินงาน LTC

การประเมินผลสำเร็จ

3 เดือน

1. ชี้แจงแนวทางการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุเกณฑ์พื้นฐานและคุณภาพ
2. สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุผ่านระบบ Tele Med และ Mobile Clinic
3. สนับสนุนการใช้ระบบ Tele-dent ในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง
4. สนับสนุนการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

6 เดือน

1. คลินิกผู้สูงอายุส่งข้อมูลประเมินตนเองตามเกณฑ์พื้นฐานและคุณภาพ
2. มีระบบบริการผู้สูงอายุผ่านระบบ Tele Med และ Mobile Clinic
3. มีการใช้ระบบ Tele-dent ในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง
4. ร้อยละ 94 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแล ตาม Care Plan

9 เดือน

1. ติดตามการพัฒนาคุณภาพคลินิกผู้สูงอายุให้ผ่านตามเกณฑ์
2. รายงานข้อมูลการให้บริการผู้สูงอายุผ่านระบบ Tele Med และ Mobile Clinic
3. รายงานการใช้ Tele-dent ในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง
4. ร้อยละ 96 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแล ตาม Care Plan

12 เดือน

1. ประเมินผลการพัฒนาคลินิกตามเกณฑ์พื้นฐานและคุณภาพ
2. รายงานข้อมูลการให้บริการผู้สูงอายุผ่านระบบ Tele Med และ Mobile Clinic
3. รายงานข้อมูลใช้ Tele-dent ในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง
4. ร้อยละ 98 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแล ตาม Care Plan

ตัวชี้วัดที่สำคัญ

5. คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลระดับ F1 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์คุณภาพ
6. คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลระดับ F2-F3 ผ่านเกณฑ์พื้นฐาน
7. คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลทุกแห่ง มีระบบ Tele-Med ดำเนินการ Mobile Clinic
8. โรงพยาบาลทุกแห่ง มีการใช้ระบบ Tele-dent ในกลุ่มภาวะพึ่งพิง (ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง)
9. ร้อยละ 98 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแล ตาม Care Plan อก.เข้าสู่บริการระบบ LTC ร้อยละ 100

ประเด็นยุทธศาสตร์

- ลดตายจาก **Stroke / STEMI**
- พัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วย **โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง** สู่ชุมชนสุขภาพดี
- ส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิต
- ลดตายจาก **RTI**

โดย กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด

Value Chain / ประเด็น ลดตายจาก STROKE/STEMI

สถานการณ์/สภาพปัญหา 1. อัตราป่วย Stroke รายใหม่ 222.52 /แสน ปชก. 2. อัตราป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด รายใหม่ 0.95 /แสน ปชก. 3. อัตราเสียชีวิตผู้ป่วย Stroke ร้อยละ 3.82
4. อัตราเสียชีวิตผู้ป่วย STEMI ร้อยละ 10.71 5. ผู้ป่วย Stroke เข้าถึงระบบบริการ Fast Track ร้อยละ 86.79
- 6. STEMI เข้าถึงระบบบริการ Fast Track ร้อยละ 100

มาตรการ

มาตรการที่ 1 ระบุผู้ป่วย NCD /ประชาชนทั่วไปที่มีความเสี่ยง

กลุ่มป่วย NCD : 1. ขยายระบบ Mapping CVD risk ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ 2. พัฒนาระบบ
รายงาน Mapping CVD risk

ประชาชนทั่วไปกลุ่มเสี่ยง : 1. พัฒนาระบบ Mapping CVD risk 2. พัฒนาระบบจัดการ
ข้อมูล

มาตรการที่ 2 ระบบรับ-ส่งต่อประชาชนที่มีประสิทธิภาพ

1. พัฒนาความร่วมมือระบบการส่งต่อในชุมชนกับภาคีเครือข่าย
2. ถ่ายทอดแนวทางปฏิบัติในระบบ Fast Track ในการแจ้ง Warning sign ของผู้ป่วย
Stroke/STEMI สู่การปฏิบัติในระดับชุมชน
3. พัฒนาระบบข้อมูลและการรายงานผล เพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบ Fast
Track ในการแจ้ง Warning sign ของผู้ป่วย Stroke/STEMI

การประเมินผลสำเร็จ

3 เดือน

1. จัดประชุมเพื่อขยายระบบ Mapping CVD risk ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่
2. อบรมแกนนำแจ้งเตือน Warning sign
3. พัฒนาระบบจัดการข้อมูลและทดลองใช้
4. เพิ่มช่องทางการสื่อสารความเสี่ยง/
แจ้งเตือน
5. ประเมินความเข้าใจ Warning sign ใน
กลุ่ม CVD risk สูง

6 เดือน

1. ปรับปรุงระบบจัดการข้อมูล
2. จัดประชุมเพื่อพัฒนาความร่วมมือ
ระบบส่งต่อในชุมชนกับภาคีเครือข่าย
3. ร้อยละ 80 กลุ่ม CVD risk สูง
สามารถบอก Warning sign และวิธี
ปฏิบัติเมื่อมีอาการได้ถูกต้อง

9 เดือน

1. ประเมินการใช้ประโยชน์จากระบบ
Mapping CVD risk และระบบ
จัดการข้อมูล
2. ร้อยละ 80 ผู้ป่วย Stroke/STEMI
เข้าถึงระบบบริการ Fast Track

12 เดือน

1. อัตราป่วยตายด้วยโรค STROKE
น้อยกว่าร้อยละ 7
2. อัตราป่วยตายด้วยโรค STEMI น้อย
กว่าร้อยละ 9

ตัวชี้วัดที่สำคัญ

1. ร้อยละ 80 กลุ่ม CVD risk สูง สามารถบอก
Warning sign และวิธีปฏิบัติเมื่อมีอาการได้ถูกต้อง
2. ร้อยละ 80 ผู้ป่วย Stroke/STEMI เข้าถึงระบบ
บริการ Fast Track
3. อัตราป่วยตายด้วยโรค STROKE น้อยกว่าร้อยละ 7
4. อัตราป่วยตายด้วยโรค STEMI ไม่เกิน น้อยกว่าร้อย
ละ 9

Value Chain / NCD Cluster & Wellness and Sport City

สถานการณ์/สภาพปัญหา ปี 2566 จังหวัดบุรีรัมย์ มีอัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูง 1,100.26 ต่อแสนประชากร, อัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวาน 547.15 ต่อแสนประชากร, ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 33.63 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตควบคุมได้ตามเกณฑ์ ร้อยละ 60.46 ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ร้อยละ 89.63 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอวมากกว่า (ส่วนสูง (ซม.)/2)) ร้อยละ 61.52 ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 ml/min/1.73m2/yr ร้อยละ 66.91

มาตรการ

มาตรการที่ 1 บูรณาการ Health Station กับงานคัดกรองสุขภาพ

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการการคัดกรองสุขภาพ โดยใช้ Health Station กับประชาชนทุกกลุ่มวัย
2. ส่งเสริมให้ความรู้ประชาชนและอสม.มีความรู้ในโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้ HS

มาตรการที่ 2 ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีในการสุขภาพ

1. พัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลทางเดียวและนำมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. สนับสนุนให้ประชาชนและอสม.มีการใช้เทคโนโลยีในการดูแลสุขภาพ
3. ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีเพื่อให้เกิดสุขภาวะดิจิทัล

มาตรการที่ 2 เพิ่มประสิทธิภาพการบริการ และคัดกรองสุขภาพวัยทำงาน

1. กำกับติดตามการดำเนินงานในการคัดกรองภาวะสุขภาพโดยใช้ HS ในทุกระดับ (หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด)
2. มีระบบรายงานข้อมูลด้านสถานะสุขภาพรายตำบล

การประเมินผลสำเร็จ

6 เดือน

3 เดือน

1. จัดประชุมเพื่อขยายบริการใน Health Station บูรณาการงานคัดกรองสุขภาพทุกกลุ่มวัย
2. จัดอบรมแกนนำ/อสม. Health Station
3. พัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลทางเดียว (ข้อมูลจาก Health Station) และทดลองใช้งาน
4. มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ

40

1. ปรับปรุงระบบสารสนเทศ
2. อบรมแกนนำ/อสม.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพชุมชน (หลักสูตร 5 วัน)
3. ร้อยละ 80 ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง BMI เกินได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
4. จัดบริการ Tele – Med ในกลุ่มป่วย NCD
5. มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 45

9 เดือน

1. ประเมินการใช้ประโยชน์จากระบบ สารสนเทศ
2. ติดตามยืนยันกลุ่มเสี่ยงป่วย DM/HT เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัย
3. ส่งต่อรักษาผู้มีผลการคัดกรองมะเร็งผิดปกติ (มะเร็งทุกชนิด)
4. มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 49

12 เดือน

1. ร้อยละ 20 ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง BMI เกินที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้วเป็นกลุ่มปกติ
2. ร้อยละ 10 ผู้ป่วย NCD ได้รับการบริการด้วยระบบ Tele – Med
3. มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 52

ตัวชี้วัดที่สำคัญ

1. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90)
2. ร้อยละ 20 ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง BMI เกินที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้วเป็นกลุ่มปกติ
3. ร้อยละ 10 ผู้ป่วย NCD ได้รับการบริการ Tele - Med
4. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (มากกว่าร้อยละ 80)
5. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (มากกว่าร้อยละ 50)

Value Chain / ประเด็น Mental Health Care

สถานการณ์/สภาพปัญหา

- 1 อัตราการพยายามฆ่าตัวตาย คิดเป็น 3.92 ต่อแสนประชากร
- 2 อัตราการพยายามฆ่าตัวตาย คิดเป็น 7.85 ต่อแสนประชากรผู้ป่วย

3. ผู้ป่วยโรคออทิสติกเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 26.43
4. ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 32.97
5. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 102.79

มาตรการ

มาตรการที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพและจิตเวชได้มาตรฐานตามเกณฑ์และได้รับการประกันคุณภาพ

กิจกรรมที่ 1 ขยายการคัดกรองและค้นหากลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน สถานประกอบการ และสถานศึกษา

กิจกรรมที่ 2 ส่งเสริมการเฝ้าระวังและติดตามกลุ่มที่ได้รับการประเมิน SMIV แล้วมีความเสี่ยงสูงโดยใช้ชุมชนและภาคีเครือข่าย

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาศูนย์จิตเวชและยาเสพติดให้ได้ตามมาตรฐาน

การประเมินผลสำเร็จ

3 เดือน

- จัดทำแผนงาน/โครงการ
- คัดกรองกลุ่มเสี่ยง, ประชาชนทั่วไปอายุ 15 ปีขึ้นไปและกลุ่มวัยรุ่น (ระดับมัธยมศึกษา)
- ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการบำบัดรักษา
- ส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยสู่สถานบริการใกล้บ้านและชุมชน

6 เดือน

- สร้างความเข้มแข็ง ความร่วมมือ ส่งต่อข้อมูล ของภาคีเครือข่ายทุกภาค
- พัฒนาระบบส่งต่อรักษาให้ได้มาตรฐานสะดวกและรวดเร็ว
- พัฒนาศักยภาพบุคลากร รพ., รพสต., อสม. และแกนนำชุมชน

9 เดือน

- ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย
- พัฒนาระบบบริการและการเฝ้าระวังเพื่อลดการก่อเหตุรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช

12 เดือน

- จัดตั้งหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ในโรงพยาบาลทั่วไป
- ประเมินการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่สำคัญ

1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร
2. ร้อยละการเข้าถึงบริการของโรคที่สำคัญ (โรคออทิสติก $\geq$ ร้อยละ 65 , โรคสมาธิสั้น $\geq$ ร้อยละ 30, โรคจิตเภท $\geq$ ร้อยละ 75
3. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต $\geq$ ร้อยละ 90
4. ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี $\geq$ ร้อยละ 85
5. ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา
 - ร้อยละของการสนับสนุนให้มีการคัดกรองสุขภาพจิตของเด็กนักเรียนระดับมัธยม $\geq$ ร้อยละ 50
 - ร้อยละของการเข้าถึงบริการในกลุ่มเสี่ยงของเด็กนักเรียนระดับมัธยม

Value Chain/ประเด็น ลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน

สถานการณ์/ อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนจังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่างปี 2562 – 2566 พบว่า 33.61, 26.42 , 22.76 , 16.96 /แสน ปชก. ตามลำดับ แม้จะมีแนวโน้มลดลง แต่พบกลุ่มเด็กและเยาวชน
สภาพปัญหา อายุระหว่าง 10 – 18 ปี เสียชีวิตระหว่างปี 2562 – 2566 จำนวน 224 ราย ส่วนใหญ่สาเหตุขับซิ่งรถจักรยานยนต์โดยไม่สวมหมวกนิรภัย (เป้าหมาย ปี 2573 ไม่เกิน 10 /สปชก.)

มาตรการ

1. บูรณาการแก้ไขจุดเสี่ยง โดยการมีส่วนร่วมของภาค ภาคีเครือข่าย ผ่าน กลไก สปถ./พชอ.

ระดับจังหวัด

- MOU ขับเคลื่อน TSY Program ในสถาน ผ่าน ศธ (สพม. ทั้ง 4 เขต)

ระดับอำเภอ

- อำเภอประกาศโรงเรียนมัธยมศึกษาเป็นเขตสวมหมวกนิรภัย 100%

ระดับตำบล

- ดำเนินงานส่งเสริมการเรียนรู้วินัยจราจรในโรงเรียนมัธยมศึกษาครอบคลุม 67 แห่ง

2. ส่งเสริมบังคับใช้กฎหมายในกลุ่มเด็กและเยาวชน

ระดับจังหวัด

1. ขับเคลื่อนหลักสูตรการเรียนรู้วินัยจราจรในเด็กและเยาวชนในสถานศึกษา ผ่านกลไก สปถ./พชอ.
2. ขับเคลื่อนมาตรการสวมหมวกนิรภัย 100% ในสถานศึกษา ผ่านกลไก สปถ./พชอ. ร่วมกับ ศธ.

ระดับอำเภอ

1. ขับเคลื่อนหลักสูตรการเรียนรู้วินัยจราจรในเด็กและเยาวชนในสถานศึกษา ผ่านกลไก สปถ./พชอ.
2. ประกาศนโยบายหมวกนิรภัย 100% ในสถานศึกษา ผ่านกลไก สปถ./พชอ. ร่วมกับ ศธ.

ระดับตำบล

1. ดำเนินงานส่งเสริมการเรียนรู้วินัยจราจรในโรงเรียนมัธยมศึกษา จำนวน 67 แห่ง
2. สปถ.อปท./พชต. ร่วมกับ โรงเรียนระดับมัธยมศึกษา มีการกำหนดมาตรการสวมหมวกนิรภัย 100%
3. จัดระบบจราจรที่ปลอดภัยหน้าโรงเรียนมัธยมศึกษาโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
4. โรงเรียนมัธยมประกาศมาตรการสวมหมวกนิรภัย 100%

การประเมินผลสำเร็จ

3 เดือน

1. MOU ขับเคลื่อน TSY Program ผ่านกลไก สปถ.จังหวัด
2. อบรมแกนนำ TSY Program ระดับอำเภอ
- 3.. จังหวัดประกาศนโยบายโรงเรียนมัธยมสวมหมวกนิรภัย 100 %

6 เดือน

1. ร้อยละ 80 ของโรงเรียนมัธยมศึกษา มีการเรียนการสอน TSY program
2. ร้อยละ 100 โรงเรียนมัธยมศึกษา ประกาศเขตสวมหมวกนิรภัย 100%
3. ร้อยละ 50 ของจุดเสี่ยงได้รับการแก้ไขโดยภาคีเครือข่าย

9 เดือน

- 1.. ร้อยละ 100 ของโรงเรียนมัธยมศึกษา มีการเรียนการสอนวินัยจราจร
2. ร้อยละ 80 ของจุดเสี่ยงได้รับการแก้ไขโดยภาคีเครือข่าย

12 เดือน

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

ตัวชี้วัดที่สำคัญ

1. ร้อยละ 100 ของอำเภอมีการขับเคลื่อน RTI ผ่านกลไก สปถ./พชอ.
2. ร้อยละ 100 โรงเรียนระดับมัธยมศึกษา มีการเรียนรู้วินัยจราจรในเด็กและเยาวชนในสถานศึกษา
3. ร้อยละโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา มีการประกาศเขตสวมหมวกนิรภัย 100%

ประเด็นยุทธศาสตร์

- **กัญชา**ทางการแพทย์ และ **สมุนไพร**เพื่อเศรษฐกิจ

การขับเคลื่อนเชิงระบบ

- ระบบ**เศรษฐกิจสมุนไพร** และ**กัญชา**ทางการแพทย์

โดย กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

สถานการณ์/สภาพปัญหา 1. ปี 2567 นโยบายและการสนับสนุนจากภาครัฐยังไม่ชัดเจน

2. บุคลากรบางกลุ่มยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และประโยชน์จากกัญชาและสมุนไพร เช่น แพทย์ใช้ทุน บุคลากรใหม่

3. ขาดการต่อยอดผลงานวิจัยสู่การปฏิบัติ

มาตรการ

มาตรการที่ 1 เพิ่มการเข้าถึงบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์

1. จัดทำแผนงบประมาณในการจัดซื้อยากัญชาทางการแพทย์และสมุนไพร
2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการสั่งใช้กัญชาและสมุนไพร
3. มีการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (กลุ่ม Palliative care) อย่างต่อเนื่อง
4. มีระบบ Telehealth ดูแล ผู้ป่วย Palliative care ที่ใช้ยากัญชา

มาตรการที่ 2 มีงานวิจัยด้านกัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรในจังหวัด

1. มีงานวิจัยและนวัตกรรมด้านกัญชาทางการแพทย์และสมุนไพร
2. มีการติดตาม adverse event (AE) จากการใช้กัญชาอย่างเป็นระบบ

การประเมินผลสำเร็จ

3 เดือน

1. สำรวจความต้องการใช้กัญชาและสมุนไพรทางการแพทย์ระดับจังหวัด
2. หน่วยบริการมีแผนการดำเนินงานวิจัยด้านสมุนไพรและกัญชาทางการแพทย์
3. มีระบบติดตาม AE ระดับจังหวัด

6 เดือน

1. จัดอบรมกัญชาและสมุนไพรให้กับ ผู้สั่งใช้ เป้าหมาย แพทย์ใช้ทุน พยาบาล ผอ.รพ.สต. แพทย์แผนไทย และ อสม.
2. หน่วยบริการมีโครงร่างงานวิจัยด้านสมุนไพรและกัญชาทางการแพทย์
3. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นร้อยละ 40
4. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัย Palliative care ที่ได้รับยากัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 5

9 เดือน

1. มีผลการติดตาม AE

12 เดือน

1. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 7
2. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นร้อยละ 70
3. มีงานวิจัยและนวัตกรรมด้านกัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรในจังหวัด อย่างน้อย 2 เรื่อง
4. มีรายงานการเกิด AE จากกัญชา ระดับจังหวัด

ตัวชี้วัดที่สำคัญ

1. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 7
2. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นร้อยละ 70
3. มีงานวิจัยและนวัตกรรมด้านกัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรในจังหวัด อย่างน้อย 2 เรื่อง

Value Chain / ประเด็น CHE ระบบเศรษฐกิจ สมุนไพรและ กัญชาทางการแพทย์

สถานการณ์/สภาพปัญหา

1. ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีส่วนผสมของกัญชาและสมุนไพรได้รับการส่งเสริม พัฒนาเพื่อเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ ยังไม่มีความหลากหลายและมีความยากในการอนุญาต
2. ขาดความร่วมมือในการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ทั้งภาครัฐและเอกชน
3. ไม่มีแหล่งปลูกสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน

มาตรการ

มาตรการที่ 1 ประชาชนจังหวัดบุรีรัมย์มีรายได้เพิ่มขึ้น จากผลิตภัณฑ์กัญชาและสมุนไพรทางการแพทย์

1. ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการในการพัฒนาผลิตภัณฑ์กัญชาและสมุนไพรเพื่อเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ
2. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ และตำบล ให้สามารถควบคุม กำกับ ติดตาม สถานที่ผลิตฯ และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ให้ได้คุณภาพและมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด
3. ส่งเสริมและสนับสนุนเกษตรกรปลูกสมุนไพรได้มาตรฐาน

มาตรการที่ 2 พัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ภูมิปัญญาไทยและสมุนไพรครบวงจร

1. ส่งเสริมสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ได้รับการยกระดับเป็นศูนย์เวลเนส (Wellness Center)
2. สร้างเครือข่ายทำงานทั้งภาครัฐและเอกชน

การประเมินผลสำเร็จ

3 เดือน

1. ค้นหาผู้ประกอบการที่มีความพร้อม เพื่อพัฒนาพัฒนาสถานประกอบการ ให้เป็นศูนย์เวลเนส(Wellness Center) /แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ
2. มีกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้ประกอบการมีความรู้เกี่ยวกับการปลูก การแปรรูป และการขออนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีส่วนผสมของกัญชาและสมุนไพร

6 เดือน

1. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ระดับ อำเภอ และ ตำบล ในการให้ความรู้ผู้ประกอบการเพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์กัญชาและสมุนไพรเพื่อเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ
2. มีกลุ่มผู้ปลูกสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน
3. สร้างภาคีเครือข่ายการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชน

9 เดือน

1. มีกิจกรรมส่งเสริมผู้ประกอบการที่มีความพร้อม เพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชาหรือสมุนไพร ให้เข้าสู่กระบวนการขออนุญาตตามกฎหมาย
2. มีการประเมินผู้ประกอบการ ในการยกระดับเป็นศูนย์เวลเนส (Wellness Center) โดยการบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย

12 เดือน

1. จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีส่วนผสมของกัญชาและสมุนไพรได้รับการส่งเสริม พัฒนาเพื่อเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ ได้รับอนุญาต 10 รายการ
2. ร้อยละ 80 ของเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ และ ตำบล มีความรู้ในการขออนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีส่วนผสมของกัญชาหรือสมุนไพร
3. มีสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ได้รับการยกระดับเป็นศูนย์เวลเนส (Wellness Center) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20

ตัวชี้วัดที่สำคัญ

1. จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีส่วนผสมของกัญชาและสมุนไพรได้รับการส่งเสริม พัฒนาเพื่อเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ ได้รับอนุญาต 10 รายการ
2. ร้อยละ 80 ของเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ และ ตำบล มีความรู้ในการขออนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีส่วนผสมของกัญชาหรือสมุนไพร
3. มีสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ได้รับการยกระดับเป็นศูนย์เวลเนส (Wellness Center) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20
4. มีกลุ่มผู้ปลูกสมุนไพรที่ได้มาตรฐานอย่างน้อย 1 กลุ่ม

การขับเคลื่อนเชิงระบบ

- ระบบบริการสุขภาพ (Chief Service Officer : **CSO**)

โดย กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

แผนการจัดระบบบริการสุขภาพ ระยะ 5 ปี Service Delivery Blueprint

เขตสุขภาพที่ 9 ปี พ.ศ. 2566-2570

สาขาหัวใจ / Stroke / มะเร็ง / Trauma / Newborn



จ.ชัยภูมิ = 16 แห่ง

- P+ : sw.ชัยภูมิ
- A+ : sw.ภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ
- A : sw.จัตุรัส
- S+ : sw.แก้งคร้อ, sw.หนองบัวแดง
- S : 11 แห่ง

จ.บุรีรัมย์ = 23 แห่ง

- P+ : รพ.บุรีรัมย์
- A+ : รพ.นางรอง
- A : รพ.สตึก, รพ.ประโคนชัย, รพ.ลำปลายมาศ
- S+ : รพ.ละหานทราย, รพ.คูเมือง, รพ.พุทไธสง, รพ.หนองกี่, รพ.บ้านกรวด, รพ.กระสัง
- S : 12 แห่ง



จ.นครราชสีมา = 34 แห่ง

- P+ : sw.นครราชสีมา
- A+ : sw.เทพรัตน์, sw.ปากช่อง
- A : sw.พิมาย, sw.บัวใหญ่, sw.โชคชัย
- S+ : sw.ด่านขุนทด, sw.สีคิ้ว, sw.โนนไทย, sw.ปักธงชัย, sw.ครบุรี, sw.จักราช
- S : 22 แห่ง

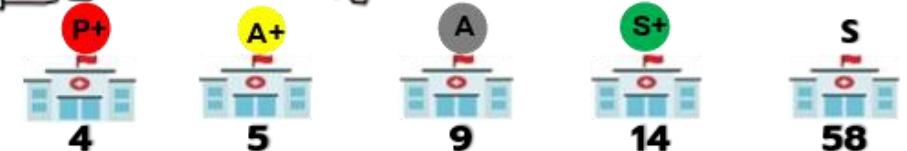


จ.สุรินทร์ = 17 แห่ง

- P+ : sw.สุรินทร์
- A+ : sw.ปราสาท
- A : sw.รัตนบุรี, sw.ศีขรภูมิ
- S+ : sw.ท่าตูม, sw.สังขะ
- S : 11 แห่ง



sw.จิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

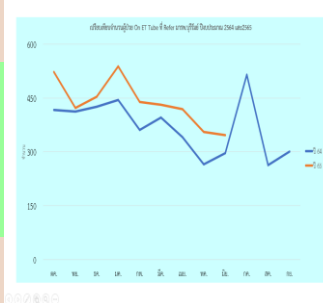


• • • การยกระดับ รพ. และศักยภาพในการให้บริการ 6 ระดับ

ระดับ รพ.	รพ. ในจังหวัดบุรีรัมย์	Service	Academic	Research
P plus	รพ.บุรีรัมย์	P เพิ่ม Innovative advance complex Rx	Sub – board training, Specialist nurse training	International
P	-	A+ เพิ่ม Advanced Complex Rx	Board training, Common specialist nurse training	National
A plus	รพ.นางรอง	A เพิ่ม Complex Rx, Special ICU	Major board training	Region + National
A	รพ.สตึก, รพ.ประโคนชัย, รพ.ลำปลายมาศ	S+ เพิ่ม Minor board, full scaled Surgery. ICU	Undergraduate training	Region
S plus	รพ.ละหานทราย,รพ.คูเมือง ,รพ.สตึก,รพ.กระสัง,รพ.พุทไธสง ,รพ.บ้านกรวด,รพ.หนองกี่	S เพิ่ม Surg, Ped, Ob – gyn, Semi - ICU	Internship	Province + Region
S	12 แห่ง ที่เหลือ	Med, Fam med, EP , Psychiatric, IMC	Primary care training	Province

Value Chain / ประเด็น : ลดแออัด (เพิ่มศักยภาพ รพช. ในการดูแล ผู้ป่วย On Ventilator ลดใส่ET Tube Refer)

สถานการณ์/ สภาพปัญหา

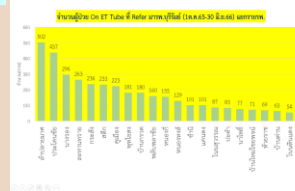


จำนวนผู้ป่วย On ET Tube ที่ Refer เข้ามารักษาที่รพ.บร. เพิ่มขึ้น

ช่วงเวลา ตค.-มีย
ปี 64 = 3,358 ราย
ปี 65 = 3,753 ราย

เพิ่มขึ้น
11.76%

ปี 65 รพ.ที่ Refer ผู้ป่วย On ET Tube เข้ามารักษาที่ รพ.บร. เรียงลำดับจากมากไปน้อย



ลปม=502 ราย

ปคช=437 ราย

นางรอง=296 ราย

ลพท=263 ราย

กระสัง=236 ราย

สตึก=233 ราย

อันดับโรคผู้ป่วย On ET Tube ที่ Refer มารพ.บร

Pneumonia=831 ราย

Sepsis=312 ราย

CHF=312 ราย

Stroke = 226 ราย

Severe HI=201

COPD=187 ราย

AOC=180 ราย

Covid-19=126 ราย

Post cardiac arrest =
109 ราย

Seizure=70

กิจกรรมหลักที่ 1 เพิ่มศักยภาพรพช.ในการดูแลผู้ป่วย On Ventilator

จังหวัด : 1) สร้างข้อตกลงร่วมกับรพช. กำหนดจำนวนเตียง ICU / Semi ICU ที่จะเปิดบริการ ปี 67

2) กำหนดกลุ่มโรคในการพัฒนาให้รพช. สามารถดูแลได้

3) ประสานและร่วมกับรพ.บร. จัดอบรมการใช้เครื่องช่วยหายใจและ High Flow ให้บุคลากรระดับรพช.

4) กำหนดนโยบายให้ทุกรพช. สามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ต้องใช้ HF ได้ เพื่อลดการใส่ท่อช่วยหายใจ

5) จัดทำระบบการเก็บข้อมูลเพื่อติดตามผลการพัฒนาศักยภาพ

6) เยี่ยม นิเทศการดำเนินงาน

อำเภอ : 1) ส่งบุคลากรพัฒนาศักยภาพ / On the job training ในการดูแลผู้ป่วย

On Ventilator / HF

2) รพช. กำหนด Criteria ในการดูแลผู้ป่วยตามกลุ่มโรคที่กำหนดในภาพเครือข่าย

หน่วยบริการ : 1) ทำแผนพัฒนาบุคลากรการดูแลผู้ป่วย On Ventilator / HF

2) ทำแผนจัดซื้อ Ventilator (เฉพาะรพช.ที่มีอายุรแพทย์) / HF ในรพ.ที่ยังไม่มี

3) วางระบบออกซิเจน ในรพ. (ทำแผนเพื่อให้สามารถบริการดูแลผู้ป่วย On Ventilator / HF ได้)

กิจกรรมหลักที่ 2 พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย On Ventilator

จังหวัด : 1) วาง Mapping รพช.แม่ข่าย ในการรับ Refer ผป.ตามกลุ่มโรคที่กำหนด

(ตามมาตราการที่ 1) จากรพ.ลูกข่าย

2) ชี้แจงระบบการส่งต่อ ผป.ตามกลุ่มโรคที่กำหนดให้ทุกแห่งทราบ

3) กำหนดนโยบายให้รพช.แม่ข่ายรับ Refer Case ผป.กลุ่มโรคที่กำหนดจากรพ.ลูกข่าย

4) จัดทำระบบการเก็บข้อมูลเพื่อติดตามผลการพัฒนาระบบส่งต่อ

5) จัดทำระบบรายงาน จำนวน Ventilator และผู้ป่วย On Ventilator ต่อวัน

อำเภอ : 1) สื่อสาร / ชี้แจงระบบ การ Refer ผป. ตามกลุ่มโรคที่กำหนด ให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องใน CUP ทราบ

2) รพช. กำหนด Criteria ในการดูแลผู้ป่วยตามกลุ่มโรคที่กำหนดในภาพเครือข่าย

หน่วยบริการ : 1) สื่อสาร / ชี้แจงระบบ การ Refer ผป. ตามกลุ่มโรคที่กำหนด ให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องทราบ

Value Chain / ประเด็น : ลดแออัด (เพิ่มศักยภาพ รพช. ในการดูแล ผู้ป่วย On Ventilator ลดใส่ET Tube Refer)

การประเมินผลสำเร็จ

3 เดือน

- 1) รพ.ทุกแห่งทราบนโยบายในการดูแล ผป. On Ventilator และการดูแลผป.ตาม กลุ่มโรคที่กำหนด
- 2) จำนวนบุคลากรของรพช.แต่ละแห่งที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพการดูแลผป. On Ventilator / HF

การประเมินผลสำเร็จ

6 เดือน

9 เดือน

12 เดือน

- 1)จำนวนผป. On Ventilator ที่ได้รับการดูแลในรพช. Node ที่มี ICU/Semi ICU ในรพช.แต่ละแห่ง
- 2)อัตราการครองเตียงในผป. ที่ On Ventilator ของรพช.แต่ละแห่ง
- 3)จำนวนผป.ของรพช. ที่ On ET Tube และ Refer ไปรพ.บุรีรัมย์ / รพ.นางรอง
- 4)จำนวนผป. On Ventilator ของรพช.แต่ละแห่งที่ได้รับการดูแลที่รพช. มีอาการดีขึ้น

ตัวชี้วัดที่สำคัญ

- 1)จำนวนผป. On Ventilator ที่ได้รับการดูแลในรพช. Node ที่มี ICU/Semi ICU ในรพช.แต่ละแห่ง
- 2)จำนวนผป. On ET Tube ที่ Refer เข้าไปรับการรักษาที่รพ.บุรีรัมย์ / รพ.นางรอง
- 3)จำนวนผป.ของรพช. ที่ On ET Tube และ Refer ไปรพ.บุรีรัมย์ / รพ.นางรอง

การขับเคลื่อนเชิงระบบ

- ระบบ 3 หมอ (Family Care Team : **FCT**)

โดย กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

Value Chain/ประเด็น			“คนบุรีรัมย์ทุกคน มีหมอประจำตัว 3 คน”		
สถานการณ์/ สภาพปัญหา	1. หมอคนที่ 1 (อสม.) จำนวน 27,834 คน		2. ประชาชนคนบุรีรัมย์ จำนวน 1,579,850 คน		
	หมอคนที่ 2 (จนท.สาธารณสุข) จำนวน 1,372 คน		ต้องมีหมอประจำตัว 3 คน ร้อยละ 65 (จำนวน 1,026,800 คน)		
	หมอคนที่ 3 (หมอ MD) จำนวน 252 คน				

มาตรการ

1.	พัฒนาศักยภาพครุฝึก อสม.ระดับจังหวัด อำเภอละ 3-5 คน (สมาร์ท อสม./ ทีม ป้องกันโรคเรื้อรัง) โดยใช้กลไก 3 หมอ	2.	1. อสม.เชี่ยวชาญ 12 สาขา 2. ในปี 2567 เน้น อสม.เชี่ยวชาญ Health Station - ดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัย	3.	พัฒนา อสม.หมอคนที่ 1 เป็นนักจัดการ สุขภาพ และเชี่ยวชาญด้าน Digital และ Application Smart อสม.	4.	พัฒนาศักยภาพ อสม. หมอคนที่ 1 ให้เป็น Smart อสม. รองรับการดูแล และให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน อย่างเป็นระบบ เชื่อมโยงกับหมอคนที่ 2 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
----	---	----	---	----	---	----	---

การประเมินผลสำเร็จ

3 เดือน	6 เดือน	9 – 12 เดือน	ตัวชี้วัดที่สำคัญ ร้อยละประชาชนคนบุรีรัมย์ มีหมอประจำตัว 3 คน (ร้อยละ 65)
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.ทีมจังหวัดออกติดตามและประเมินผลเยี่ยมเสริมพลัง การขึ้นทะเบียนประชาชนมีหมอประจำตัว 3 คน 1. หมอคนที่ 1 ดูแลให้บริการด้านสุขภาพ แก่ประชาชนอย่างเป็นระบบ 2. สนับสนุนการปฏิบัติงานใน Health Station	

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

สถานการณ์/ สภาพปัญหา	1.จังหวัดบุรีรัมย์มีแผนการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ 148 ทีม ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ จำนวน 116 ทีม คิดเป็นร้อยละ 78.91 (เป้าหมายกระทรวง ร้อยละ 65)	2. อำเภอที่ขึ้นทะเบียนเต็มพื้นที่ จำนวน 11 อำเภอ 3. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ยังไม่ขึ้นทะเบียนจำนวน 32 ทีม
-------------------------	--	---

มาตรการ

1 ส่งเสริมการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพ มาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2566	2. - ส่งเสริมการประเมินตนเองตามคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 โดยคณะกรรมการ ค.ป.ค.ม. จังหวัดบุรีรัมย์	3. สนับสนุนการขึ้นทะเบียน PCU/NPCU ให้ครอบคลุมทั้งจังหวัดบุรีรัมย์	4. - ลงเยี่ยมเสริมพลังโดยการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานระบบบริการตามเกณฑ์
--	--	---	--

การประเมินผลสำเร็จ

3 เดือน 1.ประชุมคณะกรรมการ ค.ป.ค.ม. จังหวัดบุรีรัมย์ 2.ประชุมทีมขับเคลื่อนและพัฒนา ระบบหน่วยบริการปฐมภูมิ (การขึ้น ทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ)	6 เดือน 1.ประชาสัมพันธ์ให้แพทย์เข้ารับ การอบรม แพทย์ FM 2.ติดตามการเปลี่ยนแปลงแก้ไข ข้อมูลของหน่วยบริการปฐมภูมิ 3.ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ครั้งที่1	9 เดือน 1. ติดตามการเปลี่ยนแปลงแก้ไข ข้อมูลของหน่วยบริการปฐมภูมิ 2.ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ครั้งที่2	12 เดือน 1.ติดตามและประเมินผลการขึ้น ทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐม ภูมิ ปีงบประมาณ 2566 2.ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ครั้งที่ 3	ตัวชี้วัดที่สำคัญ - การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวนสะสม 116 หน่วย ร้อยละ 80 (เป้าหมายกระทรวง ร้อยละ 65)
---	---	--	---	---

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./พชอ. /พชต. ให้เป็นปัจจุบัน	2. -พชอ.มีการคัดเลือกเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามบริบทในพื้นที่ อย่างน้อยอำเภอละ 2 ประเด็น	3. - อบรมพัฒนาศักยภาพ พชจ./พชอ./พชต.	4. - บันทึกผลการดำเนินงานผ่าน CL UCCARE ระดับ 4 ขึ้นไป
---	---	---	---

การประเมินผลสำเร็จ

3 เดือน 1.มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัดที่เป็นปัจจุบัน 2.มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เป็นปัจจุบัน 3.มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลที่เป็นปัจจุบัน	6 เดือน 1.มีการประชุมคณะกรรมการพชอ. คัดเลือกประเด็นสำคัญตามบริบทของพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 ประเด็น และขับเคลื่อน พชต. 2.ประชุมคณะกรรมการ พชจ. เพื่อขับเคลื่อนสนับสนุนการดำเนินงาน พชอ.	9 เดือน 1.พชอ.ขับเคลื่อนการดำเนินงาน พชต. 2.พชจ.ขับเคลื่อน พชอ. โดยติดตามการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน การดูแลกลุ่มเปราะบาง โดยใช้กระบวนการเยี่ยมเสริมพลังทีมระดับจังหวัด	12 เดือน 1.อำเภอมีการดำเนินงานและผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพและ บันทึกผลการดำเนินงานผ่าน UCCARE ระดับ 4 ขึ้นไป ร้อยละ 85	ตัวชี้วัดที่สำคัญ - ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ CL UCCARE ระดับ 4 ขึ้นไป ร้อยละ 85
---	--	---	---	---

การขับเคลื่อนเชิงระบบ

- ระบบกำกับ ติดตาม และประเมินผล
(Chief Monitoring and Evaluation Officer : **CMEO**)

โดย กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สารานุกรมสุข



คณะกรรมการขับเคลื่อน
การกำกับ ติดตาม และประเมินผล
(Chief Monitoring Evaluation Officer : CMEO)

มาตรการ :



ส่งเสริมการกำกับ ติดตาม
ผลการดำเนินงานให้มี
ประสิทธิภาพ



บูรณาการกระบวนการนิเทศ
งานและการสอนงานเพื่อการ
แลกเปลี่ยนเรียนรู้

มาตรการ :



ส่งเสริมการกำกับ ติดตาม
ผลการดำเนินงานให้มี
ประสิทธิภาพ

การกำหนดโซน ในการกำกับ ดูแล ติดตาม นิเทศและประเมินผล



ประธาน

รองประธาน

Zone1 “เมืองหงส์ ด้านข้าลำมาศ”

เมือง หนองหงส์ บ้านด่าน ชำนิ ลำปลายมาศ



ประธาน

รองประธาน

Zone4 “สองโนนคำ ที่นางละหาน”

โนนดินแดง โนนสุวรรณ ปะคำ หนองกี่
นางรอง ละหานทราย



ประธาน

รองประธาน

Zone2 “ตึกสงใหม่ ดงคูนา”

สตึก พุทราสง บ้านใหม่ไชยพจน์ แคนดง คูเมือง นาโพธิ์



ประธาน

รองประธาน

Zone3 “เฉลิมราช พลับพลาสัง กรวดประโคน”

เฉลิมพระเกียรติ ห้วยราช พลับพลาชัย กระสัง
บ้านกรวด ประโคนชัย

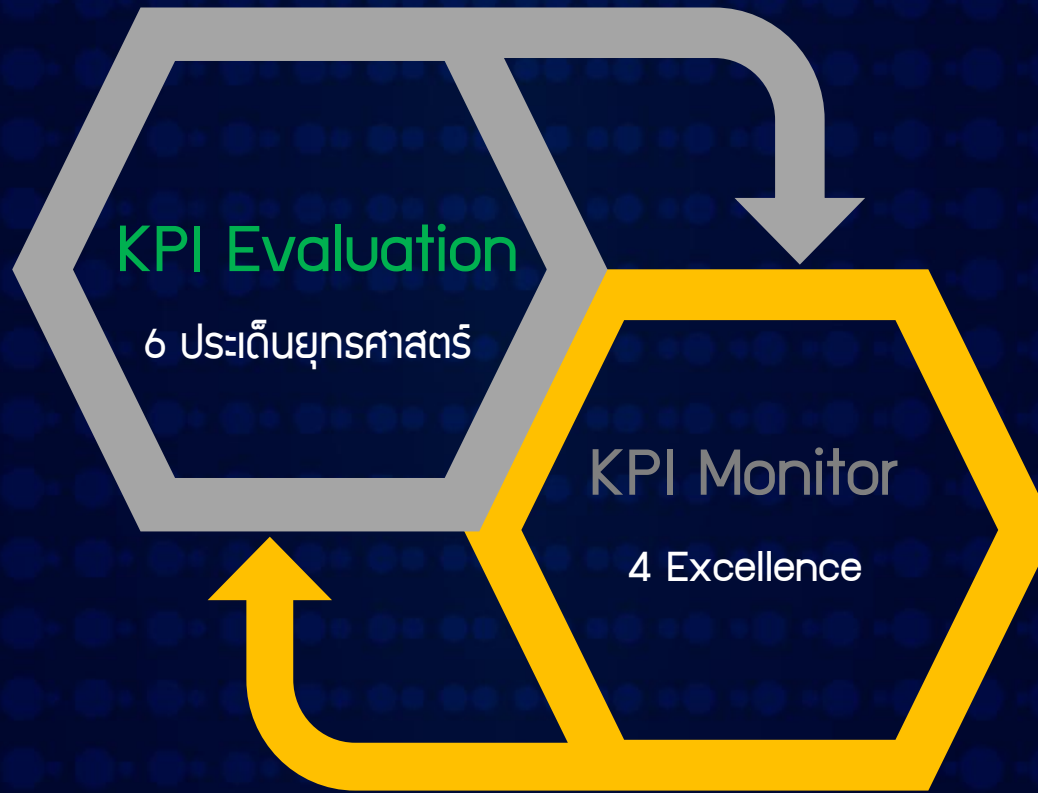


กำหนดตัวชี้วัดงานสาธารณสุข จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2567

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 พลิกดัน**กัญชาและสมุนไพร**ทางการแพทย์ (Medical cannabis and Herbal city)
- 6 ส่งเสริมการดูแล**สุขภาพจิต**อย่างเป็นระบบ (Mental Health care)

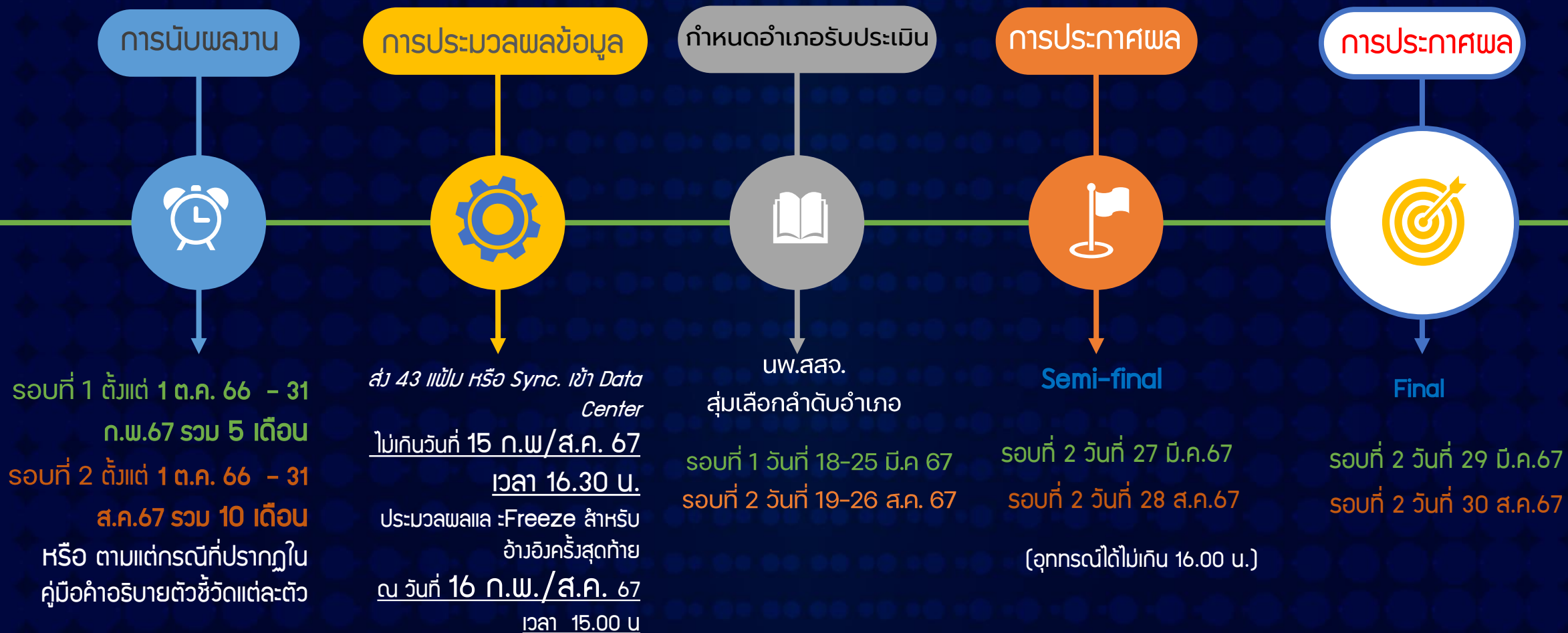


PP&P Excellence
People Excellence
Service Excellence
Governance Excellence

กำหนด Timeline การดำเนินงาน จังหวัดบุรีรัมย์ ปีงบประมาณ 2567



กำหนดกรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการด้านสาธารณสุข



มาตรการ



บูรณาการกระบวนการนิเทศ
งานและการสอนงานเพื่อการ
แลกเปลี่ยนเรียนรู้

การนิเทศงานแบบผสมผสาน

การ Coaching

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้



กระบวนการสอนงาน

พัฒนาศักยภาพ
บุคลากร

นำเสนอผลงานเด่น Best Practice



THANKS