

STRATEGIC

แผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2567



สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8

เลขที่ 4 ถ.อธิบดี ต.หมากแข้ง อ.เมือง จ.อุดรธานี 41000



042-219207, 042-219208



R8way.moph.go.th



สารบัญ

หน้า

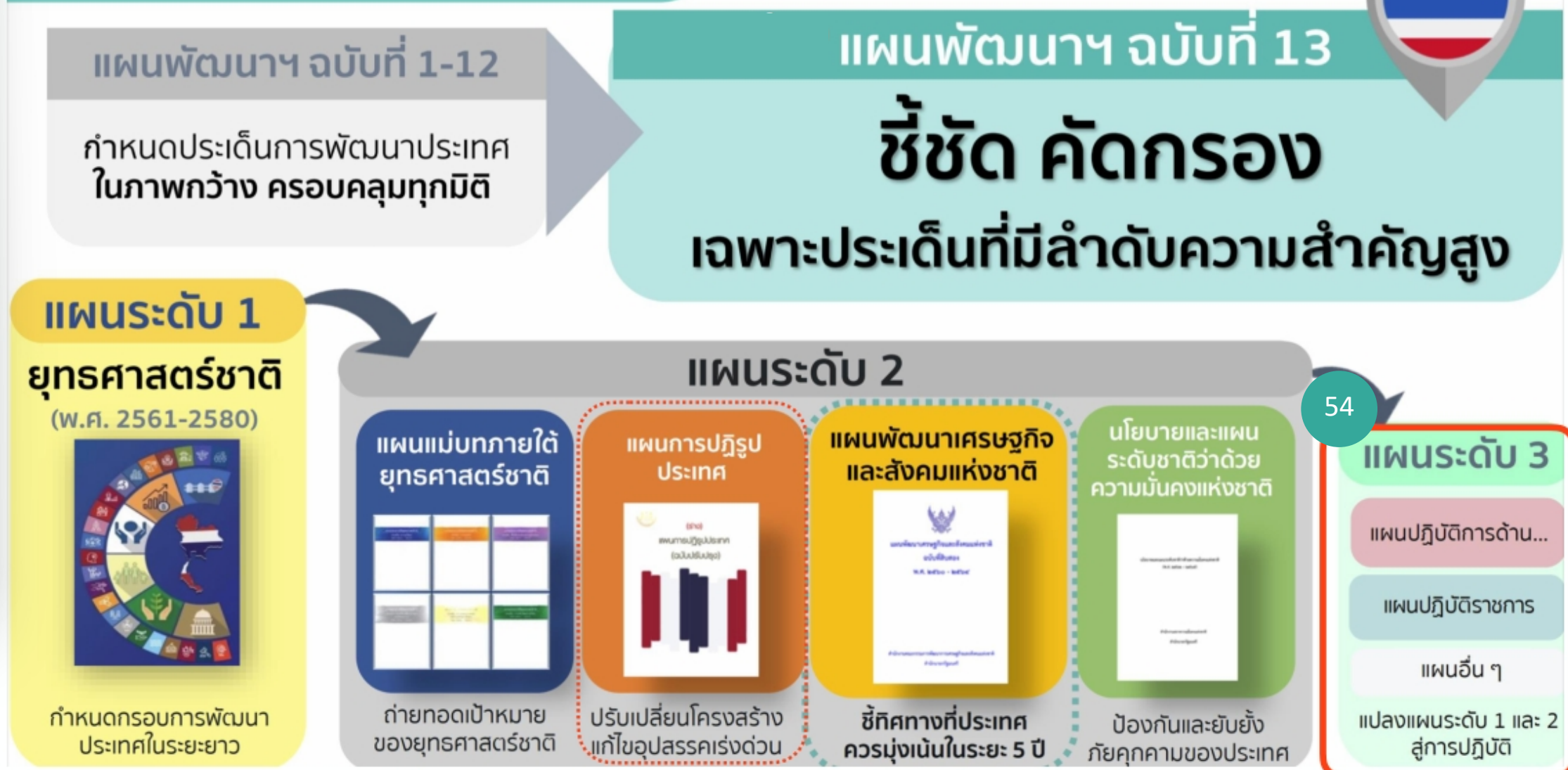
ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข	3
นโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567	5
1.ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานเขตสุขภาพที่ 8	21
1.1 ข้อมูลทั่วไป	21
1.2 ข้อมูลหน่วยบริการ	25
1.3 ข้อมูลบุคลากร	26
1.4 ข้อมูลสถานะสุขภาพ	28
2.ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2567	32
2.1 นโยบายขับเคลื่อนระบบสุขภาพ 8 เรื่อง 8 โรค 8 สนับสนุน	35
2.2 การกำกับและประเมินผล	36
2.3 ตัวชี้วัดด้านนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2567	37
2.4 STRATEGY HOUSE	53
3.การประเมิน Scoring	180
ภาคผนวก	217
คำสั่งคณะกรรมการยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 8	
คำสั่ง คณะกรรมการแผนบูรณาการเขตสุขภาพที่ 8	



ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข

กรอบแนวคิดการจัดทำ แผนยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี

ก้าวอย่างมีทิศทางที่ชัดเจน



ความเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี / แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 / เป้าหมายการพัฒนายั่งยืน และแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)

๑. การปรับโครงสร้างภาคการผลิตและบริการสู่เศรษฐกิจฐานนวัตกรรม	๒. การพัฒนาคนสำหรับโลกยุคใหม่	๓. การมุ่งสู่สังคมแห่งโอกาสและความเป็นธรรม	๔. การเปลี่ยนผ่านการผลิตและบริโภคไปสู่ความยั่งยืน	๕. การเสริมสร้างความสามารถของประเทศในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงและความเสี่ยงภายใต้บริบทโลกใหม่
๑ เกษตรและเกษตรแปรรูปมูลค่าสูง	๑ เกษตรและเกษตรแปรรูปมูลค่าสูง	๑ เกษตรและเกษตรแปรรูปมูลค่าสูง	๑ เกษตรและเกษตรแปรรูปมูลค่าสูง	๑ เกษตรและเกษตรแปรรูปมูลค่าสูง
๒ การท่องเที่ยวเน้นคุณภาพและความยั่งยืน	๒ การท่องเที่ยวเน้นคุณภาพและความยั่งยืน	๒ การท่องเที่ยวเน้นคุณภาพและความยั่งยืน	๒ การท่องเที่ยวเน้นคุณภาพและความยั่งยืน	๔ การแพทย์และสุขภาพมูลค่าสูง
๓ ฐานการผลิตยานยนต์ไฟฟ้า	๓ ฐานการผลิตยานยนต์ไฟฟ้า	๔ การแพทย์และสุขภาพมูลค่าสูง	๓ ฐานการผลิตยานยนต์ไฟฟ้า	๖ อิเล็กทรอนิกส์อัจฉริยะและดิจิทัล
๔ การแพทย์และสุขภาพมูลค่าสูง	๔ การแพทย์และสุขภาพมูลค่าสูง	๕ ประสิทธิภาพการลงทุนและโลจิสติกส์	๕ ประสิทธิภาพการลงทุนและโลจิสติกส์	๘ พื้นที่และเมืองอัจฉริยะ
๕ ประสิทธิภาพการลงทุนและโลจิสติกส์	๕ ประสิทธิภาพการลงทุนและโลจิสติกส์	๗ วิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมที่เข้มแข็งแข่งขันได้	๘ พื้นที่และเมืองอัจฉริยะ	๑๐ เศรษฐกิจหมุนเวียนและสังคมคาร์บอนต่ำ
๖ อิเล็กทรอนิกส์อัจฉริยะและดิจิทัล	๖ อิเล็กทรอนิกส์อัจฉริยะและดิจิทัล	๘ พื้นที่และเมืองอัจฉริยะ	๑๐ เศรษฐกิจหมุนเวียนและสังคมคาร์บอนต่ำ	๑๑ ภัยธรรมชาติและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ
๗ วิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมที่เข้มแข็งแข่งขันได้	๗ วิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมที่เข้มแข็งแข่งขันได้	๙ ความยากจนข้ามรุ่นและความคุ้มครองทางสังคม	๑๑ ภัยธรรมชาติและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ	๑๓ ภาครัฐที่ทันสมัยมีประสิทธิภาพ
๘ พื้นที่และเมืองอัจฉริยะ	๘ พื้นที่และเมืองอัจฉริยะ	๑๐ เศรษฐกิจหมุนเวียนและสังคมคาร์บอนต่ำ		
๑๐ เศรษฐกิจหมุนเวียนและสังคมคาร์บอนต่ำ	๙ ความยากจนข้ามรุ่นและความคุ้มครองทางสังคม	๑๒ กำลังคนสมรรถนะสูง		
	๑๒ กำลังคนสมรรถนะสูง	๑๓ ภาครัฐที่ทันสมัยมีประสิทธิภาพ		



นโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567

1. โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการที่เกี่ยวข้องกับพระบรมวงศานุวงศ์

1.1 โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

Objectives

ผู้ต้องขังในเรือนจำ กักตุนสถาน หรือสถานกักขัง ได้รับการบริการทางสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียม และเป็นธรรม มีคุณภาพ ตามหลักสิทธิมนุษยชน

มาตรการหลัก	1. จัดทำ Model เครือข่าย ต้นแบบการจัดบริการในเรือนจำ 1 เครือข่าย : 1 เขตสุขภาพ	2. การจัดระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่เรือนจำเพื่อการเข้าถึงบริการ	3.พัฒนาระบบบริการรักษาพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ อย่างมีคุณภาพตามมาตรฐาน	4. จัดทำแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานพัฒนาระบบบริการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ถูกคุมขัง พ.ศ. 2567-2570	5. ปรับปรุงแนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ถูกคุมขัง
กิจกรรมหลัก	1.1 จัดทำเกณฑ์ / Model เครือข่ายต้นแบบการจัดบริการในเรือนจำ 1.2 คัดเลือกเครือข่ายราชทัณฑ์ปันสุขฯ ต้นแบบ 1 เครือข่าย : 1 เขตสุขภาพ 1.3 นำ Model เครือข่ายต้นแบบการจัดบริการในเรือนจำไปใช้ในพื้นที่เครือข่ายต้นแบบ 1.4 ประเมินการใช้ Model เครือข่ายต้นแบบการจัดบริการในเรือนจำในพื้นที่เครือข่ายต้นแบบ	2.1 วางแผนการจัดระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่เรือนจำ เพื่อให้ผู้ที่ถูกคุมขังสามารถเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขได้ตามมาตรฐาน 2.2 ประชุมพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่ถูกคุมขัง 2.3 การกำกับ ติดตาม ประเมินผลการพัฒนาระบบบริการพื้นที่ควบคุมโดยหน่วยงานของรัฐ	3.1 ขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำให้มีประสิทธิภาพ อย่างมีคุณภาพตามมาตรฐาน โดยผู้ต้องขังในเรือนจำ เข้าถึงบริการทางสาธารณสุข อย่างมีคุณภาพตามมาตรฐาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 3.2 ประชุมเชิงปฏิบัติการประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ	4.1 จัดทำแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานพัฒนาระบบบริการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ กักตุนสถาน หรือสถานกักขัง พ.ศ. 2567 – 2570 4.2 โรงพยาบาลแม่ข่าย มีแผนปฏิบัติการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ กักตุนสถาน หรือสถานกักขัง พ.ศ. 2567-2570 อย่างน้อยร้อยละ 90	5.1 โรงพยาบาลแม่ข่าย มีแนวทางการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ร้อยละ 100 5.2 หน่วยบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องได้รับคู่มือแนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่ถูกคุมขัง ร้อยละ 90
Quick Win	100 วันแรก		6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	ผลผลิตที่เป็นรูปธรรม				
	มีเครือข่ายราชทัณฑ์ปันสุขฯ ต้นแบบ จำนวน 12 เครือข่ายหรือมากกว่า	มีระบบบริการรักษาพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ อย่างมีคุณภาพตามมาตรฐาน		มีแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานพัฒนาระบบบริการรักษาพยาบาลสำหรับผู้คุมขัง พ.ศ. 2567 - 2570	1. โรงพยาบาลแม่ข่ายขยายการจัดระบบบริการสาธารณสุขไปยังเรือนจำ กักตุนสถาน หรือสถานกักขัง 2. มีแนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ถูกคุมขัง ที่ได้รับการปรับปรุง
	ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย				
	มีเครือข่ายราชทัณฑ์ปันสุขฯ ต้นแบบอย่างน้อย 1 เครือข่าย : 1 เขตสุขภาพ	โรงพยาบาลแม่ข่ายปรับปรุงการพัฒนาระบบบริการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานขั้นต่ำ ร้อยละ 80		โรงพยาบาลแม่ข่ายมีแผนปฏิบัติการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ถูกคุมขัง พ.ศ. 2567 – 2570 ร้อยละ 90	1. เรือนจำ กักตุนสถาน หรือสถานกักขัง เข้าถึงบริการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานขั้นต่ำ ร้อยละ 90 2. แนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ถูกคุมขัง ฉบับปรับปรุง

1. โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการที่เกี่ยวข้องกับพระบรมวงศานุวงศ์

1.2 โรงพยาบาลอัจฉริยะต้นแบบ (swhs./swk.)

Objectives

พัฒนาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช และโรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติให้เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะต้นแบบ (Smart Hospital)

มาตรการหลัก	1. ปรับกระบวนการทำงานเข้าสู่ระบบดิจิทัล	2. เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้วยระบบสุขภาพดิจิทัล	3. พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพมาตรฐาน	4. พัฒนาระบบธรรมาภิบาลข้อมูล	
กิจกรรมหลัก	1.1 การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานสุขภาพดิจิทัล - จัดให้มี Data center - Server & Storage & Cloud - Computer network and End point 1.2 สร้างแพลตฟอร์มกลางและพัฒนาระบบบันทึกข้อมูล : - Hospital Information System (HIS) - Provider ID - ERP - มีระบบยืนยันตัวตนผู้รับบริการต่างด้าวด้วย Biometric	2.1 การพัฒนาระบบการบริหารจัดการผู้ป่วยด้วยดิจิทัล - การส่งข้อมูลเข้า PHR กระทรวงสาธารณสุข - Payment - Financial Management -การแลกเปลี่ยนข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์	3.1 การปรับกระบวนการให้บริการประชาชนด้วยตนเองด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล - มีจุดให้ประชาชนสามารถบริการได้ด้วยตนเอง (Kiosk) - มีระบบแจ้งเตือนคิวออนไลน์ อย่างน้อย 1 ระบบ - Que Online - มีระบบนัดหมายออนไลน์ 3.2 การปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานเป็นดิจิทัล - Paperless (Outpatient, Inpatient) - มี vital sign ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ดิจิทัล 3.3 การดูแลผู้ป่วยที่บ้านด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล (Home Service) 3.4 มีระบบการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) 3.5 นวัตกรรมที่ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น Mobile Device, Internet of Things, Artificial Intelligence ฯลฯ เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีคุณภาพมากขึ้น 3.6 ใบรับรองแพทย์อิเล็กทรอนิกส์ หรือใบรับรองความพิการอิเล็กทรอนิกส์ 3.7 มีการใช้ clinical decision support อย่างน้อย 1 ระบบ	4.1 มีระบบความปลอดภัยพื้นฐาน 4.2 จัดเทคโนโลยีสำหรับการรักษาความมั่นคงปลอดภัยและคุ้มครองความลับข้อมูลส่วนบุคคล และการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย 4.3 มีแผนตอบโต้ด้านความปลอดภัยไซเบอร์ 4.4 การทดสอบแอปพลิเคชันหรือsoftware พัฒนาเอง 4.5 ธรรมาภิบาล 4.6 จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพดิจิทัลระดับโรงพยาบาล 4.7 จัดตั้งคณะกรรมการความปลอดภัยทางไซเบอร์ระดับโรงพยาบาล	
Quick Win	100 วันแรก		6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	ผลผลิตที่เป็นรูปธรรม				
	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชและโรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติ ทุกแห่ง เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะต้นแบบ				
	ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย				
	ร้อยละโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชและโรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติทุกแห่ง เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะต้นแบบระดับเงินขึ้นไป (ร้อยละ 100)	ร้อยละของโรงพยาบาลอัจฉริยะต้นแบบที่ดำเนินการตามเกณฑ์ระดับทอง (ร้อยละ 50)		ร้อยละของโรงพยาบาลอัจฉริยะต้นแบบที่ดำเนินการตามเกณฑ์ระดับทอง (ร้อยละ 60)	1. ร้อยละของโรงพยาบาลอัจฉริยะต้นแบบที่ดำเนินการตามเกณฑ์ระดับทอง (ร้อยละ 70) 2. ร้อยละของโรงพยาบาลอัจฉริยะต้นแบบที่ดำเนินการตามเกณฑ์ระดับเพชร (ร้อยละ 30)

1. โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการที่เกี่ยวข้องกับพระบรมวงศานุวงศ์

1.3 สุขศาลาพระราชทาน

Objectives

1. เพื่อส่งเสริมและพัฒนาชุมชนในพื้นที่ความรับผิดชอบของสุขศาลาพระราชทานให้เป็นชุมชนสุขภาพดี
2. เพื่อพัฒนาและยกระดับศักยภาพด้านการรักษาพยาบาลและการสาธารณสุขชุมชนของสุขศาลาพระราชทาน
3. เพื่อจัดตั้งและพัฒนาศักยภาพและคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุขมูลฐานชุมชน

มาตรการหลัก	1. ส่งเสริมและพัฒนาชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสุขศาลาพระราชทานและชุมชนเป้าหมายให้สุขภาพดีต้นแบบ	2. พัฒนาระบบบริการและกลไกการบริหารสุขศาลาพระราชทานแบบมีส่วนร่วม	3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและกำลังคนด้านสุขภาพ	4. การจัดการความรู้สุขศาลาพระราชทานและชุมชนสุขภาพดี
กิจกรรมหลัก	1.1 พัฒนาผู้นำการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ อสม. เชี่ยวชาญ (นักจัดการสุขภาพชุมชน) / แก่นนำสุขภาพนักเรียน 1.2 สร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการพัฒนาชุมชนสุขภาพดี 1.3 จัดตั้งและพัฒนาศักยภาพและคุณภาพศูนย์บริการสาธารณสุขมูลฐานชุมชน	2.1 พัฒนาและยกระดับคุณภาพการให้บริการรักษาพยาบาลและการสาธารณสุขชุมชนของสุขศาลาพระราชทาน 2.2 พัฒนาระบบการรักษาทันที Telemedicine และการส่งต่อผู้ป่วย	3.1 จัดทำและพัฒนาหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพบุคลากร 3.2 ฟื้นฟูความรู้ด้านการรักษาพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วย และการส่งเสริมสุขภาพ 3.3 สนับสนุนเจ้าหน้าที่/คนในพื้นที่ให้ศึกษาต่อด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ	4.1 งานมหกรรมคุณภาพสุขศาลาพระราชทานและชุมชนสุขภาพดี
Quick Win	100 วันแรก	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม			
	1. สุขศาลาพระราชทานได้รับการรับรองคุณภาพฯ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ครอบคลุมแห่ง (26 แห่ง) 2. คัดเลือกชุมชนกลุ่มเป้าหมายเพื่อเข้ารับการพัฒนาให้เป็นชุมชนสุขศาลาพระราชทานสุขภาพดี	1. จัดตั้งและจัดระบบบริการด้านสุขภาพ สุขศาลาพระราชทานแห่งใหม่ 2. สุขศาลาพระราชทานได้รับติดตาม ประเมินผล และมีผลงาน 3. บุคลากรสุขศาลาพระราชทานและเครือข่ายได้รับการฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพ	ชุมชนกลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาให้เป็นชุมชนดีตามแผน	1. สุขศาลาพระราชทานได้รับการรับรองคุณภาพฯ ตามเกณฑ์ จำนวน 26 แห่ง 2. ชุมชนสุขศาลาพระราชทานสุขภาพดี จำนวน 8 ชุมชน 3. สุขศาลาพระราชทานแห่งใหม่ได้รับการจัดตั้งสำเร็จตามพระราชดำริ
	ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย			
	1. จำนวนสุขศาลาพระราชทานได้รับการรับรองคุณภาพการให้บริการรักษาพยาบาลและการสาธารณสุขชุมชนตามเกณฑ์ที่กำหนด (26 แห่ง) 2. จำนวนชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสุขศาลาพระราชทานที่ได้รับการพัฒนาให้เป็นชุมชนสุขภาพดี (8 ชุมชน)			

2. โรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร 50 เขต 50 โรงพยาบาล และปริมณฑล

Objectives

- ประชาชนที่อาศัย/ทำงานในเขตเมือง (กรุงเทพมหานคร/เชียงใหม่) เข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียม (การส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสุขภาพ ตลอดจนการดูแลระยะท้าย)
- การบริหารจัดการ ส่งต่อ ณ จุดเกิดเหตุถึงเตียงพักรักษาในรพ. 5 สังกัด ร่วมกันอย่างเป็นเอกภาพ

มาตรการหลัก	1.สร้างแรงจูงใจภาคเอกชนร่วมเป็นประจำเขต (Incentive)	2.เพิ่มศักยภาพการบริการสาธารณสุข (Services)	3. การบริหารระบบสาธารณสุขในพื้นที่เขตเมือง กทม. ร่วมกับปริมณฑล /เชียงใหม่ ร่วมกับเครือข่าย (Unity)	4. ปรับกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับให้เอื้อต่อการจัดการบริการสาธารณสุขเขตเมือง (Law & Regulation)	5.จัดการบริการด้วยนวัตกรรมสุขภาพดิจิทัล Innovation
กิจกรรมหลัก	1.1 ทบทวนอัตราค่าตอบแทน ปลอดล๊อคโรงพยาบาลกรณีเรียกเก็บค่าบริการ (ตัด C,Deny) 1.2 ศึกษาที่มาของปัญหาและทางออกในการเชิญชวนรพ เอกชน ให้บริการ 30 บาท (ปรับ อัตราค่าตอบแทนในให้ใกล้เคียงกับประกันสังคม) 1.3 เชิญชวนรพ เอกชน สำรองเตียงเพื่อให้บริการในระบบ 30 บาท 1.4 มาตรการทางภาษี นำค่าบริการส่วนเกินจากอัตราจ่าย ไปใช้ลดหย่อนภาษีในรายการเงินบริจาค	2.1 พัฒนาโรงพยาบาลทุติยภูมิ 120 เตียง ในเขตเมือง (กรุงเทพมหานคร/เชียงใหม่) 2.2 โรงพยาบาลผู้ป่วยนอกเฉพาะทางดำเนินการโดยศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กทม. / สำนักการแพทย์/ โรงพยาบาลในกำกับรัฐ (รพ.บ้านแพ้ว/ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	3.1 ยกระดับ sw.ปริมณฑล ลดการส่งต่อและรักษาข้ามเขต 3.2 สร้างความเข้มแข็งของ BKK Health Zoning	4.1 ศึกษาแนวทางความเป็นไปได้ในการจัดตั้งหน่วยงานควบคุมกำกับระบบบริการสาธารณสุข กทม. (สสจ.กทม.) 4.2 ปรับปรุง พรบ.สถานพยาบาล ให้ภาคเอกชนสามารถให้บริการส่งเสริมสุขภาพนอกสถานพยาบาล จัดการดูแล home ward ในชุมชน	5.1 พัฒนบริการ Online Clinic (Telemedicine) ในโรงพยาบาล คลินิกชุมชนอบอุ่น และหน่วยบริการนอกสถานที่ 5.2 Bangkok Health map (Data driven healthy city: Realtime-utilization) 5.3 เชื่อมข้อมูลสุขภาพทุกสังกัด บัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่ (โครงการ Health link และ คลาวด์กลางด้านสาธารณสุข)
Quick Win	100 วันแรก			6 เดือน	
	ผลผลิตที่เป็นรูปธรรม				
	1. เปิด sw.ประจำเขตในพื้นที่ กทม. 2. เปิดบริการ sw.ในพื้นที่ อ.เมืองเชียงใหม่ ให้บริหารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรคทั่วไป (General) สาขาอายุรกรรม สาขาศัลยกรรม และ ER จุกเงินทั่วไป เปิดให้บริการ 24 ชม. 3. มี sw.เอกชน หรือ sw.รัฐในกทม./ปริมณฑล เข้าร่วมเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อพื้นที่กทม. เพิ่ม 4 แห่ง			1. โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิประจำเขตในพื้นที่กทม. เริ่มรับผู้ป่วยใน ได้ 25 เตียง 2. โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิประจำเขตในพื้นที่อำเภอเมืองเชียงใหม่ รับผู้ป่วยในสามัญ อายุรกรรม/ศัลยกรรมทั่วไป เปิดบริการ OPD เวชศาสตร์ฟื้นฟู สำหรับผู้ป่วยทั่วไป 3. มีsw.เอกชน หรือsw.รัฐในกทม./ปริมณฑล เข้าร่วมเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อพื้นที่กทม.	
	ตัวชี้วัด				
	1. เปิด sw.ประจำเขตในพื้นที่ กทม. 1 แห่ง 2. เปิดบริการ sw.ในพื้นที่ อ.เมืองเชียงใหม่ ให้บริหารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรคทั่วไป (General) สาขาอายุรกรรม สาขาศัลยกรรม และ ER จุกเงินทั่วไป เปิดให้บริการ 24 ชม. 3. มี sw.เอกชน หรือ sw.รัฐในกทม./ปริมณฑล เข้าร่วมเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อพื้นที่กทม. เพิ่ม 4 แห่ง			1. โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิประจำเขตในพื้นที่กทม. เริ่มรับผู้ป่วยใน ได้ 25 เตียง อย่างน้อย 1 แห่ง 2. โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิในพื้นที่อำเภอเมืองเชียงใหม่ รับผู้ป่วยในสามัญ อายุรกรรม/ศัลยกรรมทั่วไป เปิดบริการ OPD เวชศาสตร์ฟื้นฟู สำหรับผู้ป่วยทั่วไป 3. มีรพ.เอกชน หรือรพ.รัฐในกทม./ปริมณฑล เข้าร่วมเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อพื้นที่กทม. เพิ่ม 4 แห่ง รวมเป็น 8 แห่ง	

3. สุขภาพจิตและยาเสพติด

Objectives

เพื่อให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้ทุกที่ (Mental Health Anywhere) สามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้ สังคมปลอดภัย ไร้ความรุนแรง

มาตรการหลัก	1. คัดกรองและดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดเบื้องต้น		2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติดที่มีคุณภาพในทุกพื้นที่ให้เข้าถึงง่าย		3. พัฒนากลไกและความร่วมมือในการดำเนินงานสุขภาพจิตและยาเสพติด			
กิจกรรมหลัก	1.1 คัดกรองและปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติด 1323 + AI + 1165 1.2 คัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดยเครือข่าย 3 หมอ และทีมจิตเวชระดับอำเภอ 1.3 สื่อสารสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด Mental Health & Drug Literacy		2.1 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในสังคม (V-Care) 1) พัฒนาระบบการป้องกัน บำบัด รักษา ฟื้นฟู ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงก่อความรุนแรงในสังคม 2) พัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมความรุนแรงในสังคม 3) พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะแก่ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 4) พัฒนาระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากแอลกอฮอล์และผู้ที่ได้รับผลกระทบ 2.2 อบรมพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพจิตเฉพาะทางเพื่อเพิ่มศักยภาพการดำเนินงานของ สวท. สwn. และ สwh. 2.3 จัดตั้ง Ward จิตเวชและยาเสพติด ในสวท./สwn. + กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดใน สwh. 2.4 ให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดฉุกเฉิน (emergency care) 2.5 ให้บริการจิตเวชและยาเสพติดผ่านระบบ Telepsychiatry ในสวท/สwn/สwh ที่เชื่อมต่อกับ สว.จิตเวช 2.6 จัดบริการสุขภาพจิตเคลื่อนที่ Mobile Psychiatry 2.7 ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาล ให้มีการเปิด “มิดิธัญญารักษ์” 1) สนับสนุนด้านงบประมาณในการดำเนินงานรองรับผู้ป่วยยาเสพติด Residential Care		2) พัฒนาระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบระยะยาว “มิดิธัญญารักษ์” (เป้าหมายครอบคลุมทั้ง 76 จังหวัด) 3) จัดระบบให้ผู้ติดยาเสพติดที่ประสงค์เข้ารับการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถเข้าถึงบริการด้านการฟื้นฟูของรัฐได้อย่างครอบคลุมและสะดวก (ค่าปรับปรุงสถานที่ในการจัดตั้ง “มิดิธัญญารักษ์” 76 จังหวัด) 2.8 เพิ่มศักยภาพบุคลากรด้านยาเสพติด 1) พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (มิดิธัญญารักษ์) โดยกรมการแพทย์ 2) พัฒนาและส่งเสริมบุคลากรในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบ Residential Care 2.9 กำกับ ติดตาม และให้การสนับสนุนโดยการแพทย์/กรมสุขภาพจิตและสำนักงานเขตสุขภาพฯ 1) ควบคุม กำกับติดตาม มาตรฐานให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่ทางกระทรวงสาธารณสุขกำหนด 2) โรงพยาบาลธัญญารักษ์ (ภูธิดา) ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาแก่ “มิดิธัญญารักษ์” 3) สำนักงานเขตสุขภาพคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนทรัพยากรและวิชาการเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด แบบระยะยาว “มิดิธัญญารักษ์”		3.1 บูรณาการการดำเนินงานสุขภาพจิตและยาเสพติดผ่าน พรบ.สุขภาพจิต และประมวลกฎหมายยาเสพติด 3.2 เพิ่มความคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษา - ยานัดด้านโรคจิตออกฤทธิ์ยาวคุณภาพสูง - ระบบการเบิกจ่ายตามสิทธิการรักษา - ระบบการส่งต่อ 3.3 จัดคู่มือเครือข่าย 3 หมอ และทีมจิตเวชระดับอำเภอ	
Quick Win	100 วันแรก		6 เดือน		9 เดือน		12 เดือน	
	ผลผลิตที่เป็นรูปธรรม							
	1. มิดิธัญญารักษ์ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดอย่างครบวงจรทุกจังหวัด 2. สวท. สwn. มีหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด 3. สwh. ผ่านการประเมินและรับรองผลโดยคณะกรรมการประเมินผลระดับเขตสุขภาพและดำเนินการเสนอข้อมูลต่อองค์กรบริหารสุขภาพบุคคล บค.		1. จังหวัดที่เปิดมิดิธัญญารักษ์ได้รับการติดตาม และมีการประเมิน รับรองคุณภาพมาตรฐานเป็นไปตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด 2. หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดคุณภาพ ใน สวท. สwn. 3. สwh. มีกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด					
	ตัวชี้วัด							
	1. ร้อยละ 100 ของจังหวัด มิดิธัญญารักษ์ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดครบวงจร 2. หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ใน สวท. สwn. ร้อยละ 100 3. สwh. ผ่านการประเมินและรับรองผลโดยคณะกรรมการฯ ร้อยละ 100		1. ร้อยละ 50 ของจังหวัดที่เปิดมิดิธัญญารักษ์ได้รับการติดตาม และมีการประเมิน รับรองคุณภาพมาตรฐานเป็นไปตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด 2. หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ใน สวท. สwn. ร้อยละ 30 3. สwh. มีกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ร้อยละ 90		1. ร้อยละ 75 ของจังหวัดที่เปิดมิดิธัญญารักษ์ได้รับการติดตาม และมีการประเมิน รับรองคุณภาพมาตรฐานเป็นไปตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด 2. หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ใน สวท. สwn. ร้อยละ 50 3. สwh. มีกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ร้อยละ 95		1. ร้อยละ 100 ของจังหวัดที่เปิดมิดิธัญญารักษ์ ได้รับการติดตาม และมีการประเมิน รับรองคุณภาพมาตรฐานเป็นไปตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด 2. หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ใน สวท. สwn. ร้อยละ 70 3. สwh. มีกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ร้อยละ 100	

4. มุ่งเป้าครบวงจร



กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

Objectives

มีการจัดบริการด้านโรคมะเร็งที่ครบวงจร ครอบคลุมทั้งระบบ ตั้งแต่การส่งเสริมป้องกัน การคัดกรอง การตรวจวินิจฉัย การรักษา จนถึงการ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

มาตรการหลัก	1. Cancer Warrior ในโรคมะเร็งสำคัญ 5 ชนิด (มะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก)		2. การจัดบริการด้านโรคมะเร็งที่ครบวงจร ตั้งแต่ Primary prevention จนถึงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเน้นมาตรการที่เร่งด่วนตามลำดับ			
กิจกรรมหลัก	1.1 สรรหาผู้เชี่ยวชาญ หรือเกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน/ให้บริการด้านมะเร็ง 1.2 จัดตั้งทีม Cancer Warrior ในโรคมะเร็งสำคัญ 5 ชนิด ระดับกระทรวง/ระดับจังหวัด 1.3 กำหนดบทบาท หน้าที่ของทีม Cancer Warrior แต่ละระดับ 1.4 ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานมะเร็งครบวงจร		2.1 การป้องกันการเกิดโรค 2.1.1 ให้วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (HPV Vaccine) ในหญิงอายุ 11 – 20 ปี (ปี 5-ปี 2) 2.1.2 ตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ (OV) ใน 30 จังหวัด กลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป 2.1.3 การตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี (HBV & HCV) ในประชากรที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 2.2 การตรวจคัดกรอง 2.2.1 ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในประชากรหญิงกลุ่มเป้าหมายอายุ 30-60 ปี 2.2.2 ตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี 30 จังหวัดกลุ่มเสี่ยงในประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป 2.2.3 ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในประชากรกลุ่มเป้าหมาย อายุ 50-70 ปี 2.2.4 ตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและญาติสายตรง 2.3 การวินิจฉัย 2.3.1 เพิ่มการเข้าถึงการวินิจฉัย ด้วยเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ และเทคโนโลยี เช่น PET/CT Scan, SPECT/CT, Precision Medicine 2.4 การรักษา (การผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา รังสีรักษา รังสีรักษา) 2.4.1 เพิ่มการเข้าถึงรังสีรักษารอบรู้ทุกพื้นที่ภายในระยะเวลาเดินทางไม่เกิน 2 ชม. ด้วยระบบ Cancer Anywhere 2.4.2 การจัดหาที่พักให้กับผู้ป่วยและญาติที่เดินทางมารับการรักษา 2.5 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีคุณภาพ ในศูนย์/สถานเชี่ยวชาญ			
Quick Win	100 วันแรก		6 เดือน		9 เดือน	12 เดือน
	ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม					
	1. มีทีม Cancer Warrior ระดับกระทรวง/ระดับจังหวัด 2. ประชากรหญิงอายุ 11-20 ปี ได้รับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก จำนวน 1,000,000 คน 3. ประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไปใน 30 จังหวัด ได้รับการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 100,000 คน 4. ประชากรเป้าหมาย (เกิดก่อน พ.ศ. 2535) ในพื้นที่ได้รับการคัดกรอง HBV และ HCV ร้อยละ 10		1. ประชากรหญิงอายุ 11-20 ปี ได้รับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก จำนวน 1,200,000 คน 2. ประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ใน 30 จังหวัด ได้รับการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ = ร้อยละ 100 ของเป้าหมายที่กำหนด 3. ประชากรกลุ่มเป้าหมาย (เกิดก่อน พ.ศ. 2535) ในพื้นที่ได้รับการคัดกรอง HBV และ HCV ร้อยละ 20 4. ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็ง ≥ร้อยละ 50 ของเป้าหมายที่กำหนด		1. ประชากรหญิงอายุ 11-20 ปี ได้รับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก จำนวน 1,500,000 คน 2. ประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไปใน 30 จังหวัด ได้รับการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ = ร้อยละ 100 3. ประชากรกลุ่มเป้าหมาย (เกิดก่อน พ.ศ. 2535) ในพื้นที่ได้รับการคัดกรอง HBV และ HCV ร้อยละ 40 4. ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็ง ≥ ร้อยละ 70 ของเป้าหมายที่กำหนด	1. ประชากรหญิงอายุ 11-20 ปี ได้รับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก จำนวน 2,000,000 dose 2. ประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ใน 30 จังหวัด ได้รับการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 100,000 คน 3. ประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไป ใน 30 จังหวัด ได้รับการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี 58,000 คน 4. ประชากรกลุ่มเป้าหมาย (เกิดก่อน พ.ศ. 2535) ในพื้นที่ได้รับการคัดกรอง HBV และ HCV ร้อยละ 70 5. ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งตามตัวชี้วัด Service Plan สายโรคมะเร็ง 6. ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนดตามตัวชี้วัด Service Plan สายโรคมะเร็ง 7. มีที่พักสำหรับผู้ป่วยรังสีรักษา ครอบคลุมเขตสุขภาพ
ตัวชี้วัด						
1. มีทีม Cancer Warrior ครอบคลุมจังหวัด 2. จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับวัคซีนป้องกัน HPV (1,000,000 คน) 3. จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ (100,000 คน) 4. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง HBV และ HCV ≥ ร้อยละ 10		1. จำนวนการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย (1,200,000 dose) 2. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ = ร้อยละ 100 ของเป้าหมายที่กำหนด 3. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง HBV และ HCV ≥ ร้อยละ 20 4. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ≥ ร้อยละ 50 ของเป้าหมายที่กำหนด 5. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ≥ ร้อยละ 50 (Small success) (เป้าหมายปี 2567 ≥ ร้อยละ 70) 6. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ≥ ร้อยละ 30 (Small success) (เป้าหมายปี 2567 ≥ ร้อยละ 55)		1. จำนวนการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย (1,500,000 dose) 2. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ = ร้อยละ 100 ของเป้าหมายที่กำหนด 3. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง HBV และ HCV ≥ ร้อยละ 40 4. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ≥ ร้อยละ 70 ของเป้าหมายที่กำหนด 5. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ≥ ร้อยละ 60 (Small success) (เป้าหมายปี 2567 ≥ ร้อยละ 70) 6. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ≥ ร้อยละ 40 (Small success) (เป้าหมายปี 2567 ≥ ร้อยละ 55)		1. จำนวนการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย (2,000,000 dose) 2. จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 100 ของเป้าหมายที่กำหนด 3. จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 100 ของเป้าหมายที่กำหนด 4. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง HBV และ HCV ≥ ร้อยละ 70 5. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ≥ ร้อยละ 70 6. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ≥ ร้อยละ 55 7. ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด การผ่าตัด ภายใน 4 สัปดาห์ ≥ร้อยละ 77 เคมีบำบัด ภายใน 6 สัปดาห์ ≥ร้อยละ 77 รังสีรักษา ภายใน 6 สัปดาห์ ≥ร้อยละ 77 (เป้าหมายยังตามตัวชี้วัด Service Plan สายโรคมะเร็ง) 8. จำนวนเตียงสุขภาพที่มีที่พักสำหรับผู้ป่วยรังสีรักษา (12 เตียงสุขภาพ)

5. สร้างขวัญและกำลังใจบุคลากร

Objectives

1. เพื่อให้มีบุคลากรเพียงพอต่อการให้บริการและการขยายบริการ
2. เพื่อสร้างขวัญกำลังใจบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถอยู่เดิมให้คงอยู่ในระบบ
3. เพื่อปรับค่าตอบแทน ความก้าวหน้า และสวัสดิการ ให้สอดคล้องกับภาระงาน และเท่าเทียมกับส่วนราชการอื่น ๆ

มาตรการหลัก	1. การพัฒนาความก้าวหน้าในสายอาชีพ	2. การพัฒนาความมั่นคงในอาชีพ	3. การพัฒนาค่าตอบแทน	
กิจกรรมหลัก	1.1 กำหนดตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น นำร่องสายงานพยาบาลวิชาชีพ 1.2 กำหนดแผนการอ่านผลงานทางวิชาการให้แล้วเสร็จภายใน 6 เดือน 1.3 จัดทำข้อเสนอการปรับปรุงรูปแบบ วิธีการ ประเมินผลงานทางวิชาการ	2.1 บรรจุผู้ได้รับการจ้างงานประเภทอื่นเป็นข้าราชการสายงานคัดเลือก 2.2 จัดทำข้อเสนอหลักสูตรการฝึกอบรมข้าราชการใหม่ ของบุคลากรทางการแพทย์ 2.3 จัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์การคัดเลือกบรรจุในสายงาน ที่ต้องการผู้มีความรู้ ความชำนาญ มีประสบการณ์ในงาน และมีการแข่งขันทางการตลาดสูง	3.1 เสนอหลักเกณฑ์หลักสูตรการลาศึกษา ลาฝึกอบรม ต่อ อ.ก.พ. สป.สร. พิจารณาหลักสูตรที่ขาดแคลนหรือเป็นประโยชน์ต่อส่วนราชการ โดยให้ถือว่าเป็นการไปปฏิบัติราชการตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการอนุมัติให้เดินทางไปราชการและการจัดการประชุมทางราชการ พ.ศ. 2524 3.2 เสนอ อ.ก.พ. กสร. พิจารณาอนุมัติกรณี 3.1 เลื่อนขั้นเงินเดือนกรณีพิเศษ 3.3 ผลักดันการอนุมัติหลักเกณฑ์ ปรับเพิ่มอัตราค่าตอบแทน (พ.ต.ส.)	
Quick Win	100 วันแรก	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	ผลผลิตที่เป็นรูปธรรม			
	1. เสนอ อ.ก.พ.กระทรวงสาธารณสุขอนุมัติการกำหนดตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ พ.ว. จำนวน 10,124 คน. 2.บรรจุผู้ได้รับการจ้างงานอื่นตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพเข้ารับราชการในตำแหน่งว่างเดิม จำนวน 3,000 ตำแหน่ง 3.เสนอ อ.ก.พ.สป. อนุมัติหลักเกณฑ์การลาฝึกอบรม/ลาศึกษา ของแพทย์ในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยให้ถือว่าเป็นการไปปฏิบัติราชการตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการอนุมัติให้เดินทางไปราชการและการจัดการประชุมทางราชการ พ. ศ 2524	1. จัดทำแผนและดำเนินการคัดเลือกข้าราชการพลเรือนสามัญที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ จำนวน 10,124 คน. 2.จัดทำข้อเสนอหลักสูตรการฝึกอบรมข้าราชการใหม่ ของบุคลากรทางการแพทย์ ต่อสำนักงาน ก.พ. พิจารณาอนุมัติ 3. เြงเวียนข้อมูลหลักสูตรที่ได้รับการอนุมัติจาก อ.ก.พ.สป. ว่า เป็นหลักสูตรที่ขาดแคลนหรือเป็นประโยชน์ต่อส่วนราชการ โดยให้ถือว่าเป็นการไปปฏิบัติราชการตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการอนุมัติให้เดินทางไปราชการและการจัดการประชุมทางราชการ พ. ศ. 2524 4.จัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์การคัดเลือกบรรจุในสายงาน ที่ต้องการผู้มีความรู้ ความชำนาญ มีประสบการณ์ในงาน และมีการแข่งขันทางการตลาดสูง ต่อสำนักงาน ก.พ. พิจารณาอนุมัติ 5.จัดทำคำขออัตราข้าราชการตั้งใหม่ ต่อสำนักงาน ก.พ. พิจารณา	1.ดำเนินการอ่านผลงานทางวิชาการ เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ ภายในจำนวน 10,124 คน. 2.ก.พ. อนุมัติหลักเกณฑ์การคัดเลือกบรรจุในสายงาน ที่ต้องการผู้มีความรู้ ความชำนาญ มีประสบการณ์ในงาน และมีการแข่งขันทางการตลาดสูง 3. ก.พ. อนุมัติหลักสูตรการฝึกอบรมข้าราชการใหม่ ของบุคลากรทางการแพทย์	1. มีผู้ผ่านการประเมินบุคคลได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น สายงานพยาบาลวิชาชีพ พ.ว. ในจำนวน ตามที่ อ.ก.พ. ก.สร.อนุมัติ 2.ก.พ. อนุมัติหลักเกณฑ์ ปรับเพิ่มอัตราค่าตอบแทน (พ.ต.ส.) 3. กระทรวงสาธารณสุขได้รับได้รับจัดสรรอัตราข้าราชการตั้งใหม่
	ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย			
1. อกพ กระทรวงสาธารณสุขอนุมัติการกำหนดตำแหน่งที่สูงขึ้น สายงานพยาบาลวิชาชีพ พ.ว. 10,124 คน. 2. บรรจุผู้ได้รับจ้างงานอื่นตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพแล้วเสร็จไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 3. อ.ก.พ.สป.อนุมัติหลักเกณฑ์การลาฝึกอบรม/ลาศึกษา โดยถือว่าเป็นการไปปฏิบัติราชการ และมีสิทธิได้รับการพิจารณาเลื่อนขั้นเงินเดือนเป็นกรณีพิเศษอย่างน้อย 6 สายา	1. ดำเนินการคัดเลือกข้าราชการพลเรือนสามัญที่จะเข้ารับการประเมินผลงาน เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ พ.ว. แล้วเสร็จไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 2. บรรจุผู้ได้รับจ้างงานอื่นตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพแล้วเสร็จไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 3. ข้อเสนอหลักสูตรการฝึกอบรมข้าราชการใหม่ ของบุคลากรทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข จำนวนไม่น้อยกว่า 4 สายงาน 4.ข้อเสนอหลักเกณฑ์การคัดเลือกบรรจุในสายงาน ที่ต้องการผู้มีความรู้ ความชำนาญ มีประสบการณ์ในงาน และมีการแข่งขันทางการตลาดสูง จำนวนไม่น้อยกว่า 3 สายงาน	1. ครรรมการอ่านผลงานวิชาการเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของผู้ได้รับการคัดเลือกดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ 2. ได้รับอนุมัติหลักหลักเกณฑ์การคัดเลือกบรรจุในสายงาน ที่ต้องการผู้มีความรู้ ความชำนาญ มีประสบการณ์ในงาน และมีการแข่งขันทางการตลาดสูง อย่างน้อย 1 สายงาน 3.ได้รับอนุมัติหลักสูตรการฝึกอบรมข้าราชการใหม่ ของบุคลากรทางการแพทย์ ไม่น้อยกว่า 1 สายงาน	1. ผู้ผ่านการประเมินบุคคลได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้นสายงานพยาบาลวิชาชีพ พ.ว. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 2. ได้รับการจัดสรรอัตราข้าราชการตั้งใหม่อย่างน้อย 1สายงาน 3.ตำแหน่งว่างหมุนเวียนคงเหลือน้อยกว่าร้อยละ 5	

6. การแพทย์ปฐมภูมิ

Objectives

1. เพื่อพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย
2. เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลบริการสุขภาพให้เอื้อต่อการบริการอย่างไร้รอยต่อ
3. เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ สามารถจัดการสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้

มาตรการหลัก	1.พัฒนาระบบสารสนเทศ	2.พัฒนาระบบบริการ	3.สร้างการมีส่วนร่วม
กิจกรรมหลัก	1.1 ระบบแพทย์คู่ประชาชน 1.2 ระบบให้คำปรึกษาผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telehealth Telemedicine) 1.3 การเชื่อมโยงข้อมูลบริการสุขภาพปฐมภูมิ / Personal Health Record 1.4 พัฒนาระบบข้อมูลปฐมภูมิ: ข้อมูลบริการปฐมภูมิ/Smart อสม./ ระบบสุขภาพอุ่นใจ/Digital HL	2.1 คัดกรอง/ประเมินสุขภาพ มีข้อมูลพื้นฐาน Individual Family Community 2.2 เชื่อมบ้านกลุ่มเป้าหมาย (Home Care) โดยบูรณาการกับ พชอ. 2.3 ส่งเสริมให้หน่วยบริการประเภทต่าง ๆ ร่วมจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ เช่น ร้านขายยา คลินิกกายภาพบำบัด คลินิกทันตกรรม คลินิกการพยาบาล และคลินิก Lab 2.4 พัฒนาศักยภาพกำลังคนปฐมภูมิโดยพัฒนาหลักสูตร/อบรม: แพทย์ สหวิชาชีพ อสม. แกนนำ	3.1 สร้างเครือข่ายและกลไกในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิในระดับพื้นที่ ผ่าน พชอ. 3.2 ส่งเสริมและพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุกในพื้นที่ โดยบูรณาการกับ พชอ. : อำเภอสุขภาพดี Health Package (งานอนามัยโรงเรียน)
Quick Win	ปี 2567		
	ผลผลิตที่เป็นรูปธรรม		
	จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562	อำเภอที่ผ่านการประเมินเป็น "อำเภอสุขภาพดี"	อสม. มีศักยภาพในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล
	ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย		
	จัดตั้งหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 จำนวน 2,750 หน่วย	อำเภอที่ผ่านการประเมินเป็น "อำเภอสุขภาพดี" จำนวน 800 อำเภอ	อสม. มีศักยภาพในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ร้อยละ 65

7. สาธารณสุขชายแดน และพื้นที่เฉพาะ

Objectives

เพื่อสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพในพื้นที่ชายแดน และประเทศไทย

มาตรการหลัก	1. ยกระดับสมรรถนะระบบงานความมั่นคงด้านสุขภาพ	2. ปรับปรุงการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วย	3. Health diplomacy
กิจกรรมหลัก	1.1 สร้างความครอบคลุมของการให้วัคซีนพื้นฐานในเด็กให้อยู่ในระดับที่สูงอย่างต่อเนื่อง 1.2 เพิ่มระดับความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่และโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประชากรกลุ่มเสี่ยง 1.3 เฝ้าระวังโรคติดต่ออุบัติใหม่ในกลุ่มอาการที่สำคัญ ได้แก่ encephalitis, severe pneumonia และไข้ออกผื่น ในจังหวัดชายแดนที่สำคัญ (sentinel province) 1.4 จัดทำหลักสูตรสำหรับ EOC manager ระดับจังหวัด และจัดการฝึกอบรมให้ EOC จังหวัดชายแดนทุกจังหวัด 1.5 จัดให้มีการทำงานของทีมตระหนักรู้สถานการณ์ระดับกระทรวง 1.6 พัฒนาสมรรถนะ EOC ระดับจังหวัด กรม และกระทรวงอย่างต่อเนื่อง 1.7 จัดทำแผนเตรียมความพร้อมสำหรับการระบายน้ำของไข้หวัดใหญ่ในระดับจังหวัด กรม และกระทรวง	2.1 2.1 พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ 2.2 นำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ เพื่อเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ 2.3 เพิ่มความครอบคลุมของการประกันสุขภาพในกลุ่มแรงงานต่างชาติดังกล่าว และปรับปรุงสิทธิประโยชน์ของการประกันสุขภาพในกลุ่มแรงงานต่างชาติดังกล่าวให้ดีขึ้น 2.4 จัดทำมาตรฐานสำหรับการส่งผู้ป่วยจากต่างประเทศเพื่อเข้ามารับการรักษาพยาบาลในประเทศ 2.5 จัดระบบเพื่อนำมาตรฐานการส่งผู้ป่วยจากต่างประเทศเพื่อเข้ามารับการรักษาพยาบาลในประเทศมาใช้อย่างจริงจัง	3.1 พัฒนาศมรรถนะด้านสาธารณสุขให้กับประเทศเพื่อนบ้าน โดยเฉพาะในด้านการสาธารณสุขมูลฐาน การแพทย์ปฐมภูมิ การตรวจวินิจฉัยโรคติดต่อทางห้องปฏิบัติการ การเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรค และการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข
Quick Win	100 วัน ผลผลิตที่เป็นรูปธรรม/ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย 1. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิแล้วเสร็จสามารถนำมาใช้งานได้ 2. จัดทำมาตรฐานสำหรับการส่งผู้ป่วยจากต่างประเทศเพื่อเข้ามารับการรักษาพยาบาลในประเทศแล้วเสร็จ	ปี 2567 1. ความครอบคลุมของการให้วัคซีนคอตีบ และโปลิโอ อยู่ในระดับที่สูง 2. สามารถให้บริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มเสี่ยงได้มากกว่าร้อยละ 97 ของวัคซีนที่ได้รับการจัดสรร 3. สามารถให้บริการวัคซีนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มเสี่ยงได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ในช่วงรณรงค์การให้วัคซีนประจำปี 4. มีการเฝ้าระวังโรคติดต่ออุบัติใหม่ในกลุ่มอาการที่สำคัญ 5. จังหวัดชายแดนทุกจังหวัด มี EOC manager ผ่านการอบรมจังหวัดละ ไม่น้อยกว่า 2 คน 6. มีทีมตระหนักรู้สถานการณ์ระดับกระทรวงปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐาน	7. EOC ระดับจังหวัด ระดับกรมทุกกรม และระดับกระทรวงได้รับการพัฒนาผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานที่กำหนดไว้ทุกปีอย่างต่อเนื่อง 8. จังหวัด กรม และกระทรวงมีแผนเตรียมความพร้อมสำหรับการระบายน้ำของไข้หวัดใหญ่ที่ผ่านความเห็นชอบจากผู้มีอำนาจ 9. บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม 10. แรงงานต่างชาติดังกล่าวมีประกันสุขภาพเพิ่มขึ้น 11. มีการส่งต่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาพยาบาลในประเทศตามมาตรฐานอย่างเหมาะสมและปลอดภัย 12. มีการระบาดของโรคติดต่อข้ามประเทศลดลง

8. สถานชิวาภิบาล

Objectives

1. ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน เพิ่มคุณภาพชีวิต
2. ลดภาระค่าเดินทาง การรอคอย ครอบครัวไร้กังวล ลูกหลานวัยทำงานไม่เสียรายได้

มาตรการหลัก	1. จัดตั้งสถานชิวาภิบาล เขตสุขภาพละ 1 แห่ง	2. พัฒนามาตรฐาน และควบคุมกำกับในงานที่เกี่ยวข้อง	3. พัฒนารูปแบบบริการ (การบริการในพื้นที่บ้านและระบบ telemedicine)	4. พัฒนากลไกสนับสนุน
กิจกรรมหลัก	1.1 แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) สาขาชิวาภิบาล 1.2 ประชุมชี้แจงนโยบายสถานชิวาภิบาล 1.3 วางแผนการเปิดสถานชิวาภิบาลและการดูแลผู้ป่วยแบบ Hospital at Home / Home ward ในทุกเขตสุขภาพ 1.4 sw.ทุกแห่งมีหน่วยประสานงานชิวาภิบาล 1.5 บูรณาการความร่วมมือสถานชิวาภิบาล (ภาครัฐ เอกชน และ อปท.)	2.1 จัดทำคู่มือ แนวทางการดำเนินงานสถานชิวาภิบาล 2.2 ติดตามนิเทศ ประเมินผลการดำเนินงานในพื้นที่ 2.3 จัดทำฐานข้อมูลตัวชี้วัด	3.1 มี caregiver และ care manager 3.2 มีทีมสหวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงและระยะท้าย 3.3 มีจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน	4.1 ขยายบริการครอบคลุมทั้ง 3 กองทุน 4.2 ขยายบัญชียา เวชภัณฑ์และผลิตภัณฑ์สุขภาพจำเป็นให้ครอบคลุมผู้รับบริการ 4.3 จัดหาและสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ที่มีความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างเพียงพอ
Quick Win	100 วันแรก	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม			
	1. จัดตั้งสถานชิวาภิบาลเขตสุขภาพละ 1 แห่ง 2. จัดตั้ง Hospital at Home / Home ward เขตสุขภาพละ 1 แห่ง	1. จัดตั้งสถานชิวาภิบาลเขตสุขภาพละ 2 แห่ง 2. จัดตั้ง Hospital at Home / Home ward	1. จัดตั้งสถานชิวาภิบาลเขตสุขภาพละ 3 แห่ง 2. จัดตั้ง Hospital at Home / Home ward เขตสุขภาพละ 3 แห่ง	1. จัดตั้งสถานชิวาภิบาลจังหวัดละ 1 แห่ง 2. จัดตั้ง Hospital at Home / Home ward จังหวัดละ 1 แห่ง 3. มีคลินิกผู้สูงอายุใน sw.ทุกระดับ
	ตัวชี้วัดและคำเป้าหมาย			
	ให้บริการในสถานชิวาภิบาลได้อย่างน้อย เขตสุขภาพละ 1 แห่ง	ให้บริการในสถานชิวาภิบาลได้อย่างน้อย เขตสุขภาพละ 2 แห่ง	ให้บริการในสถานชิวาภิบาลได้อย่างน้อย เขตสุขภาพละ 3 แห่ง	ให้บริการในสถานชิวาภิบาลได้อย่างน้อย จังหวัดละ 1 แห่ง

9. พัฒนาโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย

Objectives

1. เพื่อยกระดับการให้บริการที่มีคุณภาพและเพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจรักษา
2. ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว ลดระยะเวลารอคอย รวมถึงลดการส่งต่อทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

มาตรการหลัก	1. กำหนดเป้าหมาย sw.แม่ข่ายในการให้บริการด้านการตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่อง CT&MRI โดยเขตสุขภาพ	2. พัฒนาและปรับปรุงแนวทางปฏิบัติสำหรับการจัดหาเครื่องตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยาขั้นสูงๆ เพื่อให้มีคุณภาพและได้มาตรฐาน	3. จัดทำแนวทางปฏิบัติสำหรับการจัดบริการการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยาระดับสูงๆ กรณีการจ้างเหมาเกิน 1 ปี	4. ส่งเสริมการจัดบริการโดยการจ้างเหมาบริการ โดยการส่งเสริมบุคลากรในหน่วยบริการให้ปฏิบัติตามระเบียบการจ้างเหมาบริการที่เกี่ยวข้อง ได้อย่างถูกต้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
กิจกรรมหลัก	1.1 สํารวจข้อมูลการจัดบริการ CT&MRI ในหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 1.2 เขตสุขภาพจัดทำแผนพัฒนา sw.แม่ข่ายในการให้บริการ CT&MRI	2.1 จัดประชุมคณะกรรมการจัดทำแนวทางฯ เพื่อบับเคลื่อนการทำงาน 2.2 ยกร่างสัญญาจ้างเหมาบริการทางการแพทย์ (CT&MRI) 2.3 ส่งร่างสัญญาจ้างเหมาบริการทางการแพทย์ (CT&MRI) ให้สำนักงานอัยการสูงสุดพิจารณา	3.1 จัดประชุมคณะกรรมการจัดทำแนวทางฯ เพื่อบับเคลื่อนการทำงาน 3.2 จัดทำคู่มือแนวทางในการจ้างเหมาฯ กรณีการจ้างเหมาเกิน 1 ปี	4.1 แจ่งเวียนแนวทางฯ และเผยแพร่ในเว็บไซต์กองบริหารการสาธารณสุข 4.2 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการชี้แจงรายละเอียดคู่มือแนวทางฯ 4.3 สํารวจปริมาณงาน ความเหมาะสม ความคุ้มค่าของภาคเอกชน และออก TOR เชิญชวน
Quick Win	100 วันแรก	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	ผลผลิตที่เป็นรูปธรรม			
	กำหนดเป้าหมาย sw.แม่ข่าย ให้มี CT ใน sw. ระดับ A, S+ ที่มีระยะส่งต่อมากกว่า 1 ชม. โดย Focus ที่ sw.ระดับ A 17 แห่ง	ขออนุมัติจัดซื้อจัดจ้าง sw. ระดับ A, S+ มีการให้บริการ CT เพิ่มขึ้น	ขออนุมัติจัดซื้อจัดจ้าง sw.ระดับ A และ S+ มีการให้บริการ CT เพิ่มขึ้น	sw.ระดับ A และ S+ มีการให้บริการ CT เพิ่มขึ้น
	ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย			
	อยู่ในกระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง พร้อมลงนามสัญญาจ้างเหมาบริการ CT อย่างน้อย 12 เครื่อง	1. sw.ระดับ A จัดบริการ CT ร้อยละ 50 ของเป้าหมาย 2. sw.ระดับ S+ มีแผนการให้บริการ CT ร้อยละ 20 ของเป้าหมาย	1. sw.ระดับ A จัดบริการ CT ร้อยละ 80 ของเป้าหมาย 2. sw.ระดับ S+ มีแผนการให้บริการ CT ร้อยละ 30 ของเป้าหมาย	1. sw.ระดับ A อนุมัติการจัดซื้อจัดจ้างเหมาบริการ CT ร้อยละ 100 2. sw.ระดับ S+ มีแผนการให้บริการ CT ร้อยละ 30 ของเป้าหมาย

10. ดิจิทัลสุขภาพ

Objectives

- ยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพของประชาชนด้วยดิจิทัลให้สามารถรับการรักษาได้ทุกหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- ประชาชนสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ข้อมูลสุขภาพของตนเองด้วยดิจิทัล
- พัฒนาหน่วยบริการสุขภาพเป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital)

มาตรการหลัก	1. ยกระดับบริการด้วยบัตรประชาชน	2. ยกระดับเป็น sw.อัจฉริยะ	3. ธรรมชาติข้อมูลและพัฒนาระบบสถาปัตยกรรมระบบสุขภาพดิจิทัลแห่งชาติ	4. พัฒนาวัดกรรมสุขภาพ
กิจกรรมหลัก	1.1 พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อยกระดับการใช้บัตรประชาชนในเดียว - พัฒนาระบบส่งต่อเชื่อมโยงข้อมูล PHR หรือ Query-based exchange 1.2 พัฒนาระบบยืนยันผู้ป่วยผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (DID) - MOPH DID และระบบยืนยันตัวตน/เครื่องมือหน่วยบริการ/KYC - MOPH authen code เพื่อเชื่อมการเบิกจ่ายกับทุกกองทุน - MOPH virtual kiosk ระบบ kiosk บนมือถือ - คัดค้านหน่วยบริการใกล้บ้าน 1.3 พัฒนาระบบฐานข้อมูลบริการ - MOPH ID, MOPH Insurance, MOPH Appointment, MOPH PHR, MOPH Lab, MOPH Payment, MOPH Claim, MOPH Logistic, MOPH Refer, MOPH Certificate, MOPH Drug Prescription, MOPH IC, MOPH NCD, MOPH Cancer 1.4 เข้าคลาวด์ระบบฐานข้อมูลบริการ (Cloud service IaaS +Kubernetes grid environment + SASE)	2.1 พัฒนาระบบคิวออนไลน์ (แพลตฟอร์มของกระทรวง)	3.1 พัฒนาระบบธรรมชาติข้อมูลสุขภาพดิจิทัล	4.1 พัฒนา Application หมอพร้อม
		2.2 พัฒนาระบบฐานหน่วยบริการให้ผ่านมาตรฐาน HAIT	3.2 พัฒนาระบบสถาปัตยกรรมระบบสุขภาพดิจิทัล	4.2 พัฒนาหมอพร้อม station
		2.3 พัฒนาระบบการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (Cyber security) - พัฒนาระบบสำหรับศูนย์ประสานการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (Sectorial CERT) และศูนย์ปฏิบัติการเฝ้าระวังความมั่นคงปลอดภัยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (SOC) ด้านสาธารณสุข - พัฒนากำลังคนด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (Cyber Security Expert for CISSP, CompTIA Security+, Cysa+ or Pentest+)	3.3 พัฒนาระบบฐานข้อมูล (Standard Data Set) สำหรับการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพประชาชน - SNOMED-CT - Data Standard	4.3 สบสิทธิ์ LINE OA หมอพร้อม
		2.4 พัฒนาศูนย์กลาง - Data Engineer/Data Science - Digital Health Leadership - DHT รุ่น 3		4.4 พัฒนา Application LINE OA หมอพร้อม
		2.5 พัฒนาระบบงาน paperless		4.5 พัฒนาระบบ Management Information System (MIS) เพื่อการบริหารนโยบายสุขภาพดิจิทัล
		2.6 ประเมินและรับรองคุณภาพ HIMSS EMRAM		4.6 จัดมหกรรม Digital Health Tech and Innovation Forum
		2.7 ระบบบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบกลาง (Telemedicine/Telepharma)		4.7 พัฒนาระบบวิเคราะห์ภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (AI ในกรณี CT – brain)
		2.8 Digital Signature		4.8 พัฒนา AI Hub Imaging
				4.9 พัฒนา Health Wallet
Quick Win	100 วันแรก		6 เดือน	9 เดือน
	12 เดือน			
	ผลผลิตที่เป็นรูปธรรม			
	1. โรงพยาบาลในสังกัด สป.สธ. เชื่อมโยงข้อมูล PHR และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบอิเล็กทรอนิกส์ในเขตสุขภาพนำร่อง			1. ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพด้วยบัตรประชาชนในเดียว
	2. โรงพยาบาลอัจฉริยะ			ในสถานบริการสุขภาพสังกัด สป.สธ.
				2. โรงพยาบาลในสังกัด สป. สธ. เชื่อมโยงข้อมูล PHR และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบอิเล็กทรอนิกส์ภายในเขตสุขภาพ
				3. โรงพยาบาลอัจฉริยะ
				4. Virtual Hospital
	ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย			
	1. ร้อยละ 100 โรงพยาบาลในสังกัด สป.สธ. เชื่อมโยงข้อมูล PHR และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบอิเล็กทรอนิกส์ ใน 4 เขตสุขภาพนำร่อง	ร้อยละ 100 โรงพยาบาลในสังกัด สป.สธ. เชื่อมโยงข้อมูล PHR และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบอิเล็กทรอนิกส์ ใน 6 เขตสุขภาพ	1. ร้อยละ 100 โรงพยาบาลในสังกัด สป.สธ. เชื่อมโยงข้อมูล PHR และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบอิเล็กทรอนิกส์ ภายใน 9 เขตสุขภาพ	1. ร้อยละ 100 โรงพยาบาลในสังกัด สป.สธ. เชื่อมโยงข้อมูล PHR และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบอิเล็กทรอนิกส์ ภายใน 12 เขตสุขภาพ
	2. โรงพยาบาลอัจฉริยะ 200 แห่ง ระดับขั้นขึ้นไป (สังกัด สป.สธ.)		2. ร้อยละ 30 sw. สังกัด สป.สธ. เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับขั้นขึ้นไป	2. ร้อยละ 50 โรงพยาบาล สังกัด สป.สธ. เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ
				3. Virtual Hospital 1 แห่ง

11. ส่งเสริมการมีบุตร

Objectives

1. รักษาอัตราการเจริญพันธุ์รวมไม่ให้ลดลงเร็วจนเกินไป
2. ส่งเสริมการใช้ชีวิตคู่ และการมีบุตรในกลุ่มคนรุ่นใหม่
3. ส่งเสริมการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการมีบุตร และช่วยเหลือให้ผู้ที่ต้องการมีบุตร ให้มีบุตรตามที่ตั้งใจ และมีการวางแผนตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์
4. เพื่อให้การรณรงค์เกิดได้รับการตรวจคัดกรองโรคหายาก (IEM 40 โรค) ครอบคลุมทั้ง 13 เขตสุขภาพ

มาตรการหลัก	1.ยกระดับสถานบริการและสิทธิประโยชน์ในการจัดบริการส่งเสริมการมีบุตร โดยไม่มีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ	2. ผลักดันประเด็นส่งเสริมการการมีบุตรเป็นวาระแห่งชาติ	3. สร้างการรับรู้และกระแสสังคม	4. สร้างความเข้าใจให้กับหน่วยบริการตรวจคัดกรองโรคหายาก (IEM) 40 โรค รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ตระหนักถึงความจำเป็นสำคัญของข้อมูลผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองการรณรงค์
กิจกรรมหลัก	1.1 อบรมพัฒนาศักยภาพแพทย์ที่สามารถ จัดบริการรักษาภาวะมีบุตรยากเบื้องต้น 8 รุ่น ๆ ละ 50 คน 1.2 อบรมพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการให้คำปรึกษาเรื่องวางแผนครอบครัว และการรักษาภาวะมีบุตรยาก 12 รุ่น ๆ ละ 300 คน 1.3 อบรมพัฒนาศักยภาพนักเทคนิคการแพทย์ในการทำ Semen Analysis และ Sperm Wash 16 รุ่น ๆ ละ 10 คน 1.4 กำกับ ติดตาม และหนุนเสริมการดำเนินงานให้บริการดูแลรักษาภาวะมีบุตรยากในพื้นที่ 1.5 ผลักดันการดูแลรักษาภาวะมีบุตรยากให้เข้าไปอยู่ใน Service Plan	2.1 ดำเนินการผลักดันประเด็นส่งเสริมการมีบุตรเป็นวาระแห่งชาติ 2.2 แต่งตั้งและสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการแห่งชาติรับผิดชอบนโยบายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร 2.3 จัดทำแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติ ประเด็น ส่งเสริมการมีบุตร (รวมคำจ้างเหมาบริการ)	3.1 การจัดงานแถลงความร่วมมือในการผลักดันวาระแห่งชาติประเด็นส่งเสริมการมีบุตร 3.2 แลกเปลี่ยน Fertile access for family right 3.3 จัดกิจกรรมส่งเสริมการใช้ชีวิตคู่	4.1 จัดประชุมสื่อสารร่วมกับหน่วยบริการตรวจคัดกรองโรคหายาก 10 แห่ง ที่รับผิดชอบครอบคลุม 13 เขตสุขภาพ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำความเข้าใจ กำหนดรูปแบบของข้อมูล ช่องทางในการจัดส่งข้อมูลระยะยาว และการสรุปรวบรวม จัดทำรายงานภาพรวมของประเทศ โดยหน่วยงาน ที่ได้รับมอบหมาย 4.2 หน่วยงานที่ได้รับมอบหมาย รับผิดชอบประสานรวบรวมข้อมูลจัดทำรายงานรายไตรมาส และสรุปผลงานประจำปี
Quick Win	100 วันแรก	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม/ ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย			
	1. บรรลุเป็นวาระแห่งชาติบูรณาการร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง 2. ร้อยละ 25 ของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร 3. มีหน่วยบริการคัดกรองโรคหายาก (IEM) 40 โรค ครอบคลุม 13 เขต 4. ร้อยละ 50 ของการรณรงค์ได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM 40 โรค)	1. ร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร 2. ร้อยละ 50 ของรพศ /รพท.ที่สามารถจัดบริการฉีดเชื้ออสุจิเข้าสู่โพรงมดลูกโดยตรง (IUI) 3. จัดอบรมการให้คำปรึกษา เรื่อง การรักษาภาวะมีบุตรยาก ให้กับแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 1,000 คน 4. ร้อยละ 65 ของการรณรงค์ได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM 40 โรค)	1. ร้อยละ 70 ของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร 2. ร้อยละ 70 ของรพศ /รพท.ที่สามารถจัดบริการฉีดเชื้ออสุจิเข้าสู่โพรงมดลูกโดยตรง (IUI) 3. การรักษาภาวะมีบุตรยากเป็นสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 4. ร้อยละ 80 ของการรณรงค์ได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM 40 โรค)	1. ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร 2. ร้อยละ 100 ของรพศ /รพท.ที่สามารถจัดบริการฉีดเชื้ออสุจิเข้าสู่โพรงมดลูกโดยตรง (IUI) 3. มีผู้ได้รับบริการรักษาภาวะมีบุตรยาก 5,000 คน 4. ร้อยละ 95 ของการรณรงค์ได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM 40 โรค)

12. เศรษฐกิจสุขภาพ

Objectives

1. เพื่อส่งเสริมและพัฒนาประเทศไทยให้เป็นจุดหมายปลายทางของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ
2. เพื่อพัฒนาและยกระดับรูปแบบ คุณภาพ และมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์การดูแลสุขภาพ และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ
3. เพื่อส่งเสริม พัฒนา และยกระดับศักยภาพสถานพยาบาลให้เป็นสถานพยาบาลศักยภาพสูงและเป็นศูนย์กลางการแพทย์มูลค่าสูงในภูมิภาคอาเซียน
4. เพื่อส่งเสริมสนับสนุนประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางบริการสุขภาพ (Medical Service Hub)
5. เพื่อเสริมสร้างอาชีพและรายได้จากอาชีพการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) หรือผู้ช่วยพยาบาล (Care Assistance), Spa Therapists และผู้ประกอบการวิชาชีพโรคศิลปะศาสตร์ต่างๆ

มาตรการหลัก	1. Wellness Community (CITY MODELS)	2. ศูนย์กลางการแพทย์มูลค่าสูง	3. การดูแลสุขภาพและผลิตภัณฑ์สุขภาพ	4. สร้างงาน สร้างอาชีพ
กิจกรรมหลัก	1.1 รับรอง Wellness center 1.2 พัฒนาเมืองต้นแบบ Healthy Cities Models 1.3 ยกระดับพัฒนาเส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (4 ภาค) 1.4 จัดงานมหกรรม Global Wellness Expo 2024	2.1 พัฒนา ยกระดับห้องปฏิบัติการทวนสอบ ทดสอบและบำรุงรักษา เครื่องมือทางการแพทย์ 2.2 ห้องปฏิบัติการสะอาด (cleanroom) เพื่อเตรียมพร้อมเปิดบริการ (ATMP)	3.1 การพัฒนาและรับรองผลิตภัณฑ์สุขภาพ/เวชสำอาง - พัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในศูนย์ทดสอบมาตรฐานและรับรองคุณสมบัติเวชสำอาง - เปิดให้บริการศูนย์ทดสอบมาตรฐานและรับรองคุณสมบัติเวชสำอาง 100,000 บาท /ผลิตภัณฑ์ - ขอรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน ISO และ รับรองคุณภาพตามมาตรฐาน COLIPA (COLIPA Guidelines) 3.2 ส่งเสริมผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน เพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน ต่อยอดสู่ตลาดสากล 3.3 พัฒนากลไกการนำทางผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนให้มีศักยภาพตามหลักเกณฑ์รางวัลเชิดชูเกียรติ ออย. ควอลิตี้ อวอร์ด และหลักเกณฑ์ตราสัญลักษณ์ ออย. ควอลิตี้ อวอร์ด พลัส เพื่อการส่งออก 3.4 ส่งเสริมรายการยาจากสมุนไพรสู่บัญชียาหลักด้านสมุนไพร	4.1 พัฒนาประชาชน ให้มีความรู้ - Caregiver 5,000 คน - Care Assistant 1,000 คน 4.2 พัฒนาความรู้ผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน ที่ยังไม่ได้รับอนุญาต ให้สามารถยื่นคำขออนุญาต แสดงฉลากและโฆษณาได้ถูกต้อง 4.3 ส่งเสริมพัฒนาการสร้างอาชีพ แก่ประชาชนจำนวน 5,000 คน - บวดยุทธ
Quick Win	100 วันแรก	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม/ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย			
	Healthy Cities Models (เขต 1 จังหวัดละ 1 แห่ง /เขต 2-12 เขตละ 1 แห่ง)	1. ร้อยละของจังหวัดในเขตสุขภาพที่พัฒนาเป็น Healthy Cities MODELS ร้อยละ 50 (จังหวัดละ 1 แห่ง) 2. รับรอง Wellness Center จำนวน 300 แห่ง ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน ได้รับการอนุญาต 50 รายการ	1. ร้อยละของจังหวัดในเขตสุขภาพที่พัฒนาเป็น Healthy Cities MODELS ร้อยละ 75 (จังหวัดละ 1 แห่ง) 2. รับรอง Wellness Center จำนวน 400 แห่ง ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน ได้รับการอนุญาต 80 รายการ	1. ร้อยละของจังหวัดในเขตสุขภาพที่พัฒนาเป็น Healthy Cities MODELS ร้อยละ 100 (จังหวัดละ 1 แห่ง) 2. รับรอง Wellness Center จำนวน 500 แห่ง 3. ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน ได้รับการอนุญาต 100 รายการ 4. สร้างงานสร้างอาชีพ ให้กับประชาชน - Caregiver 5,000 คน - Care Assistance 1,000 คน - บวดยุทธ 5,000 คน

13. นักร้องเที่ยวปลอดภัย

Objectives

1. ยกระดับระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพให้ได้มาตรฐาน ทันเวลา ทันต่อสถานการณ์
2. ยกระดับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน รวมถึงระบบสาธารณสุขฉุกเฉินให้ครอบคลุม
3. ยกระดับความปลอดภัยด้านอาหาร สถานที่ ผู้ให้บริการในพื้นที่ท่องเที่ยว

มาตรการหลัก	1. Safety Phuket Island Sandbox	2. ยกระดับระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	3. ยกระดับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และระบบสาธารณสุขฉุกเฉิน	4. ยกระดับเรื่องที่พักและอาหารปลอดภัย	5. ยกระดับสถานพยาบาลในพื้นที่ท่องเที่ยว
กิจกรรมหลัก	1.1 นำร่องพื้นที่ท่องเที่ยวปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในจังหวัดภูเก็ต (Rabies free Island) 1.2 นำร่องพื้นที่ท่องเที่ยวปลอดภัย ไม่เสี่ยงโรคในจังหวัดภูเก็ต (วัคซีนป้องกันโรคในพื้นที่ท่องเที่ยว) 1.3 ขับเคลื่อนให้มีศูนย์เวชศาสตร์การเดินทางและการท่องเที่ยวในจังหวัดภูเก็ต	2.1 การพัฒนาแพลตฟอร์มเพื่อการเฝ้าระวังและสอบสวนโรค และภัยสุขภาพในรูปแบบดิจิทัล (Digital Surveillance) 2.2 การคัดกรองผู้เดินทางระหว่างประเทศ 2.3 เฝ้าระวังสถานที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ภัยสุขภาพ และอุบัติเหตุ 2.4 บริการวัคซีนป้องกันโรคในพื้นที่ท่องเที่ยว 2.5 การประสานงานระหว่างประเทศ	3.1 ขับเคลื่อนระบบส่งต่อทางอากาศ (Sky Doctor) 3.2 ความครอบคลุมอาสาฉุกเฉินทางทะเล/อาสาฉุกเฉินชุมชน 3.3 ความพร้อมระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Activate) และซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน	4.1 ประเมินและรับรองที่พัก ที่กิน ที่เที่ยว และผู้ให้บริการตามมาตรฐาน GREEN Health Hotel/Attraction และ Food Sanitation 4.2 ประเมินและรับรองสถานประกอบการบริการอาหารตามมาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหาร (Clean Food Good Taste และร้านเมนูสุขภาพ) 4.3 การสื่อสารความเสี่ยงและเตือนภัยทางสุขภาพที่ทันสมัย	5.1 ศูนย์บริการชาวต่างชาติในสถานบริการสุขภาพ 5.2 หน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับเฉพาะทางสาขารักษาการแพทย์ทางอากาศ
Quick Win	100 วันแรก ปี 2567 ผลผลิตที่เป็นรูปธรรม				
	1. เขตสุขภาพที่ 11 : จังหวัดภูเก็ต "Safety Phuket Island Sandbox" ได้แก่ - ประกาศจังหวัดภูเก็ตปลอดโรคพิษสุนัขบ้า (Rabies free Phuket Islands) - จัดวัคซีนให้ฟรีผู้ให้บริการนักท่องเที่ยว - ระบบส่งต่อทางอากาศ (Sky Doctor) - อาสาฉุกเฉินทางทะเล/อาสาฉุกเฉินชุมชน - ถนนอาหารปลอดภัย (Street Food Good Health) - การคัดกรองผู้เดินทางระหว่างประเทศ - Digital Surveillance เพื่อการรายงานโรค หรือ D506 - ขับเคลื่อนให้มีศูนย์เวชศาสตร์การเดินทางและการท่องเที่ยวในจังหวัดภูเก็ต 2. เขตสุขภาพอื่น ๆ : จังหวัดนำร่อง 12 จังหวัด ได้แก่ - ระบบส่งต่อทางอากาศ (Sky Doctor) - ถนนอาหารปลอดภัย (Street Food Good Health) - การคัดกรองผู้เดินทางระหว่างประเทศ - Digital Surveillance เพื่อการรายงานโรค หรือ D506	1. จังหวัดนำร่องฯ ดำเนินการตามมาตรการที่ 2 - มีระบบรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในรูปแบบดิจิทัล Digital Surveillance (D506) - คัดกรองผู้เดินทางระหว่างประเทศ - ขับเคลื่อนพื้นที่ท่องเที่ยวปลอดโรคพิษสุนัขบ้า (Rabies free Zone) - มีทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation awareness team: SAT) ทีมละอย่างน้อย 3 คน - ขับเคลื่อนระบบข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บแห่งชาติ (Injury Surveillance System : IS) - จัดตั้งมีมาตรฐานการจัดการความปลอดภัยทางเมืองประเทศกมม - มีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคในพื้นที่ท่องเที่ยว - ขับเคลื่อนระบบการรายงานโรคและเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (PHEIC) ตามกลไกอนามัยระหว่างประเทศ	2. จังหวัดนำร่องฯ ดำเนินการตามมาตรการที่ 3 - มีหน่วยปฏิบัติการ Sky Doctor ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ - มีความครอบคลุมอาสาฉุกเฉินทางทะเล/อาสาฉุกเฉินชุมชน - มีแผน Hazard specific plan (อย่างน้อย 1 ภัย)	3. จังหวัดนำร่องฯ ดำเนินการตามมาตรการที่ 4 - มีมาตรฐาน GREEN Health Hotel/Attraction และ Food Sanitation - มีมาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหาร (Clean Food Good Taste และร้านเมนูสุขภาพ) - มีการสื่อสารความเสี่ยงและเตือนภัยทางสุขภาพที่ทันสมัย	4. จังหวัดนำร่องฯ ดำเนินการตามมาตรการที่ 5 - มีศูนย์บริการชาวต่างชาติในสถานบริการสุขภาพ - มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ระดับเฉพาะทางสาขารักษาการแพทย์ทางอากาศ
	ตัวชี้วัด จังหวัดนำร่องพื้นที่ท่องเที่ยวปลอดโรคและภัยสุขภาพ (13 จังหวัด) ได้แก่ จังหวัดน่าน สุโขทัย กำแพงเพชร พระนครศรีอยุธยา เพชรบุรี ระยอง กาฬสินธุ์ อุตรดิตถ์ นครราชสีมา อุบลราชธานี ภูเก็ต ตรัง และกรุงเทพมหานคร ดำเนินการได้ตามเป้าหมาย 100 วันแรก				



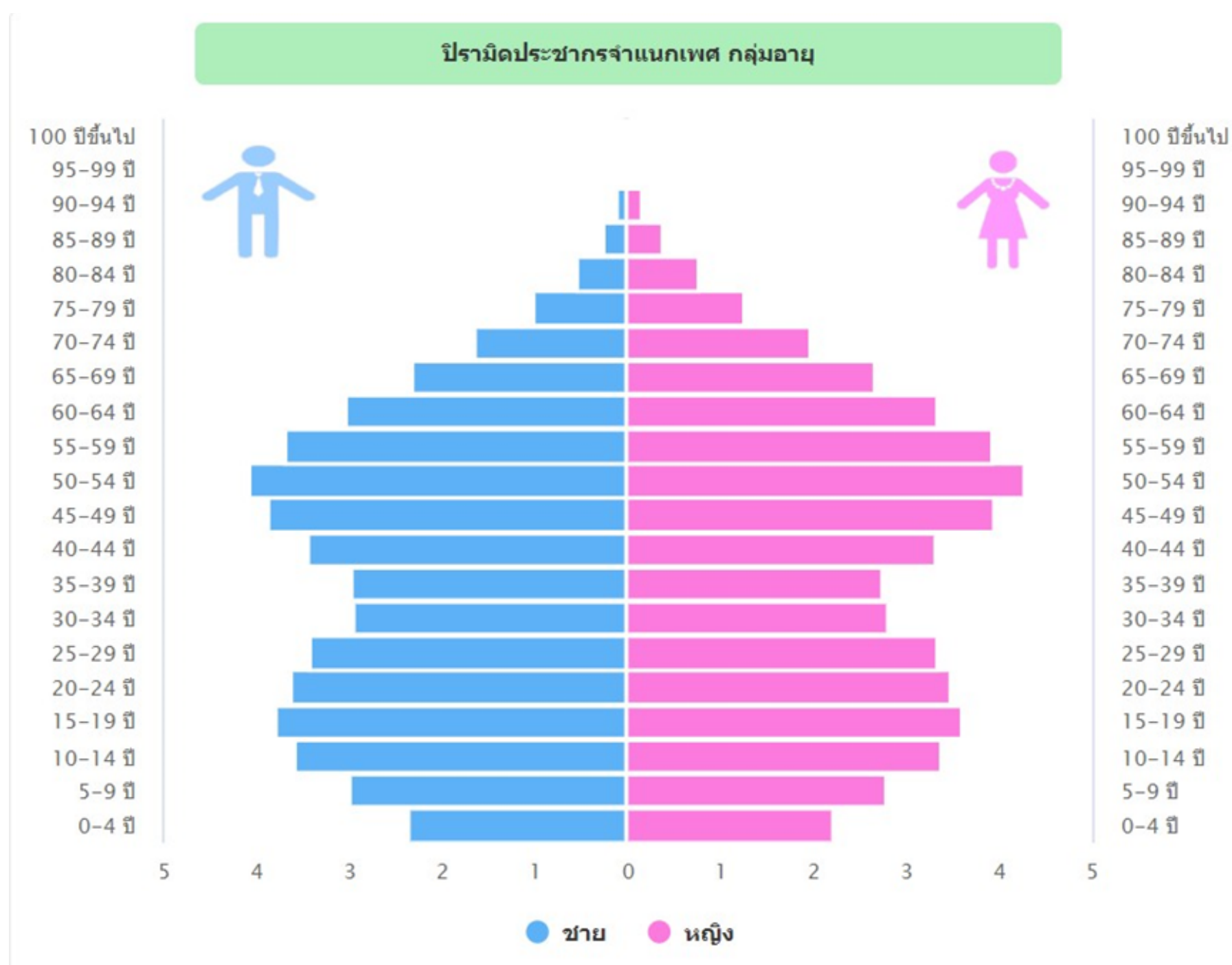
1

ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลพื้นฐาน เขตสุขภาพที่ 8



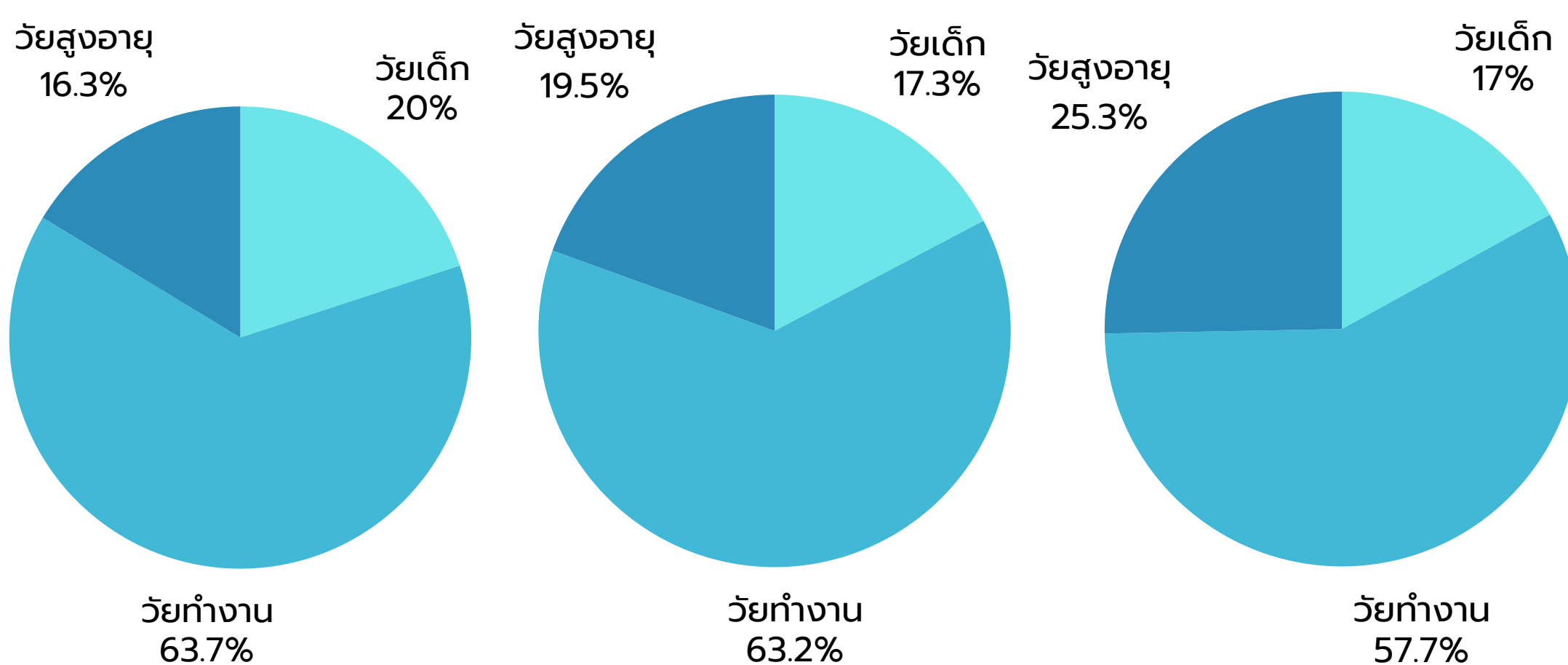
โครงสร้างประชากร

อัตราการเพิ่มจำนวนของประชากรในเขตสุขภาพที่ 8 มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลภาพรวมปีราคาดประชากรของเขตสุขภาพที่ 8 ปี พ.ศ.2566 จำแนกเพศ กลุ่มอายุ พบว่าสัดส่วนของประชากร วัยเด็ก (อายุ 0-14 ปี) ปี พ.ศ.2562 ร้อยละ 19.96 ปี พ.ศ.2566 ร้อยละ 17.28 และคาดการณ์ว่า ปี พ.ศ.2573 ร้อยละ 17.0 สัดส่วนวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) ลดลงเช่นเดียวกัน ปี พ.ศ.2562 ร้อยละ 63.72 ปี พ.ศ.2566 ร้อยละ 63.24 และคาดการณ์ว่า พ.ศ.2573 ร้อยละ 57.7 ในขณะที่สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้นเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงวัย คือ ในปี พ.ศ.2562 ร้อยละ 16.32 ปี พ.ศ.2566 ร้อยละ 19.48 และคาดการณ์ว่า ปี พ.ศ.2573 ร้อยละ 25.3 ดังภาพที่ 3



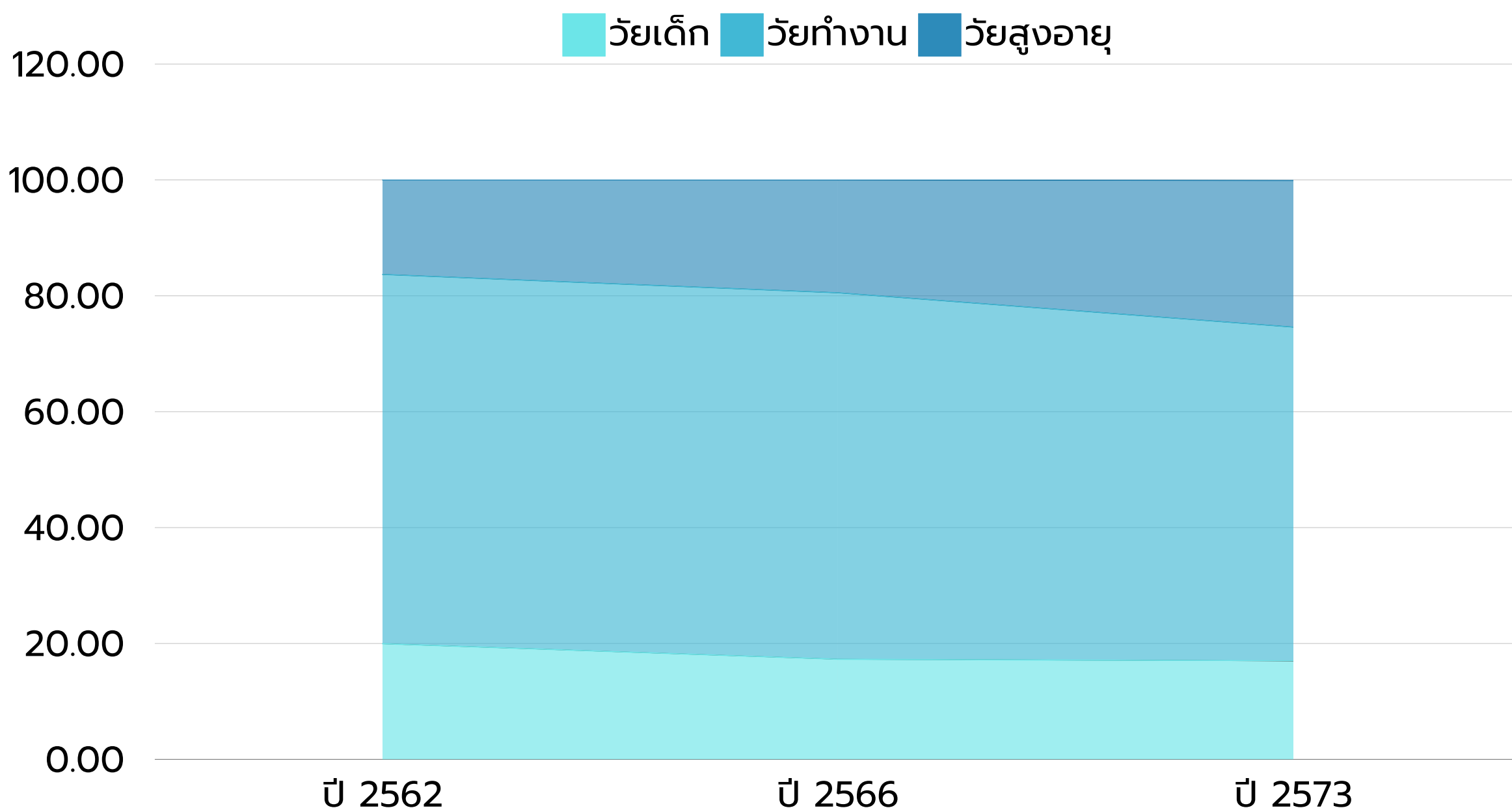
ภาพที่ 3 ปีราคาดประชากร เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2566

ที่มา : ข้อมูลทะเบียนราษฎร จาก HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 5 กันยายน 2566



ภาพที่ 4 สัดส่วนของประชากร เขตสุขภาพที่ 8

ที่มา : พ.ศ.2562 และ 2566 ข้อมูลทะเบียนราษฎร จาก HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 5 กันยายน 2566, พ.ศ.2573 จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553-2583 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

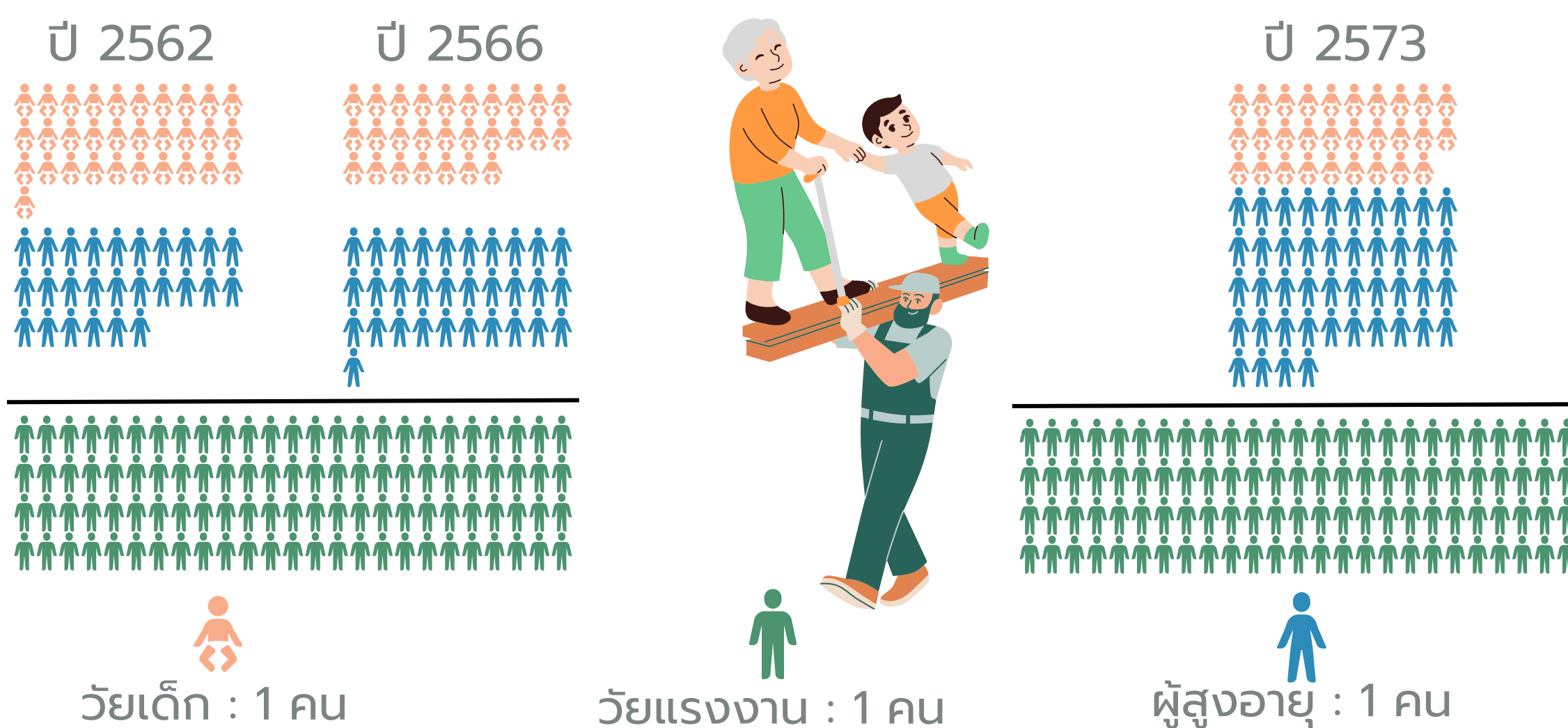


ภาพที่ 5 แนวโน้มของประชากร เขตสุขภาพที่ 8

ที่มา : พ.ศ.2562 และ 2566 ข้อมูลทะเบียนราษฎร์ จาก HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 5 กันยายน 2566, พ.ศ.2573 จากการคาดการณ์ประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553-2583 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

อัตราส่วนพึ่งพิงของประชากร

การลดลงของจำนวนประชากรวัยเด็ก (อายุ 0-14 ปี) และการเพิ่มจำนวนของประชากรวัยผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ส่งผลต่ออัตราส่วนการพึ่งพิงของประชากรเท่ากับร้อยละ 56.95 กล่าวคือ ใน ปี พ.ศ.2562 ประชากรวัยแรงงาน 100 คน ต้องรับภาระเลี้ยงดูเด็ก 31 คน และผู้สูงอายุ 26 คน ขณะที่ ปี พ.ศ.2566 ประชากรวัยแรงงาน 100 คน ต้องรับภาระเลี้ยงดูเด็ก 27 คน และผู้สูงอายุ 31 คน จะเห็นว่า ปี พ.ศ.2566 รับภาระเลี้ยงดูเด็กลดลงจากปี พ.ศ.2562 คิดเป็นร้อยละ 4.01 ในขณะที่รับภาระเลี้ยงดูผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากปี 2562 คิดเป็นร้อยละ 5.19 และคาดการณ์ว่า ปี พ.ศ.2573 ประชากรวัยแรงงาน 100 คน ต้องรับภาระเลี้ยงดูเด็ก 29 คน และผู้สูงอายุ 44 คน ดังภาพที่ 6



ภาพที่ 6 อัตราส่วนพึ่งพิงของประชากร เขตสุขภาพที่ 8

ที่มา : พ.ศ.2561 และ 2566 ข้อมูลทะเบียนราษฎร์ จาก HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ กันยายน 2566, พ.ศ.2573 จากการคาดการณ์ประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553-2583 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

1.1 ข้อมูลทั่วไป

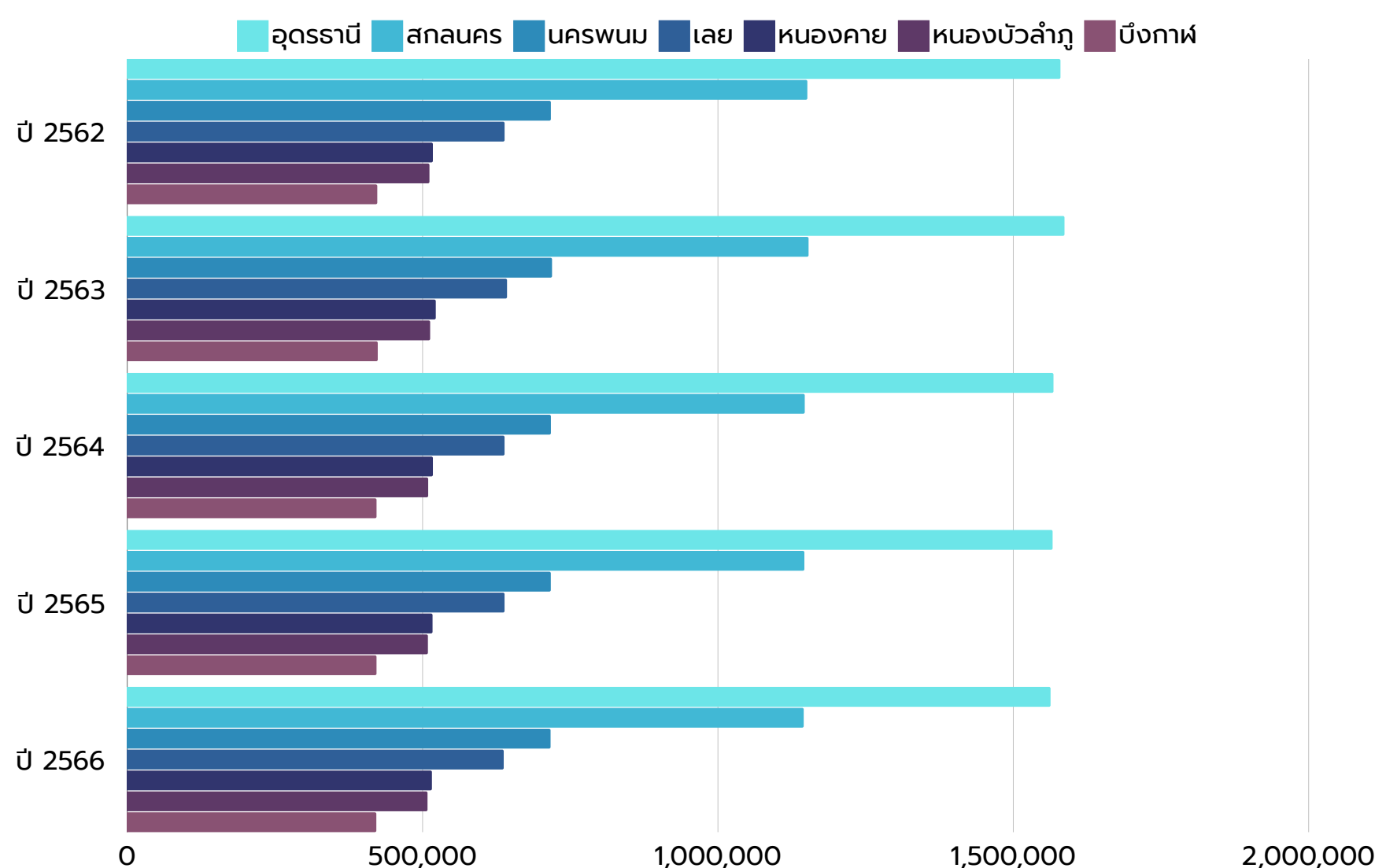
เขตสุขภาพที่ 8 ตั้งอยู่ทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน มีรูปแบบการปกครองส่วนภูมิภาค ซึ่งแบ่งออกเป็น ระดับจังหวัด 7 จังหวัด และระดับอำเภอ 87 อำเภอ 642 ตำบล 6,526 หมู่บ้าน รูปแบบการปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนจังหวัด 7 จังหวัด เทศบาล 237 แห่ง แบ่งเป็น เทศบาลนคร 2 แห่ง เทศบาลเมือง 9 แห่ง เทศบาลตำบล 226 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 467 แห่ง



ภาพที่ 1 พื้นที่รับผิดชอบ 7 จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 8

ประชากร

ปี 2566 ประชากรในเขตสุขภาพที่ 8 มีทั้งหมด 5,508,027 คน จากข้อมูลประชากร ปี 2561-2565 พบว่าอัตราการเพิ่มจำนวนของประชากรในเขตสุขภาพที่ 8 มีแนวโน้มลดลง ข้อมูลปรากฏดังตารางที่ 1



ภาพที่ 2 ข้อมูลประชากรเขตสุขภาพที่ 8 ย้อนหลัง 5 ปี (ปี 2562-2566)

ที่มา : ข้อมูลทะเบียนราษฎร จาก HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 5 กันยายน 2566

1.2 ข้อมูลหน่วยบริการ

เขตสุขภาพที่ 8 มีหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งหมด 828 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ 2 แห่ง ได้แก่ swศ.อุดรธานี และ swศ.สกลนคร โรงพยาบาลทั่วไปรวม 9 แห่ง แบ่งเป็น ระดับ S = 6 แห่ง ระดับ M1 = 3 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 77 แห่ง แบ่งเป็น ระดับ M2 = 10 แห่ง ระดับ F = 67 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (sw.สต.) รวม 874 แห่ง แบ่งเป็น sw.สต.สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 606 แห่ง และที่โอนย้ายไปสังกัด อบจ. จำนวน 268 แห่ง ดังภาพที่ 7

โรงพยาบาลศูนย์ (2 แห่ง)	โรงพยาบาลทั่วไป (9 แห่ง)	โรงพยาบาลชุมชน (77 แห่ง)	โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (874 แห่ง)
ระดับ A = 2 แห่ง	ระดับ S = 6 แห่ง ระดับ M1 = 3 แห่ง	ระดับ M2 = 10 แห่ง ระดับ F1 = 5 แห่ง ระดับ F2 = 53 แห่ง ระดับ F3 = 9 แห่ง	sw.สต. สังกัด สป.สร. = 606 แห่ง

ภาพที่ 7 หน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2566
ที่มา : กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8

ข้อมูลเตียงผู้ป่วย

เขตสุขภาพที่ 8 มีจำนวนเตียงตามกรอบทั้งสิ้น 7,695 เตียง คิดเป็น 1.38 เตียงต่อ 1,000 ประชากร (เป้าหมาย 2 เตียงต่อ 1,000 ประชากร) จำนวนเตียงตามจริง 9,045 เตียง คิดเป็น 1.63 เตียงต่อ 1,000 ประชากร ดังตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่าเขตสุขภาพที่ 8 มีสัดส่วนจำนวนเตียงจริงมากกว่าเตียงตามกรอบในทุกจังหวัด

ตารางที่ 2 ข้อมูลเตียงผู้ป่วย เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2566 (ข้อมูล ณ กันยายน 2566)

จังหวัด	ประชากร	เตียงตาม กรอบ	เตียงจริง	สัดส่วนต่อประชากร 1,000 คน	
				เตียงตาม กรอบ	เตียงจริง
เขตสุขภาพที่ 8	5,508,027	7,853	9,265	1.43	1.68
อุดรธานี	1,563,048	2,200	2,632	1.41	1.68
สกลนคร	1,145,187	1,948	2,262	1.70	1.98
นครพนม	716,647	865	979	1.21	1.37
เลย	637,341	990	1,115	1.55	1.75
หนองคาย	515,795	830	998	1.61	1.93
หนองบัวลำภู	508,325	540	649	1.06	1.28
บึงกาฬ	421,684	480	630	1.14	1.49

ที่มา : กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8

1.3 ข้อมูลบุคลากร

เขตสุขภาพที่ 8 มีบุคลากรจำนวน 31,171 คน แบ่งเป็นข้าราชการ จำนวน 17,797 คน ลูกจ้างประจำ จำนวน 583 คน พนักงานราชการ จำนวน 776 คน พนักงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 10,551 คน และลูกจ้างชั่วคราว จำนวน 1,464 คน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและประเภทบุคลากร เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2566

จังหวัด	ข้าราชการ	พนักงาน ราชการ	พนักงาน กระทรวง สาธารณสุข	ลูกจ้าง ประจำ	ลูกจ้าง ชั่วคราว	ผลรวม ทั้งหมด
เขตสุขภาพที่ 8	17,797	776	10,551	583	1,464	31,171
อุดรธานี	4,990	195	3,315	105	458	9,063
สกลนคร	3,619	135	2,484	124	419	6,781
นครพนม	2,265	124	1,088	93	216	3,786
เลย	2,429	114	1,091	89	129	3,852
หนองคาย	1,943	80	858	68	152	3,101
หนองบัวลำภู	1,184	66	839	47	53	2,189
บึงกาฬ	1,367	62	876	57	37	2,399

ที่มา : โปรแกรม R8-HRMS สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 ณ กันยายน 2566



จำนวนและสัดส่วนแพทย์ กทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2566

ตารางที่ 4 จำนวนและสัดส่วนบุคลากรรายวิชาชีพต่อประชากร เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2566

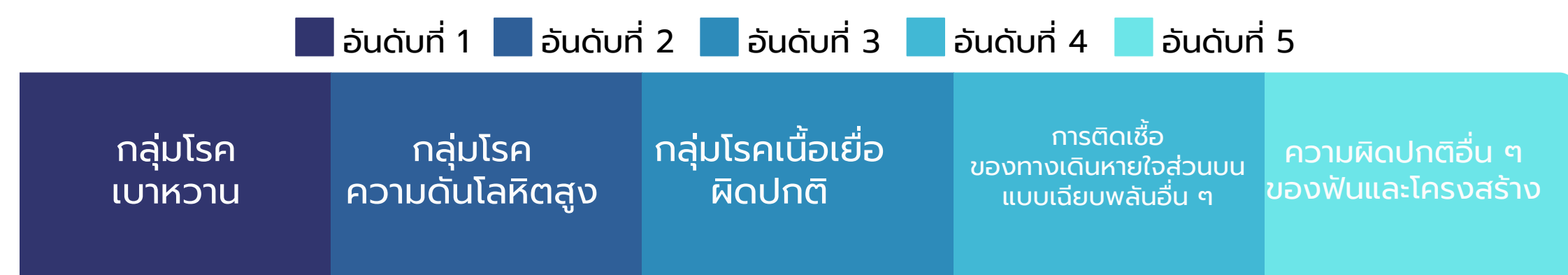
ตำแหน่ง (คน)	กรอบขึ้น สูง	เขต สุขภาพ ที่ 8	จุดรวม ปี	สกลนคร	นครพนม	เลย	หนองคาย	หนองบัวลำภู	บึงกาฬ
นายแพทย์	2,006	1,726	544	397	178	174	212	124	97
อัตรา 1 : ประชากร	2,746	3,191	2,873	2,885	4,026	3,663	2,433	4,099	4,347
ทันตแพทย์	661	497	118	88	83	71	60	44	33
อัตรา 1 : ประชากร	8,333	11,083	13,246	13,013	8,634	8,977	8,597	11,553	12,778
เภสัชกร	985	846	232	174	104	113	92	67	64
อัตรา 1 : ประชากร	5,592	6,511	6,737	6,582	6,891	5,640	5,606	7,587	6,589
พยาบาล	12,459	9,812	2,815	2,166	1,218	1,304	1,021	599	689
อัตรา 1 : ประชากร	442	561	555	529	588	489	505	849	612
นักกายภาพ บำบัด	474	308	85	74	33	41	29	20	26
อัตรา 1 : ประชากร	11,620	17,883	18,389	15,476	21,717	15,545	17,786	25,416	16,219
นักเทคนิคการ แพทย์	272	441	127	94	46	60	46	35	33
อัตรา 1 : ประชากร	20,250	12,490	12,307	12,183	15,579	10,622	11,213	14,524	12,778
นักรังสีการ แพทย์	263	61	13	17	8	8	5	6	4
อัตรา 1 : ประชากร	20,943	90,296	120,234	67,364	89,581	79,668	103,159	84,721	105,421
นักวิชาการ สาธารณสุข	6,061	2,510	729	383	373	379	268	140	238
อัตรา 1 : ประชากร	909	2,194	2,144	2,990	1,921	1,682	1,925	3,631	1,772
แพทย์แผน ไทย	425	393	100	112	43	44	42	23	29
อัตรา 1 : ประชากร	12,960	14,015	15,630	10,225	16,666	14,485	12,281	22,101	14,541

ที่มา : โปรแกรม R8-HRMS สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 ณ กันยายน 2566

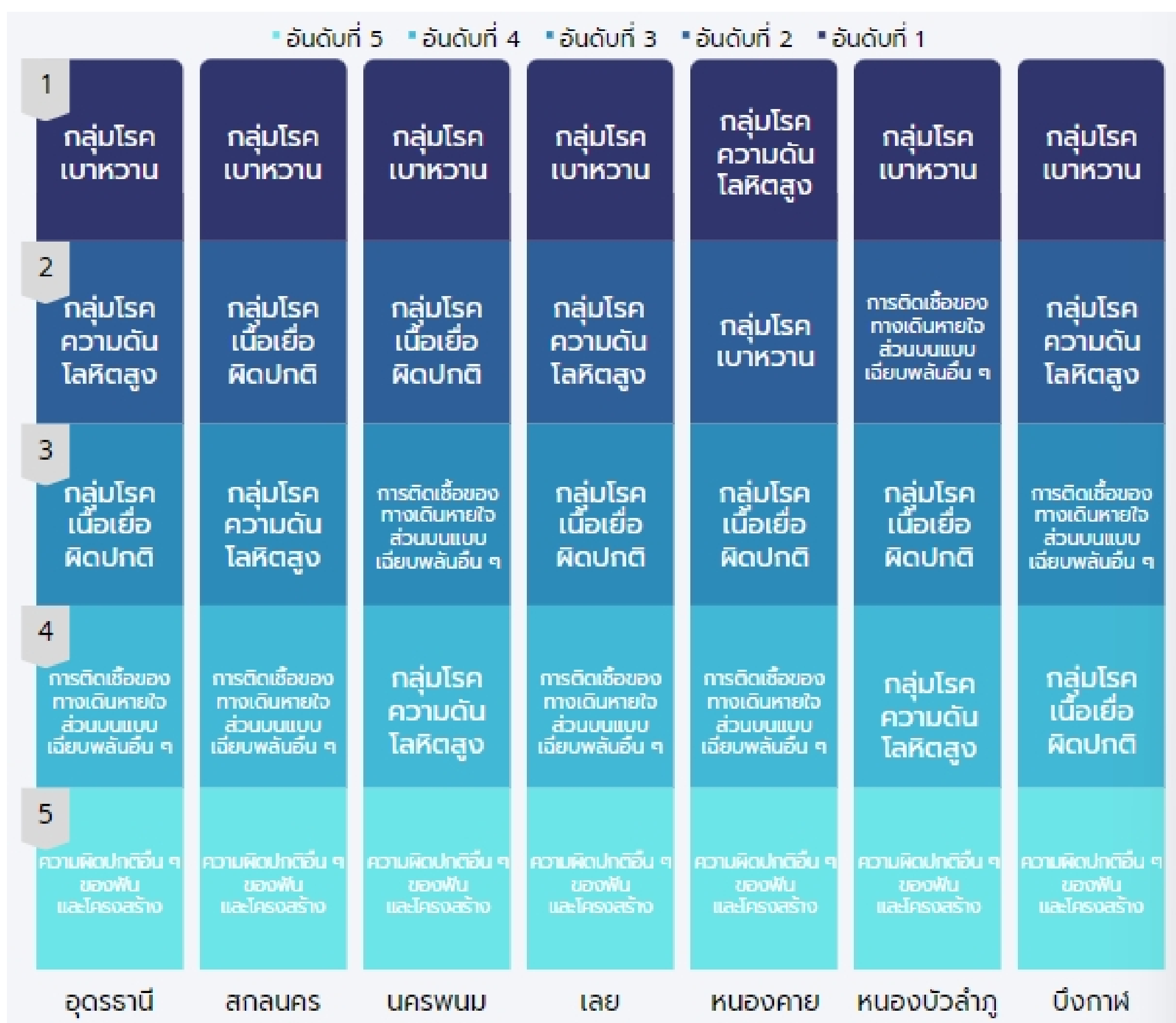
1.4 ข้อมูลสถานะสุขภาพ

ผู้ป่วยนอก (OPD) 5 อันดับโรค เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2566

เขตสุขภาพที่ 8 มีผู้มารับบริการผู้ป่วยนอก 8,189,215 ครั้ง แยกตามกลุ่มโรค พบมากที่สุด คือ กลุ่มโรคเบาหวาน (DM) ซึ่งเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษา ติดตามอย่างต่อเนื่อง รองลงมา คือ กลุ่มโรคความดันโลหิตสูง (HT), กลุ่มโรคเนื้อเยื่อผิดปกติ, กลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (ACUTE URI), และกลุ่มบริการด้านทันตกรรม ตามลำดับ ดังภาพที่ 8



เขตสุขภาพที่ 8



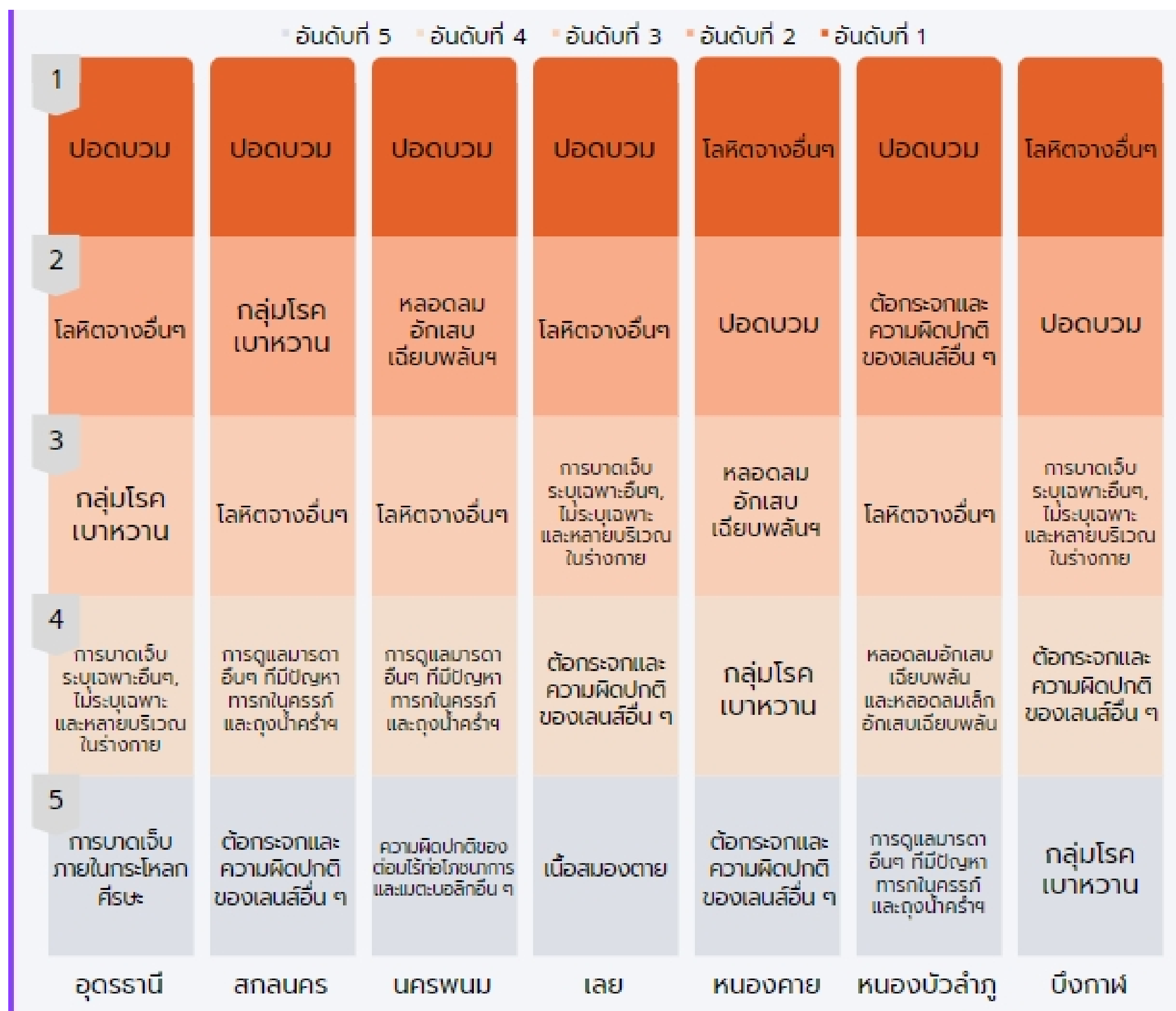
ภาพที่ 8 ผู้ป่วยนอก (OPD) 5 อันดับกลุ่มโรค เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2566

ที่มา : HEALTH DATA CENTER กระทรวงสาธารณสุข ณ กันยายน 2566

1.4 ข้อมูลสถานะสุขภาพ

ผู้ป่วยใน (IPD) 5 อันดับกลุ่มโรค เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2566

เขตสุขภาพที่ 8 มีผู้มารับบริการผู้ป่วยใน 188,249 คน แยกตามกลุ่มโรค (298 โรค) ที่พบมากที่สุด คือ กลุ่มโรคปอดบวม รองลงมาคือ โรคโลหิตจาง, โรคเบาหวาน หลอดลมอักเสบเฉียบพลันและหลอดลมเล็กอักเสบเฉียบพลัน และต่อกระดูกและความผิดปกติของเลนส์อื่น ๆ ตามลำดับ ดังภาพที่ 9



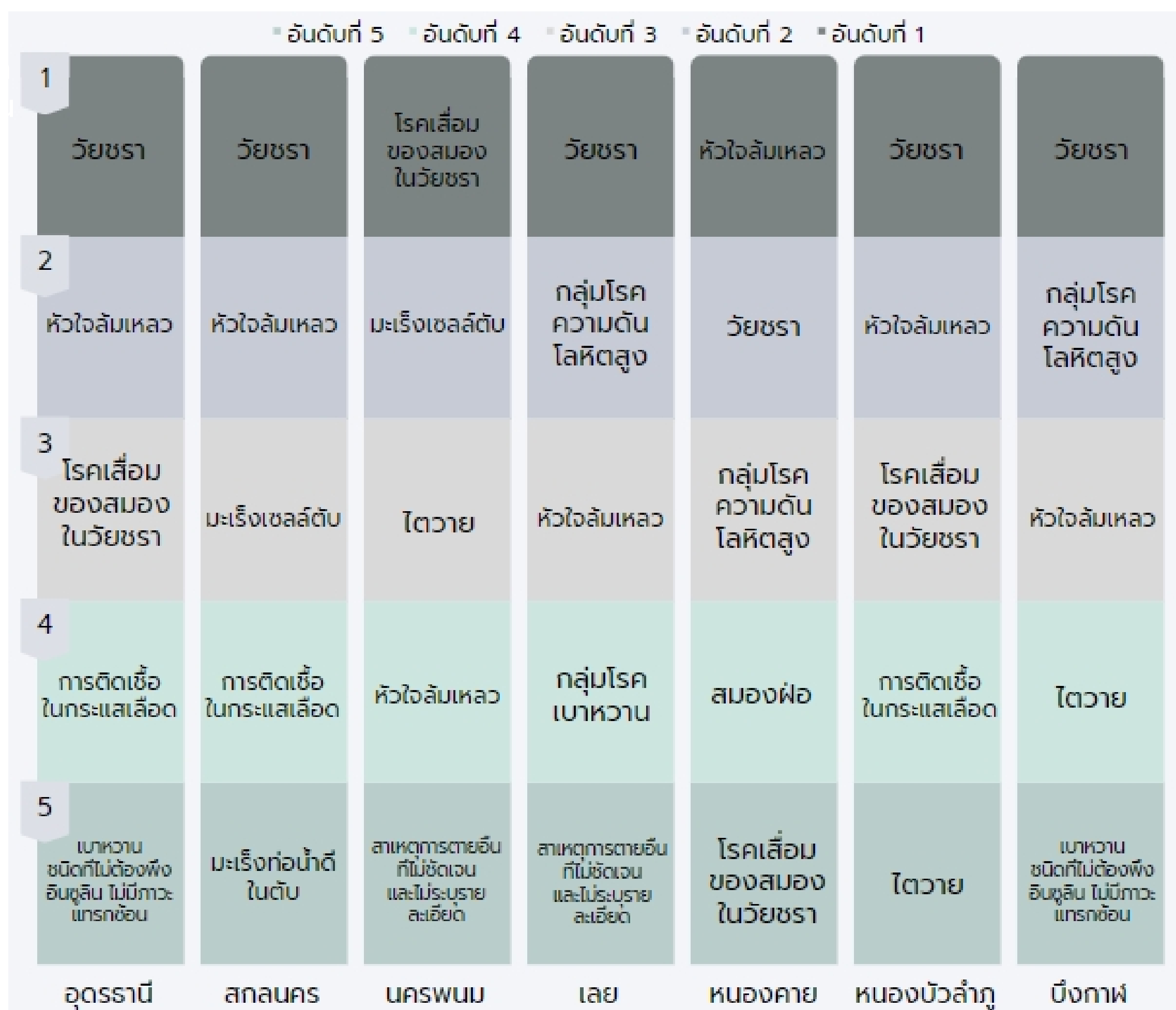
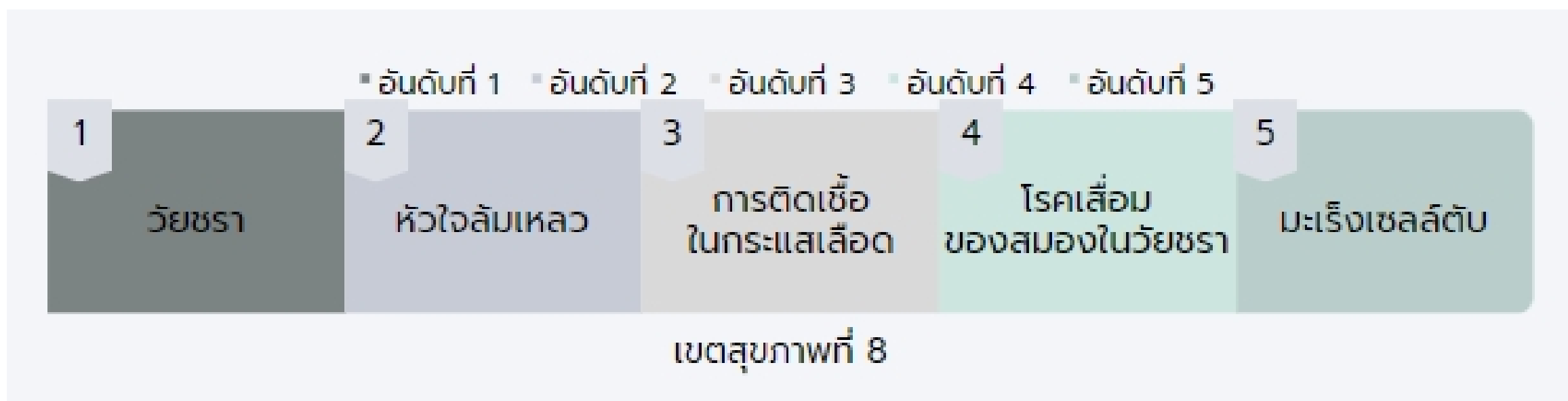
ภาพที่ 9 ผู้ป่วยใน (IPD) 5 อันดับกลุ่มโรค (298 โรค) เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2566

ที่มา : HEALTH DATA CENTER กระทรวงสาธารณสุข ณ กันยายน 2566

1.4 ข้อมูลสถานะสุขภาพ

สาเหตุการตาย 5 อันดับ เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2566

เขตสุขภาพที่ 8 มีข้อมูลสาเหตุการตายสูงสุด คือ วัณโรค รองลงมาคือ หัวใจล้มเหลว, การติดเชื้อในกระแสเลือด, โรคเสื่อมของสมองในวัณโรค และมะเร็งเซลล์ตับ ตามลำดับ ดังภาพที่ 10



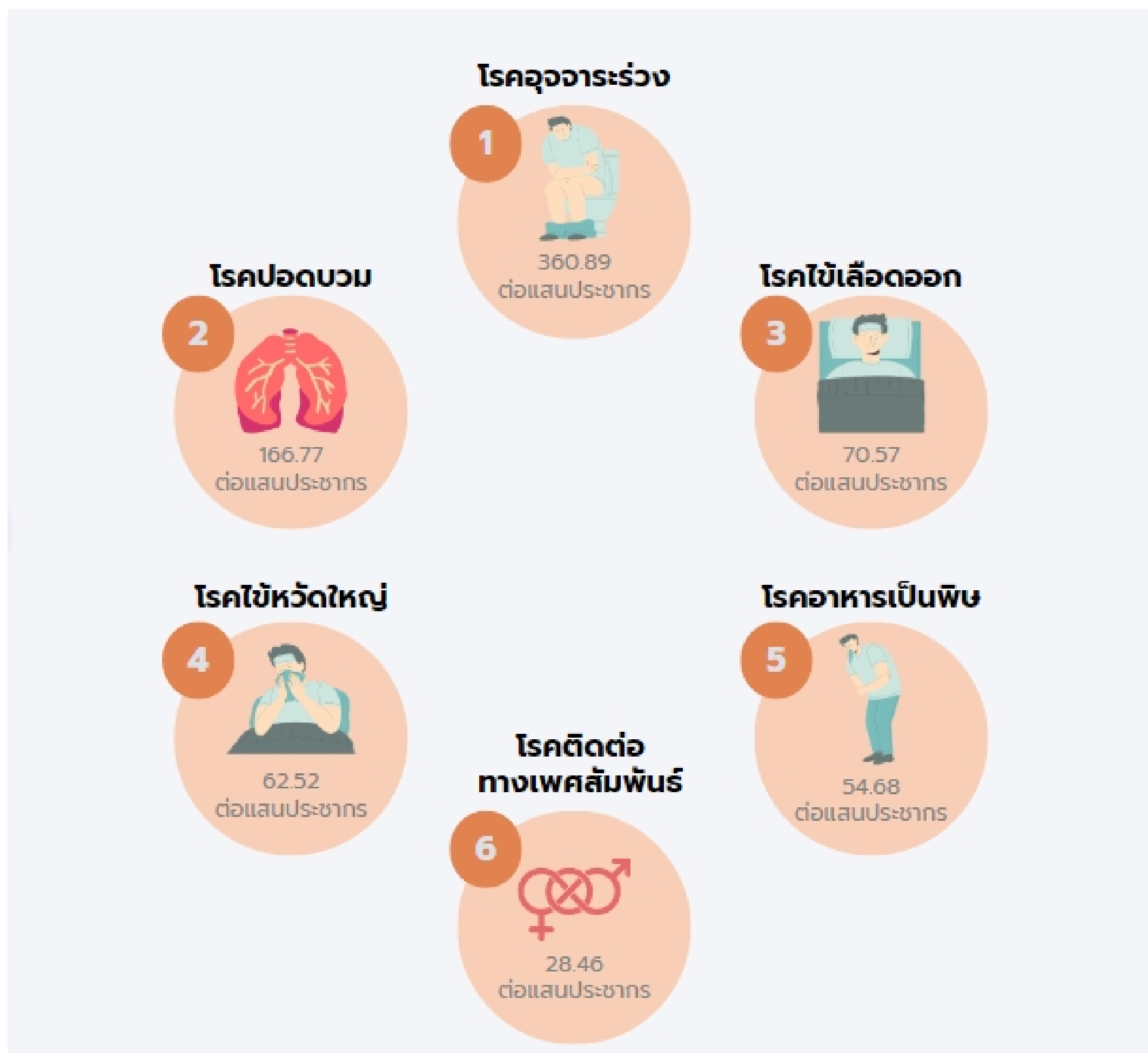
ภาพที่ 10 สาเหตุการตาย 5 อันดับ เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2566

ที่มา : HEALTH DATA CENTER กระทรวงสาธารณสุข ณ กันยายน 2566

1.4 ข้อมูลสถานะสุขภาพ

อัตราป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวัง เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2566

เขตสุขภาพที่ 8 พบอัตราป่วยของโรคที่ต้องเฝ้าระวัง มากที่สุด คือ โรคอุจจาระร่วง คิดเป็นอัตราป่วย 360.89 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ โรคปอดบวม 166.77 ต่อแสนประชากร, โรคไข้เลือดออก 70.57 ต่อแสนประชากร, โรคไข้หวัดใหญ่ 62.52 ต่อแสนประชากร, โรคอาหารเป็นพิษ 54.68 ต่อแสนประชากร และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 28.46 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ดังภาพที่ 11



ภาพที่ 11 อัตราป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวัง เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2566

ที่มา : HEALTH DATA CENTER กระทรวงสาธารณสุข ณ กันยายน 2566



2

ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2567



ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 8

ปีงบประมาณ 2567

**วิสัยทัศน์ (Vision) : องค์กรด้านสุขภาพ มุ่งเน้นวิจัยนวัตกรรม
บริหารจัดการแบบธรรมาภิบาล เพื่อประชาชนสุขภาพดี ภาคีมีส่วนร่วม**
พันธกิจ (Mission) :

1. ส่งเสริม สนับสนุน และขับเคลื่อนนโยบาย ยุทธศาสตร์ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและดิจิทัล ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ระบบบริการเฉพาะระบบสนับสนุนบริการ และโครงการพิเศษ
2. ประสาน สนับสนุน การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล และการพัฒนาองค์ความรู้ในวิชาชีพ งานวิจัยและนวัตกรรม
3. ประสาน ส่งเสริม สนับสนุน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ระบบบริการเฉพาะ ระบบสนับสนุนบริการ และโครงการพิเศษให้ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ
4. ประสาน สนับสนุน การบริหารจัดการด้านการเงินและการคลังในหน่วยบริการให้มีประสิทธิภาพ
5. ประสาน ส่งเสริม สนับสนุน อำนวยความสะดวกด้านการบริหารจัดการองค์กรให้เป็นไปตามระเบียบ มีธรรมาภิบาล และมีประสิทธิภาพ

ค่านิยม (Core value) : MOPH

Mastery : เป็นนายตัวเอง

Originality : สร้างสิ่งใหม่

People : ใส่ใจประชาชน

Humility : ถ่อมตนอ่อนน้อม

เป้าหมาย ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน
ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 8

PP&P Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ)

Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)

People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)

Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศ)



ยุทธศาสตร์

เขตสุขภาพที่ 8 พ.ศ. 2567

1 PP&P Excellence

1. มารดาตาย
 2. RTI
 3. พัฒนาการล่าช้า
 4. คัดกรอง ติดตาม DM/HT
 5. คัดกรอง OV CCA
- กระตุ้นด้วย TEDA4I



2 Service Excellence

1. การดูแลผู้สูงอายุ
2. จิตเวชและยาเสพติด
3. DM Control
4. HT Control
5. TB
6. CKD
7. STEMI



3 People Excellence

1. การพัฒนากำลังคน



4 Governance Excellence

1. การบริหารการเงินการคลังในหน่วยบริการ
2. การบริหารจัดการงบประมาณลงทุน
3. ดิจิทัลสุขภาพ



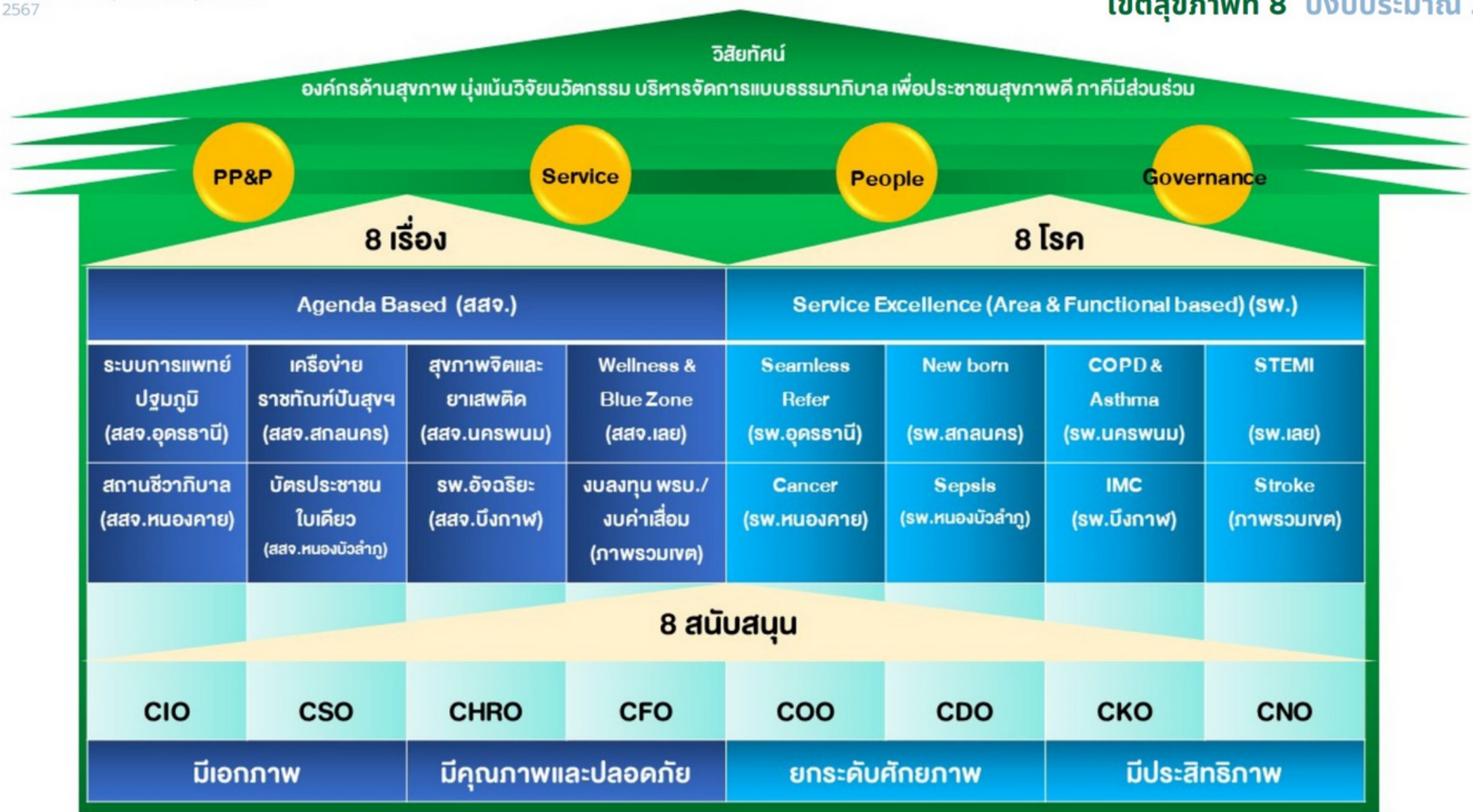
นโยบายขับเคลื่อนระบบสุขภาพ 8 เรื่อง 8 โรค 8 สนับสนุน



การกำกับและประเมินผล



นโยบายขับเคลื่อนระบบสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2567



ตัวชี้วัดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ

(Promotion Prevention & Protection Excellence)

19 ตัวชี้วัด



บริการเป็นเลิศ

(Service Excellence)

53 ตัวชี้วัด



88
ตัวชี้วัด



บริหารเป็นเลิศ

ด้วยธรรมาภิบาล

(Governance Excellence)

13 ตัวชี้วัด



บุคลากรเป็นเลิศ

(People Excellence)

3 ตัวชี้วัด

1

แผนพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ คุ้มครองผู้บริโภคเป็น เลิศ (PP&P Excellence)	1.อัตราการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมี ชีพ
	2.ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 86
	3.ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 64
	4.ร้อยละของเด็กอายุ 6- 14 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ 57
	5.ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการ พัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน	ร้อยละ 15
	5.ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการ พัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน	ร้อยละ 15
ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	6.ส่งเสริมการมีบุตร (2 KPIs) 1) ร้อยละของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร 2) การกแรกเกิดได้รับการคัดกรอง IEM (40 โรค) ร้อยละ 50	ร้อยละ100ของโรง พยาบาลสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร
	7. อัตราตายการกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	< 3.60 ต่อ 1,000 การกแรกเกิดมีชีพ

2

แผนพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหการ
ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ คุ้มครองผู้บริโภคเป็น เลิศ (PP&P Excellence)	8.อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิง อายุ 15-19 ปี 1,000 คน	ไม่เกิน 21 ต่อประชากร หญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน



3 แผนพัฒนาการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

39



4 พัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ คุ้มครองผู้บริโภคเป็น เลิศ (PP&P Excellence)	16. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง	ร้อยละ 96.75
	17.ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม หรือภาวะหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (2 KPIs) 1) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ 2) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	1) $\geq$ ร้อยละ50 2) ร้อยละ 60
	18.ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ	$\geq$ ร้อยละ 50

5 พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ คุ้มครองผู้บริโภคเป็น เลิศ (PP&P Excellence)	19. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป) (3 KPIs) 1) ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไปร้อยละ 60 2.) การพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care) จังหวัดละ 1 แห่ง	1) ร้อยละ 60 2) จังหวัดละ 1 แห่ง

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ คุ้มครองผู้บริโภคเป็น เลิศ (PP&P Excellence)	20.ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต	ร้อยละ 90
	21.ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด	ร้อยละ 35
ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	22.อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด	ร้อยละ 20
	23.จำนวนศูนย์เวลเนส (Wellness Center)/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรให้มีคุณค่าและมูลค่าสูง	70 แห่ง
ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศ ด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)	24.เศรษฐกิจสุขภาพ 1) Health cities model 2) รับรอง Wellness center 3) ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ได้รับอนุญาตใหม่ 4) ผู้ผ่านอบรม Care assistance ประกอบอาชีพและสร้างรายได้ -Care giver -นวดไทยเพื่อสุขภาพ	1) 1 แห่ง/เขตสุขภาพ 2) 1 จังหวัด 3) ร้อยละ 60 4) ร้อยละ 50
	25.นักท่องเที่ยวปลอดภัย 1) จังหวัดนำร่องดำเนินการตามมาตรการขับเคลื่อนพื้นที่ท่องเที่ยวปลอดภัยและภัยสุขภาพ (ศูนย์บริการชาวต่างชาติในสถานบริการสุขภาพ) 2) มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ระดับเฉพาะทางสาขาฉุกเฉินการแพทย์ทางอากาศ (One region One sky Doctor)	1) จังหวัดนำร่อง 1 จังหวัด (อุดรธานี) 2) จังหวัดนำร่อง 1 โรงพยาบาล (โรงพยาบาลอุดรธานี)

7

พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ คุ้มครองผู้บริโภคเป็น เลิศ (PP&P Excellence)	26.ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตที่มีคุณภาพ	ร้อยละ 87

8

พัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้าน บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	27.จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วย บริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	515 หน่วย
	28.ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสม กับประชาชน	ร้อยละ 80
	29.จำนวนอำเภอสุขภาพดี	ร้อยละ 84
	30.อสม. มีศักยภาพในการจัดบริการปฐมภูมิขึ้นพื้น ฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ร้อยละ 65	1) ร้อยละ 65

9

พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขา
โรคหลอดเลือดสมอง

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้าน บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	31.อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและได้รับ การรักษาใน Stroke unit (2 KPIs) 1) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69) 2) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	1) < ร้อยละ 7
		2) ≥ ร้อยละ 80

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้าน บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	32.อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันชนิด STEMI	1) < ร้อยละ 9
	33.ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตาม มาตรฐานเวลาที่กำหนด (2 KPIs) 1) ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด 2) ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ ร้อยละ 60

11

พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้าน บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	34.จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ que เข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 น้อยกว่าร้อยละ 10 ของปีงบประมาณก่อน	< ร้อยละ 10
	35.ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มี eGFR ลดลงน้อยกว่า 5 ml/min/1.73m2/yr ≥ ร้อยละ 66	< ร้อยละ 10

12

พัฒนาระบบบริการโรคติดเชื้อ
ในกระแสเลือด

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	36.อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired	< ร้อยละ 26

13

พัฒนาระบบบริการสุขภาพ
สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	37.อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M1)	ร้อยละ 20

14

พัฒนาระบบบริการโรคฉี่หนู

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	38.อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ 88
	39.อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ 85

15

พัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
ต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	40.ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ที่กำหนด	ร้อยละ 65
	41.อัตราการติดเชื้อฉี่หนูในกระแสเลือด	อัตราการติดเชื้อฉี่หนูในกระแสเลือดไม่เพิ่มขึ้นจากปีปฏิทิน 65



ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	42.ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy (2 KPIs) 1) ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 2) ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy	1) ≥ ร้อยละ 60 2) ≥ ร้อยละ 70
	43.ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy (2 KPIs) 1) ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 2) ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	1) ≥ ร้อยละ 50 2) ≥ ร้อยละ 50
	44.การจัดบริการมะเร็งครบวงจร ในมะเร็งสำคัญ 5 โรคมะเร็ง (8 KPIs) 1) มีทีม Cancer Warrior ในโรคมะเร็งสำคัญ 5 ชนิด ระดับจังหวัด 2) ประชากรหญิงอายุ 11-20 ปี ได้รับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ใน 1 ปี 3) ประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ใน 30 จังหวัด ได้รับการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 100 ของเป้าหมายที่กำหนด 4) ประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไป ใน 30 จังหวัด ได้รับการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 100 ของเป้าหมายที่กำหนด 5) ประชากรที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 ได้รับการคัดกรอง HBV และ HCV ≥ ร้อยละ 70 6) ประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ≥ ร้อยละ 70 7) ประชากรไทย อายุ 50-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ≥ ร้อยละ 55 8) มีที่พักสำหรับผู้ป่วยรังสีรักษา ในเขตสุขภาพ	5) ≥ ร้อยละ 70 6) ≥ ร้อยละ 70 7) ≥ ร้อยละ 55
	45.ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด (3 KPIs) 1) ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับการรักษา ผ่าตัด ภายใน 4 สัปดาห์ ร้อยละ 77 2) ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับการรักษา เคมีบำบัด ภายใน 6 สัปดาห์ ร้อยละ 77 3) ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับการรักษา รังสีรักษา ภายใน 4 สัปดาห์ ร้อยละ 44	1) ร้อยละ 77 2) ร้อยละ 77 3) ≥ ร้อยละ 44
	46.ร้อยละการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มเป้าหมาย ≥ ร้อยละ 95	≥ ร้อยละ 95

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	47.ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	≥ ร้อยละ 70
	48.สถานชีวาภิบาล จังหวัดละ 1 แห่ง (3 KPIs) 1) ให้บริการในสถานชีวาภิบาล จังหวัดละ 1 แห่ง (ร้อยละ 80) 2) มีบริกาาร Hospital at Home / Home ward จังหวัดละ 1 แห่ง (ร้อยละ 80) 3) มีบริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ (ร้อยละ 95)	1) ร้อยละ 80 2) ร้อยละ 80 3) ร้อยละ 95

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	49.	
	1) ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน	≥ ร้อยละ 55
	2) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน
	3) ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	ร้อยละ 90
	50.มีนิรณูญารักษ์ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดอย่างครบวงจรทุกจังหวัด (2 KPIs) 1) ร้อยละ 100 ของจังหวัดมีนิรณูญารักษ์ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดอย่างครบวงจรตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด 2) ร้อยละ 100 ของจังหวัดที่เปิดนิรณูญารักษ์ได้รับการติดตามและมีการประเมินรับรองคุณภาพมาตรฐานเป็นไปตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	ร้อยละ 100
	51.ร้อยละหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดคุณภาพในโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป (2 KPIs)	
	1) swศ., swท. มีหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ร้อยละ 100 2) หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดคุณภาพใน swศ., swท. ร้อยละ 70	1) ร้อยละ 100 2) ร้อยละ 70

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	52.ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนที่มีกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด (2 KPIs)	
	1) รพช. ผ่านการประเมินและรับรองผลโดยคณะกรรมการประเมินผลระดับเขตสุขภาพ และดำเนินการเสนอข้อมูลต่อกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	1) ร้อยละ 100
	ร้อยละ 100	
	2) รพช. มีกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดร้อยละ 100	2) ร้อยละ 100
	53.ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	ร้อยละ 62
	54.ร้อยละของผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน	
	55.การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)	

19

พัฒนาการบิรบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (IMC)

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	56.ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบิรบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน (3 KPIs)	
	1) ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบิรบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	1) ≥ ร้อยละ 85
	2) ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยใน) มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการบิรบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed	2) ≥ ร้อยละ 60
	3) ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบิรบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้งภายในระยะเวลา 6 เดือน	3) ≥ ร้อยละ 50

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	57.ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base)	≥ร้อยละ 10
	58.ร้อยละของประชาชนที่มาใช้บริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	≥ ร้อยละ 40

21

พัฒนาการจัดบริการคลินิกกัญชา
ทางการแพทย์

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	59.ระดับความสำเร็จของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (3 KPIs) 1) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ 2) ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ 3) จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	1) ร้อยละ 5 2) เพิ่มขึ้นร้อยละ 60 3) มีผลงานวิจัยเขตสุขภาพละ 2 เรื่อง

22

พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบ
วงจรและระบบการส่งต่อ

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครอง ผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)	60.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการภาวะฉุกเฉินด้าน การแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Care System and Public Health Emergency Management)	ร้อยละ 70
ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้าน บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	61.อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) 62.ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	≤ ร้อยละ 12

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	63.อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality)	≤ ร้อยละ 5
	64.จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ไม่เกิน 20 ต่อแสนประชากร	ไม่เกิน 20.61 ต่อประชากรแสนคน

23

พัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	65.ร้อยละของผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ	≥ ร้อยละ 70
	66.เครือข่ายราชทัณฑ์ปันสุขฯ ต้นแบบ เขตสุขภาพละ 1 เครือข่าย	เขตสุขภาพละ 1 เครือข่าย
	67.จำนวนผู้ที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียม/รากฟันเทียม (2 KPIs) 1) จำนวนผู้ที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก 2) จำนวนผู้ที่ได้รับบริการใส่รากฟันเทียมรองรับฟันเทียม	ร้อยละ 100

24

พัฒนาระบบบริการโรคไข้เลือดออก

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	68.อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี ร้อยละ 20	ร้อยละ 70

25

พัฒนาระบบบริการผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส (นวัตกรรมเขตสุขภาพ)

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	69.ร้อยละการจัดตั้งศูนย์บริการผู้พิการแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) ใน sw. ทุกระดับ 100 %	ร้อยละ 100

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	70.ร้อยละการดำเนินงานรูปแบบการรับรองความพิการและดูแลต่อเนื่องแบบเบ็ดเสร็จ R8-NDS Phase II ใน sw.ระดับ A, S, M1, M2 100 %	ร้อยละ 100
	71.ร้อยละการดำเนินงานรูปแบบการรับรองความพิการและดูแลต่อเนื่องแบบเบ็ดเสร็จ R8-NDS Phase II ใน sw.ระดับ F1, F2, F3 50 %	ร้อยละ 50

26

พัฒนาโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	72.พัฒนา swช.แม่ข่าย 1) sw.ระดับ S+ มีแผนการให้บริการ CT ร้อยละ 50 ของเป้าหมาย 2) sw.ระดับ A อนุมัติการจัดซื้อจัดจ้างเหมาบริการ CT ร้อยละ 100	
	73.ร้อยละ อสม. หมอประจำบ้านได้รับการพัฒนาเป็น อสม. วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน	ร้อยละ 75

27

พัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคน
ด้านสุขภาพ

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)	74. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (3 KPIs) 1) ตำแหน่งว่างเป้าหมายคงเหลือไม่เกินร้อยละ 3 2) ตำแหน่งว่างพยาบาลวิชาชีพ บรรจุบุคคลแล้วเสร็จไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 3) ตำแหน่งว่างพยาบาลวิชาชีพ ข้าราชการพิเศษ แต่งตั้งบุคคลให้ดำรงตำแหน่งแล้วเสร็จ ไม่น้อยกว่าร้อยละ60	1) ไม่เกินร้อยละ 3 2) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 3) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60
	75.หน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ (ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ) (2 KPIs) 1) หน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพระดับจังหวัด 2) หน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพระดับเขตสุขภาพ	1) จังหวัดละ 1 แห่ง 2) จังหวัดละ 1 แห่ง
	76.ระดับความสำเร็จของแพทย์ผู้ลาศึกษาให้ได้รับการเลื่อนเงินเดือน 1) แพทย์ผู้ลาศึกษาหน่วยงานในสังกัด กสร.ได้รับการพิจารณาเลื่อนเงินเดือน	ร้อยละ 100



ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้าน บริหารเป็นเลิศด้วยธรร มาภิบาล (Governance Excellence)	77.ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่าน เกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ 94
	78.ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวง สาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการ ควบคุมภายใน	ร้อยละ 84
	79.ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหาร จัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ 75
	80.ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพ มาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้น 3 (3 KPIs)	1)ร้อยละ 100 2) ร้อยละ 92 3) ร้อยละ 100
	1) ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดสำ นักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการ รับรอง HA ขึ้น 3	
	2) ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการ รับรอง HA ขึ้น 3	
	3) ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุม โรค และกรมสุขภาพจิตมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้น 3	
	81.ร้อยละของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุขที่ผ่านการประเมินตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization & Smart Service) (4 KPIs)	1) ร้อยละ 80 2) ร้อยละ 80 3) ร้อยละ 30 4) ร้อยละ 10
	1) ร้อยละของสถานบริการ ระดับ swศ./swท. ที่ผ่านเกณฑ์การ ประเมินฯ ขึ้นพื้นฐาน (The must)	
	2) ร้อยละของสถานบริการ ระดับ swช. ที่ผ่านเกณฑ์การประ เมินฯ ขึ้นพื้นฐาน (The must)	
	3) ร้อยละของสถานบริการ ระดับ swศ./swท. ที่ผ่านเกณฑ์การ ประเมินฯ ขึ้นสูง (The best)	
	4) ร้อยละของสถานบริการ ระดับ swช. ที่ผ่านเกณฑ์การประ เมินฯ ขึ้นสูง (The best)	

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)	82.ความแตกต่างการใช้สิทธิ เมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (compliance rate)	<=1.5%, ไม่เกิน 112,800 ครั้ง
	83.ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (2 KPIs)	
	1) ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (ระดับ 7)	1) ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2
	2) ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (ระดับ 6)	2) ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4

30

พัฒนาระบบข้อมูลสาธารณสุขชายแดนและพื้นที่เฉพาะ

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)	84.สาธารณสุขชายแดนและพื้นที่เฉพาะ 1) หน่วยบริการสังกัด สป.สร.ส่งข้อมูลเบิกจ่ายกลุ่มผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ (ร้อยละ 80) 2) ขึ้นทะเบียนพระสงฆ์	

31

พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพ

ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)	85.จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60
	86.ร้อยละของโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง HAIT	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10
	87.โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชและโรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติเป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะต้นแบบ (2 KPIs) 1) swr. และ swk. ทุกแห่ง เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะต้นแบบตามเกณฑ์ The must ร้อยละ 100 2) swr. และ swk. ทุกแห่ง เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะต้นแบบตามเกณฑ์ The best ร้อยละ 60	1) ร้อยละ 100 2) ร้อยละ 100
	88.ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดิจิทัลกระทรวงสาธารณสุข (3 KPIs) 1) ร้อยละ 100 โรงพยาบาลในสังกัด สป. สร. เชื่อมโยงข้อมูล PHR และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบอิเล็กทรอนิกส์ภายใน 12 เขตสุขภาพ 2) ร้อยละ 50 sw. สังกัด สป.สร. เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ ระดับเงินขึ้นไป 3) Virtual Hospital 1 แห่ง	1) ร้อยละ 100 2) ร้อยละ 50



STRATEGY HOUSE

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก....ศูนย์อนามัยที่ 8 ชานี้.....

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม.....Service plan.....

โครงการ ส่งเสริมการตั้งครรภ์และการเกิดอย่างมีคุณภาพ

คำนิยาม การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และคลอดหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์รวมถึงการฆ่าตัวตาย แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุและฆาตกรรม

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ส่งเสริมการตั้งครรภ์และเติบโตอย่างมีคุณภาพ/อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน /มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร 1 จังหวัด 1 แห่ง
สถานการณ์ข้อมูลพื้นฐาน	จากสถานการณ์การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2566 พบมารดาเสียชีวิต จำนวน 9 ราย คิดเป็นอัตราส่วนการตายเท่ากับ 25.13 (เด็กเกิดมีชีพ ต.ค.65 – ก.ย.66 35,812 คน $MMR = 25.13 / 100,000 \text{ LB}$) เป็นลำดับที่ 6 ของประเทศ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา ทำให้ผลการดำเนินงานยังไม่บรรลุตามค่าเป้าหมายและมีค่าเป้าหมายสูงกว่าของประเทศ เมื่อจำแนกสาเหตุการตายมารดาตาม ICD-MM WHO พบว่าสาเหตุการตายหลักของมารดาจากสาเหตุทางสูติกรรม ได้แก่ ตกเลือดระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ร้อยละ 44.44 สาเหตุการตายมารดาจากโรคทางอายุรกรรม (Non-Obstetric Complication) ร้อยละ 55.56 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จำแนกตามระดับความเสี่ยงมี 3 ระดับดังนี้ Low Risk จำนวน 2 รายคิดเป็นร้อยละ 22.22 High risk จำนวน 5 รายคิดเป็นร้อยละ 55.56 Very high risk จำนวน 2 รายคิดเป็นร้อยละ 22.22 ในจำนวน 9 รายมี Under lying จำนวน 4 รายคิดเป็นร้อยละ 44.44 ไม่ฝากครรภ์จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.33 ฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.33 ฝากครรภ์ช้าจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.33 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยของปัญหาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้ ความเข้าใจทักษะ ในการดูแลและสังเกตความเสี่ยงเสี่ยงด้วยตนเอง ขาดการวางแผนครอบครัว เข้ารักษาไม่ต่อเนื่อง ล่าช้า กังวลเรื่องค่าใช้จ่าย/สิทธิในการรักษา การส่งต่อผู้ป่วย/Case แรงดันยังมีปัญหาเรื่องการสื่อสารระหว่างสถานบริการและหน่วยงานภายใน ทักษะของบุคลากร ระบบสำรองเลือด อุปกรณ์/เครื่องมือ ไม่เพียงพอ ล่าช้าในการวินิจฉัยและการรักษา อัตราการล้มไม่เพียงพอ ข้อค้นพบสำคัญและปัจจัยเสี่ยงที่มีแนวโน้มสูงขึ้น คือ พบว่า Preterm ,Birth Asphyxia, LBW ,Amphetamine use ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองผล Methamphetamine positive จำนวน 381 ราย และพบทารกแรกเกิดมีภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดกรณีมารดาติดยาเสพติดเพิ่มมากขึ้น

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน (ต่อ)

โครงการ ส่งเสริมการตั้งครรภ์และการเกิดอย่างมีคุณภาพ

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ส่งเสริมการตั้งครรภ์และเติบโตอย่างมีคุณภาพ/อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน /มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร 1 จังหวัด 1 แห่ง		
	จำนวนเด็กเกิดใหม่ในประเทศไทย มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จากเดิมเคยมีเด็กเกิดไม่ต่ำกว่าปีละ 1 ล้านคนในช่วงปี พ.ศ. 2506- 2526 ลดลงเหลือ 502,107คน ในปี 2565 และในปี 2566 จำนวนการเกิดของเด็กไทยมีแนวโน้มต่ำกว่า 500,000 คน การลดลงนี้ สอดคล้องกับ อัตราเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rate : TFR) ที่ลดต่ำกว่าระดับทดแทน โดยในปี 2565 เท่ากับ 1.08		
GAP	1. Primary prevention เชิงรุกให้หญิงตั้งครรภ์เข้าสู่กระบวนการ Early ANC และ ANC คุณภาพ 2. มาตรการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ 3. ยังพบสาเหตุการตายจาก PPH 4. การตายจากโรคทางอายุรกรรมมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง 5. การพัฒนาแนวทางการดูแลกลุ่มที่มีโรคทางอายุรกรรมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในแต่ละความเสี่ยง เช่น DM ,HT ,โรคหัวใจ 6. ระบบการสำรองเลือดไม่พร้อมใช้ 7. อัตราการล้มไม่เพียงพอ สูติแพทย์/พยาบาล 8. วางแผนการคลอดที่ปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูง 9. Preterm ,Birth Asphyxia, LBW ,Amphetamine use มีแนวโน้มสูงขึ้น 10. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร หลักสูตรเฉพาะทางสำหรับแพทย์และพยาบาล 11. ความพร้อมของครุภัณฑ์ทางการแพทย์ วัสดุการแพทย์ เวชภัณฑ์ยา High cost ที่จำเป็น ต้องใช้กรณีมารดาภาวะวิกฤต		
ยุทธศาสตร์/มาตรการ PP&P Excellence	การฝากครรภ์คุณภาพ 1. ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ให้เข้ามารับบริการฝากครรภ์ 2. ให้บริการฝากครรภ์คุณภาพ 3. ลดการคลอดก่อนกำหนด	ลดการเสียชีวิตของมารดาไทย 1. ลดการเสียชีวิตมารดาจาก PPH และโรคทางอายุรกรรม (Non-Obstetric Complication) 2. การวางแผนครอบครัวในหญิงวัยเจริญพันธุ์ 3. หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงได้รับการวางแผนการคลอด (Birth Plan) 4. ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายรายบุคคล	ส่งเสริมการมีบุตร 1. พัฒนากำลังคนให้มีศักยภาพเพียงพอ รองรับส่งเสริมการมีบุตร 2. มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร 1 จังหวัด 1 แห่ง

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

1.อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีวิตคน (ต่อ)

โครงการ ส่งเสริมการตั้งครรภ์และการเกิดอย่างมีคุณภาพ

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ส่งเสริมการตั้งครรภ์และเติบโตอย่างมีคุณภาพ/อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีวิตคน /มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร 1 จังหวัด 1 แห่ง		
กิจกรรม	1.พัฒนาส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ และทารก เข้าถึงบริการสุขภาพที่ได้ มาตรฐานและเป็นมิตร 2. พัฒนาส่งเสริมการสร้าง นวัตกรรม การจัดบริการสุขภาพ ด้านแม่และเด็ก และเฝ้าระวังคุณภาพระบบบริการ 3. ขับเคลื่อนนโยบาย การดำเนินงานส่งเสริมการมีบุตร และมีการกำหนดมาตรการ	1. ขับเคลื่อนมาตรการสำคัญ - ขับเคลื่อนการฝากครรภ์ตามแนวทางฝากครรภ์ คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ.2565 - ขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการคลอดก่อนกำหนด - ขับเคลื่อนแนวทางการป้องกันมารดาตายจากสาเหตุที่ป้องกันได้ระดับเขตสุขภาพ ระดับจังหวัด - ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาลและเครือข่ายระดับจังหวัด 2. การประชุมชี้แจงนโยบายและการขับเคลื่อน การดำเนินงานในพื้นที่ 3. ประชุมคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการ/ คณะทำงาน/ผู้เชี่ยวชาญด้าน อนามัยแม่และเด็ก ระดับเขต/ระดับจังหวัด ไตรมาสละ 1 ครั้ง 4. ทบทวนและวิเคราะห์การตายมารดาและทารก ปรีกำเนิด ภายในระยะเวลาที่กำหนดทุกราย 5. ส่งเสริม สนับสนุน การดำเนินงานและประเมิน รับรองมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับ สถานพยาบาลและเครือข่ายระดับจังหวัด	1. มีการกำหนดมาตรการและแผนการขับเคลื่อน การดำเนินงาน ของหน่วยบริการ 2. อบรมการให้คำปรึกษา เรื่อง การรักษาภาวะมี บุตรยาก ให้แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง 3. มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร 1 จังหวัด 1 แห่ง

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) 1.อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน (ต่อ)

โครงการ ส่งเสริมการตั้งครรภ์และการเกิดอย่างมีคุณภาพ

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ส่งเสริมการตั้งครรภ์และเติบโตอย่างมีคุณภาพ/อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน /มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร 1 จังหวัด 1 แห่ง			
		6. รณรงค์การจัดบริการงานอนามัยแม่และเด็กแบบบูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายในพื้นที่ อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุม - เข้าถึงการฝากครรภ์เร็ว - ฝากครรภ์คุณภาพ/ป้องกันการคลอดก่อนกำหนด - ลดการตายมารดาและทารกปริกำเนิด - โภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และหญิงหลังคลอด - การดูแลสุขภาพช่องปากตั้งครรภ์และหลังคลอด - ส่งเสริมกิจกรรมทางกายและการนอนหลับหญิงตั้งครรภ์ถึงหลังคลอด - ขับเคลื่อนระบบเฝ้าระวัง Maternal & Child Dashboard Regional Health 8th และการใช้ Pink Book Online ในหญิงตั้งครรภ์และเจ้าหน้าที่ 7. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 8. นิเทศติดตาม ถอดบทเรียน และ แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานในพื้นที่		
ระดับความสำเร็จ Small Success	ไตรมาส 1 1. ขับเคลื่อนมาตรการสำคัญ	ไตรมาส 2 1. ร้อยละ 30 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์คุณภาพ	ไตรมาส 3 1. ส่งเสริม สนับสนุน การดำเนินงานและ	ไตรมาส 4 1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) 1.อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีวิตคน (ต่อ)

โครงการ ส่งเสริมการตั้งครรภ์และการเกิดอย่างมีคุณภาพ

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ส่งเสริมการตั้งครรภ์และเติบโตอย่างมีคุณภาพ/อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีวิตคน /มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร 1 จังหวัด 1 แห่ง			
- ขับเคลื่อนการฝากครรภ์ตามแนวทางฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ.2565 - มีการกำหนดมาตรการและแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานการดำเนินงานส่งเสริมการมีบุตร ของหน่วยบริการ - ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ป้องกันการคลอดก่อนกำหนด - ขับเคลื่อนแนวทางการป้องกันมารดาเสียชีวิตจากสาเหตุที่ป้องกันได้และการวางแผนการคลอด (Birth Plan) และการใช้ระบบเฝ้าระวัง Maternal & Child Dashboard Regional Health 8th - ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก สำหรับสถานพยาบาลและเครือข่ายระดับจังหวัด	2. การประชุมชี้แจงนโยบายและ การขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ 3. ประชุมคณะกรรมการ/ คณะอนุกรรมการ/คณะทำงาน/	2. ร้อยละ 30 ของหญิงหลังคลอด ได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ 3. มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานจัดตั้งคลินิกส่งเสริมการมีบุตร 4. หญิงตั้งครรภ์/หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงได้รับการวางแผนการคลอด (Birth Plan) 5. รายงานผลผ่านระบบเฝ้าระวัง Maternal & Child Dashboard Regional Health 8th 6. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ 7. ประชุมคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการ/คณะทำงาน/ผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยแม่และเด็ก ระดับเขต/ระดับจังหวัด ไตรมาสละ 1 ครั้ง 8. ทบทวนและวิเคราะห์การตายมารดาและทารกปริกำเนิด ภายในระยะเวลาที่กำหนด	- ประเมินรับรองมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาลและเครือข่ายระดับจังหวัด 2. ร้อยละ 100 ของการเสียชีวิต มารดาได้รับการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตมารดา 3. ประชุมคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการ/คณะทำงาน/ผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยแม่และเด็ก ระดับเขต/ระดับจังหวัด ไตรมาสละ 1 ครั้ง 4. มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร 1 จังหวัด 1 แห่ง	17 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต 2. หญิงตั้งครรภ์/หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลตาม Birth Plan 3. รายงานผลผ่านระบบเฝ้าระวัง Maternal & Child Dashboard Regional Health 8th 4. ร้อยละ 20 ของหน่วยบริการ สาธารณสุขผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก สำหรับสถานพยาบาล (สะสมปีงบประมาณ 2565-2567) 5. ประชุมคณะกรรมการ/



ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
1.อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน (ต่อ)

โครงการ ส่งเสริมการตั้งครรภ์และการเกิดอย่างมีคุณภาพ

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ส่งเสริมการตั้งครรภ์และเติบโตอย่างมีคุณภาพ/อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน /มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร 1 จังหวัด 1 แห่ง			
	ผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยแม่และเด็ก ระดับเขต/ระดับจังหวัด ไตรมาส ละ 1 ครั้ง			คณะอนุกรรมการ/ คณะทำงาน/ ผู้เชี่ยวชาญด้าน อนามัยแม่และเด็ก ระดับเขต/ระดับ จังหวัด ไตรมาสละ 1 ครั้ง
	4. ทบทวนและวิเคราะห์การตาย มารดา และทารกปริกำเนิด ภายในระยะเวลาที่ กำหนดทุกราย			6. ทบทวนและ วิเคราะห์การตาย มารดาและทารกปริ กำเนิด ภายใน ระยะเวลาที่กำหนด ทุกราย
				7. มีคลินิกส่งเสริมการ มีบุตร 1 จังหวัด 1 แห่ง
				8. รายงานจำนวนผู้ ได้รับการบริการรักษา ภาวะมีบุตรยาก

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

2.ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย

3.ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : เขตสุขภาพที่ 8/ ศูนย์อนามัยที่ 8/ กรมการแพทย์/ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8/ สปสช./ จังหวัดทั้ง 7 จังหวัด/ อบจ.

แผนงานที่ เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน

โครงการ พัฒนาคุณภาพเด็กปฐมวัย ปี 67

เป้าหมาย	มีเอกภาพ	มีคุณภาพและปลอดภัย	ยกระดับศักยภาพ	มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด	1.พัฒนาระบบข้อมูลให้สามารถเชื่อมโยงใช้ข้อมูลได้จริงในทุกระดับ	ระดับ A 1.มีแพทย์สาขาพัฒนาการเด็ก 2.มีแพทย์หลักสูติฯ ศิลปะมหาดิน (การสื่อสารความหมาย) อย่างน้อย 1 แห่ง ระดับ S 1. มีกุมารแพทย์ทุกแห่ง 2. มีพยาบาลพัฒนาการเด็กทุกแห่ง ทุกระดับ มี พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ประเมินพัฒนาการ พร้อมทั้งกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I	1.WCC คุณภาพ 2.ยกระดับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (สพด.4D) ผ่านเกณฑ์การประเมิน	เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	2563 – 2566 จากข้อมูล HDC. กระทรวงฯ ข้อมูลเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 337,747 คน, 322,672 คน, 308,174 คน, 292,324 คน ร้อยละ 6.07%, 5.85%, 5.59% และ 5.31% (ประเทศ 4,193,736 คน, 4,005,820 คน, 3,809,576 คน และ 3,604,033 คน ร้อยละ 6.30%, 6.05%, 5.76% และ 5.45%) ร้อยละเด็ก 0-5 ปี ตามช่วงวัยที่กำหนด 5 ช่วงวัย ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ 89.90%, 81.76%, 89.75% และ 75.35% (ประเทศ 89.43%, 85.42%, 87.26% และ 82.03%) ร้อยละเด็ก 0-5 ปี ส่งสัยพัฒนาการล่าช้า 27.03%, 27.77%, 24.79% และ 25.25% (ประเทศ 26.62%, 27.28%, 24.26% และ 22.53%) เด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม ภายใน 30 วัน 92.79%, 89.82%, 92.99% ,76.29% (ประเทศ 93.39%, 91.76%, 92.17% และ 89.13%) เด็กปฐมวัยเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยTEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐาน 65.06%, 64.90%, 57.89%, 63.71% (ประเทศ 66.51%, 69.96%, 68.60% และ 70.32%) เด็กปฐมวัยเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานครบ 59.67%, 57.33%, 55.05% และ 53.78% (ประเทศ 56.99%, 59.77%, 55.79% และ 57.64%) เด็ก 0-5 ปี ตามช่วงวัยที่กำหนด 5 ช่วงวัย ได้รับการคัดกรองพัฒนาการมีพัฒนาการสมวัย 80.18%, 86.10%, 91.12% และ 80.53% (ประเทศ 87.43%, 83.15%, 85.32% และ 79.64%) ข้อมูลสูงดีสมส่วน 57.86%, 60.74%, 61.26% และ 62.81% (ประเทศ 58.81%, 61.32%, 62.58% และ 61.36%)			

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

2. ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย

3. ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน

แผนงานที่ เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน

โครงการ พัฒนาคุณภาพเด็กปฐมวัย ปี 67

ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มีเอกภาพ	มีคุณภาพและปลอดภัย	ยกระดับศักยภาพ	มีประสิทธิภาพ
กิจกรรมหลัก	1. สื่อสาร นโยบาย แนวทาง / ตัวชี้วัด การดำเนินงานเด็กปฐมวัยตามนโยบายกระทรวงฯ เขต และปัญหาตามบริบทของจังหวัด ผู้รับผิดชอบงาน ในทุกระดับ ภาาีเครือ และกระทรวงที่เกี่ยวข้อง 2. ขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ บูรณาการร่วมกับกระทรวงที่เกี่ยวข้อง และภาาีเครือช่วย ถึงประชาชนผู้ปกครอง - มหัศจรรย 1,000 วัน Plus 2,500 วัน - WCC คุณภาพ - มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ และปัญหาตามบริบทพื้นที่จังหวัด	1. พัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานและระบบบริการทุกระดับ เพื่อให้เด็กปฐมวัย ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ โภชนาการ ติดตามดูแลส่งเสริมสุขภาพ และเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ในทุกระดับ เน้น Seam less 2. พัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานข้อมูลทุกระดับ เพื่อสร้างความเข้าใจสู่การปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด เช่น การนำเข้าข้อมูลระยะเวลา การกำกับติดตาม การประเมินผล 3. พัฒนากักขะครูที่เลี้ยงในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่ได้รับการพัฒนา ทักขะมีความเชี่ยวชาญตาม มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กที่กำหนด 4. สร้างความตระหนักของ พ่อแม่ผู้ปกครอง ครู อสม ผู้นำชุมชน ภาาีเครือช่วย ในการดูแลเด็กด้านกิน กอด เล่น เล่า นอนเฝ้าดูพิน และการติดตามส่งเสริมพัฒนาการ โภชนาการ 5. ติดตาม ควบคุม กำกับ นำข้อมูลวิเคราะห์เพื่อปรับทิศทางการดำเนินงาน	1. มหัศจรรย 1,000 วัน Plus 2,500 วัน 2. WCC คุณภาพ 3. ยกระดับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D) ผ่านเกณฑ์การประเมิน	1. เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย 2. เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

2.ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย

3.ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน

แผนงานที่ เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน

โครงการ พัฒนาคุณภาพเด็กปฐมวัย ปี 67

ระดับความสำเร็จ	1. ผู้รับผิดชอบงานทุกระดับทราบ นโยบาย แนวทางการดำเนินงานเด็กปฐมวัย 2. มีการ ขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ บูรณาการร่วมกับกระทรวงที่เกี่ยวข้อง และภาคีเครือข่ายถึงประชาชนผู้ปกครอง	1. พัฒนาศักยภาพ บุคลากร ครู ตามบริบทและความต้องการของพื้นที่ 2. สร้างความตระหนักรู้ ตามบริบทและความต้องการของพื้นที่ 3. พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานในทุกระดับเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมด ตามช่วงอายุที่กำหนด ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ 4. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามเกณฑ์และมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25) 5. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม ภายใน 30 วัน (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95) 6. ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน (ร้อยละ 15)	1. ทุกจังหวัดดำเนินการหัตถ์จรรย 1,000 วัน Plus 2,500 วัน 2. WCC คุณภาพ 3. ยกระดับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพผ่านเกณฑ์การประเมิน	1. ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 86) 2. ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 64) 3. ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน (ร้อยละ 15)
-----------------	---	---	--	---



ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
4.ร้อยละของเด็กอายุ 6- 14 ปี สูงดีสมส่วน



1 แผนพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
5.ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน

1 แผนพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

6.ส่งเสริมการมีบุตร (2 KPIs)

- ร้อยละของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร
- การกแรกเกิดได้รับการคัดกรอง IEM (40 โรค) ร้อยละ 50

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : โรงพยาบาลอุดรธานี/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : .รพศ./รพท./รพช./สสอ./รพสต./ภาคีเครือข่าย/ศอต.8/ศจ.8/สคร.8/สำนักงานการแพทย์

แผนงานที่ 1 พัฒนาระบบบริการอนามัย แม่และเด็ก

ประเด็น Quick Win : ส่งเสริมการมีบุตร

วิสัยทัศน์ “เป็นเครือข่ายบริการสุขภาพอนามัยแม่และเด็กระดับเขตที่มีคุณภาพ ไร้รอยต่อ”

เป้าหมาย	มีเอกภาพ	มีคุณภาพและปลอดภัย	ยกระดับศักยภาพ	มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด	รพ.ระดับ A, S, M รับ การส่งต่อดูแลกรณี 1.การประเมินสาเหตุ สืบค้นเพื่อหาสาเหตุภาวะมีบุตรยากเบื้องต้น 2.การรักษาโรคที่เป็นสาเหตุ 3.การกระตุ้นไข่และเหนี่ยวนำการตกไข่ 4.การฉีดอสุจิเข้าโพรงมดลูก (IUI: Intrauterine insemination)	1.รพ.ทุกระดับจัดตั้ง คลินิกส่งเสริมการมีบุตร	1.รพ.ระดับ A, S สามารถดำเนินการ MD Level 2 2.รพ.ระดับ M มีแผนในการ ดำเนินการ MD Level 2	โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริม การมีบุตร ร้อยละ 100
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวนเด็กเกิดใหม่ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 มีแนวโน้มลดต่ำลงอย่างต่อเนื่อง จากเดิมเคยมีเด็กเกิดไม่ต่ำกว่า ปีละ 49,000 คน ในช่วงปี พ.ศ. 2558-2564 ลดลง เหลือ 49,860, 49,901, 13572, 49,033, 47,404, 44,272, 40,884 คน ในปี 2565 และในปี 2566 จำนวนการเกิดของเด็ก ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 35,030 และ 34,224 คน มีแนวโน้มต่ำกว่า 35,000 คน รพ.ในเขตสุขภาพ ที่ 8 สามารถให้บริการ MD Level 2 เพียง 1 แห่ง คือ รพ.อุดรธานี			
GAP	1. บุคลากรยังไม่ได้พัฒนาศักยภาพเตรียมทีมในการดูแลส่งเสริมการมีบุตรยาก 2.ขาดเครื่องมือ ครุภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ และยาสำหรับใช้ในการส่งเสริมการมีบุตรยาก			
ยุทธศาสตร์	กลยุทธ์ที่ 1 : ส่งเสริมสนับสนุนระบบการ ค้นหาหญิงวัยเจริญพันธุ์และคู่สมรส เพื่อ เตรียมความพร้อมในการมีบุตร	กลยุทธ์ที่ 2 : พัฒนาคุณภาพคลินิกส่งเสริม การมีบุตร	กลยุทธ์ที่ 3 : นิเทศ กำกับ ดูแล Coaching on the job training	กลยุทธ์ที่ 4 : สนับสนุนให้เกิดกระบวนการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระบบฐานข้อมูลอนามัย แม่และเด็ก
มาตรการ	1.มอบนโยบายและพัฒนาศักยภาพ บุคลากรและเครือข่าย 2.รพศ./รพท./Node ปฏิบัติตามข้อตกลง ร่วมระหว่างสหสาขาวิชาชีพในการส่งเสริม การมีบุตร	1.รพ.ทุกระดับจัดตั้งคลินิกส่งเสริมการมี บุตร MD Level 1 2.รพ.ระดับ A, S, M จัดทำแผนพัฒนา ศักยภาพการดำเนินการยกระดับเป็น MD Level 2	1.นิเทศ กำกับ Coaching 2.ประชาสัมพันธ์เชิงรุกเพื่อการเข้าถึงหญิง วัยเจริญพันธุ์/คู่สมรสเพื่อเตรียมความ พร้อมการมีบุตร 3.อบรมหลักสูตร MD1/MD2	1.จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้/ถอดบทเรียน ระบบการดูแล 2.จัดทำระบบฐานข้อมูลอนามัยแม่และเด็ก และตัวชี้วัดสำคัญ
กิจกรรมหลัก	1.จัดตั้งคลินิกส่งเสริมการมีบุตรและทีม ให้บริการ 2.คัดกรองค้นหาหญิงวัยเจริญพันธุ์และคู่ สมรส เพื่อเตรียมความพร้อมในการมีบุตร	1.จัดทำ แนวทางการดูแลส่งต่อภาวะมีบุตร ยาก	1.หน่วยบริการทุกระดับจัดทำอบรม หลักสูตร MD1/MD2	1.จัดทำฐานข้อมูลระบบเฝ้าระวัง กำกับ ติดตามและคืนข้อมูลของเครือข่ายสุขภาพ อนามัยแม่และเด็กในทุกระดับ

1 แผนพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

6.ส่งเสริมการมีบุตร (2 KPIs) (ต่อ)

- 1) ร้อยละของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร
- 2) การรณรงค์ได้รับการคัดกรอง IEM (40 โรค) ร้อยละ 50

	3.ให้คำปรึกษาเรื่องการมีบุตร 4.บริการวางแผนครอบครัว 5.ประเมินและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตเพื่อเพิ่มโอกาสการตั้งครรภ์ 6.ส่งต่อสูติแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อประเมิน ค้นหาสาเหตุภาวะการมีบุตรยาก 7.รักษาโรคที่เป็นสาเหตุ 8.การกระตุ้นไข่และเหนี่ยวนำการตกไข่ 9.การฉีดอสุจิเข้าโพรงมดลูก	2.จัดทำสื่อความรู้ด้านสุขภาพแม่และเด็ก ครอบครัว ผู้ดูแล ชุมชน ในการส่งเสริมการมีบุตร ทุกช่องทาง	2.ประชาสัมพันธ์เพื่อการเข้าถึงหญิงวัยเจริญพันธุ์/คู่สมรสเพื่อเตรียมความพร้อมการมีบุตร	2.จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้/ถอดบทเรียนระบบการดูแล
ระดับความสำเร็จ	ไตรมาสที่ 1 1. ร้อยละ 100 ของ รพ. ทุกระดับมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร - รพ.แม่ข่าย MD Level 2 - รพ.ลูกข่าย MD Level 1 2. สํารวจข้อมูลพื้นฐานและวิเคราะห์ความพร้อมของหน่วยบริการและแผนการขับเคลื่อนการส่งเสริมการมีบุตร 3. บุคลากรที่เกี่ยวข้องได้รับการอบรมหลักสูตร MD 1 การให้คำปรึกษา เรื่องการรักษาภาวะมีบุตรยาก - แพทย์ - พยาบาล - เทคนิคการแพทย์ - เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง 4. มีระบบปรึกษา-ส่งต่อเรื่องการมีบุตรยาก	ไตรมาสที่ 2 1. ร้อยละ 50 รพศ./รพท. มีการจัดบริการฉีดเชื้ออสุจิเข้าสู่โพรงมดลูกโดยตรง (IUI) ตามศักยภาพ 2. หน่วยบริการสนับสนุนให้ -สูติแพทย์ -พยาบาล -นักเทคนิคการแพทย์ -เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เข้ารับอบรม หลักสูตร MD 2 3. ร้อยละ 100 ของ รพ. ทุกระดับมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร	ไตรมาสที่ 3 1.ร้อยละ 100 ของ รพ. ทุกระดับมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร 2.ร้อยละ 70 รพศ./รพท. มีการจัดบริการฉีดเชื้ออสุจิเข้าสู่โพรงมดลูกโดยตรง (IUI) ตามศักยภาพ	ไตรมาสที่ 4 1.ร้อยละ 100 ของ รพ. ทุกระดับมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร 2.ร้อยละ 100 รพศ./รพท.มีการจัดบริการฉีดเชื้ออสุจิเข้าสู่โพรงมดลูกโดยตรง (IUI) ตามศักยภาพ 3.รายงานจำนวนผู้ได้รับการรักษาภาวะมีบุตรยาก 4.หน่วยบริการสนับสนุนให้แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเข้ารับอบรมการให้ คำปรึกษา เรื่อง การรักษาภาวะมีบุตรยาก 5.ถอดบทเรียน/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมการมีบุตร

1 แผนพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

7. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : โรงพยาบาลสกลนคร

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : โรงพยาบาลจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 8

แผนงานการพัฒนาบริการ (Service Plan) สาขาทารกแรกเกิด

เป้าหมาย	มีเอกภาพ	มีคุณภาพและปลอดภัย	ยกระดับศักยภาพ	มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด	อัตราตายทารกแรกเกิด ≤ 28 วัน(3.6:1000 การเกิดมีชีวิต)			
สถานการณ์/ข้อมูลพื้นฐาน	เขตสุขภาพที่ 8 มีจำนวนทารกเกิดมีชีวิต จำนวน 35,342 ราย อัตราการตายทารกแรกเกิดเท่ากับ 3.3 ต่อพันการเกิดมีชีวิต สาเหตุการตายทารก ได้แก่ Birth asphyxia, PPHN และทารกมีความพิการแต่กำเนิด (Birth defect) จำนวนเตียง NICU 77 เตียง เตียงSNB 222 เตียง ยังมีทารกที่ต้องส่งต่อออกนอกเขต คือทารกที่มีปัญหา complex heart Disease			
ยุทธศาสตร์/มาตรการ	1 : สร้างการมีส่วนร่วมเครือข่ายในการส่งเสริมการตั้งครร์ที่มีคุณภาพ/คัดกรองทารกแรกเกิด		2.พัฒนาคุณภาพมาตรฐานการบริการทารกแรกเกิด	3.พัฒนาระบบฐานข้อมูล
กิจกรรมหลัก	1. ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่าน สาขา MCH ในประเด็น - การคัดกรอง - การส่งเสริมการตั้งครร์ที่มีคุณภาพ - พัฒนาระบบ ANC LR ที่มีคุณภาพ - การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ลดปัจจัยเสี่ยงของหญิงตั้งครร์ 2. ส่งเสริมการคัดกรองทารกแรกเกิด		1.พัฒนาการส่งต่อ intrauterine transfer 2.พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านทักษะการดูแลทารกแรกคลอด(อบรม NCPR +STABLE) 3.พัฒนาศักยภาพการดูแลทารกป่วยทุกระดับสถานบริการ (เครื่องมือ,บุคลากร) 4.นิเทศ เยี่ยมเสริมพลัง 5.พัฒนาระบบการส่งต่อและรับกลับเพื่อลดความแออัด	1. พัฒนาศักยภาพการรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล 2. พัฒนาข้อมูลเพื่อการส่งต่อ/ดูแลต่อเนื่องและเชื่อมโยงข้อมูล COC และ LTC
ระดับความสำเร็จ	ไตรมาส 1 (3 เดือน) 1.อัตราตายทารกแรกเกิด น้อยกว่า 3.6:1000 การเกิดมีชีวิต)	ไตรมาส 2 (6 เดือน) 1.อัตราตายทารกแรกเกิด น้อยกว่า 3.6:1000 การเกิดมีชีวิต)	ไตรมาส 3 (9 เดือน) อัตราตายทารกแรกเกิด น้อยกว่า 3.6:1000 การเกิดมีชีวิต)	ไตรมาส 4 (12 เดือน) อัตราตายทารกแรกเกิด น้อยกว่า 3.6:1000 การเกิดมีชีวิต)



2 แผนพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

8.อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน



ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

ตัวชี้วัดที่ 9 1) ร้อยละของวัยทำงานอายุ 19 - 59 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ

2) วัยทำงานอายุ 19 - 59 ปี มีรอบเอวปกติ (ไม่เกินส่วนสูง/2)

3) วัยทำงานอายุ 25-59 ปี ที่มีการเตรียมการเพื่อยามสูงอายุด้านสุขภาพโดยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

แผนงานที่ แผนงานการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

โครงการ ส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน เพื่อเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุ แบบบูรณาการ

เป้าหมาย	มีเอกภาพ	มีคุณภาพและปลอดภัย	ยกระดับศักยภาพ	มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด	1.วัยทำงานอายุ 19 - 59 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 53 2.วัยทำงานอายุ 19 - 59 ปี มีรอบเอวปกติ (ไม่เกินส่วนสูง/2) ร้อยละ 57 3.วัยทำงานอายุ 25-59 ปี ที่มีการเตรียมการเพื่อยามสูงอายุด้านสุขภาพโดยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 48.68			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	สถานการณ์สุขภาพวัยทำงาน อายุ 19 - 59 ปี เขตสุขภาพที่ 8 ในปี 2564-2566 พบว่ามีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ที่อยู่ในเกณฑ์ปกติมีแนวโน้มลดลง ร้อยละ 51.6, 50.9 และ 49.9 ตามลำดับ ประกอบกับในปีเดียวกันพบว่าความชุกของภาวะอ้วนในกลุ่มวัยทำงานมีแนวโน้มสูงขึ้น ร้อยละ 23.6, 23.8 และ 24.6 ตามลำดับ (Health data center 2564-2566) นอกจากนี้พบว่าในปี 2564-2566 วัยทำงาน มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ลดลง ร้อยละ 45.2, 46.6 และ 42.1 ตามลำดับ (H4U Plus 2564-2566, กรมอนามัย)			
GAP				
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	กลยุทธ์ที่ 1 : การผลักดันและขับเคลื่อนนโยบาย	กลยุทธ์ที่ 2 : การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	กลยุทธ์ที่ 3 : การพัฒนาศักยภาพบุคลากร	กลยุทธ์ที่ 4 : บูรณาการภาคีเครือข่าย และการกำกับติดตาม ประเมินผล
กิจกรรมหลัก	1.สนับสนุนการจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกับภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนนโยบาย มาตรการสร้างเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของประชาชนวัยทำงาน 2.การผลักดันและขับเคลื่อนนโยบาย มาตรการสร้างเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของประชาชนวัยทำงาน	1.พัฒนาระบบฐานข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ร่วมกับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ครอบครัว ชุมชน และสถานประกอบการ) 2.การพัฒนา Digital Health Platform การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมวัยทำงาน สร้างกระแสผ่านสื่อออนไลน์ พัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ 3.พัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมเพื่อพัฒนาการบริการส่งเสริมสุขภาพตามวิถีชีวิตใหม่	1.การพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ผ่าน E-training ด้านการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน (ผ่านผู้นำด้านสุขภาพ Health Leader, Health Promoter, บุคลากร สร.,) 2.E-training ด้านการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน สำหรับประชาชน ผ่าน Digital Health Platform	1.เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ 2.การพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลผ่าน Digital Health Platform

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
ตัวชี้วัดที่ 9 (ต่อ)

ระดับความสำเร็จ	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4
	1. ประชุมชี้แจงการดำเนินงาน/แนวทางการดำเนินงาน ประสานงานกับภาคีเครือข่าย 2. มีแผนปฏิบัติการร่วมกับภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อน 3. อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรและแกนนำส่งเสริมสุขภาพครอบครัว ชุมชน 4. การพัฒนาศักยภาพประชาชนด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ออกกำลังกายขึ้นพื้นฐาน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 5. พื้นที่ที่มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานเมนูสุขภาพ Healthy Canteen หวานน้อยสั่งได้ และประชาสัมพันธ์การใช้งานโปรแกรม Food4Health	1. วิทยากรอายุ 19 - 59 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 52.5 2. วิทยากรอายุ 19 - 59 ปี มีรอบเอวปกติ (ไม่เกินส่วนสูง/2) ร้อยละ 56 3. วิทยากรอายุ 25-59 ปี ที่มีการเตรียมการเพื่อยามสูงอายุด้านสุขภาพโดยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 42.13 4. มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและแกนนำส่งเสริมสุขภาพครอบครัว ชุมชน ในพื้นที่ ร้อยละ 50 (1,300 คน : 100 คน ต่อเขตสุขภาพ) 5. พื้นที่ที่มีการจัดบริการด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในครอบครัว และชุมชน ร้อยละ 50 (จังหวัดละ 2 ชุมชน: 7 ชุมชน) 6. สถานประกอบกิจการต้นแบบระดับเครือข่าย (NODE) จำนวน 1 แห่ง 7. จำนวนประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 27,522 คน 8. โรงอาหารที่ผ่านการรับรองโรงอาหารปลอดภัยใส่ใจสุขภาพ จำนวน 9 แห่ง 9. ร้านอาหารที่มีเมนูผ่านการรับรองเมนูสุขภาพ 490 ร้าน	1. วิทยากรอายุ 19 - 59 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 52.75 2. วิทยากรอายุ 19 - 59 ปี มีรอบเอวปกติ (ไม่เกินส่วนสูง/2) ร้อยละ 56.5 3. วิทยากรอายุ 25-59 ปี ที่มีการเตรียมการเพื่อยามสูงอายุด้านสุขภาพโดยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 45 4. มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและแกนนำส่งเสริมสุขภาพครอบครัว ชุมชนในพื้นที่ ร้อยละ 75 (210 คน : 30คน ต่อจังหวัด) 5. พื้นที่ที่มีการจัดบริการด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในครอบครัว และชุมชน ร้อยละ 75 (จังหวัดละ 2 ชุมชน : 14 ชุมชน) 6. สื่อสาร รณรงค์การขับเคลื่อน Healthy Meeting ในระดับหน่วยงาน	1. วิทยากรอายุ 19 - 59 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 53 2. วิทยากรอายุ 19 - 59 ปี มีรอบเอวปกติ (ไม่เกินส่วนสูง/2) ร้อยละ 57 3. วิทยากรอายุ 25-59 ปี ที่มีการเตรียมการเพื่อยามสูงอายุด้านสุขภาพโดยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 48.68 4. มีแกนนำส่งเสริมสุขภาพครอบครัว ชุมชน ได้ร้อยละ 100 (280 คน : จังหวัดละ 40 คน) 5. พื้นที่ที่มีการจัดบริการด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในครอบครัว และชุมชนได้ร้อยละ 100 (จังหวัดละ 2 ชุมชน : 14 ชุมชน) 6. มีรูปแบบ/นวัตกรรม ครอบครัว ชุมชนรอบรู้สุขภาพ 1 เรื่อง (เขตสุขภาพละ 1 เรื่อง) 7. สถานประกอบกิจการมีการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร จำนวน 14 แห่ง 8. จำนวนประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 41,699 คน 9. โรงอาหารที่ผ่านการรับรองโรงอาหารปลอดภัยใส่ใจสุขภาพ จำนวน 21 แห่ง 10. ร้านอาหารที่มีเมนูผ่านการรับรองเมนูสุขภาพ 700 ร้าน

3 แผนพัฒนาการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

10.ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

11.ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง (2 KPIs)

14.ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี $\geq$ ร้อยละ 40

15.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันได้ดี $\geq$ ร้อยละ 60

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : เขตสุขภาพที่ 8 สสจ. สสอ. รพ. รพ.สต. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายดำเนินงานในพื้นที่

แผนงานที่ 4 โครงการพัฒนาและขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs)	
เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	1. ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน $\geq$ ร้อยละ 90 2. ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยความดันโลหิตสูง $\geq$ ร้อยละ 90 3. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน $\geq$ ร้อยละ 72 4. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง $\geq$ ร้อยละ 85 5. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี $\geq$ ร้อยละ 40 6. ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี $\geq$ ร้อยละ 60 7. จังหวัดดำเนินการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมต่อเนื่อง (7 จังหวัด) ร้อยละ 100
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	โรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศ ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับสถานการณ์ระดับโลก จากการรายงานข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2557-2561 พบอัตราการเสียชีวิตอย่างหยาบอันมีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อที่สำคัญมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประเทศไทย โดยในปี พ.ศ.2561 โรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุการตาย 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็งรวมทุกประเภท รองลงมาคือ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2566 ผลการดำเนินงานคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 80.24 และ 80.21 ตามลำดับ (เป้าหมาย ร้อยละ 90) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 75.55 (เป้าหมายร้อยละ ≥ 70) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 93.55 (เป้าหมายร้อยละ ≥ 93) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 28.55 (เป้าหมายร้อยละ ≥ 40) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 59.66 (เป้าหมายร้อยละ ≥ 60)
GAP	- การคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ไม่ผ่านเกณฑ์ - การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไม่ผ่านเกณฑ์ - ผลสำรวจโซเดียมในตัวอย่างอาหาร 7 จังหวัด พบร้อยละตัวอย่างอาหารตามค่าความเข้มข้นของโซเดียมที่ระดับเริ่มเค็มและเค็มมาก สูงกว่าร้อยละ 50 ทั้ง 7 จังหวัด - ผลกระทบจากการกระจายอำนาจถ่ายโอนภารกิจระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสถานเฝ้าระวังเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพ 60 พรรษา นวมินทราชินี ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด อาทิเช่น การประสานงานระหว่างภาคีเครือข่ายและการบริหารจัดการระบบสาธารณสุข ระบบการรักษาและส่งต่อ การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา ระบบข้อมูลสุขภาพ ซึ่งส่งผลกระทบต่อเข้าถึงระบบบริการการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมและการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อในพื้นที่ตามมา

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

10.ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

11.ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง (2 KPIs)

14.ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี $\geq$ ร้อยละ 40

15.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันได้ดี $\geq$ ร้อยละ 60

ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	กลยุทธ์ที่ 1 : ขับเคลื่อนนโยบายและ เสริมสร้างความร่วมมือ	กลยุทธ์ที่ 2 : ส่งเสริมสุขภาพและลด ความเสี่ยง	กลยุทธ์ที่ 3 : เสริมสมรรถนะของระบบ บริการสุขภาพ	กลยุทธ์ที่ 4 : พัฒนาระบบข้อมูล/ระบบเฝ้าระวัง
กิจกรรมหลัก	- ขับเคลื่อนแผนและนโยบายสำคัญด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ - บูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน - สนับสนุน กำกับ ติดตาม ประเมินผล การดำเนินงาน	- สนับสนุนขับเคลื่อนแนวทางแนวทาง การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ - พัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง - รณรงค์สื่อสารความเสี่ยงด้านโรคไม่ติดต่อ	- สนับสนุน ขับเคลื่อน การพัฒนาระบบ บริการในพื้นที่ - สนับสนุนการประเมินรับรองคุณภาพ ระบบบริการในพื้นที่	- สนับสนุนการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง การเชื่อมโยงข้อมูล การแสดงผล การคัดกรอง สุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงแบบออนไลน์ - สนับสนุน วิชาการ แนวทาง เครื่องมือ ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ
ระดับความสำเร็จ	<u>ไตรมาสที่ 1</u> - แผนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยบูรณาการภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง - ร้อยละของ ปชก. อายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจัย DM และ HT $\geq$ ร้อยละ 30	<u>ไตรมาสที่ 2</u> - ร้อยละของ ปชก. อายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจัย DM และ HT $\geq$ ร้อยละ 60 - ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วย DM และ HT (DM $\geq$ ร้อยละ 35, HT $\geq$ ร้อยละ 60) - ร้อยละผู้ป่วย DM และ HT ที่ควบคุมได้ดี (DM $\geq$ ร้อยละ 20, HT $\geq$ ร้อยละ 40) - ทบทวนบันทึกความเข้าใจ (MOU) หรือข้อตกลงความร่วมมือ หรือคำสั่ง คณะกรรมการ/คณะทำงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด และจัดทำแผนปฏิบัติการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด	<u>ไตรมาสที่ 3</u> - ร้อยละของ ปชก. อายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจัย DM และ HT $\geq$ ร้อยละ 80 - ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วย DM และ HT (DM $\geq$ ร้อยละ 55, HT $\geq$ ร้อยละ 75) - ร้อยละผู้ป่วย DM และ HT ที่ควบคุมได้ดี (DM $\geq$ ร้อยละ 30, HT $\geq$ ร้อยละ 50) - ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด	<u>ไตรมาสที่ 4</u> - ร้อยละของปชก. อายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจัย DM และ HT $\geq$ ร้อยละ 90 - ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วย DM และ HT (DM $\geq$ ร้อยละ 72, HT $\geq$ ร้อยละ 85) - ร้อยละผู้ป่วย DM และ HT ที่ควบคุมได้ดี (DM $\geq$ ร้อยละ 40, HT $\geq$ ร้อยละ 60) - ร้อยละของประชาชนในจังหวัดเป้าหมาย มีความตระหนักรู้ความเสี่ยงการบริโภคเกลือและโซเดียม $\geq$ ร้อยละ 60

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
 12.ร้อยละของจังหวัดที่มีการขับเคลื่อนกลไกเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ภายใต้ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562

แผนงานการขับเคลื่อนมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม
ภายใต้ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 ปี 2567

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดความสำเร็จ ปี 2567 : ร้อยละของจังหวัดที่มีการขับเคลื่อนกลไกเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ภายใต้ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 (ร้อยละ 60) เป้าหมายเขต : ยกระดับศักยภาพ			
สถานการณ์/ข้อมูลพื้นฐาน	ตามที่พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา และมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 19 กันยายน 2562 เป็นต้นมา มีอนุบัญญัติที่มีผลใช้บังคับแล้ว จำนวน 16 ฉบับ โดยกลไกการดำเนินงาน ประกอบด้วย (1) คณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีกรมควบคุมโรคเป็นฝ่ายเลขานุการ (2) คณะกรรมการควบคุมโรค จังหวัด/กทม. (3) หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม (EnvOcc CU) โดยเชื่อมโยงกับหน่วยบริการ นายจ้าง / ผู้ประกอบการแหล่งผลิต ลูกจ้าง แรงงานนอกระบบ ประชาชนที่ได้รับหรืออาจได้รับมลพิษ การดำเนินงานในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด ครอบคลุม 7 จังหวัด และจังหวัดมีคำสั่งแต่งตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรค EnvOcc (EnvOcc CU) ครอบคลุม 7 จังหวัด			
GAP	ปัจจุบันการแจ้ง การรายงานผู้ป่วยโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมยังพบน้อยกว่าความเป็นจริง ซึ่งทำให้ไม่ผู้ป่วย/สงสัยว่าป่วย ไม่ได้เข้าสู่กระบวนการสอบสวนโรคเพื่อหาสาเหตุอันจะนำไปสู่การป้องกันควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนผู้ป่วยไม่ได้เข้าสู่กระบวนการรักษาเนื่องจากไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจากการประกอบอาชีพหรือโรคจากสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้เนื่องจากจังหวัดขาดแนวทางการแจ้ง การรายงาน การสอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมที่ชัดเจน ขาดการวิเคราะห์และจัดทำสถานการณ์โรคเพื่อนำไปสู่การกำหนดมาตรการที่เหมาะสมสำหรับการแก้ปัญหาในพื้นที่ ตลอดจนความพร้อมและศักยภาพของหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรค EnvOcc (EnvOcc CU)			
ยุทธศาสตร์/มาตรการ	มาตรการที่ 1 : การขับเคลื่อนกลไกการเฝ้าระวัง การป้องกัน การควบคุมโรคตามกฎหมาย	มาตรการที่ 2 : ขับเคลื่อนมาตรการเฝ้าระวัง การป้องกัน ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม	มาตรการที่ 3 : การสื่อสาร สร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ พ.ร.บ. ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562	มาตรการที่ 4 : -
กิจกรรมหลัก	1. พัฒนา ระบบการแจ้ง การรายงาน การสอบสวนโรคฯ ของจังหวัด 2. พัฒนาศักยภาพหน่วยปฏิบัติการ ควบคุมโรค EnvOcc (EnvOcc CU) 3. ชี้แจงแผนระบบการแจ้ง การรายงาน การสอบสวนโรคฯ ของจังหวัด	1. จัดทำสถานการณ์โรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม และกำหนดมาตรการเฝ้าระวังฯ ในพื้นที่ 2. ขับเคลื่อนมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ฯ หรือ ตามปัญหาของพื้นที่ และเสนอมาตรการต่อคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด / กทม. เป็นต้น 3. ประเมินผลลัพธ์ของมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม	1. วิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการตามกลไก พ.ร.บ. เพื่อสื่อสารประชาสัมพันธ์ 2. ประเมิน การเข้าถึง เข้าใจเกี่ยวกับ พ.ร.บ.ฯ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน ก่อนทำการสื่อสาร 3. ดำเนินการสื่อสาร สร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ พ.ร.บ.ฯ ในกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้ (1) กลุ่มนายจ้าง (2) ลูกจ้าง (3) แรงงานนอกระบบ (4) ประชาชนที่ได้รับหรืออาจได้รับมลพิษ (5) เจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษ (6) หน่วยบริการ(7) พนักงานเจ้าหน้าที่ ผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น social media วิทเซอร์ชุน หอกระจายข่าว สื่อชุมชน สื่อสิ่งพิมพ์ เป็นต้น - ประเมิน การเข้าถึง เข้าใจเกี่ยวกับ พ.ร.บ.ฯ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน หลังทำการสื่อสาร	-
ระดับความสำเร็จ	ไตรมาสที่ 1 - มีแผนพัฒนาระบบการแจ้ง การรายงาน การสอบสวนโรคฯ ของจังหวัด - มีสถานการณ์โรคฯ และกำหนดมาตรการเฝ้าระวังฯ ในพื้นที่ - มีการประเมิน การเข้าถึง เข้าใจเกี่ยวกับ พ.ร.บ.ฯ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน ก่อนทำการสื่อสาร - สื่อสาร สร้างความรู้ ความเข้าใจไปยังกลุ่มเป้าหมาย 7 กลุ่ม	ไตรมาสที่ 2 - มีแนวทางการแจ้ง การรายงาน การสอบสวนโรคฯ ของจังหวัด(มีกระบวนการและผู้รับผิดชอบชัดเจน) - ขับเคลื่อนมาตรการ เฝ้าระวังฯ ผ่านกลไก คณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด หรือคณะกรรมการอื่นๆที่เกี่ยวข้อง - ติดตามการสื่อสาร การรับรู้และความเข้าใจ ในกลุ่มเป้าหมาย 7 กลุ่ม ภายใต้ พ.ร.บ.ฯ	ไตรมาสที่ 3 - ชี้แจงแผนพัฒนาระบบการแจ้ง การรายงาน การสอบสวนโรคฯ ของจังหวัด - ขับเคลื่อนมาตรการ เฝ้าระวังฯ ผ่านกลไก คณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด หรือคณะกรรมการอื่นๆที่เกี่ยวข้อง - ประเมิน การเข้าถึง เข้าใจเกี่ยวกับ พ.ร.บ.ฯ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน หลังทำการสื่อสาร	ไตรมาสที่ 4 - สรุปผลการดำเนินงานการขับเคลื่อนมาตรการ เฝ้าระวังฯ - ร้อยละ 80 ของเหตุการณ์ด้านโรค EnvOcc ได้รับการสอบสวนตามแผนปฏิบัติการ ควบคุมโรคกำหนด

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

13. ทัศนคติความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก :ศูนย์อนามัยที่ 8 กรมอนามัย.....

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม :

แผนงานที่ 1..การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ).....

โครงการ...การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน.....

เป้าหมาย	มีเอกภาพ	มีคุณภาพและปลอดภัย	ยกระดับศักยภาพ	มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด	ทัศนคติความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	จากการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2562 สะท้อนให้เห็นว่าคนไทยอีกกว่าร้อยละ 19 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอที่จะใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารและบริการต่างๆ ที่มีอยู่ในสังคม โดยเฉพาะประชากรที่มีฐานะยากจน ไม่ได้รับการจ้างงาน ผู้ที่เข้าถึงการบริการด้านสุขภาพพื้นฐาน ฉะนั้นการปรับเปลี่ยนปัจจัยกำหนดสุขภาพข้างต้นอาจทำได้ยากกว่าการปรับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมและยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน ดังนั้น การยกระดับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นด้านสุขภาพ เพื่อสร้างระบบนิเวศให้เอื้อต่อการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับบุคคลด้วยความเท่าเทียมและเสมอภาค และไม่มองข้ามกลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยง จึงมีความสำคัญในการช่วยลดความเหลื่อมล้ำในสังคมและยกระดับคุณภาพชีวิตของคนบนแผ่นดินไทย			
GAP	ประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอที่จะใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารและบริการต่างๆ ที่มีอยู่ในสังคม ส่วนใหญ่มีฐานะยากจน ไม่ได้รับการจ้างงาน ผู้ที่เข้าถึงการบริการด้านสุขภาพพื้นฐาน ซึ่งจัดเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด โดยประชากรกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จำเป็นต้องเข้าถึงการบริการและความช่วยเหลือทางสังคมอย่างมีคุณภาพ			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	กลยุทธ์ที่ 1 : ยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนให้สามารถจัดการสุขภาพและลดภัยคุกคามที่ส่งผลต่อสุขภาพได้	กลยุทธ์ที่ 2 : พัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายในการสร้างความรู้และจัดการสุขภาพภาวะ	กลยุทธ์ที่ 3 : สนับสนุนให้หน่วยงานทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนเพื่อลดภัยคุกคามที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาสุขภาพคนไทย	กลยุทธ์ที่ 4 : พัฒนาระบบเฝ้าระวังและการสื่อสารความรอบรู้ด้านสุขภาพ
กิจกรรมหลัก	1. สร้างความตระหนักและสนับสนุนให้ประชาชนมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม 2. พัฒนา 6 ทักษะสำคัญ ให้ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มวัย (ประกอบด้วยทักษะการเข้าถึงบริการสุขภาพและข้อมูลสุขภาพ ทักษะทางปัญญาในการทำความเข้าใจข้อมูล ทักษะทางสังคมในการสืบค้นได้ตอบ	1. พัฒนาศักยภาพ และเครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนให้เหมาะสมตามกลุ่มวัย บริบทพื้นที่ และกลุ่มที่มีความต้องการเฉพาะ 2. พัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครประจำครอบครัว จิตอาสา และภาคีเครือข่ายอื่นๆ ให้สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการ	1. ผลักดันให้เกิดนโยบายและมาตรการการดำเนินงานความรอบรู้ด้านสุขภาพในสถานประกอบกิจการ 2. พัฒนาศักยภาพต้นแบบและชุมชนต้นแบบด้านสุขภาพ 3. เพิ่มสมรรถนะบุคลากรด้านการแพทย์ การพยาบาลและการสาธารณสุขเพื่อเป็น	1. พัฒนาระบบสารสนเทศ การสื่อสารและยกระดับระบบตอบโต้ความเสี่ยงด้านสุขภาพ เพื่อลดภัยคุกคามที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาสุขภาพคนไทย 2. บูรณาการระบบเฝ้าระวังและกลไกการสื่อสารเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกระดับ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

13. ทัศนคติรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (ต่อ)

กิจกรรมหลัก	ชักถาม ทักทายการตัดสินใจด้วยข้อมูลที่เพียงพอ ทักทายการปรับตนเองให้มีสุขภาพดี และทักษะทางสังคมในการบอกต่อเรื่องราวความสำเร็จในการจัดการสุขภาพ 3. สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อเป็นแกนนำในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4. สร้างระบบการสื่อสารด้วยเทคโนโลยีสื่อที่ทันสมัย และหลากหลายช่องทางการเข้าถึงสื่อและข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ	สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและจัดการสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน	นักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมืออาชีพ (HL Coach)	
ระดับความสำเร็จ	ไตรมาสที่ 1 (3 เดือน) - พัฒนาระบบสาสุข อุ้งใจ ชาเลนจ์ ที่พร้อมเปิดระบบให้ภาคีเครือข่ายสถานบริการสุขภาพและประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพทุกกลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม - พัฒนาระบบการเฝ้าระวังตอบโต้ความเสี่ยงเพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ (RRHL)	ไตรมาสที่ 2 (6 เดือน) - องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ 3,000 แห่ง - ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ 3,000 แห่ง - การเฝ้าระวังตอบโต้ความเสี่ยงเพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ (RRHL) ร้อยละ 15	ไตรมาสที่ 3 (9 เดือน) - องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ 3,500 แห่ง - ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ 3,500 แห่ง	ไตรมาสที่ 4 (12 เดือน) - องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ 4,000 แห่ง - ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ 4,000 แห่ง - สถานบริการสุขภาพในเขตสุขภาพที่เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีเยี่ยม 39 แห่ง - สัดส่วนประชากรที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ ร้อยละ 71 - การเฝ้าระวังตอบโต้ความเสี่ยงเพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ (RRHL) ร้อยละ 30

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

16.ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 8

แผนงานที่ แผนพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุ

โครงการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและยกระดับความคุ้มครองผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2567

เป้าหมาย	มีเอกภาพ	มีคุณภาพและปลอดภัย	ยกระดับศักยภาพ	มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด	ร้อยละ 96.75 ของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	สถานการณ์ผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 8 พบว่า มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี 2564 – 2566 มีประชากรสูงอายุร้อยละ 17.86, 18.59 และ 19.40 ตามลำดับ โดยทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 8 เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว			
GAP	ปี 2564 – 2566 ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองจำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ในเขตสุขภาพที่ 8 มีแนวโน้มลดลง และเมื่อจำแนกผู้สูงอายุรายกลุ่มตาม ADL พบว่า กลุ่มติดสังคมหรือผู้ไม่มีภาวะพึ่งพิง มีแนวโน้มลดลง ร้อยละ 96.66, 96.31 และ 95.93 ตามลำดับ			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	กลยุทธ์ที่ 1 : ขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุ (Active ageing)	กลยุทธ์ที่ 2 : พัฒนาระบบการคุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	กลยุทธ์ที่ 3 : ส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพของผู้นำทางศาสนา	กลยุทธ์ที่ 4 : สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเอง
กิจกรรมหลัก	1.สนับสนุนการประเมินคัดกรอง/การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ผ่าน Digital Health Platform 2.ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลตามแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) 3.สนับสนุนการรวมกลุ่มเชิงสังคม/กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุให้ผ่านเกณฑ์คุณภาพด้านสุขภาพ 4.สนับสนุนการดำเนินงาน Age - Friendly Communities ร่วมกับภาคีเครือข่ายท้องถิ่น (อปท./ชมรมผู้สูงอายุ)	1.พัฒนาระบบคุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง Long Term Care และ Palliative Care ในชุมชน 2.ขับเคลื่อนการออกเทศบัญญัติ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรการควบคุมกำกับดูแลการประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้รับบริการ พ.ศ. 2564 3.ยกระดับมาตรฐานหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพและสมรรถนะของ CM/CG และผู้ดูแลผู้สูงอายุในเรือนจำ 4.บูรณาการความร่วมมือภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน	1.ขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพตามหลักศาสนาสูงพื้นที่ 2.พัฒนาระบบฐานข้อมูล ศาสนสถาน และสุขภาพผู้นำทางศาสนา 3.ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพ และความรู้ด้านสุขภาพของผู้นำทางศาสนา	1.สนับสนุนการสื่อสาร/การใช้องค์ความรู้เทคโนโลยีและนวัตกรรม เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองครอบครัว ชุมชน

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) 16.ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ)

แผนงานที่ แผนพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุ

โครงการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและยกระดับความคุ้มครองผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2567

กิจกรรมหลัก (ต่อ)	5.สนับสนุนการจัดบริการส่งเสริมและ ป้องกันทางทันตกรรมแบบผสมผสานตาม ความจำเป็น			
ระดับความ สำเร็จ	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4
	1. ประชุมชี้แจงการดำเนินงาน/ แนวทางการดำเนินงาน 2. พื้นที่จัดทำแผนการขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน 3. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินและ คัดกรองสุขภาพเบื้องต้น 4. พัฒนาศักยภาพบุคลากร/ ภาคีเครือข่าย 5. พัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพ ผู้สูงอายุ/ผู้นำทางศาสนา 6. พัฒนาคู่มือ/แนวทางการดำเนินงาน 7. สื่อสารณรงค์ การจัดบริการ ทันตสุขภาพและการจัดบริการ ฟันเทียม รากฟันเทียมในระดับพื้นที่	1. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ภาคีเครือข่าย ในการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุ 2. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินและคัดกรอง ADL อย่างน้อย ร้อยละ 60 3. ร้อยละ 25 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับ การดูแลตามแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness plan) 4. ดำเนินการพัฒนาพื้นที่ชุมชนที่เป็นมิตร กับผู้สูงอายุและผู้พิการ อย่างน้อยจังหวัด ละ 1 แห่ง 5. ชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 30 ของค่าเป้าหมาย 6. ร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะ พึ่งพิงเข้าถึงระบบบริการและได้รับการ เยี่ยมบ้านตามชุดสิทธิประโยชน์ 7. ร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะ พึ่งพิงในเรือนจำได้รับการดูแลสุขภาพ 8. ร้อยละ 25 ของเทศบาลนคร เทศบาล เมืองมีการออกเทศบัญญัติตามประกาศ กระทรวงสาธารณสุขฯ 9. ผู้สูงอายุและวัยก่อนสูงอายุได้รับการ ใส่ฟันเทียมและรากฟันเทียม	1. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินและคัดกรอง ADL อย่างน้อย ร้อยละ 70 2. ร้อยละ 45 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับ การดูแลตามแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness plan) 3. ดำเนินการพัฒนาพื้นที่ชุมชนที่เป็นมิตร กับผู้สูงอายุและผู้พิการ 4. ชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 50 ของค่าเป้าหมาย 5. ร้อยละ 25 ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะ พึ่งพิงเข้าถึงระบบบริการและได้รับการ เยี่ยมบ้านตามชุดสิทธิประโยชน์ 6. ร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะ พึ่งพิงในเรือนจำได้รับการดูแลสุขภาพ 7. ร้อยละ 28 ของเทศบาลนคร เทศบาล เมืองมีการออกเทศบัญญัติตามประกาศ กระทรวงสาธารณสุขฯ 8. ผู้สูงอายุและวัยก่อนสูงอายุได้รับการ ใส่ฟันเทียมและรากฟันเทียม (ฟันเทียมไม่น้อยกว่า 2,572 ราย รากฟัน เทียม 256 คน) 9. ผู้สูงอายุได้รับการทันตสุขภาพ	1. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินและคัดกรอง ADL อย่างน้อย ร้อยละ 80 2. ร้อยละ 96.75 ของผู้สูงอายุไม่มีภาวะ พึ่งพิง 3. ร้อยละ 64 ของผู้สูงอายุมีฟันแท้ใช้งาน อย่างน้อย 20 ซี่ 4. ร้อยละ 55 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับ การดูแลตามแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness plan) 5. พื้นที่ดำเนินการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตร กับผู้สูงอายุและผู้พิการ 14 ชุมชน 6. ชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพผ่านเกณฑ์ จำนวน 644 ชมรม (1 ชมรม/ตำบล) 7. ร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะ พึ่งพิงเข้าถึงระบบบริการและได้รับการ เยี่ยมบ้านตามชุดสิทธิประโยชน์ 8. ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะ พึ่งพิงในเรือนจำได้รับการดูแลสุขภาพ 9. ร้อยละ 30 ของเทศบาลนคร เทศบาล เมืองมีการออกเทศบัญญัติตามประกาศ กระทรวงสาธารณสุขฯ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
16.ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ)

แผนงานที่ แผนพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุ

โครงการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและยกระดับความคุ้มครองผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2567

		(พื้นที่ไม่น้อยกว่า 1,608 ราย รากฟันเทียม 160 คน) 10. ผู้สูงอายุได้รับการทันตสุขภาพ ร้อยละ 40 ของค่าเป้าหมาย 11. ศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 15 12. พัฒนาศักยภาพพระคิลานุปัฏฐาก/ผู้นำทางศาสนา ด้านสุขภาพ ร้อยละ 70 ของค่าเป้าหมาย	ร้อยละ 60 ของค่าเป้าหมาย 10. ศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 25 11. พัฒนาศักยภาพพระคิลานุปัฏฐาก/ผู้นำทางศาสนา ด้านสุขภาพ ร้อยละ 80 ของค่าเป้าหมาย	10. ผู้สูงอายุและวัยก่อนสูงอายุได้รับบริการใส่ฟันเทียมและรากฟันเทียม (พื้นที่ไม่น้อยกว่า 3,215 ราย รากฟันเทียม 391 คน) 11. ผู้สูงอายุได้รับการทันตสุขภาพ ร้อยละ 80 ของค่าเป้าหมาย 12. ศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 35 13. พระคิลานุปัฏฐากและผู้นำทางศาสนา ด้านสุขภาพ ร้อยละ 100 ของค่าเป้าหมาย
--	--	--	---	--

4 แผนพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
17.ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม หรือภาวะหกล้ม
และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (2 KPIs)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กรมการแพทย์

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม :

แผนงานที่1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการ พัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	1.ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ 1.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 50 1.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 60
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	เขตสุขภาพที่ 8 มีจำนวนประชากรสูงอายุตามทะเบียนราษฎร จำนวน 952,560 คน คิดเป็นร้อยละ17.29 ซึ่งก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) โดยจังหวัดที่มีสัดส่วนประชากรสูงอายุมากที่สุดคือจังหวัดเลย (ร้อยละ 19.93) รองลงมาคือจังหวัดหนองคาย (ร้อยละ 18.20) ซึ่งใกล้เคียงสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์(Aged Society) ในอีกไม่ช้า อำเภอที่เป็นสังคมผู้สูงอายุแล้วและมีสัดส่วนประชากรสูงอายุมากที่สุดในเขตสุขภาพที่ 8 คือ อำเภอท่าลี่ (ร้อยละ 23.94) อำเภอเชียงคาน (ร้อยละ 22.65) อำเภอศรีเชียงใหม่(ร้อยละ 21.39) อำเภอท่าบ่อ (ร้อยละ 21.37) และอำเภอเมืองเลย (ร้อยละ 21.32)
GAP	1. ความเสี่ยงสูงด้านสุขภาพ/NCDs/ ภาวะหกล้มและสมองเสื่อม 2. การเข้าถึงบริการฟื้นฟู รากฟันเทียม ยังไม่ครอบคลุม 3. อัตรากลุ่มติดบ้านค่อนข้างสูง /การพัฒนาศักยภาพบุคลากร Care Plan รายพื้นที่ ยังไม่ครอบคลุม 4. การบันทึกข้อมูล/รายงาน คลินิกผู้สูงอายุ ยังไม่ครบถ้วน
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
กิจกรรมหลัก	1. มีการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทุกระดับ (A-F3) ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด 2. จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ (A - F3) กำหนดแนวทาง ดังนี้ 1. มีระบบบริการที่ครอบคลุมการประเมินและการดูแล ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ 2. มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประจำคลินิกผู้สูงอายุ 3. มีการวินิจฉัย และ การวางแผนการดูแลผู้ป่วย 4. มีระบบข้อมูล/เชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการรับส่งต่อทั้งในและนอกโรงพยาบาล 3. จัดทำฐานข้อมูลรายงานผลการประเมินผ่านช่องทางของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
 17.ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม หรือภาวะหกล้ม
 และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (2 KPIs) (ต่อ)

แผนงานที่ 1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการ พัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย

ระดับความสำเร็จ	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4
	-	1. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ $\geq$ ร้อยละ 40 6.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ $\geq$ ร้อยละ 50	1. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ $\geq$ ร้อยละ 45 6.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ $\geq$ ร้อยละ 55	1. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ $\geq$ ร้อยละ 50 6.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ $\geq$ ร้อยละ 60

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) 18.ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กรมการแพทย์

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม :

แผนงานที่ 1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการ พัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ $\geq$ ร้อยละ 50			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	เขตสุขภาพที่ 8 มีจำนวนประชากรสูงอายุตามทะเบียนราษฎร์ จำนวน 952,560 คน คิดเป็นร้อยละ 17.29 ซึ่งก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) โดยจังหวัดที่มีสัดส่วนประชากรสูงอายุมากที่สุดคือจังหวัดเลย (ร้อยละ 19.93) รองลงมาคือจังหวัดหนองคาย (ร้อยละ 18.20) ซึ่งใกล้เคียงสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) ในอีกไม่ช้า อำเภอที่ไม่ใช่ อำเภอที่เป็นสังคมผู้สูงอายุแล้วและมีสัดส่วนประชากรสูงอายุมากที่สุดในเขตสุขภาพที่ 8 คือ อำเภอท่าลี่ (ร้อยละ 23.94) อำเภอเชียงคาน (ร้อยละ 22.65) อำเภอศรีเชียงใหม่ (ร้อยละ 21.39) อำเภอท่าบ่อ (ร้อยละ 21.37) และอำเภอเมืองเลย (ร้อยละ 21.32)			
GAP	1. ความเสี่ยงสูงด้านสุขภาพ/NCDs/ ภาวะหลักและสมองเสื่อม 2. การเข้าถึงบริการฟื้นฟู รากฟื้นฟูเทียม ยังไม่ครอบคลุม 3. อัตรากลุ่มติดบ้านค่อนข้างสูง /การพัฒนาศักยภาพบุคลากร Care Plan รายพื้นที่ ยังไม่ครอบคลุม 4. การบันทึกข้อมูล/รายงาน คลินิกผู้สูงอายุ ยังไม่ครบถ้วน			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)			
กิจกรรมหลัก	1. มีการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทุกระดับ (A-F3) ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด 2. จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ (A - F3) กำหนดแนวทาง ดังนี้ - มีระบบบริการที่ครอบคลุมการประเมินและการดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ - มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประจำคลินิกผู้สูงอายุ - มีการวินิจฉัย และ การวางแผนการดูแลผู้ป่วย - มีระบบข้อมูล/เชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการรับส่งต่อทั้งในและนอกโรงพยาบาล 3. จัดทำฐานข้อมูลรายงานผลการประเมินผ่านช่องทางของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์			
ระดับความสำเร็จ	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4
		โรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ $\geq$ ร้อยละ 30	โรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ $\geq$ ร้อยละ 40	โรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ $\geq$ ร้อยละ 50

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

19.ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป) (3 KPIs)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี กรมอนามัย/เขตสุขภาพที่ 8

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 8

แผนงานที่ : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม..... โครงการ : โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม.....				
เป้าหมาย	มีเอกภาพ	มีคุณภาพและปลอดภัย	ยกระดับศักยภาพ	มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)ร้อยละ 60	โรงพยาบาลมีกระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อเป็นไปตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 100	มีต้นแบบโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ 1 แห่ง	พัฒนาชุมชนและท้องถิ่นด้านการจัดการสุขภาพชุมชนและอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการ
สถานการณ์/ข้อมูลพื้นฐาน	เขตสุขภาพที่ 8 มีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 92 แห่ง พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป) ในปี 2566 รวมทั้งสิ้น 7 จังหวัด 49 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 53.26 (ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2566)			
GAP	1.การใช้งานระบบประเมินตนเองผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ ขาดการตรวจสอบข้อมูลความถูกต้องที่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน 2.เชื่อมโยงพัฒนาการดำเนินงานลงสู่ชุมชน เพื่อส่งเสริมให้เกิด GREEN Community ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการโอนย้ายสังกัด 3.การจัดการน้ำเสียและกากตะกอนให้เป็นไปตามกฎหมาย			
ยุทธศาสตร์/มาตรการ	กลยุทธ์ที่ 1 : สร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	กลยุทธ์ที่ 2 : ขับเคลื่อนกฎหมายและนโยบายด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	กลยุทธ์ที่ 3 : พัฒนาศักยภาพด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่โรงพยาบาลที่มีความเป็นเลิศเฉพาะด้าน	กลยุทธ์ที่ 4 : เสริมสร้างความเข้มแข็งกลไกความร่วมมือภาคีเครือข่าย
กิจกรรมหลัก	1.สร้างกลไก และส่งเสริมความรอบรู้/มาตรฐานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาล 2.ส่งเสริมบทบาทสถานบริการสาธารณสุขในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม 3.สร้างความตระหนักรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี แก่บุคลากรและประชาชนผู้มารับบริการ	1.พัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 2.ส่งเสริมการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 3.สนับสนุนองค์ความรู้บุคลากรสำหรับพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงาน	1.สร้างกระบวนการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสื่อสารให้เกิดการมีส่วนร่วมขององค์กรและภาคีเครือข่าย 2.วิเคราะห์ข้อมูลโรงพยาบาลและจัดทำแผนสนับสนุนการยกระดับพัฒนาสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน	1.บูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย สร้างความร่วมมือและกลไกการดำเนินงานให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน 2.เชื่อมโยงพัฒนาการดำเนินงานลงสู่ชุมชน เพื่อส่งเสริมให้เกิด GREEN Community
ระดับความสำเร็จ	ไตรมาสที่ 1 มีการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานเพื่อวางแผนยกระดับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	ไตรมาสที่ 2 สร้างกลไกและจัดทำแผนการสำรวจตรวจประเมินรับรอง	ไตรมาสที่ 3 ประเมินติดตาม โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับมาตรฐานขึ้นไปร้อยละ 57	ไตรมาสที่ 4 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับมาตรฐานขึ้นไปร้อยละ 60 และมีต้นแบบ รพ.คาร์บอนต่ำ 1 แห่ง



6 พัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

20. ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต

6 พัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

21. ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก :ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี.....

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม :

แผนงานที่.. 3..การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ.....				
โครงการ...โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ.....				
เป้าหมาย	มีเอกภาพ	มีคุณภาพและปลอดภัย	ยกระดับศักยภาพ	มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด	ภาคีเครือข่ายสุขภาพีบาลอาหารมีความรอบรู้ที่ทันสมัย ทันสถานการณ์ มีช่องทางการเข้าถึงข้อมูลหลากหลาย ถูกต้องน่าเชื่อถือ และเชื่อมโยงข้อมูล platform ที่เกี่ยวข้อง	ผู้ประกอบการ และผู้ประกอบการ สามารถใช้ระบบ Food Handler ในการลงทะเบียน ประเมินรับรอง และรายงานผล ได้ทุกระดับ	จังหวัดมีสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานฯ ร้อยละ 40	ผู้ประกอบการ และผู้ประกอบการ รู้สิทธิ หน้าที่และปฏิบัติตามกฎหมายได้อย่างถูกต้อง
สถานการณ์/ข้อมูลพื้นฐาน	เขตสุขภาพที่ 8 มีพื้นที่รับผิดชอบทั้งสิ้น 7 จังหวัด มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสำหรับเมืองขนาดใหญ่ (เทศบาลนคร) จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ จังหวัดสกลนคร และอุดรธานี ซึ่งพบว่าในพื้นที่ดังกล่าวมีสถานที่จำหน่ายอาหารเป็นจำนวนมาก เมื่อเทียบกับสถานที่จำหน่ายอาหารในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับอื่นๆ อีกทั้งจากข้อมูลการประเมินรับรองผ่านระบบ Food Handler พบว่า ยังมีผู้ประกอบการในพื้นที่ดังกล่าว รวมถึงในพื้นที่อื่นๆ อีกจำนวนมาก ไม่สามารถเข้าถึงการใช้งานในระบบฯ ได้ ทำให้ฐานข้อมูลด้านสุขภาพีบาลอาหารไม่สามารถยกระดับและขับเคลื่อนไปได้ตามเป้าหมายตัวชี้วัดในแต่ละปีงบประมาณ			
GAP	1) การสื่อสารประชาสัมพันธ์การลงทะเบียนของสถานที่จำหน่ายอาหารไปยังผู้ประกอบการด้านอาหาร 2) การเข้าถึงข้อมูลสถานที่จำหน่ายอาหารของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ (อบต./เทศบาล) ที่ยังไม่มีระบบสมัคร User เข้าใช้งานระบบ Food Handler			
ยุทธศาสตร์/มาตรการ	กลยุทธ์ที่ 1 : พัฒนาระบบและกลไกการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพีบาลอาหาร	กลยุทธ์ที่ 2 : ยกระดับฐานข้อมูลสุขภาพีบาลอาหาร (สถานที่จำหน่ายอาหาร)	กลยุทธ์ที่ 3 : สร้างความรอบรู้ภาคีเครือข่ายสุขภาพีบาลอาหาร	กลยุทธ์ที่ 4 : เยี่ยมเสริมพลังและติดตามสนับสนุนการดำเนินงานการจัดการสุขภาพีบาลอาหาร
กิจกรรมหลัก	- วิเคราะห์และวางแผนการขับเคลื่อนงานสุขภาพีบาลอาหารในพื้นที่รับผิดชอบ - ประสานและขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัดร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่	- ประเมินรับรองสถานที่จำหน่ายอาหาร และรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดผ่านระบบ Food handler - จัดทำสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดฯ ภาพรวมของเขต จังหวัดหรือพื้นที่	- ชี้แจงแนวทางการขับเคลื่อนตัวชี้วัด - ส่งเสริมความรู้/อบรมด้านสุขภาพีบาลอาหาร ให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ผู้ประกอบการ ผู้สัมผัสอาหาร และประชาชน	- สนับสนุน ติดตาม กำกับการดำเนินงานสุขภาพีบาลอาหารของ ของหน่วยงานในระดับพื้นที่ - สุ่มประเมินรับรอง เชิงคุณภาพในพื้นที่ - เชิดชูเกียรติ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานสุขภาพีบาลอาหารในพื้นที่
ระดับความสำเร็จ	- ชี้แจงแนวทางการขับเคลื่อนตัวชี้วัด - วางแผนการดำเนินงานในพื้นที่ - สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานฯ ร้อยละ 10	สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานฯ ร้อยละ 20	สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานฯ ร้อยละ 30	สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานฯ ร้อยละ 40

6 พัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

22. อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก :กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.....

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม :

แผนงานที่.....แผนงานที่ 9. อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย โครงการ....โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์ ตัวชี้วัดที่ 41. อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด					
เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพได้รับมาตรฐานตามที่กำหนดร้อยละ 20 (ยกระดับศักยภาพ)				
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. (ประเทศ)		
			2564	2565	2566
	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (นวดไทยพรีเมียม)	ร้อยละ	-	-	10
		แห่ง	-	-	139
	รวม (แห่ง)			139	8
GAP	ใช้มาตรการประสานงานระดับจังหวัดล่วงหน้าและชี้แจงประเด็นตรวจราชการให้จังหวัดทราบรวมทั้งวางแผนการดำเนินงานตามกิจกรรมร่วมกับจังหวัด				
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	กลยุทธ์ที่ 1 : รอบ 3 เดือน	กลยุทธ์ที่ 2 : รอบ 6 เดือน	กลยุทธ์ที่ 3 : รอบ 9 เดือน	กลยุทธ์ที่ 4 : รอบ 12 เดือน	
กิจกรรมหลัก	1.จัดทำฐานข้อมูลสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ 2.กำหนดกลุ่มเป้าหมายในการส่งเสริมพัฒนาให้ได้มาตรฐานตามที่กำหนด 3.สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพได้รับมาตรฐานตามที่กำหนดร้อยละ 5 (สอดคล้องกับ QW 100 วัน wellness center)	1.ส่งเสริมพัฒนาสถานประกอบการให้ได้รับการรับรองตามมาตรฐานที่กำหนด 2.สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด ร้อยละ 10	สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพได้รับมาตรฐานตามที่กำหนดร้อยละ 15	สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพได้รับมาตรฐานตามที่กำหนดร้อยละ 20	
ระดับความสำเร็จ	ร้อยละ 5	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	

6 พัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

23.จำนวนศูนย์เวลเนส (Wellness Center)/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์
 ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรให้มีคุณค่าและมูลค่าสูง

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : สสจ.นครพนม

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : รพศ./รพท./รพช./สสอ./รพ.สต. ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 8

แผนงาน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ปีงบประมาณ 2567				
เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	1.ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (>ร้อยละ 10) 2.ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระบบปฐมภูมิ ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (>ร้อยละ 40) 3.จำนวนศูนย์เวลเนส (Wellness Center)/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและสมุนไพรให้มีคุณค่าและมูลค่าสูงเพิ่มขึ้น (70 แห่ง)			
สถานการณ์/ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับ ร้อยละ 14.89 Baseline จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการในระบบปฐมภูมิ ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 41.94 Baseline จำนวนของศูนย์เวลเนส (Wellness Center)/ แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (36 แห่ง)			
GAP	ระบบบริการแพทย์แผนไทย 1) ยังไม่มีแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยผสมผสานอย่างชัดเจนในโรคที่มุ่งเน้น 2) รพ.มีการจัดบริการ IPD แพทย์แผนไทย IMC และ Palliative care แต่มีกระบวนการจัดบริการยังไม่ชัดเจน ระบบบริหารจัดการแพทย์แผนไทย 1) รหัสยาสมุนไพร 24 หลัก และการบันทึกข้อมูลผลงานบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนจีนยังไม่ถูกต้อง ครบถ้วน 2) รพ.ยังไม่มีการคำนวณงบค่าใช้จ่ายต้นทุนของการจัดบริการแพทย์แผนไทยฯ 3) แพทย์แผนไทย มีผลงานวิจัย /นวัตกรรม/R2R ยังไม่ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ			
ยุทธศาสตร์/มาตรการ	กลยุทธ์ที่ 1 : ถ่ายทอดแนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC ด้วยการแพทย์แผนไทย/ การแพทย์ทางเลือก และกัญชาทางการแพทย์ให้กับแพทย์แผนไทยและสหวิชาชีพ	กลยุทธ์ที่ 2 : เพิ่มการเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิ	กลยุทธ์ที่ 3 : สื่อสาร ซึ่งการพัฒนาศูนย์เวลเนส และประเมินแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ภูมิปัญญาไทยและสมุนไพรให้กับผู้เกี่ยวข้อง	
กิจกรรมหลัก	-การอบรมพัฒนาศักยภาพการแพทย์แผนไทยการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) และจัดทำ CPG ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน -มีการส่งจ่ายยาสมุนไพรจากบัญชียาหลักในผู้ป่วย IMC ที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 -การใช้ยาสมุนไพรใน รพ. อย่างน้อย 30 รายการ รพ.สต. อย่างน้อย 10 รายการ -มีการส่งจ่ายยาประจําเฉพาะราย 3 รายการ -อบรมเชิงปฏิบัติการยาประจําเฉพาะราย/ คู่มือการใช้ยาสมุนไพร -มีแผน กระบวนการ พัฒนางานแลกเปลี่ยนเรียนรู้ KM CQI R2R วิจัย นวัตกรรม อย่างใดอย่างหนึ่ง	-สนับสนุนข้อมูลทางวิชาการ ถ่ายทอด และพัฒนาศักยภาพแพทย์แผนไทยและสหวิชาชีพให้มีความรู้ เกณฑ์มาตรฐาน และแนวทางเวชปฏิบัติที่เกี่ยวข้องในหน่วยบริการปฐมภูมิ -บูรณาการการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการปฐมภูมิ -จัดตั้งคลินิกเฉพาะโรคเพื่อรองรับการให้บริการในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ -จัดบริการที่แผนผู้ป่วยนอก ห้องตรวจแพทย์แผนไทย โรคทั่วไปและเฉพาะโรค เช่น Long Covid	-ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ประกอบการเข้าร่วมการรับรองเป็นศูนย์เวลเนส/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจากการบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก -พัฒนาศักยภาพศูนย์เวลเนส/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และสถานประกอบการ 5 ประเภท	
ระดับความสำเร็จ	ไตรมาสที่ 1 (3 เดือน)	ไตรมาสที่ 2 (6 เดือน)	ไตรมาสที่ 3 (9 เดือน)	ไตรมาสที่ 4 (12 เดือน)
	-ทบทวน CPG และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ -มีการถ่ายทอดนโยบาย Frist Line และยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติงานสู่การปฏิบัติ -มีโครงสร้างการดำเนินงานคลินิกเฉพาะโรค เช่น Long Covid -สื่อสารนโยบาย จัดการความรู้ และถ่ายทอดตัวชี้วัดลงพื้นที่ -ฐานข้อมูลบริการสุขภาพในระบบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ	-สร้างระบบที่เชื่อมโยงระหว่าง รพ. และหน่วยบริการปฐมภูมิ -มีการทบทวนบัญชียาสมุนไพรในรพ. -มาตรการการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่และแผนปฏิบัติการส่งเสริมสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพให้เข้าสู่มาตรฐานตามที่กำหนด -ฐานข้อมูลสถานประกอบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ -จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ -รายงานการวิเคราะห์มาตรฐานและแนวทางการพัฒนาเส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่	-ทบทวนปัญหาและอุปสรรคจากการดำเนินงาน -กำกับติดตามการดำเนินงานในหน่วยงานระดับ รพ. และระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ -ระดับความสำเร็จของการส่งเสริมให้สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเข้าสู่มาตรฐานตามที่กำหนด -เครือข่ายพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่ -เส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่	-ร้อยละผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) >ร้อยละ 10 -ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระบบปฐมภูมิ ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก >ร้อยละ 40 -งานวิจัย/R2R/นวัตกรรม -การเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด



ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

24.เศรษฐกิจสุขภาพ



ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

25. นักท่องเที่ยวปลอดภัย

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence), ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
 26. ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ (ต่อ)

27. จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก :

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม :

แผนงานที่.....
 โครงการ.....พัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ.....

เป้าหมาย	มีเอกภาพ	มีคุณภาพและปลอดภัย	ยกระดับศักยภาพ	มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด	1. การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตาม พรบ.ฯ 2. ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ			
สถานการณ์ / ข้อมูล พื้นฐาน	พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ลดเวลาารอคอย ลดค่าใช้จ่าย สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	พัฒนากลไกการดำเนินงานปฐมภูมิ	พัฒนากำลังคนในระบบสุขภาพปฐมภูมิ	พัฒนาศักยภาพระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	สร้างและสนับสนุนการมีส่วนร่วม
กิจกรรมหลัก	- ขับเคลื่อน/บังคับใช้กฎหมายว่าด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิ - พัฒนากลไกการเงิน การคลังเพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ - ขยายผลและพัฒนาระบบข้อมูลปฐมภูมิ (แพทย์คู่ประชาชน/ HIE/ระบบให้คำปรึกษา /PHR) - สื่อสารนโยบายแก่บุคลากรทุกระดับ - ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิตาม พรบ.ฯ ประเมินผลสัมฤทธิ์การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ	- สนับสนุนการผลิต/พัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว - สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ - ส่งเสริมให้มีสถาบันวิชาการเพื่อสนับสนุนการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว - พัฒนาระบบสร้างแรงจูงใจ - พัฒนาศักยภาพ อสม. หมอประจำบ้านอาสาสมัครประจำครอบครัว อสค.	- พัฒนารูปแบบบริการระบบสุขภาพปฐมภูมิให้เกิดการบูรณาการงานปฐมภูมิในพื้นที่ - การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเชื่อมโยงระบบส่งต่อ - พัฒนาศักยภาพเพื่อสนับสนุนระบบบริการ	- ส่งเสริมการดูแลกลุ่มเปราะบาง - ส่งเสริม สนับสนุนการบันทึกข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านโปรแกรม CLUCCARE - ส่งเสริมสนับสนุนกลไกการเยี่ยมเสริมพลัง และการถอดบทเรียนการดำเนินงาน - สนับสนุนให้มีการจัดการ การพัฒนาคุณภาพระดับตำบล และการบูรณาการในระดับจังหวัด - สร้างความต่อเนื่องในการขับเคลื่อนและบูรณาการผ่านกรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่

7 พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence), ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
26. ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ (ต่อ)
27. จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

แผนงานที่..... โครงการ.....พัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ.....				
ระดับความสำเร็จ	ไตรมาส 1 (3 เดือน)	ไตรมาส 2 (6 เดือน)	ไตรมาส 3 (9 เดือน)	ไตรมาส 4 (12 เดือน)
	- จัดตั้งหน่วยบริการ PCU/NPCU (470 หน่วย) - มีคำสั่งคณะกรรมการ พชอ.ที่เป็นปัจจุบัน - ประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 ประเด็นเพื่อวางแผนพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา - กำหนดเป้าหมายการดูแลกลุ่มเปราะบางตามบริบทของพื้นที่	- จัดตั้งหน่วยบริการ PCU/NPCU (485 หน่วย) - มีคณะทำงานตามประเด็นวางแผนแนวทางในการขับเคลื่อนประเด็น พชอ.ตามพื้นที่กำหนด - มีการบริหารจัดการบูรณาการทรัพยากร (คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบาง	- จัดตั้งหน่วยบริการ PCU/NPCU (500 หน่วย) - ประเมินผลการดำเนินงานจากระบบ CLUCCARE - มีการติดตามการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบางโดยใช้กระบวนการเยี่ยมเสริมพลังของทีมระดับจังหวัดและเขต	- จัดตั้งหน่วยบริการ PCU/NPCU (515 หน่วย) - อำเภอมีการดำเนินงานและผ่านเกณฑ์ประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ 85 - พชอ.ที่มีคุณภาพดูแลชีวิตกลุ่มเปราะบาง

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

28. ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก :

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม :

แผนงานที่.....
 โครงการ.....พัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ.....

เป้าหมาย	มีเอกภาพ	มีคุณภาพและปลอดภัย	ยกระดับศักยภาพ	มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด	ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน			
ยุทธศาสตร์/มาตรการ	1. สร้างทีมงานและเครือข่ายความร่วมมือในชุมชน 2. มีข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน 3. มีการวางแผนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 4. จัดกิจกรรมการเรียนรู้ ฝึกทักษะสุขภาพที่จำเป็นและจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 5. การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน 6. มีการประเมินผล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ มีบุคคลต้นแบบ นวัตกรรมสุขภาพ 7. ถอดบทเรียน ขยายผลต่อยอดสู่ความยั่งยืน เป็นแหล่งเรียนรู้ชุมชน ประชาชนในชุมชนมีภาวะสุขภาพที่ดี			
กิจกรรมหลัก	<u>ระดับพัฒนา</u> มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่าย	<u>ระดับดี</u> มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่าย มีแผนงาน มีการจัดกิจกรรมฯ	<u>ระดับดีมาก</u> มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่าย มีแผนงาน มีการจัดกิจกรรมฯ มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน มีผลการดำเนินงาน	<u>ระดับดีเยี่ยม</u> มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่าย มีแผนงาน มีการจัดกิจกรรมฯ มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน มีผลการดำเนินงาน เป็นแหล่งเรียนรู้ชุมชน ประชาชนในชุมชนมีภาวะสุขภาพที่ดี
ระดับความสำเร็จ	<u>ไตรมาส 1 (3 เดือน)</u> 1. มีเครื่องมือการดำเนินงาน (คู่มือ แนวทาง ชุดการเรียนรู้ สื่อสุขภาพที่เกี่ยวข้อง/เครื่องมือประเมิน) 2. เครือข่ายได้รับการถ่ายทอด แนวทางการดำเนินงานสุขภาพเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3. มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่	<u>ไตรมาส 2 (6 เดือน)</u> 1. แกนนำสุขภาพได้รับการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสุขภาพ 2. ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน และมีการประเมินตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 45	<u>ไตรมาส 3 (9 เดือน)</u> 1. ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน และมีการประเมินตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 60	<u>ไตรมาส 4 (12 เดือน)</u> 1. ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน และมีการประเมินตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 75

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

29.จำนวนอำเภอสุขภาพดี

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก :

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม :

แผนงานที่.....
โครงการ.....พัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ.....

เป้าหมาย	มีเอกภาพ	มีคุณภาพและปลอดภัย	ยกระดับศักยภาพ	มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด	อำเภอมีสุขภาพดี			
สถานการณ์ / ข้อมูล พื้นฐาน	1. เพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะที่จำเป็นในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารและการบริการสุขภาพพื้นฐานตามกลุ่มวัยที่มีอยู่ในท้องถิ่นตนเอง 2. เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพของตนเองตามช่วงวัยแบบองค์รวม 3. เพื่อลดปัญหาสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตามกลุ่มวัยในท้องถิ่นเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ยกระดับสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในท้องถิ่น			
ยุทธศาสตร์/มาตรการ	อำเภอสุขภาพดี ประชาชนรอบรู้และมีทักษะจัดการสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน	Health station : มีระบบบริการเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะสุขภาพ	healthy package : เข้าถึงกิจกรรมบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	
กิจกรรมหลัก	- ผ่านการประเมินตนเองตามองค์ประกอบ UC CARE - เครือข่ายและกลไกในการขับเคลื่อนผ่าน พชอ. ในพื้นที่ - วัด : สำนักงานพุทธศาสนาประจำจังหวัด เจ้าคณะจังหวัดอำเภอ/ตำบล/พระคิลานุปัฏฐาก/ นายอำเภอ - รร : สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา/ ศึกษาธิการจังหวัด/ ครูอนามัย โรงเรียน/ ชมรมแกนนำนักเรียน สาธารณสุขอำเภอ - โรงงาน : ประกันสังคมจังหวัด อุตสาหกรรมจังหวัด/ พาณิชย์จังหวัด เครือข่ายชมรมผู้ประกอบการ - มีกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนสุขภาพตำบล	- 1 ตำบล 1 สุขศาลา : ที่บ้าน อสม. หรือ มี ศสมช. และ สถานที่ที่มีผู้ให้บริการแนะนำสุขภาพ ประชาชนสะดวกต่อการเข้าถึง เช่น ร้านค้าชุมชน สภากาแฟ หน่วยงานรัฐ เอกชน โรงเรียน มหาวิทยาลัย - มีทะเบียนคัดกรองภาวะสุขภาพระดับบุคคล มีการให้คำแนะนำสุขภาพ การส่งต่อไป รพ.สต. หรือ รพ. หมายเลขโทรศัพท์ผู้ให้คำปรึกษาสุขภาพQR Code หรือแผ่นพับความรู้	แบบบูรณาการในโรงเรียน 5 ประเด็นสำคัญ - กินดี : 1 อำเภอ 1 เมนูสุขภาพอายุวัฒนะ - จิตดี : สุขภาพดี มีคลื่นกวัดขึ้นใจในชุมชน (แก้ไขปัญหายาเสพติด) - ลดเนือยนิ่ง ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ลดเนือยนิ่ง - มีความสัมพันธ์ดี : สร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ครอบครัว และชุมชน - ลดปัจจัยเสี่ยง สร้างสิ่งแวดล้อมปลอดภัย จัดการปัจจัยเสี่ยง เพิ่มปัจจัย เอื้ออำนวยสิ่งแวดล้อมที่กระทบต่อสุขภาพ	

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

29.จำนวนอำเภอสุขภาพดี

แผนงานที่.....
 โครงการ.....พัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ.....

ระดับความสำเร็จ	ไตรมาส 1 (3 เดือน)	ไตรมาส 2 (6 เดือน)	ไตรมาส 3 (9 เดือน)	ไตรมาส 4 (12 เดือน)
	- อำเภอสุขภาพดี (8 อำเภอ) - มี 1 ตำบล 1 Health station ต่ออำเภอเป็นอย่างน้อย - ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับการส่งเสริมการเข้าถึงบริการการแพทย์ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค สิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 78)	- อำเภอสุขภาพดี (25 อำเภอ) - มี 1 ตำบล 1 Health station ต่ออำเภอเป็นอย่างน้อย - ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับการส่งเสริมการเข้าถึงบริการการแพทย์ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค สิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 80)	- อำเภอสุขภาพดี (50 อำเภอ) - มี 1 ตำบล 1 Health station ต่ออำเภอเป็นอย่างน้อย - ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับการส่งเสริมการเข้าถึงบริการการแพทย์ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค สิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 82)	- อำเภอสุขภาพดี (67 อำเภอ) - มี 1 ตำบล 1 Health station ต่ออำเภอเป็นอย่างน้อย - ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับการส่งเสริมการเข้าถึงบริการการแพทย์ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค สิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 84)

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

30.อสม. มีศักยภาพในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ร้อยละ 65

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก :

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม :

แผนงานที่.....

โครงการ.....ยกระดับศักยภาพ อสม.เชิงรุกยุคดิจิทัล เพื่อให้คนไทยทุกช่วงวัยเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐาน

เป้าหมาย	มีเอกภาพ	มีคุณภาพและปลอดภัย	ยกระดับศักยภาพ	มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด	อสม. มีศักยภาพในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ร้อยละ 65			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	1. เพื่อยกระดับศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นแกนนำในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐาน โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงานและการรายงานผล 2. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้ประชาชนทุกช่วงวัยเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐานมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง มีศักยภาพและมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพตนเอง			
กิจกรรมหลัก				
ระดับความสำเร็จ	<u>ไตรมาส 1 (3 เดือน)</u> 1. มีเครื่องมือการดำเนินงาน (คู่มือ แนวทาง ชุดการเรียนรู้ สื่อการศึกษาที่เกี่ยวข้อง/เครื่องมือประเมิน) 2. เครือข่ายได้รับการถ่ายทอด แนวทางการดำเนินงานสุศึกษาเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3. มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่	<u>ไตรมาส 2 (6 เดือน)</u> 1. แกนนำสุขภาพได้รับการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสุขภาพ 2. ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน และมีการประเมินตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 45	<u>ไตรมาส 3 (9 เดือน)</u> 1. ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน และมีการประเมินตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 60	<u>ไตรมาส 4 (12 เดือน)</u> 1. ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน และมีการประเมินตนเองตามตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 75

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

31.อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและได้รับการรักษาใน Stroke unit (2 KPIs)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กรมการแพทย์

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : SP

แผนงานที่ 1. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โครงการ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
ตัวชี้วัด	1.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69) น้อยกว่าร้อยละ 7 1.2 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	เขตสุขภาพที่ 8 พบอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 4.72 และพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit ร้อยละ 79.3			
GAP	1. Patient delay /late onset 2. Stroke Unit ไม่เพียงพอ 3. Node ในการให้ rtPA ไม่เพียงพอ			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
กิจกรรมหลัก	มีหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก 1. สถานที่เฉพาะไม่น้อยกว่า 4 เตียง 2. ทีมสหวิชาชีพ ที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 3. มีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Care map) และแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้แล้วโดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้น ๆ			
ระดับความสำเร็จ	ไตรมาสที่ 1 -	ไตรมาสที่ 2 1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69) น้อยกว่าร้อยละ 7 2. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	ไตรมาสที่ 3 1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69) น้อยกว่าร้อยละ 7 2. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	ไตรมาสที่ 4 1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69) น้อยกว่าร้อยละ 7 2. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

32. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

33. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (2 KPIs)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กรมการแพทย์

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : SP

แผนงานที่ 1. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ

ตัวชี้วัด	1.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI เป้าหมาย < ร้อยละ 9 1.2 ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด เป้าหมาย ≥ ร้อยละ 60 1.2.1 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด หรือ เป้าหมาย ≥ ร้อยละ 60 1.2.2 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด เป้าหมาย ≥ ร้อยละ 60
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	เขตสุขภาพที่ 8 พบอัตราการตายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ร้อยละ 10.28 เกินเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด คือ น้อยกว่าร้อยละ 9 นอกจากนี้ยังพบว่าการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยยังล่าช้าเนื่องจากยังไม่ทราบอาการแจ้งเตือน การเข้าถึง STEMI Fasttrack ยังทำได้น้อย
GAP	1. Patient delay 2. System delay การเข้าถึง STEMI Fasttrack ยังทำได้น้อย
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
กิจกรรมหลัก	มีการให้บริการ ดังนี้ 1. มีการให้ health literacy กับประชาชนในด้าน alert/awareness และการเข้าถึงการรักษา 2. มีระบบการส่งต่อ STEMI fast track และระบบการให้คำปรึกษา 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ (24/7) ที่มีประสิทธิภาพ 3. มี Clinical practice guideline (CPG) ในการดูแลผู้ป่วย ACS 4. รพ.ทุกระดับมีระบบบริหารยาละลายลิ่มเลือดและมีความพร้อมสามารถให้ Fibrinolysis ได้ 5. มีห้องสวนหัวใจอย่างน้อย 1 แห่ง/เขตสุขภาพสามารถทำ PPCI ได้ 24/7

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

32. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (ต่อ)

33. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (2 KPIs)

แผนงานที่ 1. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ

ระดับความสำเร็จ	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4
	1. มีการให้ health literacy กับประชาชนในด้าน alert/awareness และการเข้าถึงการรักษา = มี 2. มีระบบการส่งต่อ STEMI fast tract และระบบการให้คำปรึกษา 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ (24/7) ที่มีประสิทธิภาพ = มี 3. มี Clinical practice guideline (CPG) ในการดูแลผู้ป่วย ACS = มีการทบทวน CPG ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ 4. รพ.ทุกระดับมีระบบบริหารยาละลายลิ่มเลือดและความพร้อมสามารถให้ Fibrinolysis ได้ = มี 5. มีห้องสวนหัวใจอย่างน้อย 1 แห่ง/เขตสุขภาพสามารถทำ PPCI ได้ 24/7 = มี 6. อัตราผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดด้วย Fibrinolysis หรือ Primary PCI (Reperfusion rate) = ≥ ร้อยละ 70	1. มีการให้ health literacy กับประชาชนในด้าน alert/awareness และการเข้าถึงการรักษา = มี 2. มีระบบการส่งต่อ STEMI fast tract และระบบการให้คำปรึกษา 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ (24/7) ที่มีประสิทธิภาพ = มี 3. มี Clinical practice guideline (CPG) ในการดูแลผู้ป่วย ACS = มี 4. รพ.ทุกระดับมีระบบบริหารยาละลายลิ่มเลือดและความพร้อมสามารถให้ Fibrinolysis ได้ = มี 5. มีห้องสวนหัวใจอย่างน้อย 1 แห่ง/เขตสุขภาพสามารถทำ PPCI ได้ 24/7 = มี 6. อัตราผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดด้วย Fibrinolysis หรือ Primary PCI (Reperfusion rate) = ≥ ร้อยละ 70	1. มีการให้ health literacy กับประชาชนในด้าน alert/awareness และการเข้าถึงการรักษา = มี 2. มีระบบการส่งต่อ STEMI fast tract และระบบการให้คำปรึกษา 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ (24/7) ที่มีประสิทธิภาพ = มี 3. มี Clinical practice guideline (CPG) ในการดูแลผู้ป่วย ACS = มี 4. รพ.ทุกระดับมีระบบบริหารยาละลายลิ่มเลือดและความพร้อมสามารถให้ Fibrinolysis ได้ = มี 5. มีห้องสวนหัวใจอย่างน้อย 1 แห่ง/เขตสุขภาพสามารถทำ PPCI ได้ 24/7 = มี 6. อัตราผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดด้วย Fibrinolysis หรือ Primary PCI (Reperfusion rate) = ≥ ร้อยละ 70	1. มีการให้ health literacy กับประชาชนในด้าน alert/awareness และการเข้าถึงการรักษา = มี 2. มีระบบการส่งต่อ STEMI fast tract และระบบการให้คำปรึกษา 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ (24/7) ที่มีประสิทธิภาพ = มี 3. มี Clinical practice guideline (CPG) ในการดูแลผู้ป่วย ACS = มี 4. รพ.ทุกระดับมีระบบบริหารยาละลายลิ่มเลือดและความพร้อมสามารถให้ Fibrinolysis ได้ = มี 5. มีห้องสวนหัวใจอย่างน้อย 1 แห่ง/เขตสุขภาพสามารถทำ PPCI ได้ 24/7 = มี 6. อัตราผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดด้วย Fibrinolysis หรือ Primary PCI (Reperfusion rate) = ≥ ร้อยละ 70



ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

34.จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 น้อยกว่าร้อยละ 10 ของปีงบประมาณก่อน



ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

35. ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มี eGFR ลดลงน้อยกว่า 5 ml/min/1.73m²/yr $\geq$ ร้อยละ 66

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

36. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กรมการแพทย์

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : SP

แผนงานที่ 1. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โครงการ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก				
เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	1. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired น้อยกว่าร้อยละ 26			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	จากการการตรวจราชการรอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2566 เขตสุขภาพที่ 8 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ร้อยละ 22.88 ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย (น้อยกว่าร้อยละ 26) แต่ยังไม่พบอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ใน 2 จังหวัดที่ยังเกินเกณฑ์เป้าหมายคือ จังหวัดหนองบัวลำภูร้อยละ 27.65 และจังหวัดหนองคาย ร้อยละ 26.11			
GAP	1. ยังไม่มีการบูรณาการด้านการดำเนินงานในเครือข่าย Set ระบบ Rapid Response System และ Rapid Respon Team ให้ครอบคลุม โรงพยาบาล ระดับ A,S 2. ผู้ป่วยไม่ทราบอาการอาการแจ้งเตือนของโรค ทำให้มารับการรักษาไม่ทันเวลา			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
กิจกรรมหลัก	1. มีการจัดตั้งคณะกรรมการ คณะทำงาน โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีหนังสือแต่งตั้งชัดเจน 2. มีแนวทางการดำเนินการของ rapid response system ในโรงพยาบาล โดยมีหนังสือคำสั่งแนวทางการดำเนินการที่ชัดเจน โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน 3. เริ่มดำเนินการโดยมีทีม rapid response team เพื่อดูแลผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วย sepsis โดยมีการนำเสนอผลงานในแต่ละเดือน มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน			
ระดับความสำเร็จ	ไตรมาสที่ 1 -	ไตรมาสที่ 2 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired น้อยกว่าร้อยละ 26	ไตรมาสที่ 3 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired น้อยกว่าร้อยละ 26	ไตรมาสที่ 4 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired น้อยกว่าร้อยละ 26

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

37. อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M1)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กรมการแพทย์

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : SP

แผนงานที่ 1. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โครงการ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ				
เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M1)			
สถานการณ์/ข้อมูลพื้นฐาน	ในปี 2566 อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S) มีจำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก (Actual brain-dead organ donor) 50 ราย จากจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ (Hospital death) 6,113 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.81			
GAP	- จำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S) ของเขตสุขภาพที่ 8 ดำเนินการได้ร้อยละ 0.81 ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินในปีพ.ศ.2566 ที่ร้อยละ 1.21			
ยุทธศาสตร์/มาตรการ	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
กิจกรรมหลัก	1. อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M1)			
ระดับความสำเร็จ	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4
1. อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M1)	-	เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากอัตราส่วนในปี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากอัตราส่วนในปี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากอัตราส่วนในปี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

38. ความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

39. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : เขตสุขภาพที่ 8 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่

แผนงานที่ 2 โครงการป้องกันควบคุมวัณโรค				
เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดความสำเร็จ ปี 2567 : 1. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 85 มีประสิทธิภาพ 2. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 88			
สถานการณ์/ข้อมูลพื้นฐาน	วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย โดยในปี 2564 องค์การอนามัยโลก ได้จัดกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง (High Burden Country Lists : HBC) ปี 2564 – 2568 แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่ วัณโรค วัณโรคดื้อยาหลายขนาน และวัณโรคที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี โดยประเทศไทยพ้นออกจากกลุ่มที่มีภาระสูงด้านวัณโรคดื้อยาหลายขนาน หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : เขตสุขภาพที่ 8 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่ได้คาดประมาณว่าประเทศไทยมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ 111,000 ราย หรือคิดเป็น 155 ต่อประชากรแสนคน และมีผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต 14,000 ราย ผลการดำเนินงานวัณโรคในเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2566 ข้อมูลจากโปรแกรม NTIP ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2566 พบว่า อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เท่ากับร้อยละ 77.1 (เป้าหมายร้อยละ 88) และอัตราความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ เท่ากับร้อยละ 70.8 (เป้าหมายร้อยละ 90) ซึ่งยังต่ำกว่าค่าเป้าหมายทั้ง 2 ตัวชี้วัด			
GAP	การค้นหาและรักษาวัณโรค วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี วัณโรคดื้อยา และการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงเพื่อตัดวงจรการแพร่ระบาดของวัณโรค			
ยุทธศาสตร์/มาตรการ	กลยุทธ์ที่ 1 : ค้นหา	กลยุทธ์ที่ 2 : รักษา	กลยุทธ์ที่ 3 : ป้องกัน	กลยุทธ์ที่ 4 : -
กิจกรรมหลัก	- เร่งรัดการคัดกรองวัณโรคด้วย X – ray และวินิจฉัยด้วย Molecular ในกลุ่มเสี่ยงวัณโรค - เร่งรัดการตรวจวินิจฉัยวัณโรคระยะแฝง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค - สนับสนุนการดำเนินงานเครือข่ายทางห้องปฏิบัติการ	- ส่งเสริมการรักษาด้วยสูตรยามาตรฐาน และติดตามประเมินผลการรักษา ตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของประเทศ - สนับสนุนกลไกผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษาการรักษา - ทิมสหวิชาชีพของพื้นที่ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคโดยให้ผู้ป่วยวัณโรคเป็นศูนย์กลาง (PCC) และกำกับการรักษาโดยวิธี DOT	- สนับสนุนการวินิจฉัยและรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในกลุ่มผู้สัมผัสเพื่อป้องกันการป่วยเป็นวัณโรคในอนาคต - หน่วยงานพื้นที่บริหารจัดการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในสถานบริการสาธารณสุขและชุมชน - เฝ้าระวังการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรในสถานบริการสาธารณสุขและชุมชน	-
ระดับความสำเร็จ	ไตรมาสที่ 1 - แผนการดำเนินงานควบคุมวัณโรคโดยบูรณาการภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง	ไตรมาสที่ 2 - ดำเนินงานและกำกับติดตามการดำเนินงานควบคุมวัณโรคโดยบูรณาการภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง รอบ 6 เดือน	ไตรมาสที่ 3 - ดำเนินงานและกำกับติดตามการดำเนินงานควบคุมวัณโรคโดยบูรณาการภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง รอบ 9 เดือน	ไตรมาสที่ 4 - อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 85 - อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 88



ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

40.ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ที่กำหนด



ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

41.อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

42. พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กรมการแพทย์

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : SP

แผนงานที่ 1. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	1. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง 1.1 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก $\geq$ ร้อยละ 60 1.2 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy $\geq$ ร้อยละ 70
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	เขตสุขภาพที่ 8 มีการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 30 - 60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 43.81 ผู้ที่มีผลผิดปกติ(มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy ร้อยละ 48.85
GAP	1. การดำเนินการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกยังทำได้น้อย เนื่องจากในบางพื้นที่มีการถ่ายโอน 2. การดำเนินการส่งกล้อง Colposcopy ยังทำได้น้อย เนื่องจากในบางพื้นที่มีบุคลากรที่ไม่เพียงพอหรือมีอุปกรณ์ในการส่งกล้องไม่เพียงพอ
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
กิจกรรมหลัก	1. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30 - 60 ปี) ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และโปรแกรม HPVcx2020 2. สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30-60 ปี) ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test เป็นบวก ได้รับการวินิจฉัยความผิดปกติภายในปากมดลูก ช่องคลอดปากมดลูกด้วยการส่งกล้องขยายการส่งกล้อง Colposcopy ส่งรายงาน 43 แฟ้ม มาที่ HDC

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

42. พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง(ต่อ)

แผนงานที่ 1. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง

ระดับความสำเร็จ	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4
1. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	-	≥ ร้อยละ 20	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 60
2. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง colposcopy	-	-	-	≥ ร้อยละ 70

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

43.ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และได้รับการส่องกล้อง

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กรมการแพทย์

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : SP

แผนงานที่ 1. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	1. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง 1.1 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง $\geq$ ร้อยละ 50 1.2 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy $\geq$ ร้อยละ 50
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	เขตสุขภาพที่ 8 ประชากรอายุ 50 – 70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ไส้ตรง ร้อยละ 49.66 ผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy ร้อยละ 61.72
GAP	1. การดำเนินการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกยังทำได้น้อย เนื่องจากในบางพื้นที่มีการถ่ายโอน
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
กิจกรรมหลัก	1. การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หมายถึง ประชากรเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) ส่งรายงาน 43 แฟ้ม มาที่ HDC 2. ประชากรเพศชายและเพศหญิงอายุ 50-70 ปี ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) เป็นบวก (Positive) ได้รับการวินิจฉัยความผิดปกติภายในลำไส้ใหญ่ด้วยการส่องกล้อง Colonoscopy ส่งรายงาน 43 แฟ้ม มาที่ HDC

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

43. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และได้รับการส่องกล้อง

แผนงานที่ 1. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง

ระดับความสำเร็จ	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4
1. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	-	≥ ร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 50
2. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง colonoscopy	-	-	-	≥ ร้อยละ 50



ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

44.การจัดบริการมะเร็งครบวงจร ในมะเร็งสำคัญ 5 โรคมะเร็ง (8 KPIs)

หน่วยงานหลัก : Service Plan สาขาโรคมะเร็ง เขต 8

หน่วยงานร่วม : SWช., SWท., SWศ., สสจ.



ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

45.ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด (3 KPIs)

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

46.ร้อยละการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มเป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 95

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : เขตสุขภาพที่ 8 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่

แผนงานที่ 1 โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงต่อพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2567				
เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	อัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในคนและในปลาไม่เกิน ร้อยละ 1 ภายในปี 2568 อัตราการเสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดีลดลง 2 ใน 3 ภายในปี 2578 ตัวชี้วัดความสำเร็จ ปี 2567 : 1.ร้อยละการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มเป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 95 2.อัตราการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ลดลงจากปี 2566 ร้อยละ 15			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	พยาธิใบไม้ตับชนิด <i>Opisthorchis viverrini</i> ที่พบในประเทศไทยเป็นสารก่อมะเร็งชีวภาพที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ผลการดำเนินงานในเขตสุขภาพที่ 8 ระหว่างปี 2559 - 2565 ภาพรวมพบอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 3.79, 1.76, 3.65, 3.57, 5.16, 2.40 และ 1.71 ตามลำดับ โดยจะพบสูงในจังหวัดนครพนม สกลนคร บึงกาฬ และหนองคาย			
GAP	การค้นพบได้เร็วเพื่อคัดกรอง ดูแล รักษา โดยดำเนินการแบบบูรณาการให้ครอบคลุมทั้งปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านวัฒนธรรม รวมถึงการมีระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	กลยุทธ์ที่ 1 : การคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (CCA)	กลยุทธ์ที่ 2 : การพัฒนาภาคีเครือข่าย	กลยุทธ์ที่ 3 : การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม	กลยุทธ์ที่ 4 : -
กิจกรรมหลัก	- คัดกรอง พยาธิใบไม้ตับ (OV) ในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีประวัติเสี่ยง - คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี (CCA) ในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มีประวัติเสี่ยง - คัดกรอง พยาธิใบไม้ตับ (OV) ใน setting เรือนจำ	- พัฒนาศักยภาพพนักงานจุลทัศน์การในการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ (OV) - พัฒนาและสนับสนุนสถานประกอบการในการสร้างมาตรฐานอาหารปลอดภัย ปลาปลอดภัย	- สร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (OV CCA) - จัดระบบสุขภาพีบาล บริหารจัดการสิ่งปฏิกูล	
ระดับความสำเร็จ	ไตรมาสที่ 1 - จัดทำแผนการดำเนินงานตรวจคัดกรอง - จัดทำแผนการพัฒนาภาคีเครือข่าย	ไตรมาสที่ 2 - คัดกรอง ร้อยละ ... - พัฒนาภาคีเครือข่าย - สร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) - ดำเนินการจัดระบบสุขภาพีบาล บริหารจัดการสิ่งปฏิกูล	ไตรมาสที่ 3 - คัดกรอง ร้อยละ ... - สร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) - ดำเนินการจัดระบบสุขภาพีบาล บริหารจัดการสิ่งปฏิกูล	ไตรมาสที่ 4 - คัดกรอง ร้อยละ ... - รายงานผลการดำเนินงาน ปี 2567 - ร้อยละการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มเป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 95 - อัตราการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ลดลงจากปี 2566 ร้อยละ 15

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

47. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กรมการแพทย์

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : SP

แผนงานที่ 1. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	1. ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองส่วนมากผู้ป่วยไม่ทราบอาการของตน บิดบังข้อมูล ทำให้ไม่ทราบอาการของตนเอง ผู้ป่วยจะไม่สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองได้ ความเห็นของญาติ และผู้ป่วยไม่ตรงกันในการดูแล โดย ญาติต้องการให้ดูแลเต็มที่แต่ผู้ป่วยไม่ต้องการให้ยื้อชีวิต จึงสร้างรำบากใจให้แก่ทุกฝ่าย
GAP	
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
กิจกรรมหลัก	1. มีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษรด้วยกระบวนการ Family Meeting ตามมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย 2. มีบุคลากรในทีมการดูแลประคับประคองที่สามารถจัดทำกระบวนการประชุมครอบครัว (Family Meeting) เพื่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) และให้การดูแลอย่างมีคุณภาพ 3. มีการวินิจฉัยเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะประคับประคอง (ICD-10 Z51.5) ตามกลุ่มโรค ที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย 4. มีรายการยา Opioid ตลอดจนยาจำเป็นอื่นๆ ตามที่กำหนดในคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก/กระทรวงสาธารณสุข ในบัญชียาของโรงพยาบาล และพร้อมดำเนินการส่งชื้อยาจาก อย. ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ และมีการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ opioid ในผู้ป่วยระยะท้าย 5. มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้านหรือชุมชน และบันทึกรหัส การเยี่ยมบ้าน (1AXXX) ในเวชระเบียน (HIS) ส่งเข้า HDC ในแฟ้ม community service และบันทึกในระบบ E-claim 6. มีเครือข่ายบูรณาการการดูแลประคับประคองเพื่อการบริหารคลังยามอร์ฟิน และร่วมกับหน่วยงานราชการ หรือภาคประชาสังคม หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วย เพื่อการจัดการอุปกรณ์ และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 7. มีการจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในการดูแลประคับประคอง โดยมีการบันทึกหัตถการการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยแพทย์แผนไทย ICD-10TM รหัส U778-779, แพทย์แผนจีน รหัส U78-79

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

47. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน(ต่อ)

แผนงานที่ 1. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน

ระดับความสำเร็จ	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4
	ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 65	ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70



ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

48.สถานชีวาภิบาล จังหวัดละ 1 แห่ง (3 KPIs)



ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

49.ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน



ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

50. มีนิรภัยารักษ์ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดอย่างครบวงจรทุกจังหวัด (2 KPIs)



ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

51. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดคุณภาพในโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป (2 KPIs)



ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

52.ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนที่มีกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด (2 KPIs)

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

53.ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย Focal Point สาขาบริการสุขภาพสุขภาพจิตและสารเสพติด เขตสุขภาพที่ 8

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ และศูนย์สุขภาพจิตที่ 8

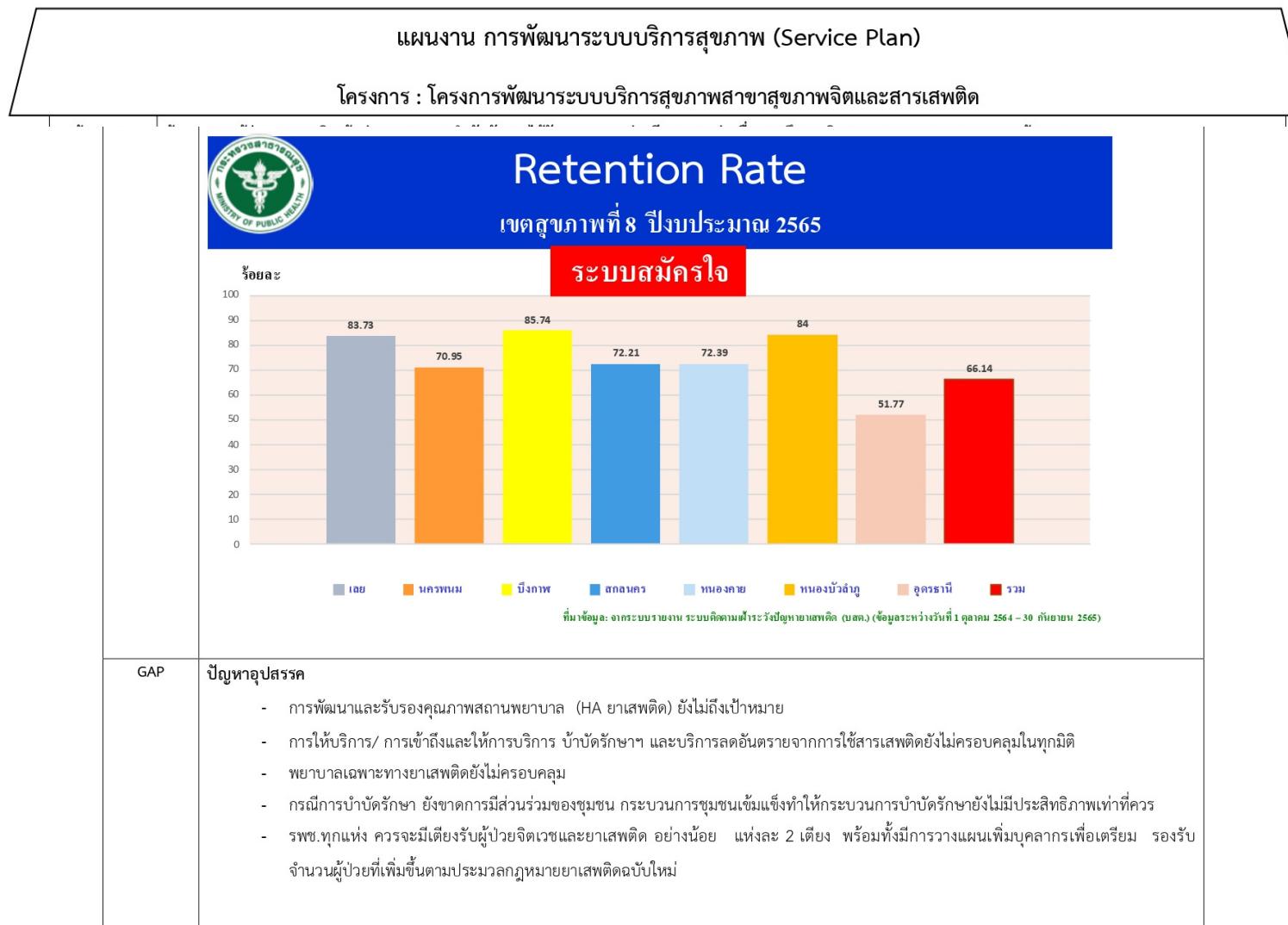
แผนงาน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและสารเสพติด

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) $\geq$ ร้อยละ 60
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	ปัจจุบันสถานการณ์การเผยแพร่ระบาดของยาเสพติด ยังคงระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง รัฐบาลจึงกำหนดให้การป้องกันและแก้ไขยาเสพติด เป็น แนวนโยบายที่สำคัญและเร่งด่วนในการบริหารราชการแผ่นดิน ให้มีการปรับระบบส่งเสริม บำบัดฟื้นฟู ติดตาม ผู้เสพและผู้ติดยา ภายใต้ทิศทางนโยบายยาเสพติด โลก และการเปลี่ยนแปลงในระดับสากลไปสู่การใช้หลักการสาธารณสุขและสิทธิมนุษยชนเน้นการดูแลสุขภาพและสังคม โดยยึดหลัก " ผู้เสพ คือ ผู้ป่วยที่ต้อง ได้รับการบำบัดรักษา ฟื้นฟูและพัฒนาคุณภาพชีวิต ภายใต้หลักการ “เข้าใจ เข้าถึง ทั่วถึง” คือเข้าใจถึงบริบทและสาเหตุที่ทำให้เสพยาเสพติด รวมถึงครอบครัว ของผู้เสพ โดยจะทำให้ผู้เสพหรือผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้ โดยกำหนดยุทธศาสตร์สำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด 6 ยุทธศาสตร์คือ 1) การ ส่งเสริมป้องกันไม่เสพยาและสารเสพติด 2) การบำบัดฟื้นฟูลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด 3) การมีส่วนร่วมของชุมชน 4) การปรับปรุงกฎหมาย 5) ข้อมูล และการสื่อสารประชาสัมพันธ์ และ 6) ระบบบริหารจัดการ การดำเนินงานด้านการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด เขตสุขภาพที่ 8 ในปีงบประมาณ 2565 ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย (ร้อยละ 90.38) กลุ่มอายุ 18-24 ปี มาก ที่สุด (ร้อยละ 32) รองลงมา กลุ่มอายุ 25-29 ปี (ร้อยละ 17.20) ลำดับ 3 คือ กลุ่มอายุมากกว่า 39 ปี (ร้อยละ 14.86) อาชีพ รับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 26.77) รองลงมาคือ การเกษตร (ร้อยละ 20.76) ลำดับ 3 ผู้ใช้แรงงาน(ร้อยละ 18.99) โดยส่วนใหญ่ใช้ยาบ้า (ร้อยละ 92.58) จำแนกประเภทผู้ป่วยเป็นผู้เสพยา มาก ที่สุด ร้อยละ 63.82 รองลงมาเป็นผู้ติดยา ร้อยละ 29.14 และผู้ใช้ ร้อยละ 7.02 ระบบสมัครใจมากที่สุด (ร้อยละ 57.95) รองลงมา ระบบบังคับบำบัด (ร้อยละ 35.02) และระบบต้องโทษ (ร้อยละ 7.03) จากข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate) เขตสุขภาพที่ 8 ในปีงบประมาณ 2565 พบว่า ในภาพรวมเขตมีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด (Retention Rate) ร้อยละ 66.14 ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ 60) การบำบัดรักษาระบบสมัครใจ จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 8 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาครบตามเกณฑ์ และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง เป็น ระยะเวลา 1 ปี ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ยกเว้นจังหวัดอุดรธานียังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

53.ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) (ต่อ)



ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

53.ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) (ต่อ)

แผนงาน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและสารเสพติด				
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	การบริหารจัดการองค์กรสู่ ความเป็นเลิศ	สนับสนุนการบำบัดฟื้นฟู ผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็น ศูนย์กลาง (CBTx)	เพิ่มการเข้าถึงบริการด้าน การบำบัดรักษาและฟื้นฟูตาม หลักการลดอันตรายจากการใช้ ยาเสพติด	เพิ่ม Retention Rate
กิจกรรมหลัก	1.พัฒนาสมรรถนะบุคลากรในเครือข่ายการ บำบัดรักษาฟื้นฟู 2.พัฒนาเทคโนโลยีและสารสนเทศ เพื่อ สนับสนุนการบำบัดรักษาฟื้นฟู 3.บริหารจัดการทรัพยากรด้านการบำบัด ฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพ (คน เงิน ของ ถ่ายทอดนโยบาย)	1. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วย ยาเสพติด (CBTx) 2. สนับสนุนการขยายพื้นที่ดำเนินการ บำบัดฟื้นฟูแบบ(CBTx) และบูรณาการการ ลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) ในทุกระบบการรักษา	1.เพิ่มการเข้าถึงการบริการด้านการ บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพตาม หลักการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด 2.พัฒนาระบบบริการบำบัด/ฟื้นฟูตาม Service Plan (ศูนย์อำนวยการฯ) 3.พัฒนาระบบบำบัดรักษาฟื้นฟูและการส่ง ต่ออย่างไร้รอยต่อ	1.พัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพในการ ติดตามดูแลผู้ป่วย ยาเสพติดอย่างต่อเนื่องตามมาตรการลด อันตรายจากการใช้ยาเสพติด 2. เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายทั้งภายในและภายนอก สธ.
ระดับความ สำเร็จ	ไตรมาสที่ 1 ผู้ปฏิบัติงานรับผิดชอบงานยาเสพติดผ่าน การอบรม /พัฒนาสมรรถนะ ตามหลักสูตร ของกรมการแพทย์ /กรมสุขภาพจิต และ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการสนับสนุนองค์ ความรู้ครอบคลุมด้านการพัฒนาบุคลากร และเทคโนโลยีครอบคลุมบุคลากร ร้อยละ 80	ไตรมาสที่ 2 1. มีการจัดตั้งศูนย์ให้บริการบำบัดฟื้นฟู และลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด โดย ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx & HR) 2. ผลการดำเนินงานด้านการให้บริการด้าน การลดอันตรายหรือผลกระทบจากยาเสพ ติด(Harm Reduction) มีการประชุมชี้แจง สื่อสารทำความเข้าใจมาตรการลดอันตราย จากยาเสพติด และการจัดบริการด้านการ ลดอันตราย หรือผลกระทบจากยาเสพติด (Harm Reduction)	ไตรมาสที่ 3 1. ผลการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษา ผู้ป่วยยาเสพติด ของ สป.สธ. (ข้อมูลจาก ระบบ บสต.) เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา 2. ผลการดำเนินงานด้านกาบำบัดรักษา ผู้ป่วยยาเสพติด ของภาคีเครือข่าย (ข้อมูล จาก ระบบ บสต.) เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา	ไตรมาสที่ 4 ผลการดำเนินงานด้านการติดตามผู้ป่วยยา เสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับ การดูแล อย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง (Retention Rate)ร้อยละ 60

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

54.ร้อยละของผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย Focal Point สาขาบริการสุขภาพสุขภาพจิตและสารเสพติด เขตสุขภาพที่ 8

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ และศูนย์สุขภาพจิตที่ 8

แผนงาน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช				
เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2566 มีเด็กที่ต้องได้รับการคัดกรองทั้งสิ้น 148,580 ราย พบเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าอายุ 0-5 ปี ทั้งหมด 426 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.29 เด็กที่ไม่ได้รับการคัดกรองด้วย DSPM ส่งผลพัฒนาการล่าช้าที่อยู่ระหว่างการติดตาม ติดตามไม่ได้ กระตุ้นไม่ครบเกณฑ์และหายไป จำนวน 32,517 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.96 ซึ่งมีแนวโน้มพบอาการร่วมและเสี่ยงต่อการเกิด 4 โรคหลักทางจิตเวชเด็ก ได้แก่ ออทิสติก สมาธิสั้น เรียนรู้ช้า และสติปัญญาบกพร่อง ปี 2566 มีเด็กอายุ 6-11 ปี จำนวน 657,884 คน จากความชุกร้อยละ 5.40 ต้องพบเด็กกลุ่มนี้จำนวน 35,527 ราย แต่พบว่ามีการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา จำนวน 7,071 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.90 ระบบบริการด้านสาธารณสุข ข้อมูลด้านทรัพยากรของเขตสุขภาพที่ 8 มีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ทั้งหมด 2 คน มีพยาบาล PG เด็กครอบคลุมทุกจังหวัด จำนวน 70 คน และมียาสมาธิสั้นในโรงพยาบาลทั้งหมด 17 แห่ง จากโรงพยาบาลทั้งสิ้น 87 อำเภอ			
GAP	ปัญหาอุปสรรค - การมีส่วนร่วมของครู หมอ พ่อแม่ โรงเรียน ชุมชน ภาควิชาเครือข่าย และพหุ. ในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหา ด้านสุขภาพจิต อารมณ์พฤติกรรมและ 4 โรคหลักทางจิตเวชเด็ก ยังไม่ครอบคลุมในหลายพื้นที่ - ยังขาดความรู้ในสัญญาณเตือน (Warning Sign) ใน 4 โรคหลักทางจิตเวชเด็ก และโรคทางอารมณ์ - ยาสมาธิสั้นยังไม่ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	การประกาศนโยบายและขับเคลื่อนการพัฒนาบริการสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น	การค้นหา คัดกรอง ส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น	พัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น	เสริมสร้างสุขภาพจิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต(+ (Promotion)

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 54. ร้อยละของผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน (ต่อ)

กิจกรรมหลัก	1. ขับเคลื่อนคณะกรรมการสุขภาพกลุ่มวัย 2. สนับสนุนทรัพยากร งบประมาณ การพัฒนาบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก 3. สนับสนุนยาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 4. สร้างภาคีเครือข่ายนอกสาธารณสุข (4 กระทรวงหลัก)	1. พัฒนาศักยภาพการคัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยงจิตเวชเด็ก 4 โรคหลัก 2. พัฒนาศักยภาพครอบครัว ผู้ปกครอง ครู 3. ส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยใช้หลักการ Triple-P และ PLH ในครอบครัว เข้าสู่ระบบโรงเรียน (ศพด./อนุบาล) 4. App HERO	1. พัฒนาคุณภาพมาตรฐานของระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นใน รพ. ทุกระดับ 2. พัฒนาระบบการดูแลเด็กและวัยรุ่นในโรงเรียน 3. สร้างระบบจิตแพทย์พี่เลี้ยงผ่าน Teleconference	สร้างความรอบรู้ในสัญญาณเตือน (Warning Sign) ใน 4 โรคหลักทางจิตเวชเด็ก และโรคทางอารมณ์ และเพิ่มทักษะการเลี้ยงดูลูก
ระดับความสำเร็จ	ไตรมาสที่ 1 1. จัดทำแผน กำหนดนโยบาย/มาตรฐานการดูแลทั้งระบบบริการและแผนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม 2. ประชุมชี้แจงวางระบบการคัดกรองดูแลส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการติดตามต่อเนื่อง 3. พัฒนาศักยภาพบุคลากร	ไตรมาสที่ 2 ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน	ไตรมาสที่ 3 ร้อยละ 38 ของผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน	ไตรมาสที่ 4 ร้อยละ 38 ของผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

55.การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย Focal Point สาขาบริการสุขภาพสุขภาพจิตและสารเสพติด เขตสุขภาพที่ 8

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ และศูนย์สุขภาพจิตที่ 8

แผนงาน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและสารเสพติด

เป้าหมาย/ เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) เขตสุขภาพที่ 8 สะสม(คน)ปีงบประมาณ 2559-2565 จำนวน 460 คน รายใหม่(คน) ในปีงบประมาณ 2566 51 คน ก่อความรุนแรงซ้ำ(คนเดิมที่สะสมถึงปัจจุบัน)ก่อความรุนแรงในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 5 คน
GAP	Pre Hospital 1. MHL สัญญาณเตือนและความตระหนักรู้ของกลุ่มเสี่ยง/การคัดกรอง 2. ความรู้ของประชาชนในการใช้พรบ.สุขภาพจิต 3. การทำงานกับสหวิชาชีพในการนำส่ง ขอบเขตหน้าที่ และการประสานงาน 4. ความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ In Hospital 1. ขาดแคลนจิตแพทย์ ความเพียงพอของบุคลากร 2. การจัดการสิ่งแวดล้อมของเตียงผู้ป่วยจิตเวช 3. แนวทางการประเมิน และการดูแลผู้ป่วย SMIV Post Hospital 1. MHL สัญญาณเตือน และความตระหนักรู้ของกำเริบของกลุ่มเสี่ยง 2. ความรู้ของประชาชนในการใช้พรบ.สุขภาพจิต 3. ขาดความรู้ และความตระหนักในการดูแลผู้ป่วย ปัญหาอุปสรรค ความรู้ความเข้าใจ ต่อ พรบ.สุขภาพจิต การกำหนดทิศทางการทำงานให้กับแพทย์ บุคลากรสุขภาพจิตในการดูแลผู้ป่วย SMIV ทุกระยะ (Pre-In-Post Hospital) ปัญหาเสพติดในชุมชน

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 55.การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) (ต่อ)

แผนงาน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและยาเสพติด

ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	ด้านนโยบายและการบริหารจัดการ	ด้านการมีส่วนร่วมและบูรณาการ	ด้านนวัตกรรม	ด้านบริการไร้รอยต่อ
กิจกรรมหลัก	1. กำหนดนโยบาย/มาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วย SMI-V 2. วางระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการติดตามดูแลต่อเนื่อง	1. บูรณาการการดำเนินงานสุขภาพจิตด้วยระบบการดำเนินงาน พขอ. / ทุกอำเภอมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 2. ประชุมการใช้กฎหมายในการแก้ไขปัญาสุขภาพจิตผ่านคณะกรรมการสุขภาพจิตจังหวัด 3. บูรณาการการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกับตำรวจภายใต้โครงการหน่วยนาคาพิทักษ์รักษา	1. จังหวัด/อำเภอที่มีการติดตามต่อเนื่องในชุมชน ระบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชแบบบูรณาการร่วมกับ LTC, Thai COC และจิตเวช 2. การใช้ และ พัฒนาระบบ Telepsychiatry	1. Telemedicine การประสานงานระดับจังหวัด 2. ทุกโรงพยาบาลชุมชน สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชเบื้องต้นก่อนส่งต่อ รพ.จิตเวชฯ ได้ 3. เปิด Corner Ward ผู้ป่วย พร้อมให้คำปรึกษาเครือข่ายใน รพ. Node 4. พัฒนาระบบพัฒนาระบบบริการแบบ Psychosocial Clinic ทุกระดับหน่วยบริการ
ระดับความสำเร็จ	ไตรมาสที่ 1 1. จัดทำแผน กำหนดนโยบาย/มาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วย SMI-V ทั้งระบบบริการและแผนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม 2. ประชุมชี้แจงวางระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการติดตามดูแลต่อเนื่อง 3. พัฒนาศักยภาพและซักซ้อมความเข้าใจในการดูแลส่งต่อ	ไตรมาสที่ 2 1. มีการจัดตั้งศูนย์ให้บริการ 2. ขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินงานตามแผนที่กำหนด 2. ติดตามผลลัพธ์และผลการดำเนินงาน 3. ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลต่อเนื่อง	ไตรมาสที่ 3 1. ประชุมติดตาม พัฒนา วางแผนระยะ 6 เดือนหลัง 2. ขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินงานตามแผนที่กำหนด 2. ติดตามผลลัพธ์และผลการดำเนินงาน ผลการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษา 3. ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลต่อเนื่อง	ไตรมาสที่ 4 ติดตามผลลัพธ์และผลการดำเนินงาน ผลการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษา 3. ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลต่อเนื่อง

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

56. ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน (3 KPIs)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กรมการแพทย์

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : SP

แผนงานที่ 1. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการ การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate Care; IMC)

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน - ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน - ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยใน) มีคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed - ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	ผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน มีจำนวนผู้ป่วย IMC ที่เข้าสู่ระบบบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง 3,813 ราย โดยมีผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจนกว่า Barthel index = 20 จำนวน 3,247 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.16 โดยเป็นผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury รายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 6 เดือน และ Fragility hip fracture รายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥15 with multiple impairments
GAP	- ยังดำเนินการไม่ผ่านเกณฑ์ครอบคลุมทุกจังหวัด โรงพยาบาลในพื้นที่ให้บริการในกลุ่มเป้าหมายยังมีบางพื้นที่ที่ให้บริการต่ำกว่าเกณฑ์ เนื่องจากขาดบุคลากรเช่น นักกายภาพบำบัด, นักกายอุปกรณ์ และในเขตสุขภาพที่ 8 ยังไม่มีแพทย์ด้านนี้
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
กิจกรรมหลัก	1. การบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

56. ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน (3 KPIs) (ต่อ)

แผนงานที่ 1. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการ การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate Care; IMC)

ระดับความสำเร็จ	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4
1. ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	-	≥ร้อยละ 85	-	≥ร้อยละ 85
2. ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยใน) มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง ในหอผู้ป่วย IMC ward/bed	-	≥ร้อยละ 60	-	≥ร้อยละ 60
3. ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง จำนวน มากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน	-	≥ร้อยละ 50	-	≥ร้อยละ 50

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

57.ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง

58.ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : สสจ.นครพนม

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : รพศ./รพท./รพช./สสอ./รพ.สต. ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 8

แผนงาน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ปีงบประมาณ 2567				
เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	1.ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (>ร้อยละ 10) 2.ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระบบปฐมภูมิ ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (>ร้อยละ 40) 3.จำนวนศูนย์ Wellness Center/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ด้านปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและสมุนไพรให้มีคุณค่าและมูลค่าสูงเพิ่มขึ้น (70 แห่ง)			
สถานการณ์/ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับ ร้อยละ 14.89 Baseline จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการในระบบปฐมภูมิ ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 41.94 Baseline จำนวนของศูนย์ Wellness Center/ แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (36 แห่ง)			
GAP	ระบบบริการแพทย์แผนไทย 1) ยังไม่มีแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยผสมผสานอย่างชัดเจนในโรคที่มุ่งเน้น 2) รพ.มีการจัดบริการ IPD แพทย์แผนไทย IMC และ Palliative care แต่มีกระบวนการจัดบริการยังไม่ชัดเจน ระบบบริหารจัดการแพทย์แผนไทย 1) รหัสยาสมุนไพร 24 หลัก และการบันทึกข้อมูลผลงานบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนจีนยังไม่ถูกต้อง ครบถ้วน 2) รพ.ยังไม่มีการคำนวณงบค่าใช้จ่ายทุนของการจัดการแพทย์แผนไทยฯ 3) แพทย์แผนไทย มีผลงานวิจัย /นวัตกรรม/R2R ยังไม่ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ			
ยุทธศาสตร์/มาตรการ	กลยุทธ์ที่ 1 : ถ่ายทอดแนวทางการดูแลผู้ป่วย IMC ด้วยการแพทย์แผนไทย/ การแพทย์ทางเลือก และกัญชาทางการแพทย์ให้กับแพทย์แผนไทยและสหวิชาชีพ	กลยุทธ์ที่ 2 : เพิ่มการเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิ	กลยุทธ์ที่ 3 : สื่อสาร ซึ่งการพัฒนาศูนย์ Wellness และประเมินแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ภูมิปัญญาไทยและสมุนไพรให้กับผู้เกี่ยวข้อง	
กิจกรรมหลัก	-การอบรมพัฒนาศักยภาพการแพทย์แผนไทยการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) และจัดทำ CPG ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน -มีการส่งจ่ายยาสมุนไพรจากบัญชียาหลักในผู้ป่วย IMC ที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 -การใช้ยาสมุนไพรใน รพ. อย่างน้อย 30 รายการ รพ.สต. อย่างน้อย 10 รายการ -มีการส่งจ่ายยาปรุงเฉพาะราย 3 รายการ -อบรมเชิงปฏิบัติการยาปรุงเฉพาะราย/ คู่มือการใช้ยาสมุนไพร -มีแผน กระบวนการ พัฒนางานแลกเปลี่ยนเรียนรู้ KM CQI R2R วิจัย นวัตกรรม อย่างใดอย่างหนึ่ง	-สนับสนุนข้อมูลทางวิชาการ ถ่ายทอด และพัฒนาศักยภาพแพทย์แผนไทยและสหวิชาชีพให้มีความรู้ เกณฑ์มาตรฐาน และแนวทางเวชปฏิบัติที่เกี่ยวข้องในหน่วยบริการปฐมภูมิ -บูรณาการการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการปฐมภูมิ -จัดตั้งคลินิกเฉพาะโรคเพื่อรองรับการให้บริการในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ -จัดบริการที่แผนผู้ป่วยนอก ห้องตรวจแพทย์แผนไทย โรคทั่วไปและเฉพาะโรค เช่น Long Covid	-ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ประกอบการเข้าร่วมการรับรองเป็นศูนย์ Wellness/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจากการจัดการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก -พัฒนาศักยภาพศูนย์ Wellness/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และสถานประกอบการ 5 ประเภท	
ระดับความสำเร็จ	ไตรมาสที่ 1 (3 เดือน)	ไตรมาสที่ 2 (6 เดือน)	ไตรมาสที่ 3 (9 เดือน)	ไตรมาสที่ 4 (12 เดือน)
	-ทบทวน CPG และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ -มีการถ่ายทอดนโยบาย Frist Line และยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติงานสู่การปฏิบัติ -มีโครงสร้างการดำเนินงานคลินิกเฉพาะโรค เช่น Long Covid -สื่อสารนโยบาย จัดการความรู้ และถ่ายทอดตัวชี้วัดลงพื้นที่ -ฐานข้อมูลบริการสุขภาพในระบบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ	-สร้างระบบที่เชื่อมโยงระหว่าง รพ. และหน่วยบริการปฐมภูมิ -มีการทบทวนบัญชียาสมุนไพรในรพ. -มาตรการการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่และแผนปฏิบัติการส่งเสริมสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพให้เข้าสู่มาตรฐานตามที่กำหนด -ฐานข้อมูลสถานประกอบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ -จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ -รายงานการวิเคราะห์มาตรฐานและแนวทางการพัฒนาเส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่	-ทบทวนปัญหาและอุปสรรคจากการดำเนินงาน -กำกับติดตามการดำเนินงานในหน่วยงานระดับ รพ. และระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ -ระดับความสำเร็จของการส่งเสริมให้สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเข้าสู่มาตรฐานตามที่กำหนด -เครือข่ายพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่ -เส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่	-ร้อยละผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) >ร้อยละ 10 -ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระบบปฐมภูมิ ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก >ร้อยละ 40 -งานวิจัย/R2R/นวัตกรรม -การเพิ่มขึ้นจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

59.ระดับความสำเร็จของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (3 KPIs)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : สสจ.นครพนม

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : รพศ./รพท./รพช./สสอ./รพ.สต. ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 8

แผนงานที่ แผนงาน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการพัฒนาการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ เขต 8 ปี 2567

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	1.หน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 70 2.ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 5 3.ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นร้อยละ 60 4.งานวิจัย/R2R/นวัตกรรมด้านกัญชาทางการแพทย์ในระดับเขต จำนวน 2 เรื่อง 5.การจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ระดับจังหวัด จำนวน 2 ครั้ง
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	Situation: ปีงบประมาณ 2566 1. หน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐานระดับดีเยี่ยม จำนวน 12 แห่ง 2. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์จำแนกรายจังหวัดภาพรวม ร้อยละ 100 3. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 8 ร้อยละ 30.74
GAP	1. แนวทางการส่งต่อและแนวทางเวชปฏิบัติด้านกัญชาทางการแพทย์ยังไม่ชัดเจน 2. หน่วยบริการสาธารณสุขยังไม่มีผลงานที่เป็น Best Practice นวัตกรรม/ผลงานวิจัยด้านกัญชาทางการแพทย์ 3. ในภาพ CUP ยังไม่มีการวางแผนการใช้ยา กัญชาทางการแพทย์ในปี 2567 4. ประชาชนมีความรู้เรื่องประโยชน์ เรื่องโทษ แนวทางการใช้กัญชาทางการแพทย์ทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทยไม่เพียงพอ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

59.ระดับความสำเร็จของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (3 KPIs) (ต่อ)

แผนงานที่ แผนงาน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการพัฒนาการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ เขต 8 ปี 2567

ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	กลยุทธ์ที่ 1 : พัฒนาระบบการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน	กลยุทธ์ที่ 2 : พัฒนาศักยภาพบุคลากรและสนับสนุนวิชาการด้านกัญชาทางการแพทย์	กลยุทธ์ที่ 3 : พัฒนาการบริหารจัดการยา กัญชาทางการแพทย์	กลยุทธ์ที่ 4 : พัฒนาการจัดการระบบข้อมูลด้านกัญชา ทางทางการแพทย์
กิจกรรมหลัก	- ประชุมทบทวนแนวทางการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ - เพิ่มการเข้าถึงของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ - เพิ่มการเข้าถึงของผู้ป่วย Palliative care (รหัส ICD10 Z51.5) ให้ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ - มีแผนการค้นหาผู้ป่วยที่มีกรณีวินิจฉัยระยะ ประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ - นิเทศติดตามระบบการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์	- พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ โดยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ - ครอบคลุมทุกสาขา - มีแผนการจัดทำงานวิจัย/R2R/นวัตกรรมด้านกัญชาทางการแพทย์ - มีแผนการจัดกิจกรรมการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ - ประชุมเชิงปฏิบัติการแนวทางการรักษาโรคด้วยยา กัญชาทางการแพทย์และการบริหารจัดการยา กัญชาทางการแพทย์ - ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และติดตามการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ ผ่านระบบ Zoom Meeting	- วางแผนการสำรองยา การหมุนเวียนยาและทางเลือกการใช้ยา กัญชาทางการแพทย์ - วิเคราะห์ วางแผน จำนวนคงคลังให้มียา กัญชาทางการแพทย์เพียงพอ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ บริการอย่างต่อเนื่อง - ติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการบริการตามข้อบ่งชี้ยา กัญชาทางการแพทย์ ติดตามผลข้างเคียง และ คุณภาพชีวิต ผ่านโปรแกรม HPVC ตาม แนวทางที่กำหนดไว้ - สนับสนุนและส่งเสริมงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม ด้านกัญชาทางการแพทย์ในระดับจังหวัด - สนับสนุนและส่งเสริมการจัดการความรู้ด้าน กัญชาทางการแพทย์ในระดับจังหวัด	- พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ เพื่อประเมินความเหมาะสมในการใช้ กัญชาทางการแพทย์และวางแผนการใช้ให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วย - ติดตามการบันทึกและการประมวลผลข้อมูลบริการกัญชาทางการแพทย์ผ่านโปรแกรม Health Data Center (HDC) - ติดตามระบบสารสนเทศ รายงานการใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงานความปลอดภัยจากการใช้ กัญชาทางการแพทย์ (HPVC, SKYNET) โดยการบูรณาการร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

59.ระดับความสำเร็จของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (3 KPIs) (ต่อ)

แผนงานที่ แผนงาน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการพัฒนาการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ เขต 8 ปี 2567

ระดับความสำเร็จ	ไตรมาส 1 (3 เดือน)	ไตรมาส 2 (6 เดือน)	ไตรมาส 3 (9 เดือน)	ไตรมาส 4 (12 เดือน)
	1. จัดทำและทบทวนคำสั่ง คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ การใช้สมุนไพรกัญชาและ กัญชงทางการแพทย์ เขตสุขภาพที่ 8 2. มีแผนการค้นหาผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค และผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัย ระยะ ประคับประคอง (Palliative Care) เพื่อให้ได้รับการ รักษาด้วยยา กัญชา ทางการแพทย์ 3. ประชุมทบทวนแนวทางการ จัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ 4. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทาง การแพทย์ โดยส่งเสริมและ สนับสนุนให้ผ่านการอบรมหลักสูตร การใช้สารสกัดจากกัญชาทาง การแพทย์สำหรับบุคลากรทาง การแพทย์ครอบคลุมทุกสาขา 5. มีแผนการจัดทำงานวิจัย/R2R/ นวัตกรรมด้านกัญชาทาง การแพทย์ 6. มีแผนการจัดกิจกรรมการจัดการ ความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์	1. บุคลากรทางการแพทย์ได้รับการ อบรมความรู้ในการจัดบริการคลินิก กัญชาทางการแพทย์พร้อมทั้งมีการ ต่ออายุใบประกาศนียบัตรการอบรม ฯ 2. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะ ประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทาง การแพทย์ 3% 6. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษา ด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้น 30% 7. นิเทศติดตามการรักษาโรคด้วยยา กัญชาทางการแพทย์และการบริหาร จัดการยา กัญชาทางการแพทย์ จำนวน 2 ครั้ง	1. ระดับคปสอ. หน่วยบริการ สาธารณสุขที่มีการจัดบริการ คลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่ได้ มาตรฐาน ระดับพื้นฐานขึ้นไป 2. รพ. มีการจัดบริการคลินิก กัญชาทางการแพทย์ ในระดับ เขต ร้อยละ 70 3. นิเทศติดตามระบบการ จัดบริการคลินิกกัญชาทาง การแพทย์ จำนวน 1 ครั้ง	1. ระดับเขต รพ.ที่มีการจัดบริการ คลินิกกัญชาทางการแพทย์ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 50 2. รพ. มีการจัดบริการคลินิกกัญชา ทาง การแพทย์ในระดับจังหวัด 80% 3. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะ ประคับประคองที่ได้รับการรักษาด้วย กัญชาทางการแพทย์ 5% 4. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วย ยา กัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้น 60% 5. งานวิจัย/R2R/นวัตกรรมด้านกัญชา ทางการแพทย์ในระดับเขต จำนวน 2 เรื่อง 6. การจัดการความรู้ด้านกัญชาทาง การแพทย์ในระดับเขตจำนวน 2 ครั้ง



ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
60.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการภาวะฉุกเฉินด้าน
การแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Care System and Public Health Emergency Management)

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

61.อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กรมการแพทย์

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : SP

แผนงานที่ 1. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

โครงการ พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	1. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) เป้าหมาย น้อยกว่าร้อยละ 10
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	เขตสุขภาพที่ 8 พบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) ร้อยละ 5.78 สามารถดำเนินการได้ผ่านเกณฑ์ค่าเป้าหมาย แต่ยังคงพบว่ามีบางจังหวัดที่ยังมีอัตราการเสียชีวิตที่เกินเกณฑ์ คือ จังหวัดเลย พบอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 10.15
GAP	1. ห้องฉุกเฉินมีความแออัด 2. บุคลากรไม่เพียงพอ จ.หนองคาย ขาดแพทย์นิติเวช, ENP, EMT-B, Productivity จ.บึงกาฬ ขาดแพทย์Neurosurgeon, แพทย์ EP จ.เลย ขาดแพทย์ Neurosurgeon 3. ระบบ Refer
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
กิจกรรมหลัก	ขั้นตอนที่ 1 โรงพยาบาลทุกระดับมีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลและ TEA Unit ขึ้นไปเพื่อทำหน้าที่วิเคราะห์ข้อมูล ขั้นตอนที่ 2 เขตสุขภาพ /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2.2 เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล/จังหวัด 2.3 สนับสนุนงบประมาณ ครุภัณฑ์ การฝึกอบรม ขั้นตอนที่ 3 ส่วนกลาง 3.1 จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยกตามระดับโรงพยาบาล/เขต 3.2 เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล/เขต 3.3 วิเคราะห์ในระดับนโยบาย เช่น สนับสนุน คน การอบรม งบประมาณ เครื่องมือ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

61.อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) (ต่อ)

แผนงานที่ 1. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

โครงการ พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

ระดับความสำเร็จ	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4
	-	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ 10	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ 10	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ 10



ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

62.ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

63.อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กรมการแพทย์

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : SP

แผนงานที่ 1. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ โครงการ พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ				
เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	1. อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality) เป้าหมาย น้อยกว่าร้อยละ 5			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	จากการตรวจราชการรอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2566 เขตสุขภาพที่ 8 พบอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality) ร้อยละ 22.96 ยังไม่เกินเกณฑ์เป้าหมาย คือ < ร้อยละ 25 แต่พบว่ามี 2 จังหวัดที่มีอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality) เกินเกณฑ์ คือจังหวัด สกลนคร พบอัตราตาย ร้อยละ 36.42 รองลงมาคือ จังหวัดอุดรธานี พบอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 28.09			
GAP	1. ห้องฉุกเฉินมีความแออัด 2. บุคลากรไม่เพียงพอ จ.หนองคาย ขาดแพทย์นิติเวช, ENP, EMT-B, Productivity จ.บึงกาฬ ขาดแพทย์Neurosurgeon, แพทย์ EP จ.เลย ขาดแพทย์ Neurosurgeon 3. ระบบ Refer			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
กิจกรรมหลัก	1. ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงบริการ เพิ่ม Fasttrack และ Fast pass เพื่อลดความแออัดในห้องฉุกเฉิน 2. พัฒนาระบบ Telemedicine /Sky doctor ให้การเข้าถึงการบริการรวดเร็ว 3. พัฒนาระบบ Seamless Refer คุณภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้เร็วยิ่งขึ้น			
ระดับความสำเร็จ	ไตรมาสที่ 1 -	ไตรมาสที่ 2 อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality) เป้าหมาย น้อยกว่าร้อยละ 5	ไตรมาสที่ 3 อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality) เป้าหมาย น้อยกว่าร้อยละ 5	ไตรมาสที่ 4 อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality) เป้าหมาย น้อยกว่าร้อยละ 5

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

64.จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ไม่เกิน 20 ต่อแสนประชากร

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : เขตสุขภาพที่ 8 สสจ. สสอ. รพ. รพ.สต. และ สปอ.จังหวัด สปอ.อำเภอ สปอ.อปท. ในพื้นที่

แผนงานที่ 3

โครงการเฝ้าระวังและป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดความสำเร็จ ปี 2567 : อัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนไม่เกิน 20.61 ต่อประชากรแสนคน			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลจาก Global Status Report on Road Safety 2015 ขององค์การอนามัยโลก จัดให้ประเทศไทยเป็นประเทศ ที่มีอัตราการเสียชีวิตจากการจราจรทางถนน เป็นอันดับ 2 ของโลก โดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่ามีจำนวนเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ทั้งสิ้น 24,237 ราย คิดเป็นอัตราตาย 36.2 ต่อประชากรแสนคน โดยเมื่อพิจารณาประเภทการขับ ขี่ยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุ พบว่า ประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากรถจักรยานยนต์สูงสุดเป็นอันดับ 1 ของโลก หรือคิดเป็นอัตราตาย 26.3 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ รถยนต์ คนเดินเท้า และจักรยาน คิดเป็นร้อยละ 4.7, 2.9 และ 0.8 ตามลำดับ (WHO, 2015) ข้อมูลการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของเขตสุขภาพที่ 8 ในปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม 2565 - 31 สิงหาคม 2566) ผู้บาดเจ็บ 55,394 ราย อัตราการบาดเจ็บ 1,001.93 ต่อประชากรแสนคน และผู้เสียชีวิต 1,162 ราย อัตราเสียชีวิต 21.02 ต่อประชากรแสนคน โดยมีแนวโน้มที่ลดลงจากปี 2565 ซึ่งจังหวัดหนองคาย มีอัตราการเสียชีวิตสูงสุด คือ 26.75 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือจังหวัดเลย 26.52 ต่อประชากรแสนคน และจังหวัดบึงกาฬ 25.49 ต่อประชากรแสนคน ข้อมูลทางระบาดวิทยาที่สำคัญคือ เพศชายมีการเสียชีวิตมากที่สุด ร้อยละ 81.24 และเพศหญิง ร้อยละ 18.26 โดยผู้เสียชีวิตมีอายุระหว่าง 20 - 29 ปี ร้อยละ 18.55 เป็นผู้ขับขี่ ร้อยละ 83.77 ช่วงเวลาเกิดเหตุสูงสุด เวลา 16.00 - 19.59 น. ร้อยละ 25.92 ถนนที่เกิดเหตุสูงสุดคือถนนทางหลวง ร้อยละ 70.50 รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะที่เกิดเหตุสูงสุด ร้อยละ 76.29 พฤติกรรมเสี่ยงสำคัญคือ ไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 93.19 ไม่คาดเข็มขัด ร้อยละ 81.36 และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 13.07 (ข้อมูลจากรายงานโปรแกรม PHER Plus)			
GAP	- การพัฒนาระบบข้อมูลผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต และข้อมูลจากการสอบสวน เพื่อใช้ประโยชน์ในการดำเนินงาน - การเสียชีวิตและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนยังไม่มีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชนช่วงอายุ 10 - 19 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมากที่สุด			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	กลยุทธ์ที่ 1 : ด้านการบริหารจัดการ	กลยุทธ์ที่ 2 : ด้านข้อมูล	กลยุทธ์ที่ 3 : ด้านการป้องกัน	กลยุทธ์ที่ 4 : ด้านการรักษา
กิจกรรมหลัก	- ดำเนินการ SAT/EOC - RTI เพื่อเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์ในพื้นที่ - สนับสนุน แนวทางการขับเคลื่อนการแก้ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจราจรทางถนน โดยใช้เครื่องมือ D - RTI	- สนับสนุน ขับเคลื่อน ให้เกิดการใช้ข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิต โดยบูรณาการข้อมูล 3 ฐาน - สนับสนุน ขับเคลื่อน ให้ รพ.ดำเนินการ IS online - พัฒนาระบบข้อมูลการสอบสวนที่สามารถนำไปใช้แก้ไขปัญหามิให้เกิดในภาพจังหวัด/อำเภอ	- สนับสนุน ขับเคลื่อนมาตรการความปลอดภัยในชุมชน - สนับสนุน ขับเคลื่อนมาตรการความปลอดภัยในการเดินทางในรถพยาบาลของเจ้าหน้าที่	- พื้นที่ดำเนินการ EMS คุณภาพ ER คุณภาพ In-hos คุณภาพ (พัฒนาการดูแลรักษาให้เป็นไปตามมาตรฐาน) และ Referral System พัฒนาระบบการส่งต่อผู้บาดเจ็บให้มีประสิทธิภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

64.จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ไม่เกิน 20 ต่อแสนประชากร (ต่อ)

แผนงานที่ 3 โครงการเฝ้าระวังและป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน				
	- สนับสนุน ขับเคลื่อน โครงการ TSY program ของจังหวัด/อำเภอ			
ระดับความสำเร็จ	ไตรมาสที่ 1 - แผนการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนโดยบูรณาการภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง	ไตรมาสที่ 2 - ดำเนินงานและกำกับติดตามการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนโดยบูรณาการภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง รอบ 6 เดือน	ไตรมาสที่ 2 - ดำเนินงานและกำกับติดตามการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนโดยบูรณาการภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง รอบ 9 เดือน	ไตรมาสที่ 4 - อัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ไม่เกิน 20.61 ต่อประชากรแสนคน

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

65.ร้อยละของผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก :

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม :

แผนงานที่ 8. การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการพื้นที่เฉพาะ

โครงการ... 1. โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	เขตสุขภาพที่ 8 ได้มีการปรับปรุงระบบโปรแกรมรายงานติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ เพื่อให้การดำเนินงานมีการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ สามารถขับเคลื่อนให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันและเกิดประโยชน์สูงสุด			
GAP	1. เพื่อให้จังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับนโยบายการพัฒนางาน สาธารณสุข 2. เพื่อติดตามการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพ และมีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม ให้ครบถ้วนและรายงานผู้บริหารได้อย่างถูกต้อง			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	กลยุทธ์ที่ 1 แต่งตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม ระดับจังหวัด	กลยุทธ์ที่ 2 จัดทำแผน/แนวทางการดูแลผู้ป่วยฯ	กลยุทธ์ที่ 3 : มีการดำเนินงานสู่ระดับพื้นที่	กลยุทธ์ที่ 4 : มีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม
กิจกรรมหลัก	มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม ระดับจังหวัด	คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ ร่วมบูรณาการจัดทำแผน/แนวทางการดูแลผู้ป่วยฯ ตามคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ สำนักพระราชวัง และแนวทางการดำเนินงานของสำนักโครงการพระราชดำริฯ	ขยายการดำเนินงานสู่ระดับพื้นที่	คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ ให้การดูแลช่วยเหลือ และติดตามผู้ป่วยฯ อย่างเป็นระบบร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง มีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และอาการของผู้ป่วย ตามนัด หรือทุกครั้งที่มีผู้ป่วยเดินทางไปโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษา หรือทุก 6 เดือน ในโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

65.ร้อยละของผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ (ต่อ)

แผนงานที่ 8. การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการพื้นที่เฉพาะ

โครงการ.. 1. โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ

ระดับความสำเร็จ	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4
	มีคำสั่งจัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย ฯ ระดับจังหวัด หรือระดับอำเภอ (ถ้า มี)	มีแผน/แนวทางการดูแลผู้ป่วยฯ	มีขยายการดำเนินงานสู่ระดับพื้นที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อให้ เข้าถึงการดูแล และติดตามผู้ป่วยฯ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รายงาน ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และอาการของผู้ป่วย ตามนัด หรือทุก ครั้งที่ผู้ป่วยเดินทางไปโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษา หรือทุก 6 เดือน ใน โปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระ บรมราชานุเคราะห์ พระราชานุ เคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

66.เครือข่ายราชทัณฑ์ปันสุขฯ ต้นแบบ เขตสุขภาพละ 1 เครือข่าย

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก :

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม :

แผนงานที่ 8. การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการพื้นที่เฉพาะ

โครงการ.. 1.1 โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ผู้ต้องขังในเรือนจำ ท้องถิ่นสถาน หรือสถานกักขัง ได้รับการทางสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียม และเป็นธรรม มีคุณภาพ ตามหลักสิทธิมนุษยชน				
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน					
GAP					
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	กลยุทธ์ที่ 1 : จัดทำ Model เครือข่าย ต้นแบบการ จัดบริการในเรือนจำ 1 เครือข่าย : 1 เขตสุขภาพ	กลยุทธ์ที่ 2 : การจัดระบบ บริการสาธารณสุข ในพื้นที่ เรือนจำเพื่อการเข้าถึงบริการ	กลยุทธ์ที่ 3 : พัฒนาระบบบริการ รักษาพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ อย่างมีคุณภาพตามมาตรฐาน	กลยุทธ์ที่ 4 : จัดทำแผนยุทธศาสตร์ การดำเนินงานพัฒนาระบบบริการ รักษาพยาบาล สำหรับผู้ถูกคุมขัง พ.ศ. 2567-2570	กลยุทธ์ที่ 5 : ปรับปรุงแนวทาง การพัฒนาระบบบริการ สาธารณสุขสำหรับผู้ถูกคุมขัง
กิจกรรมหลัก	1.1 จัดทำเกณฑ์ / Model เครือข่าย ต้นแบบการจัดบริการในเรือนจำ 1.2 คัดเลือกเครือข่ายราชทัณฑ์ปันสุขฯ ต้นแบบ 1 เครือข่าย : 1 เขตสุขภาพ 1.3 นำ Model เครือข่ายต้นแบบ การจัดบริการในเรือนจำไปใช้ในพื้นที่ เครือข่ายต้นแบบ 1.4 ประเมินการใช้ Model เครือข่าย ต้นแบบการจัดบริการในเรือนจำในพื้นที่ เครือข่ายต้นแบบ	2.1 วางแผนการจัดระบบบริการ สาธารณสุขในพื้นที่เรือนจำ เพื่อให้ ผู้ที่ถูกคุมขังสามารถเข้าถึงบริการ ทางสาธารณสุขได้ตามมาตรฐาน 2.2 ประชุมพัฒนาระบบบริการ สาธารณสุขสำหรับผู้ถูกคุมขัง 2.3 การกำกับ ติดตาม ประเมินผล การพัฒนาระบบบริการพื้นที่ควบคุม โดยหน่วยงานของรัฐ	3.1 ขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการ รักษาพยาบาลสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ ให้มีประสิทธิภาพ อย่างมีคุณภาพตาม มาตรฐาน โดยผู้ต้องขังในเรือนจำ เข้าถึง บริการทางสาธารณสุข อย่างมีคุณภาพ ตามมาตรฐาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 3.2 ประชุมเชิงปฏิบัติการประเมินผลการ ดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข สำหรับ ผู้ต้องขังในเรือนจำ	4.1 จัดทำแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงาน พัฒนาระบบบริการรักษาพยาบาลสำหรับ ผู้ต้องขังในเรือนจำ ท้องถิ่นสถาน หรือ สถานกักขัง พ.ศ. 2567 - 2570 4.2 โรงพยาบาลแม่ข่าย มีแผนปฏิบัติการ การดำเนินงานพัฒนาระบบบริการ สาธารณสุขสำหรับผู้ถูกคุมขัง ท้องถิ่นสถาน หรือสถานกักขัง พ.ศ. 2567- 2570 อย่างน้อยร้อยละ 90	5.1 โรงพยาบาลแม่ข่าย มีแนวทาง การดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ร้อยละ 100 5.2 หน่วยบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ได้รับคู่มือแนวทางการพัฒนาระบบ บริการสาธารณสุขสำหรับผู้ถูกคุมขัง ร้อยละ 90

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

66.เครือข่ายราชทัณฑ์ปันสุขฯ ต้นแบบ เขตสุขภาพละ 1 เครือข่าย (ต่อ)

แผนงานที่ 8. การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการพื้นที่เฉพาะ

โครงการ.. 1.1 โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

ระดับความสำเร็จ	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4
	มีเครือข่ายราชทัณฑ์ปันสุขฯ ต้นแบบอย่างน้อย 1 เครือข่าย : 1 จังหวัด	โรงพยาบาลแม่ข่ายปรับปรุงการพัฒนาระบบบริการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานขั้นต่ำ ร้อยละ 80	โรงพยาบาลแม่ข่ายมีแผนปฏิบัติการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ถูกคุมขัง พ.ศ. 2567 - 2570 ร้อยละ 90	1. เรือนจำ ทณฑสถาน หรือสถานกักขัง เข้าถึงบริการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานขั้นต่ำ ร้อยละ 90 2. แนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ถูกคุมขัง ฉบับปรับปรุง



ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

67.จำนวนผู้ที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียม/รากฟันเทียม (2 KPIs)



ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

67.จำนวนผู้ที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียม/รากฟันเทียม (2 KPIs)

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

68. อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี ร้อยละ 20

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : เขตสุขภาพที่ 8 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่

แผนงาน เฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก				
เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดความสำเร็จ ปี 2567 : 1. อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี ร้อยละ 20 2. อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 0.10			
สถานการณ์/ข้อมูลพื้นฐาน	- การแพร่ระบาดของโรคติดต่อกันโดยยุงลายโดยเฉพาะโรคไข้เลือดออก เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญอย่างหนึ่งของประเทศไทย โดยพบได้ทั่วไปทั้งในเขตเมือง เขตชนบท และพื้นที่ชายแดน การติดต่อแพร่ระบาดของโรครวดเร็วขึ้น และมีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของประชาชนในชุมชนในแง่การเจ็บป่วย และการเสียชีวิตได้ ในปี พ.ศ.2566 (ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 8 ธันวาคม 2566) พื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 พบผู้ป่วยไข้เลือดออก (D.F., D.H.F., D.S.S.) จำนวน 6,165 ราย อัตราป่วย 111.76 ต่อประชากรแสนคน มีผู้เสียชีวิต จำนวน 3 ราย ได้แก่ บึงกาฬ จำนวน 1 ราย และเลย จำนวน 2 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.05 จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ จังหวัดหนองบัวลำภู อัตราป่วย 317.88 รองลงมา ได้แก่ จังหวัดเลย (206.50) และจังหวัดนครพนม (188.83) กลุ่มเสี่ยง คือ เด็กอายุ 10 - 14 ปี รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 5 - 9 ปี และดูการระบาดยังคงเป็นช่วงฤดูฝน ระหว่างเดือนเมษายน - สิงหาคม ของทุกปี - ปี พ.ศ.2566 ในเขตสุขภาพที่ 8 ทุกจังหวัดมีอัตราป่วยเกินค่าเป้าหมายที่กำหนด และจังหวัดที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป เกินร้อยละ 0.10 ได้แก่ จังหวัดบึงกาฬ (0.46) จังหวัดเลย (0.26)			
GAP	1) ขาดความครอบคลุมของการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค 2) การสื่อสารความเสี่ยงและการสร้างความตระหนักในประชาชนในพื้นที่ 3) การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปสังกัด อบจ. ทำให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามมาตรการการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก			
ยุทธศาสตร์/มาตรการ	มาตรการที่ 1 : ด้านการเฝ้าระวังโรค	มาตรการที่ 2 : ด้านการป้องกันควบคุมโรค	มาตรการที่ 3 : ด้านการวินิจฉัยรักษา	มาตรการที่ 4 : ด้านการสื่อสารความเสี่ยง
กิจกรรมหลัก	- เฝ้าระวัง วิเคราะห์และประเมินสถานการณ์โรคไข้เลือดออก - เฝ้าระวังค่าดัชนียุงลาย ก่อตั้งแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในชุมชนและสถานที่สำคัญต่างๆ (7 ร.) - เตรียมพร้อมระบบ EOC, CDCU plus VCU - เตรียมความพร้อมของทรัพยากรและบุคลากรในการควบคุมโรคและรักษา - จัดทำแผนงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ร่วมกับหน่วยงานเครือข่าย	- ดำเนินการตามมาตรการ 3-3-1 ได้ตามมาตรฐานอย่างเข้มข้น เมื่อพบผู้ป่วยรายแรกๆ ของหมู่บ้าน และให้ดำเนินการควบคุมยุงพาหะตามมาตรการ 3,3,1-3-7-14-21-28 เพื่อให้ไม่มีการระบาดเกิน 2 generation - กรณีพบผู้ป่วยต่อเนื่อง ให้พิจารณายกระดับศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับอำเภอและระดับจังหวัด - ใช้กลไกคณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัดในการประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือดำเนินการควบคุมโรคในสถานที่สำคัญต่างๆ	- จัดทำและทบทวนทำเนียบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งกุมารแพทย์และอายุรแพทย์ - สื่อสารไปยังสถานบริการสาธารณสุขทุกประเภทในแนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาไข้เลือดออก และ Dengue Chart ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน - สื่อสาร อบรม และฟื้นฟู การวินิจฉัย ดูแล รักษาโรคไข้เลือดออกให้กับแพทย์จบใหม่ และแพทย์/พยาบาลทั้งสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน - จัดประชุม dead case conference กรณีเสียชีวิตทุกราย - กรณีผู้ป่วยนอก ให้แพทย์พิจารณาส่งจ่ายยาทางคลินิกให้กับผู้ป่วยที่รับการรักษาแบบไม่ต่อนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลหรือผู้ป่วยนอก ตามความเหมาะสม รวมทั้งการให้คำแนะนำการใช้ยาหากินยุงแก่ผู้ป่วย	- สื่อสารประชาสัมพันธ์เชิงรุกไปยังคลินิก ร้านขายยา ให้ลดจ่ายยาในกลุ่ม NSAIDs ให้ผู้ป่วยที่สงสัยและมีอาการเข้าได้กับโรคไข้เลือดออก - ใช้กลไกคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster : PCC) และคลินิกโรคเรื้อรังในการสื่อสารเฉพาะกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการป่วยรุนแรงและเสียชีวิต ได้แก่ ผู้สูงอายุ โรคอ้วน ผู้ที่มีโรคเรื้อรัง ถึงอาการป่วยที่ต้องมาพบแพทย์เพื่อการวินิจฉัย การป้องกันตนเองไม่ให้ถูกยุงกัด การห้ามรับประทานยาในกลุ่ม NSAIDs และมาตรการ 3 เก็บ ป้องกัน 3 โรค
ระดับความสำเร็จ	1. มีแผนการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก (6 เดือน) 2. มีนวัตกรรมในพื้นที่เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก (Best Practice) 3. ผลการสำรวจลูกข่ายอย่างน้อยทุกสัปดาห์ HI CI < 5 (รพ./ร.ร. CI=0)	1. ดำเนินงานตามแผนงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก (6 เดือน) 2. มีนวัตกรรมในพื้นที่เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก (Best Practice) 3. ผลการสำรวจลูกข่ายอย่างน้อยทุกสัปดาห์ HI CI < 5 (รพ./ร.ร. CI=0)	1. ดำเนินงานตามแผนงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก (9 เดือน) 2. มีนวัตกรรมในพื้นที่เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก (Best Practice) 3. ผลการสำรวจลูกข่ายอย่างน้อยทุกสัปดาห์ HI CI < 5 (รพ./ร.ร. CI=0)	1. ดำเนินงานตามแผนงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก (12 เดือน) 2. มีนวัตกรรมในพื้นที่เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก (Best Practice) 3. ผลการสำรวจลูกข่ายอย่างน้อยทุกสัปดาห์ HI CI < 5 (รพ./ร.ร. CI=0) 4. อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี ร้อยละ 20 5. อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 0.10

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

69.ร้อยละการจัดตั้งศูนย์บริการผู้พิการแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) ใน sw. ทุกระดับ 100 %

70.ร้อยละการดำเนินงานรูปแบบการรับรองความพิการและดูแลต่อเนื่องแบบเบ็ดเสร็จ R8-NDS Phase II ใน sw.ระดับ A, S, M1, M2 100 %

71.ร้อยละการดำเนินงานรูปแบบการรับรองความพิการและดูแลต่อเนื่องแบบเบ็ดเสร็จ R8-NDS Phase II ใน sw.ระดับ F1, F2, F3 50 %

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู, โรงพยาบาลนาเวียงเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา

รูปแบบการรับรองความพิการแบบเบ็ดเสร็จ R๘-NDS Phase II

เป้าหมาย	มีเอกภาพ	มีคุณภาพและปลอดภัย	ยกระดับศักยภาพ	มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด	1. ร้อยละการจัดตั้งศูนย์บริการผู้พิการแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) ใน รพ. ทุกระดับ 100 % 2. ร้อยละการดำเนินงานรูปแบบการรับรองความพิการและดูแลต่อเนื่องแบบเบ็ดเสร็จ R8-NDS Phase II ใน รพ.ระดับ A, S, M1, M2 100 % 3. ร้อยละการดำเนินงานรูปแบบการรับรองความพิการและดูแลต่อเนื่องแบบเบ็ดเสร็จ R8-NDS Phase II ใน รพ.ระดับ F1, F2, F3 50 %			
สถานการณ์/ข้อมูลพื้นฐาน	ในปี 2566 เขตสุขภาพที่ 8 มีคนพิการรายใหม่ใช้บริการการรับรองความพิการแบบเบ็ดเสร็จ R8-NDS จำนวน 8,463 ราย			
GAP	1. การเข้าถึงบริการ การรับรองความพิการและดูแลต่อเนื่องแบบเบ็ดเสร็จ (R8NDS) ยังไม่ครอบคลุมหน่วยบริการทำให้คนพิการเข้าถึงบริการน้อย 2. ขาดการบูรณาการเชื่อมโยงการดูแลผู้พิการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำให้ผู้พิการได้รับการดูแลที่ไม่ครบถ้วนตามชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่ควรจะได้รับ			
ยุทธศาสตร์/มาตรการ	กลยุทธ์ที่ 1 : สร้างและพัฒนากลุ่มความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในการรับรองความพิการแบบเบ็ดเสร็จ	กลยุทธ์ที่ 2 : พัฒนาศักยภาพบุคลากร	กลยุทธ์ที่ 3 : การจัดบริการ	กลยุทธ์ที่ 4 : พัฒนาระบบบริหารจัดการ
กิจกรรมหลัก	1. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน/ MOU กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2. ขับเคลื่อนการดำเนินงานการรับรองผู้พิการและดูแลต่อเนื่องแบบเบ็ดเสร็จโดยใช้กลไก พขอ. 3. บูรณาการ/เชื่อมโยงการดูแลผู้พิการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ	1. อบรมพัฒนาศักยภาพแพทย์/ บุคลากรทางการแพทย์ ในการรับรองผู้พิการผ่านระบบ R8NDS 2. อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการขึ้นทะเบียนผู้พิการผ่านระบบ R8NDS 3. อบรมพัฒนาศักยภาพ รพ.สต./ อสม.ในหน่วยบริการปฐมภูมิในการเยี่ยมบ้านด้วยระบบ R8NDS	1. การจัดตั้งศูนย์บริการผู้พิการแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) และดำเนินการรับรองความพิการแบบเบ็ดเสร็จ 2. การจัดบริการเยี่ยมบ้านเพื่อให้บริการด้านสาธารณสุขและขอรับสิ่งอำนวยความสะดวกที่ผู้พิการควรได้รับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 3. พัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลดูแลผู้พิการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	1. ประชุมคณะทำงานจังหวัดทุกไตรมาส 2. พัฒนาระบบ Dash Board เพื่อกำกับติดตามผลการดำเนินงาน 3. พัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้พิการระดับจังหวัด 4. ประชาสัมพันธ์การให้บริการรับรองความพิการและดูแลต่อเนื่องแบบเบ็ดเสร็จเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้พิการ



26 พัฒนาโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

72.พัฒนา รพช.แม่ข่าย

26 พัฒนาโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

73. ร้อยละ อสม. หมอประจำบ้านได้รับการพัฒนาเป็น อสม. วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก :ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 8 อุดรธานี.....

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม :ศบส.8 และ..สสจ.....

แผนงานที่.....

โครงการ.....พัฒนาศักยภาพ อสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน.....

เป้าหมาย	มีเอกภาพ	มีคุณภาพและปลอดภัย	ยกระดับศักยภาพ	มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด ร้อยละ อสม. หมอประจำบ้านได้รับการพัฒนาเป็น อสม. วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน - จำนวน 3,220 คน ครอบคลุม 644 ตำบล ๆ ละ 5 คน		1.อสม. หมอประจำบ้าน ผ่านการประเมินตามหลักสูตร อสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน 2.จัดตั้งศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนในสถานบริการปฐมภูมิ 1 อำเภอ 1 ตำบล (ศูนย์แจ้งเตือนภัยสุขภาพในชุมชน)	ภายในปี 2570 1.มี อสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน ครอบคลุมพื้นที่ทุกตำบลของเขตสุขภาพที่ 8 2. มีศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนอย่างน้อย 1 อำเภอ 1 ตำบล	1.ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ชุมชนที่มีคุณภาพ ลดระยะเวลาการรอผล ลดค่าใช้จ่าย 2.อสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน เป็นที่พึ่งประชาชน สามารถนำองค์ความรู้และเทคโนโลยี ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ รวมถึงการดำเนินการใดๆ ไปใช้เพื่อการป้องกัน ควบคุมโรค เฝ้าระวังและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข รวมถึงภัยสุขภาพต่าง ๆ ในชุมชน โดยมีการทำงานร่วมกับ อสม.สาขาอื่น ๆ และภาคีเครือข่ายในชุมชนอย่างเป็นระบบ 3.ชุมชนเข้มแข็งสามารถนำกลไกการพัฒนาไปต่อยอดหรือบูรณาการเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพได้ด้วยตนเอง
สถานการณ์/ข้อมูลพื้นฐาน	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 8 อุดรธานี ทำการศึกษารูปแบบการสื่อสารและแจ้งเตือนภัยสุขภาพในชุมชน ใช้กระบวนการวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน (Community Medical Sciences : Com Med Sci) เป็นหลักในการดำเนินการ และสร้างระบบการสื่อสารข้อมูลร่วมกันกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในช่องทางต่าง ๆสู่ประชาชนผ่านกลไก อสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนในการเข้าใจทุกซ์ เข้าถึงความต้องการและเป็นที่พึ่งในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้มาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 จนถึงปัจจุบัน จากผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพและความปลอดภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2566 โดย ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 8 อุดรธานี พบผลิตภัณฑ์อาหารไม่ปลอดภัยคิดเป็นร้อยละ 21.6 ยาฆ่าแมลงตกค้างในผัก ผลไม้สดร้อยละ 12.2 การปนเปื้อนยาแผนปัจจุบันในยาแผนโบราณร้อยละ 50.0 รวมถึงผลิตภัณฑ์อื่นๆ ที่ตรวจพบส่วนผสมของสารอันตราย			

26 พัฒนาโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

73.ร้อยละ อสม. หมอประจำบ้านได้รับการพัฒนาเป็น อสม. วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน (ต่อ)

แผนงานที่.....

โครงการ.....พัฒนาศักยภาพ อสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน.....

	หรือสารห้ามใช้หากบริโภคเข้าไปจะมีผลต่อสุขภาพ ซึ่งสะท้อนถึงความเสี่ยงที่ประชาชนยังคงมีโอกาสได้รับสัมผัส รวมถึงระบบการบริหารจัดการตามอำนาจภาครัฐยังเข้าไม่ถึงชุมชน อีกทั้งผู้ประกอบการยังไม่ตระหนักถึงพิษภัยของสารปนเปื้อนหรือสารอันตรายซึ่งส่งผลต่อสุขภาพของผู้บริโภค อสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน หมายถึง อสม.ที่มีความรู้ ทักษะและประสบการณ์ ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ สามารถนำองค์ความรู้และเทคโนโลยี ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์รวมถึงการดำเนินการใดๆ ไปใช้เพื่อการป้องกัน ควบคุมโรค เฝ้าระวังและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข รวมถึงภัยสุขภาพต่าง ๆ ในชุมชน โดยมีการทำงานร่วมกับ อสม.สาขาอื่น ๆ และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เช่น สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น ซึ่งจะมีบทบาทหน้าที่ตามคำสั่งเจ้าหน้าที่ที่มอบหมายชัดเจน ในนาม ผู้ปฏิบัติการประจำ “ศูนย์แจ้งเตือนภัยสุขภาพในชุมชน” ปัจจุบัน กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ได้ยกระดับการพัฒนาศักยภาพ อสม. เป็นหลักสูตร “พัฒนา อสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน “ ประชาสัมพันธ์ผ่านภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ และระดับกรม ด้วยหลักสูตร online และ onsite กระจายทั่วประเทศ จากการติดตามประเมินผล ณ 31 มีนาคม 2566 พบว่ามี จำนวนรวมทั้งสิ้นจำนวน 97,090 คน จำแนกเป็นถ่ายทอดโดย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในปี 2563 จำนวน 80,494 คน และ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวน 16,596 คน ผลลัพธ์ที่ได้ มี อสม. ดีเด่น ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน ระดับจังหวัด /เขต /ภาค/ชาติ กระจายตัวตามเขตสุขภาพอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2564 และมีชุมชนต้นแบบ ชุมชนเข้มแข็งที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพศูนย์แจ้งเตือนภัยสุขภาพในชุมชน จำนวนกว่า 547 แห่งกระจายตัวในพื้นที่ 70 จังหวัดคิดเป็นร้อยละ 92.1 ของจังหวัดในประเทศไทย (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร)
GAP	1. เขตบริการสุขภาพที่ 8 มีอสม.หมอประจำบ้าน ได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้จำนวน 7,936 คน คิดเป็นร้อยละ 7.48 ของจำนวนอสม.ทั้งหมด 106,167 คน 2. การกระจายตัว อสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน ยังไม่ครอบคลุมทุกตำบล เนื่องจากผ่านการประเมินตามหลักสูตร “ อสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน “ โดยได้รับ ปณณชณสิเชียว เป็นตราสัญลักษณ์จำนวน 1,055 คนคิดเป็นร้อยละ 13.30 ที่ได้รับพัฒนา 3. “ศูนย์แจ้งเตือนภัยสุขภาพในชุมชน หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน” ในการให้บริการ LAB ในชุมชน ไม่เพียงพอ (ปัจจุบันมีชุมชนต้นแบบสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง จำนวน 52 แห่ง 40 ตำบล 19 อำเภอ 7 จังหวัด :คาทหวัง 1 อำเภอ 1 ตำบล) 4. แหล่งจัดซื้อชุดทดสอบ เข้าถึงยาก มีการกระจายเกิดปัญหาการจัดซื้อของพื้นที่ 5. โครงการขอความร่วมมือกับหน่วยงานในพื้นที่ รวมถึงผู้รับผิดชอบปรับเปลี่ยนหน้าที่ โยกย้ายขาดการส่งมอบงานเป็นอุปสรรคในการพัฒนาไม่ต่อเนื่องและบางพื้นที่หยุดชะงัก 6.กลุ่ม รพ.สต.ที่ถ่ายโอนภารกิจไปอยู่ภายใต้องค์การบริหารส่วนจังหวัด เข้าถึงยาก
ยุทธศาสตร์/มาตรการ	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
กิจกรรมหลัก	1.มีแผนการให้ความรู้แก่ทีมเจ้าหน้าที่ และอสม.วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน จนสามารถปฏิบัติงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคได้ด้วยตนเอง 2.มีแผนปฏิบัติการเชิงรุก เฝ้าระวังและแจ้งเตือนภัยสุขภาพ ผ่านกลไก Com Med Sci: CMS ประเด็นสำคัญ ดังนี้ 2.1 การตรวจผลิตภัณฑ์สุขภาพ ด้วยชุดทดสอบ 2.2 การตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ 2.3 การเก็บตัวอย่างตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง 3. มีแผนการคัดเลือก อสม.ดีเด่น สาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน ระดับจังหวัด/เขต/ภาคและชาติ

26 พัฒนาโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

73. ร้อยละ อสม. หมอประจำบ้านได้รับการพัฒนาเป็น อสม. วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน (ต่อ)

แผนงานที่.....
โครงการ.....พัฒนาศักยภาพ อสม. วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน.....

4. มีเครือข่ายบูรณาการงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนเพื่อการบริหารจัดการปัญหาสุขภาพร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรเพื่อผู้บริโภค เพื่อการจัดการอุปกรณ และส่งต่อข้อมูลในระบบคุ้มครองผู้บริโภคของประเทศผ่านช่องทาง กรมวิทย์ วิทย์ ยู				
ระดับความสำเร็จ	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4
		1. ร้อยละ อสม. หมอประจำบ้าน ได้รับการพัฒนาเป็น อสม. วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 67 คิดเป็น 356 คน.. 2. จำนวนอำเภอเป้าหมายการกระจายรายอำเภอของ อสม. วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนของเขตบริการสุขภาพ 8 ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 69 คิดเป็น 55 อำเภอ	1. ร้อยละ อสม. หมอประจำบ้าน ได้รับการพัฒนาเป็น อสม. วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 70 คิดเป็น 402 คน.. 2. จำนวนอำเภอเป้าหมายการกระจายรายอำเภอของ อสม. วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนของเขตบริการสุขภาพ 8 ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 75 คิดเป็น 66 อำเภอ 3. จำนวนข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานกำหนด นำเข้าในระบบฐานข้อมูล กรมวิทย์ วิทย์ ยู (1 ตำบล 1 ข้อมูล)	1. ร้อยละ อสม. หมอประจำบ้าน ได้รับการพัฒนาเป็น อสม. วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 75 คิดเป็น 491 คน (สะสมรวม 1,561 คน) 2. จำนวนอำเภอเป้าหมายการกระจายรายอำเภอของ อสม. วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนของเขตบริการสุขภาพ 8 ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 80 คิดเป็น 70 อำเภอ 3. จำนวนข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานกำหนด นำเข้าในระบบฐานข้อมูล กรมวิทย์ วิทย์ ยู (1 ตำบล 1 ข้อมูล)

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

74.ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (3 KPIs)

1) ตำแหน่งว่างเป้าหมายคงเหลือไม่เกินร้อยละ 3

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8

แผนงานที่ 5 ด้านการสร้างขวัญกำลังใจบุคลากร

โครงการ การสร้างขวัญกำลังใจบุคลากร

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	เป้าหมาย : หน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง (สสจ./รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.) ในเขตสุขภาพที่ 8 ตัวชี้วัด : 1. ร้อยละตำแหน่งว่างคงเหลือ ไม่เกินร้อยละ 3			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	เขตสุขภาพที่ 8 ตำแหน่งว่างคงเหลือ ร้อยละ 5.46 1. จังหวัดอุดรธานี ตำแหน่งว่างคงเหลือ ร้อยละ 4.69 2. จังหวัดหนองบัวลำภู ตำแหน่งว่างคงเหลือ ร้อยละ 4.72 3. จังหวัดสกลนคร ตำแหน่งว่างคงเหลือ ร้อยละ 4.79 4. จังหวัดบึงกาฬ ตำแหน่งว่างคงเหลือ ร้อยละ 5.33 5. จังหวัดเลย ตำแหน่งว่างคงเหลือ ร้อยละ 5.34 6. จังหวัดหนองคาย ตำแหน่งว่างคงเหลือ ร้อยละ 6.56 7. จังหวัดนครพนม ตำแหน่งว่างคงเหลือ ร้อยละ 7.70			
GAP	1. การปรับปรุงและกำหนดตำแหน่งสายงานบริการทางการแพทย์ ยังไม่ได้รับการพิจารณา เนื่องจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขยังไม่อนุมัติแผน ว.11 จำนวน 53 อัตรา 2. ตำแหน่งว่างเงื่อนไข กัญยาบรรณกำหนดตำแหน่งสูงขึ้น และยุบรวมกำหนดตำแหน่ง ไม่ถูกยุบเลิก เนื่องจากการขอกำหนดตำแหน่งเป็นระดับสูงขึ้น แผนปี 66 และการปรับปรุงและกำหนดตำแหน่ง กรณีมีค่าใช้จ่ายทางบุคลากรที่เพิ่มขึ้น ยังไม่ได้รับการพิจารณาจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 191 อัตรา 3. ตำแหน่งว่างเงื่อนไข บรรจุผู้สอบแข่งขัน จำนวน 95 อัตรา 4. ตำแหน่งว่างเงื่อนไข รับย้าย/รับโอน จำนวน 158 อัตรา ซึ่งต้องใช้ระยะเวลา และรอรอบการออกคำสั่ง ตามรอบของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 5. การรับย้ายข้ามจังหวัดภายในเขต 6. ไม่สามารถสรรหาบุคคลเข้าสู่ตำแหน่ง นักรังสีการแพทย์ เนื่องจากเป็นสาขาขาดแคลน 7. ไม่สามารถสรรหาบุคคลเข้าสู่ตำแหน่งพนักงานราชการ ตำแหน่งเภสัชกร เนื่องจากไม่ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ และคำตอบแทน สวัสดิการ ไม่พอใจเท่าเอกชน			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	กลยุทธ์ที่ 1 : พัฒนาระบบบริหารตำแหน่ง	กลยุทธ์ที่ 2 : พัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านบริหารตำแหน่ง	กลยุทธ์ที่ 3 : พัฒนาระบบการจัดการข้อมูลการรายงานความความหน้า	กลยุทธ์ที่ 4 : ติดตาม กำกับ ประเมินผล
กิจกรรมหลัก	1. หน่วยงานจัดทำแผนบริหารตำแหน่ง 2. ประชุมการบริหารตำแหน่งว่าง ทุกเดือน 3. รูปแบบการรายงานความก้าวหน้า	1.อบรมให้ความรู้ด้านการบริหารตำแหน่ง 2.ประเมินความรู้ ความเข้าใจ จากผลการดำเนินงาน	1. จังหวัดรายงานข้อมูลผลการบริหารตำแหน่งทุกวันที่ 10 ของเดือน	รายงานผลการบริหารตำแหน่งว่าง ต่อคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพที่ 8

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

74. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (3 KPIs)

1) ตำแหน่งว่างเป้าหมายคงเหลือไม่เกินร้อยละ 3

แผนงานที่ 5 ด้านการสร้างขวัญกำลังใจบุคลากร

โครงการ การสร้างขวัญกำลังใจบุคลากร

			2. ติดตามความก้าวหน้าการขอเกลี่ยอัตรากำลัง (อัตรารว่าง) และการปรับปรุงและกำหนดตำแหน่ง ไปยัง กบค.สป. ทุกเดือน	เพื่อให้ผู้บริหารทุกจังหวัดทราบสถานการณ์ และเร่งรัดการดำเนินการ
ระดับความสำเร็จ	ไตรมาสที่ 1 ตำแหน่งว่างคงเหลือ ไม่เกินร้อยละ 5	ไตรมาสที่ 2 ตำแหน่งว่างคงเหลือ ไม่เกินร้อยละ 4	ไตรมาสที่ 3 ตำแหน่งว่างคงเหลือ ไม่เกินร้อยละ 4	ไตรมาสที่ 4 ตำแหน่งว่างคงเหลือ ไม่เกินร้อยละ 3

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

74.ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (3 KPIs)

2) ตำแหน่งว่างพยาบาลวิชาชีพ บรรจุบุคคลแล้วเสร็จไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8

แผนงานที่ 5 ด้านการสร้างขวัญกำลังใจบุคลากร โครงการ การสร้างขวัญกำลังใจบุคลากร				
เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย : หน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง (สสจ./รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.) ในเขตสุขภาพที่ 8 ตัวชี้วัด : 1. บรรจุผู้ได้รับการจ้างงานอื่นตำแหน่งสายงานพยาบาลวิชาชีพแล้วเสร็จไม่น้อยกว่าร้อยละ 70			
สถานการณ์/ข้อมูลพื้นฐาน	เขตสุขภาพที่ 8 ตำแหน่งว่างพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 124 อัตรา แยกรายเงื่อนไข ดังนี้ 1. บรรจุผู้ได้รับคัดเลือก จำนวน 87 อัตรา 2. รับย้าย จำนวน 31 อัตรา 3. รับโอน จำนวน 6 อัตรา สถานการณ์ การดำเนินการ			
GAP	- ตำแหน่งสำหรับบรรจุพยาบาลสมเด็จย่า ปี 66 นักเรียนทุนสอบใบประกอบวิชาชีพไม่ผ่าน - รับย้าย รับโอน หน่วยงานต้นสังกัดไม่อนุมัติการย้าย/โอน ทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการใช้เป็นคัดเลือกบรรจุ			
ยุทธศาสตร์/มาตรการ	กลยุทธ์ที่ 1 : พัฒนาระบบการบริหารตำแหน่ง	กลยุทธ์ที่ 2 : พัฒนาศักยภาพที่ปฏิบัติงานด้านบริหารตำแหน่ง	กลยุทธ์ที่ 3 : พัฒนาระบบการจัดการข้อมูลการรายงานความก้าวหน้า	กลยุทธ์ที่ 4 :
กิจกรรมหลัก	1. การจัดทำแผนบริหารตำแหน่งว่าง 2. ประชุมการบริหารตำแหน่งว่าง ทุกเดือน 3. การรายงานความก้าวหน้า	- อบรมให้ความรู้ด้านการบริหารตำแหน่ง - ประเมินความรู้ ความเข้าใจ จากผลการดำเนินงาน	1. จัดทำรูปแบบการรายงานข้อมูลความก้าวหน้า 1 แพลตฟอร์ม ที่ใช้ร่วมกันทั้งเขตสุขภาพ และให้สอดคล้องกับการรายงานภาพกระทรวงฯ 2. กำหนดระยะเวลาการดำเนินการ และให้รายงานผลทุกสัปดาห์	

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

74.ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (3 KPIs)

2) ตำแหน่งว่างพยาบาลวิชาชีพ บรรจุบุคคลแล้วเสร็จไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

แผนงานที่ 5 ด้านการสร้างขวัญกำลังใจบุคลากร

โครงการ การสร้างขวัญกำลังใจบุคลากร

ระดับความสำเร็จ	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4
	ตำแหน่งว่างพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 124 อัตรา ร้อยละ 50 แยกเป็น 3 เงื่อนไข ดังนี้ 1. เงื่อนไขคัดเลือกบรรจุวิชาชีพ ร้อยละ 50 2. รับย้าย ร้อยละ 50 3. รับโอน ร้อยละ 95	ตำแหน่งว่างพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 124 อัตรา ร้อยละ แยกเป็น 3 เงื่อนไข ดังนี้ 1. เงื่อนไขคัดเลือกบรรจุวิชาชีพ ร้อยละ 70 2. รับย้าย ร้อยละ 100 3. รับโอน ร้อยละ 100	ตำแหน่งว่างพยาบาลวิชาชีพ เงื่อนไขคัดเลือกบรรจุวิชาชีพ ร้อยละ 90	ตำแหน่งว่างพยาบาลวิชาชีพ เงื่อนไขคัดเลือกบรรจุวิชาชีพ ร้อยละ 100

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

74. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (3 KPIs)

3) ตำแหน่งว่างพยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ แต่งตั้งบุคคลให้ดำรงตำแหน่งแล้วเสร็จ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8

แผนงานที่ 5 ด้านการสร้างขวัญกำลังใจบุคลากร โครงการ การสร้างขวัญกำลังใจบุคลากร				
เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	เป้าหมาย : หน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง (สสจ./รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.) ในเขตสุขภาพที่ 8 ตัวชี้วัด : 1. อภ.กระทรวงสาธารณสุข อนุมัติการกำหนดตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ 2. ผู้ผ่านการประเมินบุคคลได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น สายงานพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	เขตสุขภาพที่ 8 ดำเนินการกำหนดตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น สายงานพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 893 อัตรา (ขาด) แยกจำนวน รายจังหวัดเดิมข้อมูล			
GAP	1. มีขกพ. แล้ว จำนวน 16 อัตรา ขอกำหนดตำแหน่งเป็นระดับสูงขึ้นเพิ่มไม่ได้ 2. ไม่ผ่านการตรวจคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ เช่น 2.1 ข้อมูลตำแหน่ง จ.18 และอัตรากำลังไม่ตรงกับกับ งาน กลุ่มงาน หน่วยงาน ที่ขอกำหนด - ตำแหน่งที่นำมากำหนดเป็นระดับสูงขึ้น - ตำแหน่งของผู้ได้บังคับบัญชา 2.2 จำนวนผู้ได้บังคับบัญชา ไม่ครบตามที่หนังสือ 148 กำหนดหรือไม่ 2.3 ไม่ดำเนินการออกคำสั่งย้าย หลังจาก อ.ก.พ.ส.บ. มีมติอนุมัติให้ตัดโอนตำแหน่ง และไม่บันทึกคำสั่งในระบบ 2.4 ข้อมูลตำแหน่ง ตามอัตรากำลังยังเป็นโครงสร้างเดิม 2.5 ไม่ตรวจสอบการเกลี้ยตำแหน่งที่อยู่ระหว่างดำเนินการขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้น จึงทำให้มีการยกเลิกมติ อ.ก.พ.ส.บ. 3. ผู้ปฏิบัติงานไม่มีความรู้ความเข้าใจ การกำหนดตำแหน่งสูงขึ้น สายงานพยาบาลวิชาชีพ ที่เกี่ยวกับหนังสือ นร. 148			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	กลยุทธ์ที่ 1 : พัฒนาระบบการจัดการ ความรู้ การบริหารตำแหน่ง การกำหนด ตำแหน่งเป็นระดับสูงขึ้นและการ ประเมินผลงานวิชาการ	กลยุทธ์ที่ 2 : พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้าน การดำเนินงานประเมินผลงานวิชาการ	กลยุทธ์ที่ 3 : พัฒนากลไก การสนับสนุน การนำเสนอผลงานวิชาการในระดับพื้นที่	กลยุทธ์ที่ 4 : กำกับ ติดตาม และ ประเมินผล
กิจกรรมหลัก	1. ชี้แจงการกำหนดตำแหน่งสูงขึ้น ระเบียบหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้อง 2. จัดทำแผนการประเมินผลงานวิชาการให้ แล้วเสร็จภายใน 6 เดือน	1. ประชุมบุคลากรเพื่อเตรียมความ พร้อมการดำเนินการคัดเลือก ข้าราชการพลเรือนที่จะเข้ารับ การประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้	1. สร้างช่องทางการนำเสนอผลงาน วิชาการ การจัดเวทีนำเสนอ ผลงานวิชาการ	1. แจ้งผลการประเมินภายใน 7 วัน 2. หน่วยงานจัดทำคำสั่งเพื่อแต่งตั้งให้ ข้าราชการดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

74.ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (3 KPIs)

3) ตำแหน่งว่างพยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ แต่งตั้งบุคคลให้ดำรงตำแหน่งแล้วเสร็จ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60

แผนงานที่ 5 ด้านการสร้างขวัญกำลังใจบุคลากร

โครงการ การสร้างขวัญกำลังใจบุคลากร

	2. จัดทำข้อเสนอการปรับปรุงรูปแบบวิธี ประเมินผลงานวิชาการ 3. จัดทำแผนงานโครงการเพื่ออบรมพัฒนาความรู้ความเข้าใจการดำเนินการคัดเลือกและการประเมินผลงานวิชาการ 4. จัดทำข้อมูลการกำหนดตำแหน่ง ข้อมูลผู้ได้รับการคัดเลือกเพื่อติดตามการส่งผลงานวิชาการ 5. ประชุมชี้แจงแนวทางการประเมินผลงานวิชาการ	ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ 2. อบรมบุคลากรในการจัดทำผลงานเพื่อประเมินผลงานวิชาการ 3. มีทีมที่เกี่ยวกับการพัฒนาผลงานวิชาการระดับพื้นที่	การจัดทำเว็บไซต์ การจัดทำวารสารออนไลน์ การจัดทำวารสาร 2. การจัดทำฐานข้อมูลผลงานวิชาการ	
ระดับความสำเร็จ	ไตรมาสที่ 1 1. มีแผนการดำเนินงานคัดเลือกข้าราชการเพื่อเข้ารับการประเมินผลงานวิชาการให้แล้วเสร็จภายใน 6 เดือน 2. มีรูปแบบ วิธี ประเมินผลงานวิชาการ 3. มีแผนงานโครงการเพื่ออบรมพัฒนา 4. ออกพ.กระทรวงสาธารณสุข อนุมัติการกำหนดตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ	ไตรมาสที่ 2 1. ดำเนินการคัดเลือกข้าราชการพลเรือนสามัญที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ แล้วเสร็จ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50	ไตรมาสที่ 3 1. กรรมการอ่านผลงานวิชาการเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของผู้ได้รับการคัดเลือกดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ	ไตรมาสที่ 4 1. ผู้ผ่านการประเมินบุคคลได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้นสายงานพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60



27 พัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

75.หน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ (ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ) (2 KPIs)

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

76.ระดับความสำเร็จของแพทย์ผู้ลาศึกษาให้ได้รับการเลื่อนเงินเดือน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8

แผนงานที่ 10 การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ.....
 โครงการ การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	เป้าหมาย : หน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง (สสจ./รพศ./รพท./รพช.) ตัวชี้วัด : ร้อยละของแพทย์ลาเรียนได้รับการยกเว้นได้เลื่อนเงินเดือนระหว่างลาศึกษาต่อ (ร้อยละ100)			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	แพทย์ลาเรียนไม่ได้รับการพิจารณาเลื่อนเงินเดือน/อยู่ระหว่างรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเสนอคณะทำงานพัฒนาการบริหารทรัพยากรบุคคล พิจารณาลักษณะที่ตาม แนวทางสำนักงาน ก.พ. หนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร 1013.8.3/ ว22 วันที่ 15 กันยายน 2552 และนำเสนอต่อ อ.ก.พ. ต่อไป			
GAP	หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการเลื่อนเงินเดือนข้าราชการ การเลื่อนเงินเดือนให้แก่ข้าราชการที่ได้รับการบรรจุเข้ารับราชการหรือผู้ได้รับอนุญาตให้ไปศึกษา ฝึกอบรม ดูงาน หรือปฏิบัติการวิจัยในประเทศหรือต่างประเทศ ต้องมีเวลาปฏิบัติ ราชการมาแล้วเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 4 เดือน			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	กลยุทธ์ที่ 1 : พัฒนาระบบการดำเนินงาน การประเมินผลการปฏิบัติงาน	กลยุทธ์ที่ 2 : พัฒนาระบบข้อมูลกำลังคน ด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ	กลยุทธ์ที่ 3 : พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มี คุณภาพ	กลยุทธ์ที่ 4 : ติดตามกำกับให้เกิด ประสิทธิภาพ
กิจกรรมหลัก	1.1 หน่วยงานจัดทำแผนการดำเนินงาน การประเมินผลการปฏิบัติงาน กำหนด ระยะเวลา/แนวทางการดำเนินงาน 1.2 หน่วยงานดำเนินการใช้เกณฑ์การ ประเมินตามกระทรวงสาธารณสุขกำหนด	2.1 พัฒนาฐานข้อมูล/สารสนเทศด้าน กำลังคนให้มีประสิทธิภาพ 2.1.1 ภาพรวมกระทรวงสาธารณสุขตรง ตามมาตรฐานงาน HR บนระบบ HROPS 2.1.2 พัฒนาระบบรวบรวมฐานข้อมูล สถิติ และรายงานสถิติที่ถูกต้องครบถ้วน 2.1.3 การจัดรวบรวมข้อมูลต่างๆ ให้เป็น ระบบ เก็บไว้ในรูปแบบที่สามารถ เรียกใช้ ได้ทันทีเมื่อต้องการ	3.1 หน่วยงานมีการพัฒนาบุคลากรให้มี ความรู้ เข้าใจ การดำเนินงานการ ประเมินผลการปฏิบัติงาน และมีความ พร้อมต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง	4.1 ติดตาม สรุปและประเมินผล ติดตาม ดูแลการปฏิบัติงานของบุคลากร การนำ แนวทางที่ให้ คำปรึกษาแนะนำไปใช้ปฏิบัติ 4.2 กำหนดช่วงเวลาติดตามความคืบหน้า เป็นระยะ รอบ 1 เมษายน รอบ 1 ตุลาคม
ระดับความ สำเร็จ	ไตรมาสที่ 1 -มีแผนการดำเนินการประเมินผลการ ปฏิบัติงาน -หน่วยงานจัดทำข้อมูลแพทย์ลาศึกษา ทุก สาขา	ไตรมาสที่ 2 ร้อยละ 60 ของแพทย์ลาเรียนได้รับการ ยกเว้นได้เลื่อนเงินเดือนระหว่างลาศึกษาต่อ	ไตรมาสที่ 3 ร้อยละ 80 ของแพทย์ลาเรียนได้รับการ ยกเว้นได้เลื่อนเงินเดือนระหว่างลาศึกษาต่อ	ไตรมาสที่ 4 ร้อยละ 100 ของแพทย์ลาเรียนได้รับการ ยกเว้นได้เลื่อนเงินเดือนระหว่างลาศึกษาต่อ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) 77.ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก :ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.....

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม :สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 กลุ่มงานอำนวยการ.....

แผนงานที่.....11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ.....

โครงการ.....1...การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส.....

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	หน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง (สสจ./รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.) 45. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA มีคะแนนเฉลี่ยไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๙๔			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	ดัชนีการทุจริตของประเทศไทย (Corruption Perception Index :CP) มีค่าคะแนน 36 คะแนน (อยู่อันดับที่ 101 ของ 180 ประเทศทั่วโลก) เป็นตัวบ่งชี้การทุจริตและประพฤติมิชอบในภาครัฐ เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีความโปร่งใส ปลอดจากการทุจริตและประพฤติมิชอบ จึงต้องมีการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน การตรวจสอบภายใน การควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยงอย่างมีธรรมาภิบาล ซึ่งจะช่วยผลักดันให้คะแนนดัชนีความรับรู้การทุจริตของประเทศไทยบรรลุตามแผนยุทธศาสตร์ชาติและนโยบายระดับประเทศ			
GAP	การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ถือเป็นเครื่องมือของหน่วยงานภาครัฐที่ใช้สำรวจและประเมินตนเอง เพื่อให้ได้รับทราบข้อมูลอันส่งผลให้เกิดความตระหนักและปรับปรุงการบริหารงานและกำกับดูแลการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์ต่อประชาชน และให้ความสำคัญกับด้านคุณธรรมและความโปร่งใสขององค์กรตนเองใช้เป็นกลไกในการป้องกันการทุจริตและประพฤติมิชอบ สร้างความตระหนักให้ดำเนินงานอย่างโปร่งใสและมีคุณธรรม เสริมสร้างประสิทธิภาพการปฏิบัติงานและการให้บริการแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้รับบริการ และประชาชน มุ่งเน้นให้หน่วยงานให้ความสำคัญในการเปิดเผยข้อมูลและให้บริการสาธารณะผ่านระบบสารสนเทศของหน่วยงานเป็นหลัก ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ภายใต้แนวคิด MOPH ITA 2024 : DECADE Of MOPH ITA ทศวรรษของ MOPH ITA			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	วัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ 9 ตัวชี้วัด 1. การเปิดเผยข้อมูล 2. การจัดซื้อจัดจ้างหรือการจัดหาพัสดุ 3. การบริหารและการพัฒนาทรัพยากรบุคคล 4. การส่งเสริมความโปร่งใส 5. การป้องกันการรับสินบน 6. การป้องกันการใช้ทรัพย์สินของราชการ 7. การดำเนินการเพื่อป้องกันการทุจริต 8. การป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน 9.การเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร			
กิจกรรมหลัก	ไตรมาสที่ 1 (รอบ 3 เดือน) -จัดส่งปฏิทินการประเมิน -จัดการอบรมเกณฑ์การประเมิน ITA 2567	ไตรมาสที่ 2 (รอบ 6 เดือน) -ลงทะเบียนเข้าใช้งานในระบบ ITAS -เก็บข้อมูลแบบวัดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (IIT) -เก็บข้อมูลแบบวัดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (EIT)	ไตรมาสที่ 3 (รอบ 9 เดือน) -เก็บข้อมูลแบบวัดการเปิดเผยข้อมูล สาธารณะ (OIT)	ไตรมาสที่ 4 (รอบ 12 เดือน) -รายงานผลคะแนนในระบบ Health KPI ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 -สรุปรายงานผลการประเมิน

28 พัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
 77.ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

แผนงานที่.....11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ.....

โครงการ.....1...การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส.....

ระดับความสำเร็จ	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4
	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ผ่านเกณฑ์จำนวน 5 ข้อ (ร้อยละ 80) ร้อยละ 80	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA $\geq$ ร้อยละ 60 (14 ข้อ) ร้อยละ 84	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA $\geq$ ร้อยละ 75 (17 ข้อ) ร้อยละ 89	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA $\geq$ ร้อยละ 90 (20 ข้อ) ร้อยละ 94

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

78. ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก :กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.....

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม :สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 กลุ่มงานอำนวยการ.....

แผนงานที่..... การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ.....
 โครงการ.....การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส.....

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	หน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง (สสจ./รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.) 46. ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	ผลบังคับใช้พระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. ๒๕๖๑ และหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. ๒๕๖๑ บัญญัติให้หน่วยงานของรัฐจัดให้มีการตรวจสอบภายใน ควบคุมภายในและบริหารจัดการความเสี่ยง เพื่อให้มีความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ๓ ด้าน ได้แก่ ด้านการดำเนินงาน ด้านการรายงาน และด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับ			
GAP	การควบคุมภายในเป็นกลไกที่จะทำให้หน่วยงานของรัฐบรรลุวัตถุประสงค์การควบคุมภายในด้านใดด้านหนึ่ง หรือหลายด้าน การประเมินความเสี่ยงเป็นกระบวนการที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องและเป็นประจำ เพื่อระบุและวิเคราะห์ความเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ของหน่วยงานของรัฐ รวมถึงกำหนดวิธีการจัดการความเสี่ยงนั้น ฝ่ายบริหาร ต้องคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมภายนอกและภารกิจภายในทั้งหมดที่มีผลต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ของหน่วยงานของรัฐ			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	1 : จัดทำกระบวนการและจัดวางระบบการควบคุมภายใน	2 : วิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง	3 : รายงานผลการควบคุมภายใน	4 : ควบคุม กำกับ ติดตามและการประเมินผลการดำเนินงานในส่วนงานย่อย
กิจกรรมหลัก	ประชุมชี้แจงภาคเครือข่ายและคณะทำงานเพื่อรับทราบแนวทางการดำเนินงานควบคุมภายในให้กับหน่วยงานทุกระดับ	ดำเนินการติดตามและประเมินผลระบบควบคุมภายในปีละ 2 ครั้ง (รอบ 6 เดือน และ 12 เดือน) จัดทำรายงานเสนอผู้บริหารเพื่อพิจารณาพร้อมทั้งจัดส่งรายงานผลการติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายในให้ส่วนกลาง	จัดทำรายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (ระดับองค์กร) นำระบบควบคุมภายในที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติ จัดทำรายงานการควบคุมภายใน ให้ครบถ้วน ถูกต้อง	ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน และ เฝ้าระวัง นิเทศ ติดตาม และให้ข้อเสนอแนะนโยบายกับหน่วยงานที่มีความเสี่ยงครอบคลุมทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพ

28 พัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

78.ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน

แผนงานที่..... การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ.....

โครงการ.....การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส.....

กิจกรรมหลัก (ต่อ)				
ระดับความสำเร็จ	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4
	๑.จัดทำแผนงาน โครงการกำหนดตัวชี้วัดระดับส่วนงานย่อย ๒.การประชุมชี้แจงเพื่อรับทราบแนวทางการดำเนินงานในทุกระดับ ๓.มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ	การผ่านเกณฑ์แต่ละหน่วยงานต้องการดำเนินการตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดตั้งแต่ระดับ ๑-๕ จึงจะผ่านเกณฑ์ ดังนี้ ระดับ ๑ จัดส่งแผนการตรวจสอบภายในประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๗ ที่ได้รับอนุมัติจากหัวหน้าหน่วยงาน ระดับ ๒ ปฏิบัติงานตรวจสอบภายในตามหลักเกณฑ์ ครบทุกหน่วยงานรอบ ๖ เดือนแรก ระดับ ๓ สรุปการตรวจสอบภายในรอบ ๖ เดือนเสนอหัวหน้าหน่วยงาน ระดับ ๔ ปฏิบัติงานตรวจสอบภายในตามหลักเกณฑ์ ครบทุกหน่วยงานรอบ ๖ เดือนหลัง ตามแผนกำหนด ระดับ ๕ สรุปการตรวจสอบภายใน ๑๒ เดือนเสนอหัวหน้าหน่วยงาน	ร้อยละของหน่วยงานราชการและหน่วยงานสังกัดเขตสุขภาพที่ ๘ ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ %	ร้อยละของหน่วยงานราชการและหน่วยงานสังกัดเขตสุขภาพที่ ๘ ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ %

28 พัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

79. ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก :

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม :

แผนงานที่ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด 1 ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด (กองส่วนกลาง) 2 ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง ส่วนราชการตามกฎหมายกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 ดังนี้ 1. กองส่วนกลาง จำนวน 12 กอง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 แห่ง
GAP	1. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการ บ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 2. เพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 มาใช้เป็นแนวทางในการ ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การและเป็นบรรทัดฐานการติดตาม ประเมินผลของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (หน่วยบริหาร)

28 พัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

79. ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด (ต่อ)

แผนงานที่ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ

ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	กลยุทธ์ที่ 1 : P (Policy) ประกาศนโยบายการนำเกณฑ์ คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาใช้เป็นเครื่องมือใน การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการ องค์กร	กลยุทธ์ที่ 2 : M (Management) การบริหารจัดการ	กลยุทธ์ที่ 3 : Q (Quality) ส่งเสริมสนับสนุนส่วนราชการให้ ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหาร จัดการองค์กร	กลยุทธ์ที่ 4 : A (Assessment) ติดตาม ประเมินผลการพัฒนา คุณภาพการบริหารจัดการองค์กร
กิจกรรมหลัก	1. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน 13 ข้อคำถาม 2. ดำเนินการประเมินองค์กรด้วยตนเอง(Self-Assessment) 3. กำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินการ 4. รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน 5. จัดทำรายงานผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ที่โดดเด่นในหมวดที่ดำเนินการ ตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ ภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2562 โดยมีขั้นตอน การพัฒนาไปสู่กระบวนการที่สมบูรณ์ประกอบด้วย 1) การตั้งรับปัญหา (0-25%) การปฏิบัติการต่างๆ ที่มีลักษณะเป็นกิจกรรมมากกว่า เป็นกระบวนการ และส่วนสำคัญจะตอบสนองความต้องการหรือแก้ปัญหา เฉพาะหน้า ขาดการกำหนดเป้าประสงค์ที่ดี 2) แนวทางที่เริ่มเป็นระบบ (30-45%) ส่วนราชการเพิ่งเริ่มต้นการปฏิบัติการต่างๆ ด้วยการใช้กระบวนการที่สามารถทำได้ มีการประเมินผล มีการปรับปรุง และเริ่มมีการประสานงานบ้างระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในส่วนราชการ มีการกำหนดยุทธศาสตร์และเป้าประสงค์เชิงปริมาณ 3) แนวทางสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน (50-65%) การปฏิบัติการมีลักษณะเป็นกระบวนการที่สามารถทำได้ และมีการประเมินอย่างสม่ำเสมอเพื่อการ ปรับปรุง โดยมีการแบ่งปันการเรียนรู้และการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ภายในส่วนราชการ กระบวนการตอบสนองยุทธศาสตร์ และเป้าประสงค์ สำคัญของส่วนราชการ ซึ่งเป็นเป้าหมายที่กำหนดเป็นเกณฑ์การประเมินดังกล่าว และจะมีผู้ตรวจประเมิน ดำเนินการติดตามผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ คุณภาพการบริหารจัดการ ภาครัฐ (PMQA) ให้ส่วนราชการ เพื่อแสดงผลการรับรองการดำเนินงาน (Certificate) ตามผลการดำเนินงานของหมวดที่ดำเนินการ ในแต่ละปี			

28 พัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

79. ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด (ต่อ)

แผนงานที่ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ

ระดับความสำเร็จ	ไตรมาสที่ 1 (3 เดือน)	ไตรมาสที่ 2 (6 เดือน)	ไตรมาสที่ 3 (9 เดือน)	ไตรมาสที่ 4 (12 เดือน)
	1. ส่วนราชการจัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร ครบ 13 ข้อ 2. ส่วนราชการประเมินตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับ เกณฑ์คุณภาพการบริหาร จัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 หมวด 1-6 3. ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัด หมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการที่สอดคล้องกับหมวดที่เลือกดำเนินการ	1. รายงานความก้าวหน้า ผลลัพธ์ ตัวชี้วัด รอบ 6 เดือน 2. ส่วนราชการ (สสจ. และ ส่วนกลาง) จัดทำรายงานผล การดำเนินการพัฒนาคุณภาพ การบริหาร จัดการภาครัฐ (PMQA) ที่โดดเด่นในหมวดที่ ดำเนินการ รอบ 6 เดือน 3. ประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินการ เทียบกับเกณฑ์ คุณภาพการบริหาร จัดการ ภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2562	1. รายงานความก้าวหน้า ผลลัพธ์ ตัวชี้วัด รอบ 9 เดือน 2. ประเมินผลลัพธ์ของการ ดำเนินการเทียบกับเกณฑ์ คุณภาพ การบริหารจัดการ ภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2562 3. ทีมตรวจประเมินคุณภาพ การบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ตรวจ ประเมิน ผ่านระบบและลงพื้นที่เพื่อ ตรวจประเมินฯ รับรองผลการ ดำเนินงาน PMQA	1. รายงานความก้าวหน้า ผลลัพธ์ ตัวชี้วัด รอบ 12 2. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด ติดตามผลการ ดำเนินการของ สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ ผ่าน ระบบออนไลน์ รอบ 12 เดือน

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

80.ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้น 3 (3 KPIs)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 8

ประเด็น : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ (HA) ปี 2567

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้น 3		
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	ร้อยละของ รพ.สังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้น 3 ปี 2565 (ไตรมาส 4) รพ.ศูนย์/รพ.ทั่วไป/รพ.สังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ร้อยละ 100 (15/15 โรงพยาบาล) รพ.ชุมชน ร้อยละ 89.61 (69/77 โรงพยาบาล) ปีงบประมาณ 2566 ตั้งเป้าหมายโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ผ่านการรับรองคุณภาพ HA ขึ้น 3 ร้อยละ 100 โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ และกรมสุขภาพจิตผ่านการรับรองคุณภาพ HA ขึ้น 3 ร้อยละ 100 และโรงพยาบาลชุมชนผ่านการรับรองคุณภาพ HA ขึ้น 3 ร้อยละ 91.30 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ และปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข		
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการที่ 1 จัดให้มีกลไกการสนับสนุน คุณภาพโรงพยาบาลในระดับ กรม เขตสุขภาพ จังหวัด	ให้มีแผนด้านคุณภาพโรงพยาบาลในระดับเขต สุขภาพ จังหวัด หน่วยบริการ และเชื่อมโยงเป็น เครือข่ายคุณภาพ	ให้ สสจ.หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านคุณภาพระดับจังหวัดเป็นกลไก หลัก ระดับจังหวัดในการวางแผนสนับสนุน ขับเคลื่อน การดำเนินงาน คุณภาพในโรงพยาบาลทุกระดับ
กิจกรรมหลัก	<u>เขตสุขภาพ</u> 1. แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนา คุณภาพบริการเครือข่ายระดับเขตสุขภาพ 2. จัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพระดับเขต สุขภาพ 2.1 ส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเขต สุขภาพ ใช้กลไกของ QRT, QLN 2.2 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อสนับสนุน ขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน - 3. กำกับติดตามให้มีการดำเนินงานตาม แผนปฏิบัติงาน รายไตรมาส	<u>เขตสุขภาพ/จังหวัด</u> 1.ส่งเสริมรพ.ที่ผ่านการประเมิน HA ขึ้น 3, HA+DHSA หรือการพัฒนา ในรูปแบบเครือข่าย HNA ต่อไป 2. กำกับติดตามความก้าวหน้า และรายงานผลการ	<u>จังหวัด</u> 1. แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพบริการ เครือข่ายระดับจังหวัด 2. จัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลภายในจังหวัด เพื่อยื่นคำ ขอในการรับการประเมินหรือต่ออายุล่วงหน้าอย่างน้อย 6 เดือนก่อน หมดอายุการรับรอง 3.ส่งเสริมรพ.ที่ผ่านการประเมิน HA ขึ้น 3, HA+DHSA หรือการพัฒนา ในรูปแบบเครือข่าย HNA ต่อไป - 4. ติดตาม กำกับ การเยี่ยมกระตุ้นระดับจังหวัด

28 พัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

80.ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้น 3 (3 KPIs)

ประเด็น : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ (HA) ปี 2567

ระดับความสำเร็จ	ไตรมาส 1 (3 เดือน)	ไตรมาส 2 (6 เดือน)	ไตรมาส 3 (9 เดือน)	ไตรมาส 4 (12 เดือน)
	-รพศ./รพท. ร้อยละ 100 -รพ.สังกัดกรมการแพทย์, กรมสุขภาพจิต ร้อยละ 100 -รพช. ร้อยละ 92	-รพศ./รพท. ร้อยละ 100 -รพ.สังกัดกรมการแพทย์, และกรมสุขภาพจิต ร้อยละ 100 -รพช. ร้อยละ 93	-รพศ./รพท. ร้อยละ 100 -รพ.สังกัดกรมการแพทย์, กรมสุขภาพจิต ร้อยละ 100 -รพช. ร้อยละ 94	-รพศ./รพท. ร้อยละ 100 -รพ.สังกัดกรมการแพทย์, กรมสุขภาพจิต ร้อยละ 100 •-รพช. ร้อยละ 95



28 พัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

81. ร้อยละของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านการประเมินตามนโยบาย



29 พัฒนาการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

82.ความแตกต่างการใช้สิทธิ เมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (compliance rate)

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

83.ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (2 KPIs)

ยุทธศาสตร์ที่ 4 Governance Excellence

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก :กองเศรษฐกิจสุขภาพแลสหกรณ์สุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.....

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม :คณะกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลังและพัฒนาประสิทธิภาพการเงินการคลัง เขตสุขภาพที่ 8./ กลุ่มงาน CFO สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8

แผนงานที่.....13 การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ.....

โครงการ.....การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ.....

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	เป้าหมาย : หน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง (สสจ./รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.) ตัวชี้วัด : ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน				
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	หน่วยบริการสังกัด สป.สธ. (สสจ./รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.) มีการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง (Risk Management) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ นวัตกรรมระดับพื้นที่ เพื่อการพัฒนาและขยาย เป้าหมายการดำเนินงาน การร่วมบริหารผ่านคณะกรรมการร่วมระดับประเทศ (7x7) และคณะทำงานระดับเขต (5x5) พัฒนาการบริหารระบบบัญชีให้มีคุณภาพ พัฒนาคักยภาพ ภาควิ เคราะห์ที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อลดอัตราหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 6-7 ด้วยการขับเคลื่อน 5 มาตรการ				
GAP	- เขตสุขภาพที่ 8 เป็นเขตที่ประชากรส่วนใหญ่เป็นสิทธิ UC เฉลี่ยประมาณ 70% รายได้ของหน่วยบริการส่วนใหญ่มาจากสิทธิ UC มีโรงพยาบาลที่มีประชากรน้อยกว่า 30,000 คน 33 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 37.5 ของจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดในเขต จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนช่วยเหลือระหว่างโรงพยาบาลในจังหวัด และกำหนดอัตราเรียกเก็บระหว่างกันต่ำกว่าต้นทุน - เป็นเขตที่มีโรงพยาบาลศูนย์เพียง 2 แห่ง ใน 7 จังหวัด มีอัตราแพทย์ต่อประชากร สูงที่สุดในประเทศ ทำให้มีการส่งต่อผู้ป่วยนอกนอกเขต มีการกระจายตามจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ - สภาพคล่องทางการเงิน มีหน่วยบริการที่มีวิกฤตการเงิน ระดับ 6 และ ระดับ 7 สูงเกินค่าเป้าหมายที่กำหนด โรงพยาบาลขนาดกลาง ถึงขนาดใหญ่ มีเงินคงเหลือหลังหักหนี้ติดลบ มีหนี้การค้าค้างชำระนาน และศักยภาพของศูนย์จัดเก็บรายได้ ยังจัดเก็บรายได้ไม่ครบถ้วน มีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลคงเหลือจำนวนมาก ส่งผลให้ผลการประเมินประสิทธิภาพการบริหาร จัดการการเงินการคลัง อยู่ในระดับต่ำ เป็นลำดับที่ 10 ของประเทศ				
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	กลยุทธ์ที่ 1 : การพัฒนาระบบบัญชีบริหาร	กลยุทธ์ที่ 2 : การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ	กลยุทธ์ที่ 3 : พัฒนาศักยภาพแก่เครือข่ายและบุคลากร	กลยุทธ์ที่ 4 : สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ	กลยุทธ์ที่ 5 : ติดตามกำกับเครื่องมือประสิทธิภาพทางการเงิน
กิจกรรมหลัก	1.1 เกณฑ์การประเมินความครบถ้วนทันเวลาความถูกต้องตามหลักบัญชีและปรับปรุงตามนโยบายบัญชี	2.1 การประเมินความพอเพียงที่จะสามารถจัดบริการได้ของทุกกองทุน* (* กองทุนหลักประกอบด้วย 1.หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า UC 2. กองทุนประกันสังคม 3.กองทุนข้าราชการ 4. กองทุนแรงงานต่างด้าวและคนต่างด้าว 5.กองทุนบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ	3.1 หลักสูตรสำหรับปฏิบัติงานด้านบัญชีและ CFO เช่น - นักบัญชีมืออาชีพ /กลยุทธ์การวิเคราะห์งบการเงินแบบมืออาชีพ 3.2 หลักสูตรสำหรับผู้บริหาร เช่น - อบรมเชิงปฏิบัติการบัญชีสำหรับผู้บริหาร /การบริหารความเสี่ยงและกลยุทธ์ทางการเงิน	4.1 พัฒนานวัตกรรมการเงินการคลังของหน่วยบริการในการจัดการด้านประสิทธิภาพโดยนำระบบสารสนเทศมาใช้	5.1 การประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ ใช้เครื่องมือ (Total Performance Score : TPS) 5.2 การประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ 5.3 การประเมินการดำเนินงานตามแผนการเงินการคลัง

29 พัฒนาการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

83.ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (2 KPIs)

แผนงานที่.....13 การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ.....

โครงการ.....การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ.....

ระดับความสำเร็จ	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4
	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน
	ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 0	ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 0	ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 1	ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2
	ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 0	ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 0	ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 2	ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4



ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

84.สาธารณสุขชายแดนและพื้นที่เฉพาะ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

85. จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก :ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.....

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม :กลุ่มงาน.CIO.สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8.....

แผนงานที่.....12.การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ.....
 โครงการ.....1.โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ.....

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	เป้าหมาย : มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกล ภาพรวมทั้งจังหวัดไม่น้อยกว่า 3,500 ครั้ง 60 (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.) ตัวชี้วัด : จำนวนจังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60																		
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	การจัดระบบให้บริการปรึกษา แนะนำ รักษา ติดตาม เยี่ยมบ้าน ระหว่างโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งหนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่ง เช่น บ้าน คลินิกชุมชนอบอุ่น รพ.สต. หรือสถานพยาบาลเครือข่ายอื่นๆ โดยอาศัยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ครอบคลุมทุกกลุ่มโรคตามความเห็นของแพทย์ และบริบทของพื้นที่																		
GAP	- ต้องการให้มีการพัฒนาการให้บริการการแพทย์ทางไกลทั่วประเทศ - ต้องการให้ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ ได้มากขึ้น																		
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	กลยุทธ์ที่ 1 : การให้บริการการแพทย์ทางไกล สามารถเรียกเก็บค่าบริการรักษาจากกองทุนต่างๆ ได้ตามสิทธิ์			กลยุทธ์ที่ 2 : การให้บริการการแพทย์ทางไกล เชื่อมโยงกับการส่งยาที่บ้านได้															
กิจกรรมหลัก	- หน่วยบริการมีการให้บริการการแพทย์ทางไกลตามที่แพทย์เห็นสมควร หรือตามบริบทของพื้นที่ - การให้บริการการแพทย์ทางไกล สามารถเชื่อมต่อบริบบนที่การให้บริการ (Visit) กับระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS)			- อสม. มีส่วนร่วมในการให้บริการการแพทย์ทางไกล โดยใช้กลไก 3 หมอ															
ระดับความ สำเร็จ	ไตรมาสที่ 1		ไตรมาสที่ 2		ไตรมาสที่ 3		ไตรมาสที่ 4												
	มีจำนวนครั้งการให้บริการ การแพทย์ทางไกลใน HDCService		มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลใน HDCService เพิ่มขึ้นจาก ไตรมาสแรก		มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลใน HDCService เพิ่มขึ้นจาก ไตรมาสสอง		มีจำนวนจังหวัดที่มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด แสดงใน HDCService คิดเป็นร้อยละของจำนวนจังหวัดทั้งหมดในเขตสุขภาพ												
							<table><tr><td>คะแนน</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td></tr></table>		คะแนน	1	2	3	4	5	ไม่น้อยกว่าร้อยละ	20	30	40	50
คะแนน	1	2	3	4	5														
ไม่น้อยกว่าร้อยละ	20	30	40	50	60														

31 พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

86.ร้อยละของโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง HAIT

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก :ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.....

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม :กลุ่มงาน CIO, สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8.....

แผนงานที่.....12.การพัฒนากระบวนการด้านสุขภาพ..... โครงการ.....1.โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ.....				
เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	เป้าหมาย : จำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับการตรวจเยี่ยม หรือตรวจประเมินอย่างน้อย 1 ครั้ง ภายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 รวมกับจำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองผล การประเมินผ่านเกณฑ์ HAIT แล้ว และยังมีอายุการรับรองคงเหลือไม่น้อยกว่า 1 ปี ณ สิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เทียบกับจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดที่เปิดให้บริการ (รพศ./ รพท./ รพช.) ตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง HAIT (ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 10)			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	- คุณภาพสถานพยาบาลด้านเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล ตามกรอบการพัฒนาคุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล - โรงพยาบาลดำเนินการกระบวนการยื่นขอรับรอง HAIT ตามขั้นตอน และได้รับการตรวจเยี่ยม หรือ ตรวจประเมินอย่างน้อย 1 ครั้งภายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ทุกระดับการขอรับรอง - ดำเนินการยื่นขอรับรอง HAIT ตามขั้นตอนขอรับรองการตรวจเยี่ยม หรือ ขอรับรองการตรวจประเมินตามที่สมาคมเวชสารสนเทศไทย Thai Medical Informatics Association (TMI) กำหนด			
GAP	- เพื่อยกระดับการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ให้ได้มาตรฐาน HAIT ตามความเหมาะสมกับขนาดและบริบทของโรงพยาบาล - เพื่อลดความเสี่ยงในการถูกคุกคามความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ด้านสาธารณสุข - เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่น ความไว้วางใจ และภาพลักษณ์ในการให้บริการด้านสาธารณสุข - เพื่อให้โรงพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ ตามกรอบการพัฒนาคุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล สามารถนำไปต่อยอดหรือปรับปรุงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของตนเองให้มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับบริบท			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	กลยุทธ์ที่ 1 : โรงพยาบาลพร้อมรับการตรวจเยี่ยมและตรวจประเมิน			
กิจกรรมหลัก	1. โรงพยาบาลพร้อมรับการตรวจเยี่ยมหรือตรวจประเมิน ให้ติดต่อประสานมายังสมาคม TMI 2. ผู้ประสานงานของสมาคม TMI แจ้งกำหนดนัดหมายวันตรวจเยี่ยม พร้อมแจ้งรายชื่อผู้เชี่ยวชาญสมาคม TMI 3 ท่าน 3. ผู้ประสานงานของสมาคม TMI ส่งมอบแนวทางการนำเสนอการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาล 4. โรงพยาบาลจัดส่งเอกสารนำเสนอตามแนวทางการนำเสนอ แก่ทีมผู้เชี่ยวชาญสมาคม TMI 5. เตรียมเอกสาร จำนวน 3 ชุด (Paper) ในวันตรวจเยี่ยมหรือตรวจประเมิน เพื่อประกอบการนำเสนอ และการตรวจสอบสำหรับทีมตรวจเยี่ยมหรือทีมตรวจประเมินจากทีมผู้เชี่ยวชาญของสมาคม TMI			
ระดับความสำเร็จ	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4
	มีการดำเนินการตามขั้นตอนการยื่นขอรับรอง	มีการดำเนินการตามขั้นตอนการยื่นขอรับรองเพิ่มขึ้นจากไตรมาสแรก	มีการดำเนินการตามขั้นตอนการยื่นขอรับรองเพิ่มขึ้นจากไตรมาสสอง	มีจำนวนโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง (ได้รับการตรวจเยี่ยมหรือตรวจประเมิน) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด

31 พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

87.โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชและโรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติเป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะต้นแบบ (2 KPIs)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : ส่วนนิติกิจพัสดุฯ ส่วนงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : คณะกรรมการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเขตสุขภาพที่ 8./ กลุ่มงาน CIO. ส่วนงานเขตสุขภาพที่ 8

แผนงานที่ ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
 โครงการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชและโรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติเป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะต้นแบบ

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	เป้าหมาย : โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช 5 แห่งและโรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติ 1 แห่ง ในเขตสุขภาพที่ 8 ตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลที่จะเป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะต้นแบบ			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช และโรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติ ในเขตสุขภาพที่ 8 มีทั้งหมด 6 แห่งประกอบด้วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จังหวัดเลย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม และ โรงพยาบาลนาหวังเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดหนองบัวลำภู โดยโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชและโรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติ เป็นโรงพยาบาลตามโครงการเฉลิมพระเกียรติให้บริการประชาชนในพื้นที่ห่างไกล ให้สามารถเข้าถึงและได้รับบริการด้านสุขภาพที่เท่าเทียม โดยมีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการให้บริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการปฏิบัติ และอำนวยความสะดวกรวดเร็วให้ผู้รับบริการ ได้รับการที่มีคุณภาพ			
GAP	ยังไม่ได้มีการประเมินผลตามมาตรฐานในแต่ละด้านเพื่อเป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	กลยุทธ์ที่ 1 : ปรับกระบวนการทำงานเข้าสู่ระบบดิจิทัล	กลยุทธ์ที่ 2 : เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้วยระบบสุขภาพดิจิทัล	กลยุทธ์ที่ 3 : พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพมาตรฐาน	กลยุทธ์ที่ 4 : พัฒนาระบบธรรมาภิบาลข้อมูล
กิจกรรมหลัก	1.1 การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานสุขภาพดิจิทัล - จัดให้มี Data center - Server & Storage & Cloud - Computer network and point 1.2 สร้างแพลตฟอร์มกลางและพัฒนาระบบ - Hospital Information System (HIS) - Provider ID -ERP -มีระบบยืนยันตัวตนผู้รับบริการต่างด้วย Biometric	2.1 การพัฒนาระบบการบริหารจัดการผู้ป่วยด้วยดิจิทัล -การส่งข้อมูลเข้า PHR กระทรวงสาธารณสุข -Payment - Financial Management -การแลกเปลี่ยนข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์	3.1 การปรับกระบวนการให้บริการ ประชาชนด้วยตนเองด้วย -มีจุดให้ประชาชนสามารถบริการได้ด้วยตนเอง (Kiosk) -มีระบบแจ้งเตือนคิวออนไลน์ อย่างน้อย 1 ระบบ -Que Online -มีระบบนัดหมายออนไลน์ 3.2 การปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานเป็นดิจิทัล -Paperless (Outpatient, Inpatient) -มีvital sign ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงดิจิทัล	4.1 มีระบบความปลอดภัยพื้นฐาน 4.2 จัดเทคโนโลยีสำหรับการรักษาความมั่นคงปลอดภัยและคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล และการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย 4.3 มีแผนตอบโต้ด้านความปลอดภัยไซเบอร์ 4.4 การทดสอบแอปพลิเคชันหรือsoftwareพัฒนาเอง 4.5 ธรรมาภิบาล 4.6 จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพดิจิทัลระดับโรงพยาบาล 4.7 จัดตั้งคณะกรรมการความปลอดภัยทางไซเบอร์ระดับโรงพยาบาล

31 พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

87.โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชและโรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติเป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะต้นแบบ (2 KPIs)

แผนงานที่.....ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence).....

โครงการ.....โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชและโรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติเป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะต้นแบบ.....

กองการมหก (ต่อ)			3.3 การดูแลผู้ป่วยที่บ้านด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Home Service) 3.4 มีระบบการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) 3.5 นวัตกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น Mobile Device, Internet of Things, Artificial Intelligence ฯลฯ เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีคุณภาพมากขึ้น 3.6 ใ้บริการแพทย์อิเล็กทรอนิกส์ หรือใ้บริการความพิการอิเล็กทรอนิกส์ 3.7 มีการใช้ clinical decision support อย่างน้อย 1 ระบบ	
ระดับความสำเร็จ	ไตรมาสที่ 1 -เขตสุขภาพที่ 8 มี รพร. 5 แห่ง , รพก. 1 แห่ง รวมเป็น 6 แห่ง เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเงินขึ้นไป(ร้อยละ 100)	ไตรมาสที่ 2 -เขตสุขภาพที่ 8 มี รพร. 5 แห่ง , รพก. 1 แห่ง รวมเป็น 6 แห่ง เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับทอง(ร้อยละ 50)	ไตรมาสที่ 3 -เขตสุขภาพที่ 8 มี รพร. 5 แห่ง , รพก. 1 แห่ง รวมเป็น 6 แห่ง เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับทอง(ร้อยละ 60)	ไตรมาสที่ 4 -เขตสุขภาพที่ 8 มี รพร. 5 แห่ง , รพก. 1 แห่ง รวมเป็น 6 แห่ง เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับทอง(ร้อยละ 70) -ร้อยละของโรงพยาบาลอัจฉริยะต้นแบบที่ดำเนินการตามเกณฑ์ระดับเพชร (ร้อยละ60)

31 พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

88.ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดิจิทัล กระทรวงสาธารณสุข (3 KPIs)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : ส่วนนิติทัตสุขภาพ. ส่วนงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.....

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : กลุ่มงาน. CIO. ส่วนงานเขตสุขภาพที่ 8.....

แผนงานที่ ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence).....

โครงการ ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดิจิทัล กระทรวงสาธารณสุข.....

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	เป้าหมาย : โรงพยาบาลสังกัด สป.สธ. ในเขตสุขภาพที่ 8 ตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดิจิทัล กระทรวงสาธารณสุข			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	โรงพยาบาลสังกัด สป.สธ. ในเขตสุขภาพที่ 8 มีจำนวนทั้งหมด 88 แห่ง มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการปฏิบัติ และอำนวยความสะดวกรวดเร็วให้ ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ มีความปลอดภัย และทันสมัยอย่างเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ - โรงพยาบาลในสังกัด สป.สธ. ในเขตสุขภาพที่ 8 มีการเชื่อมโยงข้อมูล PHR - มีการยืนยันข้อมูลประชาชน DID			
GAP	- การเชื่อมโยงข้อมูล PHR ที่ยังไม่ Real Time - การยืนยันข้อมูลประชาชน DID ที่ยังไม่ครอบคลุม - การยืนยันตัวตนผู้ให้บริการ (Provider ID) ที่ยังไม่ครอบคลุม - ยังไม่ได้มีการประเมินผลตามมาตรฐานในแต่ละด้านเพื่อเป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	กลยุทธ์ที่ 1 : ยกระดับบริการด้วยบัตรประชาชน	กลยุทธ์ที่ 2 : ยกระดับเป็น รพ.อัจฉริยะ	กลยุทธ์ที่ 3 : ธรรมาภิบาลข้อมูลและพัฒนาระบบ สถาปัตยกรรมระบบสุขภาพดิจิทัลแห่งชาติ	กลยุทธ์ที่ 4 : พัฒนานวัตกรรมสุขภาพ
กิจกรรมหลัก	1.1 พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อยกระดับการใช้บัตร ประชาชนใบเดียว - พัฒนาระบบส่งต่อเชื่อมโยงข้อมูล PHR หรือ Query-based exchange 1.2 พัฒนาระบบยืนยันผู้ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (DID) - MOPH DID และระบบยืนยันตัวตน/เครื่องมือหน่วย บริการ/KYC - MOPH authen code เพื่อเชื่อมการเบิกจ่ายกับทุก กองทุน - MOPH virtual kiosk ระบบkiosk บนมือถือ - ค้นหาหน่วยบริการใกล้บ้าน 1.3 พัฒนาระบบฐานข้อมูลบริการ - MOPH ID - MOPH Insurance - MOPH Appointment	2.1 พัฒนาระบบคิวออนไลน์ (แพลตฟอร์มของ กระทรวง) 2.2 พัฒนามาตรฐานหน่วยบริการให้ผ่านมาตรฐาน HAIT 2.3 พัฒนาระบบการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซ เบอร์ (Cyber security) - พัฒนาระบบสำหรับศูนย์ประสานการรักษาความ มั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (Sectorial CER1) และ ศูนย์ปฏิบัติการเฝ้าระวังความมั่นคงปลอดภัยระบบ เทคโนโลยีสารสนเทศ (SOC) ด้านสาธารณสุข - พัฒนากำลังคนด้านการรักษาความมั่นคง ปลอดภัยไซเบอร์ (Cyber Security Expert for CISSP, CompTIA Security+, Cysa+ or Pentest+)	3.1 พัฒนาระบบธรรมาภิบาลข้อมูลสุขภาพดิจิทัล 3.2 พัฒนาสถาปัตยกรรมระบบสุขภาพดิจิทัล 3.3 พัฒนามาตรฐานข้อมูล (Standard Data Set)	4.1 พัฒนา Application หมอพร้อม 4.2 พัฒนาหมอพร้อม station 4.3 ลิขสิทธิ์ LINE OA หมอพร้อม 4.4 พัฒนา Application LINE OA หมอพร้อม 4.5 พัฒนาระบบ Management Information System (MIS) เพื่อการบริหารนโยบายสุขภาพดิจิทัล 4.6 จัดมหกรรม Digital Health Tech and Innovation Forum 4.7 พัฒนาระบบวิเคราะห์ภาพเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์สมอง (AI ในการ CT - brain) 4.8 พัฒนา AI Hub Imaging 4.9 พัฒนา Health Wallet

31 พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

88.ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดิจิทัล กระทรวงสาธารณสุข (3 KPIs)

แผนงานที่.....ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)..... โครงการ.....ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดิจิทัล กระทรวงสาธารณสุข.....				
กิจกรรมหลัก (ต่อ)	-MOPH PHR -MOPH Lab -MOPH Payment -MOPH Claim -MOPH Logistic -MOPH Refer -MOPH Certificate ใบรับรองแพทย์ดิจิทัล -MOPH Drug Prescription -MOPH IC -MOPH NCD -MOPH Can 1.4 เชื่อมคลาวด์ระบบฐานข้อมูลบริการ (Cloud service IaaS +Kubernetes grid environment + SASE) 1.5 พัฒนาระบบบริหารจัดการห้องยาเพื่อรับยาใกล้บ้าน 1.6 ระบบแลกเปลี่ยนการส่งต่อผู้ป่วย (Refer) 1.7 พัฒนาระบบทะเบียนผู้ใช้บริการที่มีความมั่นคงปลอดภัย (Staff DID) 1.8 ตรวจสอบความมั่นคงปลอดภัยระบบโรงพยาบาลเสมือน (Pentest MOPH ทุกระบบ)	2.4 พัฒนาศูนย์กลาง - Data Engineer/Data Science - Digital Health Leadership - DHT รุ่น 3 2.5 พัฒนาระบบงาน paperless 2.6 ประเมินและรับรองคุณภาพ HIMSS EMRAM 2.7 ระบบบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบกลาง (Telemedicine/Telepharma) 2.8 Digital Signature		

31 พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

88.ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดิจิทัล กระทรวงสาธารณสุข (3 KPIs)

แผนงานที่.....ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence).....

โครงการ.....ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดิจิทัล กระทรวงสาธารณสุข.....

ระดับความสำเร็จ	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4
	- ร้อยละ 100 โรงพยาบาลในสังกัด สป.สธ เชื่อมโยงข้อมูล PHR (รพ. ในเขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 88 แห่ง) และสามารถส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบอิเล็กทรอนิกส์ใน 4 สุขภาพนำร่อง (เขตสุขภาพที่ 8 นำร่องจังหวัดหนองบัวลำภู) - โรงพยาบาลอัจฉริยะ 200 แห่ง ระดับคะแนน 700 ขึ้นไป (ระดับเงิน) (รพ. ในเขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 16 แห่ง)	- ร้อยละ 100 โรงพยาบาลในสังกัด สป.สธ เชื่อมโยงข้อมูล PHR และสามารถส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบอิเล็กทรอนิกส์ใน 6 สุขภาพ (เขตสุขภาพที่ 8 นำร่องจังหวัดหนองบัวลำภู)	- ร้อยละ 100 โรงพยาบาลในสังกัด สป.สธ เชื่อมโยงข้อมูล PHR และสามารถส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบอิเล็กทรอนิกส์ใน 9 สุขภาพ (เขตสุขภาพที่ 8 นำร่องจังหวัดหนองบัวลำภู) - ร้อยละ 30 รพ. สังกัด สป.สธ เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ ระดับคะแนน 700 ขึ้นไป (ระดับเงิน) (รพ. ในเขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 34 แห่ง)	- ร้อยละ 100 โรงพยาบาลในสังกัด สป.สธ เชื่อมโยงข้อมูล PHR และสามารถส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบอิเล็กทรอนิกส์ใน 12 สุขภาพ (เขตสุขภาพที่ 8 นำร่องจังหวัดหนองบัวลำภู) - ร้อยละ 50 รพ. สังกัด สป.สธ เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ ระดับคะแนน 700 ขึ้นไป (ระดับเงิน) (รพ. ในเขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 44 แห่ง) - Virtual Hospital 1 แห่ง



การประเมิน SCORING

ตัวชี้วัดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
พัฒนาระบบบริการอนามัย แม่และเด็ก	ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรค และ คุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)	1	อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมี ชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการ เกิดมีชีพ	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การแก้ไขปัญหา หรือผลงาน มากกว่า 25.5 ต่อการเกิดมี ชีพขึ้นไป	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model หรือ ผลงาน มากกว่า 17 แต่ไม่เกิน 25.5 ต่อ การเกิดมีชีพ	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานไม่เกิน 17 ต่อ การเกิดมีชีพ	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ
		2	ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 86	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การคัดกรอง พัฒนาการ ผลงาน น้อยกว่าร้อยละ 43	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานไม่น้อยกว่า ร้อยละ 43 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 85.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน มากกว่า เท่ากับร้อยละ 86	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ
		3	ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 64	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การคัดกรองสูงดีสม ส่วน ผลงาน น้อย กว่า ร้อยละ 32	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานไม่น้อยกว่า ร้อยละ 32 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 63.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 64	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ
		4	ร้อยละของเด็กอายุ 6- 14 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ 57	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การคัดกรองสูงดีสม ส่วน ผลงาน น้อย กว่าร้อยละ 28.5	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานไม่น้อยกว่า ร้อยละ 28.5 แต่ไม่ เกินร้อยละ 56.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน มากกว่า เท่ากับร้อยละ 57	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

ตัวชี้วัดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		5	ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า เข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้ มาตรฐาน	ร้อยละ 15	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การคัดกรองสูงติสม ส่วน ผลงาน น้อย กว่าร้อยละ 7.5	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานไม่น้อยกว่า ร้อยละ 7.5 แต่ไม่ เกินร้อยละ 14.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน มากกว่า เท่ากับร้อยละ 15	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ
	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)	6	ส่งเสริมการมีบุตร (2 KPIs) 1) ร้อยละของโรงพยาบาลในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิก ส่งเสริมการมีบุตร 2) ทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรอง IEM (40 โรค) ร้อยละ 50	ร้อยละ100 ของ โรงพยาบาลสังกัด สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุขมีคลินิก ส่งเสริมการมีบุตร	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน ผลงาน 1.โรงพยาบาลใน สังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุขมีคลินิก ส่งเสริมการมีบุตร น้อยกว่าร้อยละ 50 2.ทารกแรกเกิด ได้รับการคัดกรองโรค IEM น้อยกว่าร้อยละ 25	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน1.โรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุขมีคลินิก ส่งเสริมการมีบุตร ร้อยละ 50 - 99.99 2.ทารกแรกเกิด ได้รับการคัดกรองโรค IEM ร้อยละ 25 - 49.99	1.โรงพยาบาลใน สังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุขมีคลินิก ส่งเสริมการมีบุตร ร้อยละ 100 2.ทารกแรกเกิด ได้รับการคัดกรองโรค IEM ร้อยละ 50	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

ตัวชี้วัดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		7	อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีวิต	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน มากกว่า 5.4 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีวิต	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงานมากกว่าหรือเท่ากับ 3.60 แต่ไม่เกิน 5.4 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีวิต	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน น้อยกว่า 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีวิต	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ
การป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)	8	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	ไม่เกิน 21 ต่อ ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มีการแก้ไขปัญหา หรือผลงาน มากกว่า 31.5 ต่อประชากร หญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model หรือ ผลงาน มากกว่า 21 แต่ไม่เกิน 31.5 ต่อ ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงานไม่เกิน 21 ต่อประชากรหญิง อายุ 15-19 ปี 1,000 คน	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ

ตัวชี้วัดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ	ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)	9	1) ร้อยละของวัยทำงานอายุ 19 - 59 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ 2) วัยทำงานอายุ 19 - 59 ปี มีรอบเอวปกติ (ไม่เกินส่วนสูง/2) 3) วัยทำงานอายุ 25-59 ปี ที่มีการเตรียมการเพื่อยามสูงอายุด้านสุขภาพโดยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ร้อยละ 53 ร้อยละ 57 ร้อยละ 48.68	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การคัดกรอง กลุ่มเป้าหมายผลงาน 1.ดัชนีมวลกายปกติ น้อยกว่า ร้อยละ 26.5 2.รอบเอว น้อยกว่า ร้อยละ 28.5 3.เตรียมการเพื่อยาม ผู้สูงอายุ น้อยกว่า ร้อยละ 24.34	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1.ดัชนีมวลกายปกติ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 26.5 แต่ไม่เกินร้อยละ 52.99 2.รอบเอวปกติ ไม่ น้อยกว่าร้อยละ 28.5 แต่ไม่เกินร้อยละ 56.99 3.เตรียมการเพื่อยาม ผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 24.34 แต่ไม่ เกินร้อยละ 48.67	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1.ดัชนีมวลกายปกติ > ร้อยละ 53 2.รอบเอวปกติ > ร้อยละ 57 3.เตรียมการเพื่อยาม ผู้สูงอายุ > ร้อยละ 48.68	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

ตัวชี้วัดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		10	ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 1) ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน 2) ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยความดันโลหิตสูง	≥ ร้อยละ 90 ≥ ร้อยละ 90	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มีการคัดกรอง กลุ่มเป้าหมายผลงาน คัดกรอง 1.โรคเบาหวาน น้อยกว่าร้อยละ 45 2.โรคความดันโลหิต สูง น้อยกว่า ร้อยละ 45	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานคัดกรอง 1.โรคเบาหวาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 45 แต่ไม่เกินร้อยละ 89.99 2.โรคความดันโลหิต สูง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 45 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 89.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานคัดกรอง 1.โรคเบาหวาน มากกว่าเท่ากับ ร้อยละ 90 2.โรคความดันโลหิต สง มากกว่าเท่ากับ ร้อยละ 90	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ
		11	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่ม สงสัยป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง (2 KPIs) 1) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัย กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน 2) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัย กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	≥ ร้อยละ 72 ≥ ร้อยละ 85	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มีการคัดกรอง กลุ่มเป้าหมายผลงาน 1.โรคเบาหวาน น้อยกว่าร้อยละ 36 2.โรคความดันโลหิต สูง น้อยกว่า ร้อยละ 42.5	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1.โรคเบาหวาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 36 แต่ไม่เกินร้อยละ 71.99 2.โรคความดันโลหิต สูง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 42.5แต่ไม่เกิน ร้อยละ 84.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1.โรคเบาหวาน มากกว่าเท่ากับ ร้อยละ 72 2.โรคความดันโลหิต สง มากกว่าเท่ากับ ร้อยละ 85	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ

ตัวชี้วัดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		12	ร้อยละของจังหวัดที่มีการขับเคลื่อนกลไกเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ภายใต้ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ และโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562	ร้อยละ 60	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน หรือมี ผลงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 30	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 แต่ไม่เกินร้อยละ 59.99	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงานร้อยละ 60	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ
		13	อัตราความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน	ร้อยละ 71	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน หรือมีความรอบรู้ด้าน สุขภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 35.5	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 35.5 แต่ไม่เกินร้อยละ 70.99	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงานร้อยละ 71	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ
	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)	14	ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี $\geq$ ร้อยละ 40	$\geq$ ร้อยละ 40	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน หรือมี ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ควบคุมระดับน้ำตาล ได้ดีไม่น้อยกว่าร้อยละ 20	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผู้ป่วย โรคเบาหวานควบคุม ระดับน้ำตาลได้ดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 แต่ไม่เกินร้อยละ 39.99	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงานผู้ป่วย โรคเบาหวานควบคุม ระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 40	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ

ตัวชี้วัดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		15	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันได้ดี $\geq$ ร้อยละ 60	$\geq$ ร้อยละ 60	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน หรือมี ผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่ควบคุม ระดับความดันได้ดี น้อยกว่าร้อยละ 30	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน ผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงที่ ควบคุมระดับความ ดันได้ดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 แต่ไม่เกินร้อยละ 59.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงที่ ควบคุมระดับความ ดันได้ดี ร้อยละ 60	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ
พัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุ	ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)	16	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง	ร้อยละ 96.75	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน หรือมี ผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่ควบคุม ระดับความดันได้ดี น้อยกว่าร้อยละ 48.38	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน ผู้สูงอายุที่ไม่ มีภาวะพึ่งพิง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 48.38 แต่ไม่เกินร้อย ละ 96.74	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานผู้สูงอายุที่ไม่ มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 96.75	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

ตัวชี้วัดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		17	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (2 KPIs) 1) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ 2) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	≥ ร้อยละ 50 ≥ ร้อยละ 60	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน หรือ 1) ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อ ภาวะสมองเสื่อมและ ได้รับการดูแลใน คลินิกผู้สูงอายุน้อย กว่าร้อยละ 25 2) ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อ ภาวะหกล้มและ ได้รับการดูแลใน คลินิกผู้สูงอายุน้อย กว่าร้อยละ 30	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อ ภาวะสมองเสื่อมและ ได้รับการดูแลใน คลินิกผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 แต่ไม่เกินร้อยละ 49.99 2) ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อ ภาวะหกล้มและ ได้รับการดูแลใน คลินิกผู้สูงอายุไม่ น้อยกว่าร้อยละ 30 แต่ไม่เกินร้อยละ 59.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model 1) ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อ ภาวะสมองเสื่อมและ ได้รับการดูแลใน คลินิกผู้สูงอายุ ร้อย ละ 50 2) ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อ ภาวะหกล้มและ ได้รับการดูแลใน คลินิกผู้สูงอายุ ร้อย ละ 60	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

ตัวชี้วัดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		18	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ	≥ ร้อยละ 50	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน หรือมี คลินิกผู้สูงอายุผ่าน เกณฑ์คุณภาพการ บริการ น้อยกว่าร้อยละ 25	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานคลินิก ผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ คุณภาพการบริการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 แต่ไม่เกินร้อยละ 49.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน คลินิก ผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ คุณภาพการบริการ ร้อยละ 50	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

ตัวชี้วัดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อม ในโรงพยาบาล	ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรค และ คุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)	19	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัย สิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขั้น ไป) (3 KPIs) 1) ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขั้นไปร้อยละ 60 2.) การพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและ เท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care) จังหวัดละ 1 แห่ง	ร้อยละ 60 จังหวัดละ 1 แห่ง	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มีการ ขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน หรือมี 1) โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับมาตรฐานขั้นไป น้อยกว่าร้อยละ 30 2) มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบ โรงพยาบาลคาร์บอน ต่ำและเท่าทันการ เปลี่ยนแปลงสภาพ ภูมิอากาศ	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับมาตรฐานขั้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 แต่ไม่เกินร้อยละ 59.99 2) มีการขับเคลื่อน โรงพยาบาล คาร์บอนต่ำและเท่า ทันการเปลี่ยนแปลง สภาพภูมิอากาศ	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับมาตรฐานขั้นไป ร้อยละ 60 2) การพัฒนา โรงพยาบาล คาร์บอนต่ำและเท่า ทันการเปลี่ยนแปลง สภาพภูมิอากาศ จังหวัดละ 1 แห่ง	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

ตัวชี้วัดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
พัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์	ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)	20	ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต	ร้อยละ 90	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน หรือมี ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและ ได้รับการอนุญาต น้อยกว่าร้อยละ 45	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงานผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับ การอนุญาต ไม่น้อยกว่าร้อยละ 45 แต่ไม่เกินร้อยละ 89.99	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับ การอนุญาต ร้อยละ 90	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ
		21	ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด	ร้อยละ 35	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน หรือมี สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตาม กฎหมายกำหนด น้อยกว่าร้อยละ 17.5	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงานสถานที่จำหน่ายอาหารผ่าน เกณฑ์มาตรฐานตาม กฎหมายกำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 17.5 แต่ไม่เกินร้อยละ 34.99	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน สถานที่จำหน่ายอาหารผ่าน เกณฑ์มาตรฐานตาม กฎหมายกำหนด ร้อยละ 35	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ

ตัวชี้วัดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)	22	อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถาน ประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด	ร้อยละ 20	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน หรือมีการ เพิ่มขึ้นของจำนวน สถานประกอบการ ด้านการท่องเที่ยว เชิงสุขภาพที่ได้รับ มาตรฐานตามที่ กำหนด น้อยกว่า ร้อยละ 10	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานการเพิ่มขึ้น ของจำนวนสถาน ประกอบการด้าน การท่องเที่ยวเชิง สุขภาพที่ได้รับ มาตรฐานตามที่ กำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 แต่ไม่เกินร้อยละ 19.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน การเพิ่มขึ้น ของจำนวนสถาน ประกอบการด้าน การท่องเที่ยวเชิง สุขภาพที่ได้รับ มาตรฐานตามที่ กำหนด ร้อยละ 20	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ
		23	จำนวนศูนย์ Wellness (Wellness Center)/ แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการ ยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรให้มี คุณค่าและมูลค่าสูง	70 แห่ง	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน หรือมี จำนวนศูนย์ Wellness ไม่น้อยกว่า 35 แห่ง	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน จำนวนศูนย์ Wellness ไม่น้อยกว่า 35 แห่ง แต่ไม่เกิน 69 แห่ง	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน จำนวนศูนย์ Wellness 70 แห่ง	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

ตัวชี้วัดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
	ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหาร เป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)	24	เศรษฐกิจสุขภาพ 1) Health cities model 2) รับรอง Wellness center 3) ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ได้รับอนุญาต ใหม่ 4) ผู้ผ่านอบรม Care assistance ประกอบ อาชีพและสร้างรายได้ -Care giver -นวัตกรรมเพื่อสุขภาพ	1 แห่ง/เขตสุขภาพ 1 จังหวัด ร้อยละ 60 ร้อยละ 50	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน หรือมี 1) Health City 2) Wellness center 3) ผลิตภัณฑ์ชุมชน ได้รับอนุญาตน้อย กว่าร้อยละ 30 4) มีการจัดอบรม Care assistance น้อยกว่าร้อยละ 25	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) Health City 2) Wellness center 3) ผลิตภัณฑ์ชุมชน ได้รับอนุญาตไม่น้อย กว่าร้อยละ 30 แต่ไม่ เกินร้อยละ 59.99 4) มีการจัดอบรม Care assistance ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 แต่ไม่เกินร้อยละ 49.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) Health cities model 1 แห่ง 2) รับรอง Wellness center 2 แห่ง 3) ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ชุมชนที่ได้รับอนุญาต ใหม่ร้อยละ 60 4) ผู้ผ่านอบรม Care assistance ประกอบอาชีพและ สร้างรายได้ ร้อยละ 50	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

ตัวชี้วัดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		25	นักท้องเที่ยวปลอดภัย 1) จังหวัดน่านรณรงค์ดำเนินการตามมาตรการขับเคลื่อนพื้นที่ท่องเที่ยวปลอดภัยและภัยสุขภาพ (ศูนย์บริการชาวต่างชาติในสถานบริการสุขภาพ) 2) มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ระดับเฉพาะทางสาขาดูแลการแพทย์ทางอากาศ (One region One sky Doctor)	จังหวัดน่านรณรงค์ 1 จังหวัด (อุดรธานี) จังหวัดน่านรณรงค์ 1 รพ. (รพ.อุดรธานี)	มีการกำหนดจังหวัดน่านรณรงค์ มีโครงสร้างและผู้รับผิดชอบงาน และชี้แจงผู้เกี่ยวข้องทราบ	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน มีแนวทาง/แผนการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ / ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และระบบสาธารณสุขฉุกเฉิน / การประเมินและรับรองที่พักและอาหารปลอดภัย / สถานพยาบาลในพื้นที่ท่องเที่ยว	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน จังหวัดน่านรณรงค์ดำเนินการตาม 4 มาตรการ จนเกิด - ศูนย์บริการชาวต่างชาติในสถานบริการสุขภาพ - One region One sky Doctor	มี best practice / ผลงานดีกว่าค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ / ผลงานดีกว่าค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ

ตัวชี้วัดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)	26	ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	ร้อยละ 87	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน หรือมี อำเภอผ่านเกณฑ์ การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ น้อยกว่า ร้อยละ 43.5	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงานอำเภอผ่าน เกณฑ์การประเมิน การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 43.5 แต่ไม่เกินร้อยละ 86.99	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน อำเภอผ่าน เกณฑ์การประเมิน การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อย ละ 87	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ
พัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)	27	จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตาม พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	515 หน่วย	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน หรือมีการขับเคลื่อน การดำเนินงาน หรือ มีจำนวนการจัดตั้ง หน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วย บริการปฐมภูมิน้อย กว่า 257 หน่วย	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงานจำนวนการ จัดตั้งหน่วยบริการ ปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วย บริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่า 257 หน่วย แต่ไม่เกิน 514 หน่วย	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน จำนวนการ จัดตั้งหน่วยบริการ ปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วย บริการปฐมภูมิ 515 หน่วย	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

ตัวชี้วัดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		28	ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน	ร้อยละ 80	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน หรือมีการขับเคลื่อน การดำเนินงาน หรือ มีชุมชนมีการ ดำเนินการจัดการ สุขภาพที่เหมาะสม กับประชาชน น้อย กว่าร้อยละ 40	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานชุมชนมีการ ดำเนินการจัดการ สุขภาพที่เหมาะสม กับประชาชน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 แต่ไม่เกินร้อยละ 79.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน ชุมชนมีการ ดำเนินการจัดการ สุขภาพที่เหมาะสม กับประชาชน ร้อยละ 80	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ
		29	จำนวนอำเภอสุขภาพดี	ร้อยละ 84	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน หรือมีจำนวนอำเภอ สุขภาพดี น้อยกว่า ร้อยละ 42	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานจำนวนอำเภอ สุขภาพดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 42 แต่ไม่เกินร้อยละ 83.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน จำนวน อำเภอสุขภาพดี ร้อย ละ 84	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

ตัวชี้วัดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		30	อสม. มีศักยภาพในการจัดบริการปฐมภูมิ ขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ร้อยละ 65	ร้อยละ 65	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน หรือมี อสม. มี ศักยภาพในการ จัดบริการปฐมภูมิ ขั้นพื้นฐานโดยใช้ เทคโนโลยีดิจิทัล น้อยกว่าร้อยละ 32.5	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน อสม. มี ศักยภาพในการ จัดบริการปฐมภูมิ ขั้นพื้นฐานโดยใช้ เทคโนโลยีดิจิทัลไม่ น้อยกว่าร้อยละ 32.5 แต่ไม่เกินร้อยละ 64.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน อสม. มี ศักยภาพในการ จัดบริการปฐมภูมิ ขั้นพื้นฐานโดยใช้ เทคโนโลยีดิจิทัลร้อยละ 65	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ



แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขา โรคหลอดเลือดสมอง	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)	31	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาใน Stroke unit (2 KPIs) 1) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69) 2) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	< ร้อยละ 7 ≥ ร้อยละ 80	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน หรือมี 1.อัตราการตายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง >ร้อยละ 10.5 2.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง ที่มี อาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการ รักษาใน Stroke Unit <ร้อยละ 40	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1.อัตราการตายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง ≥ ร้อยละ 7 แต่ไม่เกินร้อยละ 10.5 2.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง ที่มี อาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการ รักษาใน Stroke Unit ไม่น้อยกว่า 40 แต่ไม่เกินร้อยละ 79.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1.อัตราการตายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองน้อยกว่า ร้อยละ 7 2.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง ที่มี อาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการ รักษาใน Stroke Unit ≥ ร้อยละ 80	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

ตัวชี้วัดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)	32	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันชนิด STEMI	< ร้อยละ 9	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน หรือมีอัตราการตายของ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ หัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI มากกว่าร้อยละ 13.5	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานอัตราการตายของ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ หัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI มากกว่าเท่ากับร้อย ละ 9 แต่ไม่เกินร้อย ละ 13.5	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน อัตราตาย ของผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันชนิด STEMI น้อยกว่าร้อยละ 9	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

ตัวชี้วัดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		33	ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (2 KPIs) 1) ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด 2) ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ ร้อยละ 60	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน หรือมี 1) ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดน้อยกว่าร้อยละ 30 2) ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานน้อยกว่าร้อยละ 30	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 แต่ไม่เกินร้อยละ 59.99 2) ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 แต่ไม่เกินร้อยละ 59.99	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด มากกว่าเท่ากับร้อยละ 60 2) ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด มากกว่าเท่ากับร้อยละ 60	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ

ตัวชี้วัดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)	34	จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าสู่ไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 5 น้อยกว่าร้อยละ 10 ของ ปีงบประมาณก่อน	< ร้อยละ 10	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน หรือมีจำนวนผู้ป่วย รายใหม่ที่เข้าสู่ไตวาย เรื้อรังระยะที่ 5 มากกว่า ร้อยละ 15	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานจำนวนผู้ป่วย รายใหม่ที่เข้าสู่ไตวาย เรื้อรังระยะที่ 5 มากกว่าเท่ากับ ร้อย ละ 10 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 15	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน จำนวนผู้ป่วย รายใหม่ที่เข้าสู่ไตวาย เรื้อรังระยะที่ 5 น้อย กว่าร้อยละ 10 ของ ปีงบประมาณก่อน	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ
		35	ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มี eGFR ลดลงน้อย กว่า 5 ml/min/1.73m ² /yr ≥ ร้อยละ 66	≥ ร้อยละ 66	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน หรือมีการขับเคลื่อน การดำเนินงาน หรือ มีผู้ป่วย CKD ที่มี eGFR ลดลงน้อยกว่า 5 ml/min/1.73m ² /yr น้อยกว่าร้อยละ 33	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานผู้ป่วย CKD ที่มี eGFR ลดลง น้อยกว่า 5 ml/min/1.73m ² /yr ไม่น้อยกว่าร้อยละ 33 แต่ไม่เกินร้อยละ 65.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน ผู้ป่วย CKD ที่มี eGFR ลดลง น้อยกว่า 5 ml/min/1.73m ² /yr ≥ ร้อยละ 66	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

ตัวชี้วัดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
พัฒนาระบบบริการโรคติดเชื้อในกระแสเลือด	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	36	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	< ร้อยละ 26	มีโครงสร้างและได้รับผิดชอบงาน มีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน หรือมีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired มากกว่าร้อยละ 39	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 26แต่ไม่เกินร้อยละ 39	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired น้อยกว่าร้อยละ 26	มี best practice / ผลงานดีกว่าค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ / ผลงานดีกว่าค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ

ตัวชี้วัดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)	37	อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมอง ตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M1)	ร้อยละ 20	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงานหรือ อัตราส่วนของ จำนวนผู้บริจาค อวัยวะสมองตายที่ ได้รับการผ่าตัดนำ อวัยวะออก ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต ในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M1) น้อยกว่าร้อยละ 10	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานอัตราส่วนของ จำนวนผู้บริจาค อวัยวะสมองตายที่ ได้รับการผ่าตัดนำ อวัยวะออก ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต ในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M1) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 แต่ไม่เกินร้อยละ 19.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานอัตราส่วนของ จำนวนผู้บริจาค อวัยวะสมองตายที่ ได้รับการผ่าตัดนำ อวัยวะออก ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต ในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M1) ร้อยละ 20	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

ตัวชี้วัดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
พัฒนาระบบบริการโรค โรค	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)	38	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ปอดรายใหม่	ร้อยละ 88	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงานหรือมี อัตราความสำเร็จ การรักษาผู้ป่วยวัณ โรคปอดรายใหม่ น้อยกว่าร้อยละ 44	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานอัตรา ความสำเร็จการ รักษาผู้ป่วยวัณโรค ปอดรายใหม่ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 44 แต่ไม่เกินร้อยละ 87.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานอัตรา ความสำเร็จการ รักษาผู้ป่วยวัณโรค ปอดรายใหม่ ร้อยละ 88	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ
		39	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ 85	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงานหรือมี อัตราความ ครอบคลุมการขึ้น ทะเบียนของผู้ป่วย วัณโรครายใหม่และ กลับเป็นซ้ำ น้อยกว่า ร้อยละ 42.5	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานอัตราความ ครอบคลุมการขึ้น ทะเบียนของผู้ป่วย วัณโรครายใหม่และ กลับเป็นซ้ำ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 42.5 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 84.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานอัตราความ ครอบคลุมการขึ้น ทะเบียนของผู้ป่วย วัณโรครายใหม่และ กลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 85	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

ตัวชี้วัดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
พัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการติดต่อด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	40	ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ที่กำหนด	ร้อยละ 65	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการดำเนินงานหรือมี จังหวัดผ่านตาม เกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัด ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ที่ กำหนด น้อยกว่า ร้อยละ 32.5	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานจังหวัดผ่าน ตามเกณฑ์พัฒนาสู่ จังหวัดใช้ยาอย่างสม เหตุผล (RDU province) ที่กำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 32.5 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 64.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานจังหวัดผ่าน ตามเกณฑ์พัฒนาสู่ จังหวัดใช้ยาอย่างสม เหตุผล (RDU province) ที่กำหนด ร้อยละ 65	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

ตัวชี้วัดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		41	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดไม่เพิ่มขึ้น รอบ 6 เดือน ใช้ข้อมูลปีปฏิทิน 66 (ม.ค.-ธ.ค.66) ร้อยละ เทียบกับปีปฏิทิน 65 (ม.ค.-ธ.ค.65) ร้อยละ 38.05 รอบ 12 เดือน ใช้ข้อมูลปีปฏิทิน 67 (ม.ค.-มิ.ย.67) เทียบกับปีปฏิทิน 65 (ม.ค.-ธ.ค.65) ร้อยละ 38.05	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงานหรือมี อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด เพิ่มขึ้นจากปีปฏิทินปี 65 (ร้อยละ 38.05)มากกว่าร้อยละ 19.01	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด เพิ่มขึ้นจากปีปฏิทินปี 65 (ร้อยละ 38.05) ร้อยละ 0.01-19	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด ไม่เพิ่มขึ้นจากปีปฏิทินปี 65 ร้อยละ 38.05	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

ตัวชี้วัดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)	42	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปาก มดลูก ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy (2 KPIs) 1) ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก 2) ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปาก มดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy	≥ ร้อยละ 60 ≥ ร้อยละ 70	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงานหรือ 1) ผู้ที่ได้รับการคัด กรองมะเร็งปาก มดลูก น้อยกว่าร้อย ละ 30 2) ร้อยละของผู้ที่มี ผลผิดปกติ (มะเร็ง ปากมดลูก) ได้รับ การส่งกล้อง Colposcopy น้อย กว่าร้อยละ 35	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) ผู้ที่ได้รับการคัด กรองมะเร็งปาก มดลูกไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 59.99 2) ร้อยละของผู้ที่มี ผลผิดปกติ (มะเร็ง ปากมดลูก) ได้รับ การส่งกล้อง Colposcopy ไม่ น้อยกว่าร้อยละ 35 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 69.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) ผู้ที่ได้รับการคัด กรองมะเร็งปาก มดลูกร้อยละ 60 2) ร้อยละของผู้ที่มี ผลผิดปกติ (มะเร็ง ปากมดลูก) ได้รับ การส่งกล้อง Colposcopy ร้อยละ 70	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

ตัวชี้วัดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		43	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy (2 KPIs) 1) ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 2) ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	≥ ร้อยละ 50 ≥ ร้อยละ 50	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานหรือ 1) ผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง น้อยกว่าร้อยละ 25 2) ผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy น้อยกว่าร้อยละ 25	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) ผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ไม่ น้อยกว่าร้อยละ 25 แต่ไม่เกินร้อยละ 49.99 2) ผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy ไม่ น้อยกว่าร้อยละ 25 แต่ไม่เกินร้อยละ 49.99	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) ผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50 2) ผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ

ตัวชี้วัดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		44	การจัดการบริการมะเร็งครบวงจร ในมะเร็ง สำคัญ 5 โรคมะเร็ง (8 KPIs) 1) มีทีม Cancer Warrior ในโรคมะเร็ง สำคัญ 5 ชนิด ระดับจังหวัด 2) ประชากรหญิงอายุ 11-20 ปี ได้รับ วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ใน 1 ปี 3) ประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ใน 30 จังหวัด ได้รับการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 100 ของเป้าหมายที่กำหนด	ร้อยละ 100 ร้อยละ 100	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มีการ ขับเคลื่อนการ ดำเนินงานหรือ 1) มีทีม Cancer Warrior ในโรคมะเร็ง สำคัญ 5 ชนิด ระดับ จังหวัด น้อยกว่าร้อยละ 50 2) ประชากรหญิงอายุ 11-20 ปี ได้รับวัคซีน ป้องกันมะเร็งปากมดลูก ใน 1 ปี น้อยกว่าร้อยละ 50 3) ประชากรกลุ่มเสี่ยง อายุ 15 ปีขึ้นไป ใน 30 จังหวัด ได้รับการคัด กรองพยาธิใบไม้ตับ ไม่ น้อยกว่าร้อยละ 50 มากกว่าร้อยละ 50	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) มีทีม Cancer Warrior ในโรคมะเร็ง สำคัญ 5 ชนิด ระดับ จังหวัด 2) ประชากร หญิงอายุ 11-20 ปี ได้รับ วัคซีนป้องกันมะเร็งปาก มดลูก ใน 1 ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 แต่ ไม่เกิน ร้อยละ 99.99 3) ประชากรกลุ่มเสี่ยง อายุ 15 ปีขึ้นไป ใน 30 จังหวัด ได้รับการคัด กรองพยาธิใบไม้ตับ ไม่ น้อยกว่าร้อยละ 50 แต่ ไม่เกิน ร้อยละ 99.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) มีทีม Cancer Warrior ในโรคมะเร็ง สำคัญ 5 ชนิด ระดับ จังหวัด ร้อยละ 100 2) ประชากรหญิงอายุ 11-20 ปี ได้รับวัคซีน ป้องกันมะเร็งปากมดลูก ใน 1 ปี ร้อยละ 100 3) ประชากรกลุ่มเสี่ยง อายุ 15 ปีขึ้นไป ใน 30 จังหวัด ได้รับการคัด กรองพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 100	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

ตัวชี้วัดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
			4) ประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไป ใน 30 จังหวัด ได้รับการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 100 ของเป้าหมายที่กำหนด 5) ประชากรที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 ได้รับการคัดกรอง HBV และ HCV $\geq$ ร้อยละ 70 6) ประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก $\geq$ ร้อยละ 70	ร้อยละ 100 $\geq$ ร้อยละ 70 $\geq$ ร้อยละ 70	4) ประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไป ใน 30 จังหวัด ได้รับการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี น้อยกว่าร้อยละ 50 5) ประชากรที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 ได้รับการคัดกรอง HBV และ HCV น้อยกว่าร้อยละ 35 6) ประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก น้อยกว่าร้อยละ 35	4) ประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไป ใน 30 จังหวัด ได้รับการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 99.99 5) ประชากรที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 ได้รับการคัดกรอง HBV และ HCV ไม่น้อยกว่าร้อยละ 35 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 69.99 6) ประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 35 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 69.99	4) ประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไป ใน 30 จังหวัด ได้รับการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 100 5) ประชากรที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 ได้รับการคัดกรอง HBV และ HCV มากกว่าเท่ากับ ร้อยละ 70 6) ประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่าเท่ากับ ร้อยละ 70	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ

ตัวชี้วัดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		45	ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับการรักษาภายใน ระยะเวลาที่กำหนด (3 KPIs) 1) ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับการรักษา ผ่าตัด ภายใน 4 สัปดาห์ ร้อยละ 77 2) ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับการรักษา เคมี บำบัด ภายใน 6 สัปดาห์ ร้อยละ 77 3) ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับการรักษา รังสี รักษา ภายใน 4 สัปดาห์ ร้อยละ 44	ร้อยละ 77 ร้อยละ 77 ร้อยละ 44	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มีการ ขับเคลื่อนการ ดำเนินงานหรือ 1) ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้รับการรักษา ผ่าตัด ภายใน 4 สัปดาห์ น้อย กว่าร้อยละ 38.5 2) ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้รับการรักษา เคมี บำบัด ภายใน 6 สัปดาห์ น้อยกว่าร้อยละ 38.5 3) ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้รับการรักษา รังสี รักษา ภายใน 4 สัปดาห์ น้อยกว่าร้อยละ 22	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับ การรักษา ผ่าตัด ภายใน 4 สัปดาห์ น้อยกว่า ร้อยละ 38.5 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 76.99 2) ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับ การรักษา เคมีบำบัด ภายใน 6 สัปดาห์ น้อยกว่าร้อยละ 38.5 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 76.99 3) ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับ การรักษา รังสีรักษา ภายใน 4 สัปดาห์ น้อยกว่าร้อยละ 22 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 43.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้รับการรักษา ผ่าตัด ภายใน 4 สัปดาห์ ร้อยละ 77 2) ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้รับการรักษา เคมี บำบัด ภายใน 6 สัปดาห์ ร้อยละ 77 3) ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้รับการรักษา รังสี รักษา ภายใน 4 สัปดาห์ ร้อยละ 44	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

ตัวชี้วัดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		46	ร้อยละการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและ มะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มเป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 95	$\geq$ ร้อยละ 95	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงานหรือมีการ คัดกรองพยาธิใบไม้ ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในกลุ่มเป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 47.5	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีการคัด กรองพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีใน กลุ่มเป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 45.7 แต่ไม่เกิน ร้อย ละ 94.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีการคัด กรองพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีใน กลุ่มเป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 95	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ
พัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะ ท้ายแบบประคับประคอง และการดูแลผู้ป่วยถึง เตียงพลัน	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)	47	ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแล ล่วงหน้า (Advance Care Planning) ใน ผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	$\geq$ ร้อยละ 70	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงานหรือมีการ ให้การดูแลตาม แผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วย ประคับประคอง อย่างมีคุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 35	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีการให้การ ดูแลตามแผนการ ดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วย ประคับประคอง อย่างมีคุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 35 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 69.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีการให้การ ดูแลตามแผนการ ดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วย ประคับประคอง อย่างมีคุณภาพ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

ตัวชี้วัดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		48	สถานชีวาภิบาล จังหวัดละ 1 แห่ง (3 KPIs) 1) ให้บริการในสถานชีวาภิบาล จังหวัดละ 1 แห่ง (ร้อยละ 80) 2) มีบริการ Hospital at Home / Home ward จังหวัดละ 1 แห่ง (ร้อยละ 80) 3) มีบริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ (ร้อยละ 95)	ร้อยละ 80 ร้อยละ 80 ร้อยละ 95	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มีการ ขับเคลื่อนการ ดำเนินงานหรือ 1) ให้บริการในสถาน ชีวาภิบาล จังหวัดละ 1 แห่ง น้อยกว่า ร้อยละ 40 แต่ไม่เกิน 40 2) มีบริการ Hospital at Home / Home ward จังหวัดละ 1 แห่ง น้อยกว่าร้อยละ 40 น้อยกว่าร้อยละ 40 3) มีบริการคลินิก ผู้สูงอายุใน โรงพยาบาลทุกระดับ น้อยกว่าร้อยละ 47.5	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) ให้บริการในสถาน ชีวาภิบาล จังหวัดละ 1 แห่ง น้อยกว่า ร้อยละ 40 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 79.99 2) มีบริการ Hospital at Home / Home ward จังหวัดละ 1 แห่ง น้อยกว่าร้อยละ 40 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 79.99 3) มีบริการคลินิก ผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ทุกระดับ น้อยกว่าร้อยละ 47.5 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 94.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) ให้บริการในสถาน ชีวาภิบาล จังหวัดละ 1 แห่ง ร้อยละ 80 2) มีบริการ Hospital at Home / Home ward จังหวัดละ 1 แห่ง ร้อยละ 80 3) มีบริการคลินิก ผู้สูงอายุใน โรงพยาบาลทุกระดับ ร้อยละ 95	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

ตัวชี้วัดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและยา เสพติด	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)	49	1) ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการ ทุเลาในการติดตาม 6 เดือน	≥ ร้อยละ 55	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงานหรือ มี ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามี อาการทุเลาในการ ติดตาม 6 เดือน น้อยกว่าร้อยละ 27.5	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีผู้ป่วยโรค ซึมเศร้ามีอาการทุเลา ในการติดตาม 6 เดือน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 27.5 แต่ไม่เกิน ร้อย ละ 54.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีผู้ป่วยโรค ซึมเศร้ามีอาการทุเลา ในการติดตาม 6 เดือน มากกว่าหรือ เท่ากับ ร้อยละ 55	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ
			2) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	≤ 8.0 ต่อประชากร แสนคน	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน หรือมี อัตราการฆ่าตัวตาย สำเร็จมากกว่า ร้อยละ 12	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีอัตราการฆ่า ตัวตายสำเร็จ มากกว่าร้อยละ 8 และไม่เกินร้อยละ 12	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงาน มีอัตราการ ฆ่าตัวตายสำเร็จ น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 8	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

ตัวชี้วัดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
			3) ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	ร้อยละ 90	มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบงาน มี การขับเคลื่อนการ ดำเนินงานหรือ มีผู้ พยายามฆ่าตัวตาย ไม่กลับมาทำร้าย ตัวเองซ้ำใน ระยะเวลา 1 ปี น้อยกว่าร้อยละ 45	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีผู้พยายาม ฆ่าตัวตายไม่กลับมา ทำร้ายตัวเองซ้ำใน ระยะเวลา 1 ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 45 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 89.99	มีการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานตาม House Model ผลงานมีผู้พยายาม ฆ่าตัวตายไม่กลับมา ทำร้ายตัวเองซ้ำใน ระยะเวลา 1 ปีร้อยละ 90	มี best practice / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ / ผลงานดีกว่า ค่าเฉลี่ยเขต/ ประเทศ

ตัวชี้วัดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

แผนพัฒนา	ยุทธศาสตร์	no.	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
		50	มีนิรโทษกรรมผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดอย่างครบวงจรทุกจังหวัด (2 KPIs) 1) ร้อยละ 100 ของจังหวัดมีนิรโทษกรรมผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดอย่างครบวงจรตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด 2) ร้อยละ 100 ของจังหวัดที่เปิดนิรโทษกรรมผู้ได้รับการติดตามและมีการประเมินรับรองคุณภาพมาตรฐานเป็นไปตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	ร้อยละ 100	มีโครงสร้างและผู้บริหารงาน มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานหรือ 1) จังหวัดมีนิรโทษกรรมผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดอย่างครบวงจรตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 2) จังหวัดที่เปิดนิรโทษกรรมผู้ได้รับการติดตามและมีการประเมินรับรองคุณภาพมาตรฐานเป็นไปตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) จังหวัดมีนิรโทษกรรมผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดอย่างครบวงจรตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 แต่ไม่เกินร้อยละ 99.99 2) จังหวัดที่เปิดนิรโทษกรรมผู้ได้รับการติดตามและมีการประเมินรับรองคุณภาพมาตรฐานเป็นไปตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 แต่ไม่เกินร้อยละ 99.99	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม House Model ผลงาน 1) จังหวัดมีนิรโทษกรรมผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดอย่างครบวงจรตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ร้อยละ 100 2) จังหวัดที่เปิดนิรโทษกรรมผู้ได้รับการติดตามและมีการประเมินรับรองคุณภาพมาตรฐานเป็นไปตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ร้อยละ 100	มี best practice / ผลงานดีกว่าค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ	มี นวัตกรรม / เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ / ผลงานดีกว่าค่าเฉลี่ยเขต/ประเทศ



ภาคผนวก



คำสั่งสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

ที่ ๕๙ / ๒๕๖๖

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการแผนบูรณาการเขตสุขภาพที่ ๘

เพื่อให้การจัดระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพและความต้องการของประชาชนในพื้นที่ การวางแผนบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ด้านทรัพยากรบุคคล ด้านระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพ การกำหนดตัวชี้วัด วางแผนบูรณาการแนวทางการดำเนินงาน บูรณาการงบประมาณทุกประเภทที่เกี่ยวข้อง การกำกับ ติดตาม และการประเมินผล โดยบูรณาการการทำงานร่วมกันกับภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ ๘

อาศัยอำนาจตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อการปฏิรูปการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ พ.ศ.๒๕๖๖ ลงวันที่ ๒๑ มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๖ เอกสารแนบท้าย (เอกสารหมายเลข ๑) ให้กลุ่มงานยุทธศาสตร์ และสารสนเทศ จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการแผนบูรณาการเขตสุขภาพ เพื่อจัดทำแผนงาน/โครงการที่สอดคล้อง กับแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการแผนบูรณาการ เขตสุขภาพที่ ๘ มีองค์ประกอบ ดังนี้

- | | |
|--|---------------|
| ๑. รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ | ประธานกรรมการ |
| ๒. ผู้อำนวยการกลุ่ม หรือผู้รับผิดชอบงานแผนยุทธศาสตร์ | กรรมการ |
| สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๘ อุตรธานี | |
| ๓. หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์ หรือผู้รับผิดชอบงานแผนยุทธศาสตร์ | กรรมการ |
| สำนักงานแพทย์เขตสุขภาพที่ ๘ | |
| ๔. หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์ หรือผู้รับผิดชอบงานแผนยุทธศาสตร์ | กรรมการ |
| สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ จังหวัดอุตรธานี | |
| ๕. หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์ หรือผู้รับผิดชอบงานแผนยุทธศาสตร์ | กรรมการ |
| ศูนย์อนามัยที่ ๘ อุตรธานี | |
| ๖. หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์ หรือผู้รับผิดชอบงานแผนยุทธศาสตร์ | กรรมการ |
| ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๘ อุตรธานี | |
| ๗. หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์ หรือผู้รับผิดชอบงานแผนยุทธศาสตร์ | กรรมการ |
| ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๘ | |
| ๘. หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์ หรือผู้รับผิดชอบงานแผนยุทธศาสตร์ | กรรมการ |
| ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๘ อุตรธานี | |
| ๙. หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์ หรือผู้รับผิดชอบงานแผนยุทธศาสตร์ | กรรมการ |
| วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี | |
| ๑๐. หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบงานแผนยุทธศาสตร์ | กรรมการ |
| สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรธานี | |
| ๑๑. หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบงานแผนยุทธศาสตร์ | กรรมการ |
| สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร | |
| ๑๒. หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบงานแผนยุทธศาสตร์ | กรรมการ |
| สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม | |

๑๓. หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบงานแผนยุทธศาสตร์	กรรมการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย	
๑๔. หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบงานแผนยุทธศาสตร์	กรรมการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย	
๑๕. หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบงานแผนยุทธศาสตร์	กรรมการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู	
๑๖. หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบงานแผนยุทธศาสตร์	กรรมการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ	
๑๗. นางรุ่งทิพย์ เอกพงษ์	กรรมการ
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ	
สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘	
๑๘. นางภัสสิยะกุล ขาวกะมุด	กรรมการ
นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ	
สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘	
๑๙. นางสาวรัชชดา สุขผึ้ง	กรรมการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘	
๒๐. นางสาวพินดาธาร พินระ	กรรมการ
นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ	
สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘	
๒๑. นายวิระวัฒน์ ศิริรัตน์ไพบุลย์	กรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	
สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘	และผู้ช่วยเลขานุการ
๒๒. นางจิราภรณ์ สุทธิบริบาล	กรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	
สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘	และผู้ช่วยเลขานุการ
๒๓. นางพันธมน นภามาศ	กรรมการ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	
สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘	และผู้ช่วยเลขานุการ

บทบาหน้าที่

- ๑) ประชุมคณะกรรมการแผนบูรณาการเขตสุขภาพในการจัดทำแผนบูรณาการเขตตามยุทธศาสตร์ และจัดทำตัวชี้วัดการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ
 - ๒) ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่งข้อมูลแผนงาน/โครงการที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ เพื่อจัดทำ รวบรวมแผนบูรณาการเขตสุขภาพ
 - ๓) สื่อสาร ถ่ายทอดแผนบูรณาการเขตสุขภาพแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 - ๔) ประสานการจัดทำรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ
 - ๕) สรุปปัญหา ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงบริหารเพื่อใช้ในการปรับปรุงงาน
- ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๐ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖



(นายชัยวัฒน์ พัฒนาพิศาลศักดิ์)
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘



คำสั่งสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

ที่ ๕๖ / ๒๕๖๖

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ ๘

เพื่อกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และทิศทางการดำเนินงานในเขตสุขภาพให้สอดคล้องกับนโยบายระดับชาติ และกระทรวงสาธารณสุข การจัดระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพและความต้องการของประชาชนในพื้นที่ การวางแผนบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ด้านทรัพยากรบุคคล ด้านระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพ การกำหนดตัวชี้วัด วางแผนแนวทางการดำเนินงาน วางแผนงบประมาณทุกประเภทที่เกี่ยวข้องกับงานยุทธศาสตร์ การกำกับติดตาม และการประเมินผล แบบบูรณาการการทำงานร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ ๘ ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

อาศัยอำนาจตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อการปฏิรูปการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ พ.ศ.๒๕๖๖ ลงวันที่ ๒๑ มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๖ เอกสารแนบท้าย (เอกสารหมายเลข ๑) ให้กลุ่มงานยุทธศาสตร์ และสารสนเทศ จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการยุทธศาสตร์ เพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนาระบบสุขภาพของเขตสุขภาพ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ ๘ มีองค์ประกอบ ดังนี้

- | | |
|--|---|
| ๑. ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ | ประธานกรรมการ |
| ๒. รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ | รองประธานกรรมการ |
| ๓. ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ จังหวัดอุดรธานี | กรรมการ |
| ๔. ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์เขตสุขภาพที่ ๘ | กรรมการ |
| ๕. ผู้อำนวยการศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๘ | กรรมการ |
| ๖. ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๘ อุดรธานี | กรรมการ |
| ๗. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี | กรรมการ |
| ๘. ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๘ อุดรธานี | กรรมการ |
| ๙. ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๘ อุดรธานี | กรรมการ |
| ๑๐. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ | กรรมการ |
| ๑๑. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ | กรรมการ |
| ๑๒. ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี | กรรมการ |
| ๑๓. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี | กรรมการ |
| ๑๔. ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๘ อุดรธานี | กรรมการ |
| ๑๕. หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์ หรือผู้รับผิดชอบงานยุทธศาสตร์ | กรรมการ |
| ๑๖. นางรุ่งทิพย์ เอกพงษ์ | ศูนย์วิชาการทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ ๘
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
กรรมการ |
| ๑๗. นางภัสธิยะกุล ชาวกะมุด | นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ
สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
กรรมการ |
| ๑๘. นางสาวรัชชดา สุขผึ้ง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
กรรมการ |

- | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------|
| ๑๙. นางสาวพินดาธาร พินธะ | นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ | กรรมการ |
| | สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ | |
| ๒๐. นายวีระวัฒน์ ศิริรัตน์ไพบุลย์ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ | กรรมการ |
| | สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ | และผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๒๑. นางจิราภรณ์ สุทธิบริบาล | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ | กรรมการ |
| | สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ | และผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๒๒. นางพันธมน นามาศ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ | กรรมการ |
| | สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ | และผู้ช่วยเลขานุการ |

บทบาทหน้าที่ ดังนี้

- ๑) ประสาน เตรียมข้อมูลประกอบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของเขตสุขภาพ
 - ๒) ประชุมคณะกรรมการยุทธศาสตร์ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของเขตสุขภาพและจัดทำตัวชี้วัดการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ นโยบายกระทรวงสาธารณสุข
 - ๓) สื่อสาร ถ่ายทอดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและแผนยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพของเขตสุขภาพแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทุกระดับ
 - ๔) กำกับ ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามนโยบายและแผนยุทธศาสตร์
 - ๕) ประสานการจัดทำรายงานความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามนโยบายและแผนยุทธศาสตร์
 - ๖) สรุปปัญหา ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงบริหาร เสนอต่อคณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพเพื่อใช้ในการปรับปรุงงาน
- ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๐ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖



(นายชัยวัฒน์ พัฒนาพิศาลศักดิ์)
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘