แผนงานห่วงโซ่คุณค่า Value Chain และแผนปฏิบัติการ Action Plan

เขตสุขภาพที่ 3 ประจำปี 2565

คำนำ

ปีงบประมาณ 2565 สำนักงานเขตสุขภาพที่ 3 ได้มีการจัดทำห่วงโซ่คุณค่า (Value Chain) และแผนปฏิบัติการ (Action Plan) แบบบูรณาการร่วมกันทั้งเขตสุขภาพ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการกำกับ ติดตาม และประเมินผล ของผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 3 และเป็นกรอบแนวทางการปฏิบัติงานของหน่วยงานต่างๆ ในเขตสุขภาพที่ 3 โดยมีเนื้อหาประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

ส่วนที่ 2 นโยบายและทิศทางการขับเคลื่อนงานกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565

ส่วนที่ 3 แผนยุทธศาสตร์สุขภาพ เขตสุขภาพที่ 3 ระยะ 3 ปี (พ.ศ.2563 - 2565)

ส่วนที่ 4 ห่วงโซ่คุณค่า (Value Chain) และแผนปฏิบัติการ (Action Plan) เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2565 ทั้งหมด 10 ประเด็น

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 3 ขอขอบคุณ ผู้บริหารที่ให้คำปรึกษา ชี้แนะ และคณะทำงานทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการจัดทำ ห่วงโซ่คุณค่า (Value Chain) และแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ปีงบประมาณ 2565 ของเขตสุขภาพที่ 3 ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ
สำนักงานเขตสุขภาพที่ 3
ธันวาคม 2564

สารบัญ

หน้า

คำนำ

สารบัญ

บทที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

1.1 ลักษณะพื้นที่ : ที่ตั้ง อาณาเขต 1

1.2 ทรัพยากรสาธารณสุข 2

1.3 ข้อมูลประชากร 4

1.4 ข้อมูลสถานะสุขภาพ 6

บทที่ 2 นโยบายและทิศทางการขับเคลื่อนงานกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565

2.1 นโยบายการดำเนินงาน ของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข 11

2.2 นโยบายการดำเนินงาน ของรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข 12

2.3 แนวทางการขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข 12

บทที่ 3 แผนยุทธศาสตร์สุขภาพ เขตสุขภาพที่ 3 ระยะ 3 ปี (พ.ศ.2563 - 2565)

3.1 วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมร่วม เขตสุขภาพที่ 3 13

3.2 เป้าประสงค์สูงสุด (Ultimate Goals) เขตสุขภาพที่ 3 13

3.3 ประเด็นยุทธศาสตร์และแผนงาน เขตสุขภาพที่ 3 14

3.4 ประเด็นสุขภาพสำคัญ เขตสุขภาพที่ 3 ระยะ 3 ปี (พ.ศ.2563 - 2565) 16

3.5 ประเด็นปัญหาที่สำคัญของเขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2564 17

บทที่ 4 ห่วงโซ่คุณค่า (Value Chain) และแผนปฏิบัติการ (Action Plan) เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2565 18

4.1 ประเด็นปัญหาที่สำคัญของเขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2565 18

ประเด็นที่ 1 การพัฒนาระบบดูแลสุขภาพมารดา 19

ประเด็นที่ 2 การพัฒนาระบบดูแลเด็กปฐมวัยและเด็กวัยเรียน 26

ประเด็นที่ 2.1 เด็กปฐมวัย (อ้วน) 26

ประเด็นที่ 2.2 เด็กวัยเรียน (สูงดีสมส่วน) 30

ประเด็นที่ 3 การป้องกันควบคุมวัณโรค (TB) 35

ประเด็นที่ 4 การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย (Suicidal) 38

ประเด็นที่ 5 เทคโนโลยีเพื่อสุขภาพ (Health Technology) 42

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ประเด็นที่ 6 โรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง (DM/HT) รายใหม่/Control 46

ประเด็นที่ 7 โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) 51

ประเด็นที่ 8 ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (STEMI) 55

ประเด็นที่ 9 ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด Sepsis (Pneumonia) 60

ประเด็นที่ 10 การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) 63

บทที่ 1
ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

1.1 ลักษณะพื้นที่

เขตสุขภาพที่ 3 ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดกำแพงเพชร จังหวัดพิจิตร จังหวัดอุทัยธานี และจังหวัดชัยนาท มีที่ตั้งในเขตภาคเหนือตอนล่างหรือภาคกลางตอนบน มีพื้นที่รวมกันประมาณ 31,935.9 ตารางกิโลเมตร หรือ 19,959,557 ไร่ มีอาณาเขตติดต่อ ดังนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อ	จังหวัดพิษณุโลก จังหวัดสุโขทัย และจังหวัดตาก
ทิศใต้	ติดต่อ	จังหวัดลพบุรี จังหวัดสิงห์บุรี และจังหวัดสุพรรณบุรี
ทิศตะวันออก	ติดต่อ	จังหวัดเพชรบูรณ์ และจังหวัดลพบุรี
ทิศตะวันตก	ติดต่อ	จังหวัดตาก และจังหวัดกาญจนบุรี

แผนที่เขตสุขภาพที่ 3 (5 จังหวัด ภาคเหนือตอนล่าง)

1.2 ทรัพยากรสาธารณสุข

1) สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ จำแนกระดับสถานบริการ เขตสุขภาพที่ 3

จังหวัด	รพศ.(A) (แห่ง/เตียง)	รพท.(S) (แห่ง/เตียง)	จำนวนโรงพยาบาลชุมชน (จำแนกตามขนาดเตียงตามกรอบ)									
			M2			F1		F2			F3	
			120 เตียง	90 เตียง	60 เตียง	90 เตียง	60 เตียง	90 เตียง	60 เตียง	30 เตียง	10 เตียง	OPD
นครสวรรค์	1 / 659	-	-	2	-	1	2	-	2	5	-	1
กำแพงเพชร	-	1 / 450	-	1	-	1	-	-	2	5	1	1
พิจิตร	-	1 / 400	-	2	-	-	-	-	2	5	-	2
อุทัยธานี	-	1 / 350	-	-	-	1	-	1	2	2	1	-
ชัยนาท	-	1 / 367	-	-	-	-	1	-	-	4	1	1
รวม	**1**	**4**	**-**	**5**	**-**	**3**	**3**	**1**	**8**	**21**	**3**	**5**

ที่มา : กองบริหารการสาธารณสุข ณ วันที่ 2 กันยายน 2564

2) สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ

ตารางที่ 2 ข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 3

จังหวัด	จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ (แห่ง)			ภาพรวมจังหวัด	ขอบเขตประชากรของหน่วยบริการปฐมภูมิ ระดับ S – L (คน)
	S	M	L		
นครสวรรค์	60	115	14	189	855 - 19,621
กำแพงเพชร	27	68	25	120	990 - 14,196
พิจิตร	21	74	14	109	789 – 11,285
อุทัยธานี	36	45	8	89	452 – 7,774
ชัยนาท	20	50	2	72	1,076 - 8,266
รวม	**164**	**352**	**63**	**579**	**-**

ที่มา : กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 5 จังหวัด ปีงบประมาณ 2564

3) สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ

ตารางที่ 3 หน่วยงาน/สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

จังหวัด	ชื่อหน่วยงาน/สถานบริการสาธารณสุขนอกสังกัด สป., นอกกระทรวงสาธารณสุข	
นครสวรรค์	<u>ศูนย์วิชาการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</u> 1. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ 2. ศูนย์อนามัยที่ 3 3. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3 4. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 5. ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 3 6. ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ 7. สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 3	<u>โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</u> 1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (แม่และเด็ก) 2. โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ <u>โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม</u> 1. โรงพยาบาลค่ายจิรประวัติ (กรมแพทย์และทหารบก) 2. โรงพยาบาลกองบิน 4 (กองพลบินที่ 3 กองบัญชาการยุทธทางอากาศ)
		ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 4 แห่ง
กำแพงเพชร		ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 5 แห่ง
พิจิตร		ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 3 แห่ง
อุทัยธานี		ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 1 แห่ง
ชัยนาท	<u>ศูนย์วิชาการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</u> 1. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท	ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 2 แห่ง

<u>ที่มา</u> : กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 5 จังหวัด (จากสรุปผลการตรวจราชการ 2/2564) ปีงบประมาณ 2564

4) สถานบริการสาธารณสุขของเอกชน

ตารางที่ 4 ข้อมูลสถานบริการสาธารณสุขและร้านขายยาสังกัดภาคเอกชน เขตสุขภาพที่ 3

จังหวัด	รพ.	คลินิกแพทย์	คลินิกทันตกรรม	สถานพยาบาล	ร้านขายยาปัจจุบัน	ร้านขายยาบรรจุเสร็จ	ร้านขายยาแผนโบราณ	สถานที่ผลิตยาแผนโบราณ
นครสวรรค์	5	75	34	81	166	81	56	13
กำแพงเพชร	2	69	22	127	73	47	37	3
พิจิตร	4	63	22	99	54	47	20	6
อุทัยธานี	1	52	14	49	30	29	10	6
ชัยนาท	1	54	14	38	63	25	13	2
รวม	**13**	**313**	**106**	**394**	**386**	**229**	**136**	**30**

<u>ที่มา</u> : กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 5 จังหวัด ปีงบประมาณ 2564

1.3 ข้อมูลประชากร

ตารางที่ 5 ข้อมูลจำนวนประชากร เขตสุขภาพที่ 3 จำแนกรายปี พ.ศ.2559 – 2564

	จำนวนประชากร (คน)					
จังหวัด	**พ.ศ.2559**	**พ.ศ.2560**	**พ.ศ.2561**	**พ.ศ.2562**	**พ.ศ.2563**	**พ.ศ.2564**
นครสวรรค์	1,064,685	1,063,426	1,061,973	1,057,882	1,057,882	1,036,053
กำแพงเพชร	728,366	727,750	726,239	724,267	724,587	712,444
พิจิตร	542,938	541,282	538,755	535,687	531,690	530,097
อุทัยธานี	329,854	329,478	328,993	328,126	325,396	325,202
ชัยนาท	330,116	329,385	327,912	326,256	322,133	320,948
รวม	**2,995,959**	**2,991,321**	**2,983,812**	**2,972,218**	**2,930,149**	**2,924,744**

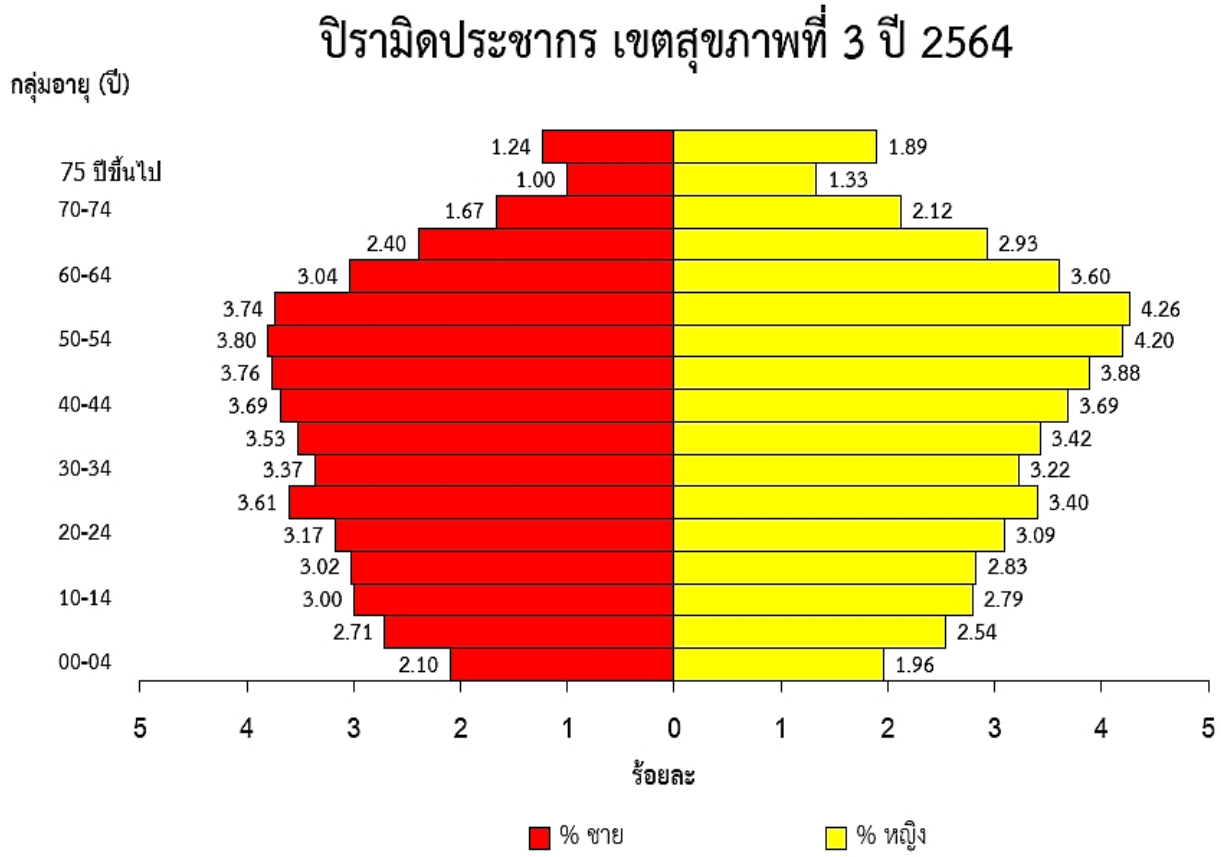
ที่มา : ข้อมูลจากทะเบียนราษฎร (กรมการปกครอง 30 กันยายน 2564)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละประชากร จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ เขตสุขภาพที่ 3

อายุ	ชาย	ร้อยละ	หญิง	ร้อยละ	จำนวนรวม	ร้อยละ
0-4	61,363	2.10	57,221	1.96	118,584	4.05
5-9	79,221	2.71	74,272	2.54	153,493	5.25
10-14	87,636	3.00	81,584	2.79	169,220	5.79
15-19	88,427	3.02	82,656	2.83	171,083	5.85
20-24	92,823	3.17	90,437	3.09	183,260	6.27
25-29	105,452	3.61	99,438	3.40	204,890	7.01
30-34	98,463	3.37	94,236	3.22	192,699	6.59
35-39	103,238	3.53	100,125	3.42	203,363	6.95
40-44	107,919	3.69	107,779	3.69	215,698	7.37
45-49	110,109	3.76	113,551	3.88	223,660	7.65
50-54	111,200	3.80	122,830	4.20	234,030	8.00
55-59	109,416	3.74	124,644	4.26	234,060	8.00
60-64	88,971	3.04	105,378	3.60	194,349	6.64
65-69	70,097	2.40	85,564	2.93	155,661	5.32
70-74	48,838	1.67	62,014	2.12	110,852	3.79
75-79	29,308	1.00	39,009	1.33	68,317	2.34
80 ปีขึ้นไป	36,136	1.24	55,389	1.89	91,525	3.13

ที่มา : ข้อมูลจากทะเบียนราษฎร (กรมการปกครอง 30 กันยายน 2564)

แผนภูมิที่ 1 โครงสร้างประชากร เขตสุขภาพที่ 3



ที่มา : ข้อมูลจากทะเบียนราษฎร (กรมการปกครอง 30 กันยายน 2564)

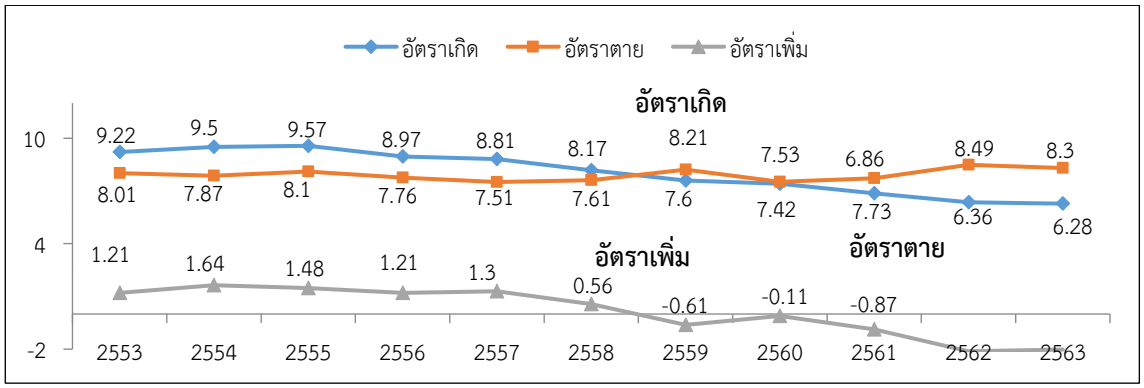
ประชากรวัยพึ่งพิง (กลุ่มอายุ 0-14 ปี) เท่ากับ 15.09 %
ประชากรวัยพึ่งพิง (กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป) เท่ากับ 21.22 %
} รวม = 36.31 %
ประชากรวัยแรงงาน (กลุ่มอายุ 15-59 ปี) เท่ากับ 63.69 %

1.4 ข้อมูลสถานะสุขภาพ

1) สถิติชีพ

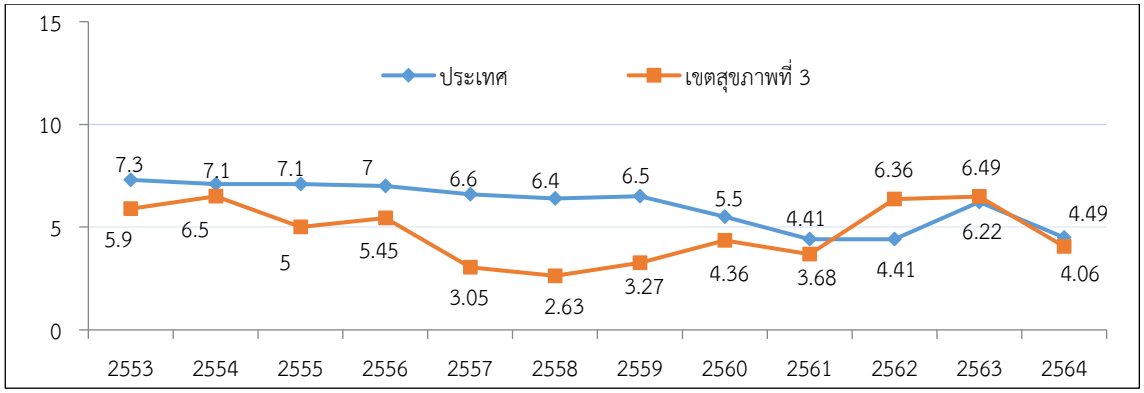
แผนภูมิที่ 2 อัตราเกิด อัตราตาย และอัตราเพิ่มประชากร เขตสุขภาพที่ 3 ปี พ.ศ.2553 - 2563

อัตราเกิด/ตาย (ต่อพันประชากร) อัตราเพิ่ม (ร้อยละ)



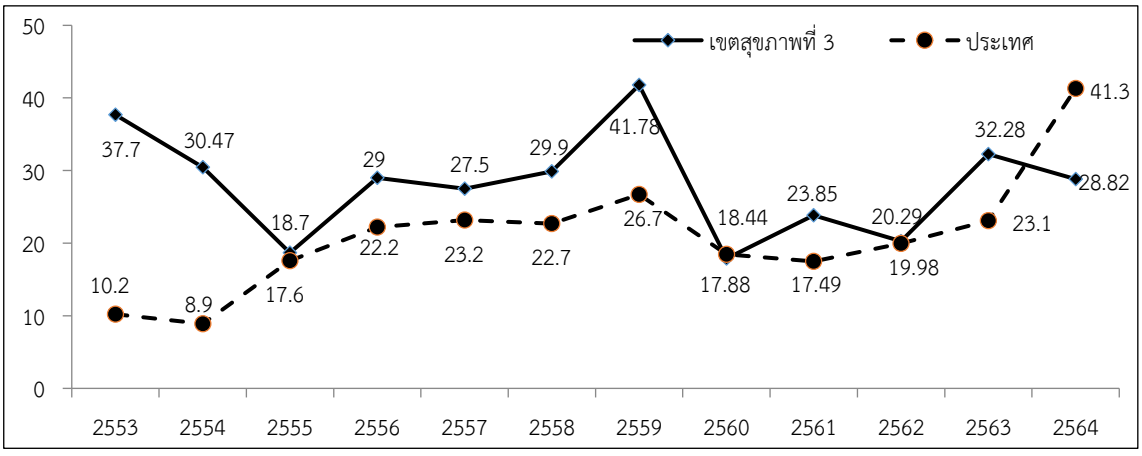
ที่มา : ทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

แผนภูมิที่ 3 อัตราทารกตายต่อเกิดมีชีพ 1,000 คน เขตสุขภาพที่ 3 ปี พ.ศ.2553 – 2564



ที่มา : ทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

แผนภูมิที่ 4 อัตรามารดาตายต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน เขตสุขภาพที่ 3 ปี พ.ศ.2553 – 2564



ที่มา : ฐานข้อมูลกรมอนามัย https://dashboard.anamai.moph.go.th

2) สาเหตุการป่วย

2.1) สาเหตุการป่วยผู้ป่วยนอก

สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอก พบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงไม่มีสาเหตุนำ เบาหวาน เนื้อเยื่อผิดปกติ การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลัน ความผิดปกติอื่นๆ ของฟันและโครงสร้าง รายละเอียดดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 สาเหตุการป่วยผู้ป่วยนอก 10 อันดับแรก เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2560 – 2564

ลำดับ	กลุ่มโรคตามสาเหตุการป่วย	ปีงบประมาณ (อัตราผู้ป่วยนอกต่อประชากรพันคน)				
		2560	2561	2562	2563	2564
1	ความดันโลหิตสูงไม่มีสาเหตุนำ	110.01	97.21	116.25	104.75	107.41
2	เบาหวาน	64.84	57.22	68.62	61.95	63.84
3	เนื้อเยื่อผิดปกติ	48.03	40.80	46.56	39.23	36.46
4	การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลัน	45.57	38.88	40.85	32.20	21.63
5	ความผิดปกติอื่นๆ ของฟันและโครงสร้าง	29.51	25.70	31.51	23.32	19.77
6	โรคอื่นๆ ของหลอดอาหาร กระเพาะ และดูโอเดนัม	19.86	17.71	19.14	15.13	14.13
7	การบาดเจ็บระบุเฉพาะอื่นๆ, ไม่ระบุเฉพาะและหลายบริเวณในร่างกาย	19.66	25.70	18.64	14.98	13.62
8	พยาธิสภาพของหลังส่วนอื่นๆ	15.59	17.47	18.37	15.38	13.67
9	ฟันผุ	13.69	12.92	14.45	11.31	8.68
10	โรคอื่นๆ ของผิวหนังและเยื่อใต้ผิวหนัง	15.22	12.22	14.40	11.62	10.55

ที่มา : ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 30 กันยายน 2564

2.2) สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยใน

สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยใน ปี พ.ศ.2560 – 2564 พบว่า โรคปอดบวม หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน การบาดเจ็บระบบเฉพาะอื่นๆ ไม่ระบุเฉพาะหลายบริเวณในร่างกาย โรคหลอดลมอักเสบ ถุงลมโป่งพองและปอดชนิดอุดกลั้นแบบเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้น ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยใน 10 อันดับแรก เขตสุขภาพที่ 3 ปี 2560 – 2564

ลำดับ	กลุ่มโรค ตามสาเหตุการป่วย	ปีงบประมาณ (อัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคน)				
		2560	2561	2562	2563	2564
1	ปอดบวม	4,655.92	5,181.72	4,779.67	4,630.65	5,158.16
2	หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน	2,961.39	3,305.41	2,761.98	N/A	N/A
3	การบาดเจ็บระบุเฉพาะอื่นๆ ไม่ระบุเฉพาะและหลายบริเวณในร่างกาย	2,366.99	2,526.93	2,316.11	2,254.99	N/A
4	โรคหลอดลมอักเสบถุงลมโป่งพองและปอดชนิดอุดกั้นแบบเรื้อรังอื่น	2,560.77	2,582.49	2,611.89	2,428.64	2,387.81
5	การดูแลมารดาอื่นๆ ที่มีปัญหาเกี่ยวกับทารกในครรภ์ และถุงน้ำคร่ำ และปัญหาที่อาจจะเกิดได้ในระยะคลอด	2,093.63	2,266.44	2,211.46	2,288.07	1,978.98
6	ต้อกระจกและความผิดปกติของเลนส์อื่นๆ	2,349.98	2,195.94	2,142.87	2,467.84	2,351.61
7	โรคอักเสบติดเชื้อของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	1,838.80	2,107.52	2,089.51	N/A	N/A
8	หัวใจล้มเหลว	1,887.39	1,808.49	N/A	2,027.44	2,07.24
9	เบาหวาน	N/A	1,865.55	2,005.09	2,086.55	2,061.28
10	ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ	1,692.70	1,803.12	N/A	N/A	N/A

ที่มา : ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 30 กันยายน 2564

2.3) สาเหตุการตาย

ตารางที่ 9 สาเหตุการตายที่สำคัญ เขตสุขภาพที่ 3 ปี พ.ศ.2560 - 2564 (อัตราต่อแสนประชากร)

ลำดับ	สาเหตุการตาย	ปีงบประมาณ (อัตราต่อแสนประชากร)				
		2560	2561	2562	2563	2564
1	มะเร็งทุกชนิด	207.23	211.57	215.53	217.67	108.00
	-มะเร็งปอด	20.16	21.35	24.22	23.31	10.99
	-มะเร็งตับ	26.58	24.70	23.28	23.96	11.29
	-มะเร็งลำไส้ใหญ่	7.86	7.89	6.33	5.94	3.04
	-มะเร็งเต้านม	6.28	7.34	7.10	6.83	3.41
	-มะเร็งปากมดลูก	3.11	3.82	3.16	3.52	1.43
2	ปอดอักเสบ ปอดบวม	52.89	58.58	76.10	68.80	35.21
3	โรคติดเชื้อและปรสิต	55.09	61.73	64.87	60.34	31.60
4	โรคหลอดเลือดในสมอง	58.47	58.38	62.85	63.72	34.91
5	โรคหัวใจขาดเลือด	33.40	31.03	35.26	31.67	15.18
6	อุบัติเหตุการขนส่ง	27.35	26.84	23.28	20.85	9.96
7	ความดันโลหิตสูง	17.68	18.47	21.03	17.61	6.67
8	เบาหวาน	19.26	17.66	16.01	15.94	6.21
9	วัณโรค	10.83	10.29	9.12	9.79	4.44
10	ฆ่าตัวตาย	7.39	8.21	7.03	6.93	2.97
11	จมน้ำตาย	8.79	7.54	5.89	5.05	2.46

ที่มา : รายงานการตายรายจังหวัด กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข 2564

บทที่ 2
นโยบายและทิศทางการขับเคลื่อนงานกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565

ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานสู่อนาคตสาธารณสุขไทย ให้ความสำคัญสูงสุดต่อการพัฒนางานสาธารณสุขตามแนวทาง **โครงการพระราชดำริ และโครงการเฉลิมพระเกียรติ** เพื่อเทิดพระเกียรติพระบรมวงศานุวงศ์ทุกพระองค์ และได้กำหนดจุดมุ่งเน้นที่สำคัญในการดำเนินการให้เกิดผลประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนทุกคนในประเทศไทย ใน 9 ประเด็นสำคัญ ได้แก่

1) การสร้าง **ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง** โดยการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิละเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตาม พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพและเพิ่มขีดความสามารถให้กับ อสม. หมอประจำบ้าน เพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้ประชาชนคนไทยทุกครอบครัว มีหมอประจำตัวครบ 3 คน ได้แก่ หมอประจำบ้าน คือ อสม. หมออนามัย คือ บุคลากรสาธารณสุขประจำ รพ.สต. และหมอครอบครัว คือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อให้ทุกภาคส่วนช่วยกันสร้างความแข็งแกร่งให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิให้แก่ประเทศไทย พัฒนาระบบบริการทุติยภูมิให้เป็นจุดเชื่อมต่อที่มีประสิทธิภาพ สร้างสุขภาพที่ดีให้แก่คนไทยและให้มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน รวมทั้งส่งเสริมให้อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ และ รพ.สต.ผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาวระดับ 5 ดาว เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ลดเวลารอคอย ลดค่าใช้จ่าย สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้น เมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม

2) ให้ความสำคัญกับ **เศรษฐกิจสุขภาพ** สนับสนุนแนวทางการเพิ่มขีดความสามารถ ในการแข่งขันด้านการจัดบริการสุขภาพ และเพิ่มมูลค่านวัตกรรม ผลิตภัณฑ์ และบริการทางสุขภาพ สร้างรายได้ให้กับประชาชนและประเทศชาติ เพื่อมุ่งสู่การเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical & Wellness Hub) ของประเทศไทย เพื่อให้สถานพยาบาลกลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพในการแข่งขันด้านอุตสาหกรรมการแพทย์อย่างครบวงจร

3) ผลักดัน **สมุนไพร กัญชา กัญชง** เพื่อสุขภาพ ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ใช้อย่างครอบคลุม พัฒนาศักยภาพบุคลากร เร่งวิจัยพัฒนาและคิดค้นผลิตภัณฑ์ นวัตกรรมจากสมุนไพร กัญชา กัญชง กระท่อม ตามภูมิปัญญาได้รับการส่งเสริมและพัฒนาอย่างครบห่วงโซ่อุปทาน เพื่อให้เกิดการเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ

4) ส่งเสริมการมี **สุขภาพดีวิถีใหม่** โดยมุ่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบ New Normal เน้นอาหาร ออกกำลังกาย เพื่อให้ประชาชนและภาคส่วนต่างๆ ในสังคมทั้งรัฐและเอกชน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ในการจัดการด้านสุขอนามัย และอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อให้สามารถควบคุม ป้องกันโรค ลดผลกระทบทางสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ

5) **COVID-19** ยังเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่อง เพื่อคุมการระบาดของมุ่งพัฒนาระบบสาธารณสุขในภาพรวมของประเทศ เป็นโอกาสในการเพิ่มศักยภาพความมั่นคงทางสุขภาพในการจัดการกับโรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต เป็นองค์กรหลักในการบูรณาการสร้างระบบสาธารณสุขที่เหมาะสมสำหรับทุกคนที่อยู่ในประเทศไทย และสร้างความร่วมมือจากทุกภาคส่วนแบบบูรณาการและยั่งยืน สร้างความสมดุลด้านการควบคุมโรคและการดำเนินชีวิตที่ปลอดภัย

6) การพัฒนา **ระบบบริการก้าวหน้า** เพื่อลดความแออัด ลดการรอคอยในสถานพยาบาล ผลักดัน 30 บาท รักษาทุกที่ มุ่งสร้างความปลอดภัยทั้งบุคลากรทางการแพทย์และประชาชน เพิ่มประสิทธิภาพด้วยการบริการด้านการแพทย์วิถีใหม่ (New Normal Medical Care) และนำเทคโนโลยีมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ (Digital Health) พร้อมทั้งส่งเสริมให้เขตสุขภาพมีการจัดระบบบริการให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ (Innovative Healthcare Management) โดยเน้นให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ได้รวดเร็ว ลดระยะเวลารอคอยในการรับบริการ ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องโดยไม่ต้องมีใบส่งตัว รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลเพื่อรองรับผู้ป่วย COVID-19 และโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และการพัฒนาสถานบริการตามนโยบาย (Environment, Modernization and Smart Service : EMS)

7) การ **ดูแลสุขภาพแบบองค์รวม** อย่างเป็นระบบ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทย ดูแลและลดผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร มุ่งเน้นในกลุ่มเด็กปฐมวัย และผู้สูงอายุ พร้อมทั้งพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตในเชิงรุก รวมทั้งการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครบด้าน (Brain-Mental-Teeth-Eye & Ear-Cardio : BMTEC) และการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตเชิงรุก รวมทั้งการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (ICT) เป็นศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน

8) ยึดหลัก **ธรรมาภิบาล** สุจริต โปร่งใส ในการบริหาร ควบคุมการดำเนินงานให้เป็นไปตามครรลองคลองธรรม ถูกต้อง โปร่งใส ตรวจสอบได้ สร้างความเชื่อมั่นให้กับองค์กรและเพื่อประโยชน์ของประชาชน

9) **องค์กรแห่งความสุข** พัฒนาสู่องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ โดยบุคลากร ถือเป็นหัวใจขององค์กร ผู้นำต้องดูแล ต้องสร้าง **“กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข”** ให้บุคลากรมีความสุขและปลอดภัยในการทำงาน งานได้ผล คนเป็นสุข สร้างผู้นำรุ่นใหม่ สร้างผลผลิตของงานในการดูแลประชาชนได้อย่างยั่งยืน รวมทั้งพัฒนาบุคลากรเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น (Talent Management)

2.1 นโยบายการดำเนินงาน ของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565

1) ใช้มาตรการสาธารณสุขขับเคลื่อนและฟื้นฟูเศรษฐกิจ นำพาประเทศกลับสู่ภาวะปกติ และประชาชนกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงกลับภาวะปกติยิ่งขึ้น
2) พัฒนาศักยภาพสถานพยาบาลของรัฐ ให้สาธารณสุขของไทยเป็นเรื่องง่าย สะดวก เข้าถึงได้ อย่างรวดเร็ว
3) พัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพการแพทย์ปฐมภูมิด้วย 3 หมอ (อสม.หมอประจำบ้าน, หมออนามัย, หมอครอบครัว)
4) พัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพ รพ.สต.เป็นศูนย์การสาธารณสุขประจำตำบล เพื่อให้ชุมชนสุขภาพดี พึ่งตนเองได้

5) พัฒนาและบูรณาการสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี
6) พัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพงานบริการต่อยอด 30 บาท รักษาทุกที่ ไม่ต้องมีใบส่งตัว ลดความยุ่งยาก และลดรายจ่ายของประชาชน
7) พัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพการรักษามะเร็งรักษาทุกที่ ทั้งผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษาที่รวดเร็ว ครอบคลุมทุกพื้นที่
8) พัฒนาพืชสมุนไพร กัญชา กัญชง กระท่อม และภูมิปัญญาไทย เพื่อสร้างงาน สร้างอาชีพ และสร้างรายได้
9) พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเป็นศูนย์ข้อมูลกลางสุขภาพประชาชน ให้มีรูปแบบใหม่ ทันสมัย และมีมาตรฐาน

2.2 ทิศทางการพัฒนาสู่ระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง ของรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565

1) สุขภาพดีวิถีใหม่ Living with COVID-19 รองรับการเปิดประเทศ ขับเคลื่อนสังคมและเศรษฐกิจไทยยั่งยืน โดยเร่งยกระดับมาตรฐาน Covid Free Setting ส่งเสริมให้คนไทยมีสมุดสุขภาพประจำตัวออนไลน์ (Health book online) และการจัดการข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเพื่อ Health Literacy ของประชาชน
2) ยกระดับการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก สมุนไพร กัญชา กระท่อม และภูมิปัญญาไทย โดยส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพให้มากขึ้น และเพิ่มมูลค่าผลิตภัณฑ์ บริการ และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เพิ่มเศรษฐกิจรากฐานและเศรษฐกิจของประเทศ
3) สนับสนุน ดูแล และเพิ่มศักยภาพ อสม. ให้เป็นหมอคนที่ 1 ในนโยบาย 3 หมอ
4) เสริมสร้างศักยภาพวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ ของภาครัฐและภาคีเครือข่าย ให้ทันสมัย ได้มาตรฐานสากล และประชาชนสามารถเข้าถึงได้
5) พัฒนาบทบาทการกำกับดูแลด้านอาหารและยา ให้เอื้อต่อการเปิดประเทศอย่างปลอดภัย และการฟื้นฟูเศรษฐกิจของประเทศ

2.3 แนวทางการขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ด้วยหลักการทำงาน H – SMILE

Health : บุคลากรเป็น Health Model ที่ดี ใส่ใจสุขภาพประชาชน
Seamless : ทำงานไร้รอยต่อทุกพื้นที่ ทุกมิติ
Mate : มีเพื่อน มีทีม มีเครือข่าย
Integrate : คิดและทำอย่างบูรณาการด้วยเป้าหมายเดียวกัน
Life : เป็นองค์กรคุณภาพ สร้างคน สร้างงาน ด้วยใจและปัญญา
Encourage : เสริมพลัง เพื่อก้าวผ่านความท้าทาย

เพื่อนำไปสู่ **“คนไทยแข็งแรง เศรษฐกิจแข็งแรง ประเทศไทยแข็งแรง”**

บทที่ 3
แผนยุทธศาสตร์สุขภาพ เขตสุขภาพที่ 3 ระยะ 3 ปี (พ.ศ.2563 - 2565)

3.1 วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมร่วม จุดมุ่งหมาย เขตสุขภาพที่ 3

วิสัยทัศน์ (Vision) “เป็นองค์กรหลักในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยบูรณาการการมีส่วนร่วมเพื่อประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข”

พันธกิจ (Mission)

1) พัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกระดับให้มีคุณภาพมาตรฐาน โดยมุ่งเน้นความเชื่อมโยงการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม
2) บูรณาการความร่วมมือภายในองค์กรและภาคียุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ สู่การพัฒนาระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน
3) เสริมสร้างศักยภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ชุมชน และสังคมให้สามารถดูแลและจัดการสุขภาพอย่างเหมาะสม
4) พัฒนากำลังคนและระบบบริหารจัดการที่ดีรองรับเขตสุขภาพยุคใหม่

ค่านิยมร่วม (Core Value) : MOPH R3

M : Mastery	เป็นนายตนเอง
O : Originality	เร่งสร้างสิ่งใหม่
P : People Center Approach	ใส่ใจประชาชน
H : Humility	ถ่อมตนอ่อนน้อม
R : Record	ถึงพร้อมข้อมูล
R : Race	เพิ่มพูนแข่งดี
R : Robust	สามัคคีมุ่งมั่น

3.2 เป้าประสงค์สูงสุด (Ultimate Goals) เขตสุขภาพที่ 3

1. องค์กรสาธารณสุขทุกระดับมีระบบคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุมทั้งด้านการบริหาร การจัดบริการและด้านวิชาการ โดยยึดหลักธรรมาภิบาลทั่วทั้งองค์กร

2. ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพแบบองค์รวมที่เชื่อมโยงทั้ง สุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพทางปัญญา และทางสังคม บูรณาการสุขภาพในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ มีความต่อเนื่องและยั่งยืน

3. ประชาชนมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ ปัญญา และสังคม ตลอดจนอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีเหมาะสมต่อสุขภาพ สามารถจัดการตนเองด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

3.3 ประเด็นยุทธศาสตร์และแผนงาน เขตสุขภาพที่ 3

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)

เป้าประสงค์

ประชาชนทุกคนเกิดมามีสุขภาวะ มุ่งสู่การมีสุขภาพดี ลดการเจ็บป่วย พิการ ตายอย่างไม่สมควร ตั้งแต่ในครรภ์มารดาจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม

ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพตนเองและดูแลสุขภาพบุคคลในครอบครัวและชุมชนได้ ประชาชนมีการเจ็บป่วยหรือตายด้วยโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญลดลง โดยได้รับการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน ทันต่อเหตุการณ์ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคม สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และดูแลคุ้มครองการบริโภคด้านสุขภาพที่ดีอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนทุกระดับ

แผนงาน/โครงการ สำคัญ

แผนงานที่ 1 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

1) โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย

2) โครงการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากร

แผนงานที่ 2 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

1) โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

แผนงานที่ 3 : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

1) โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ

2) โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

3) โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ

แผนงานที่ 4 : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

1) โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

เป้าประสงค์

ระบบบริการสุขภาพได้รับการพัฒนาให้มีคุณภาพมาตรฐานครอบคลุมทุกสาขา โดยเน้นการพัฒนาระบบบริการทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง สร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย โดยหลักการของเครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ เพื่อสร้างความเสมอภาค เท่าเทียม ทั่วถึง และเป็นธรรม สำหรับประชาชนทุกคน และประชาชนมีสิทธิเลือกใช้และเข้าถึงการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกอย่างเท่าเทียมเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว

แผนงาน/โครงการ สำคัญ

แผนงานที่ 1 : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

1) โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

2) โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม.

แผนงานที่ 2 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

1) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2) โครงการพัฒนาระบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ

แผนงานที่ 2 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (ต่อ)

3) โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพ และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

4) โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์

5) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด

6) โครงการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน

7) โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

8) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

9) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก

10) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ

11) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง

12) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต

13) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา

14) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

15) โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด

16) โครงการการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (Intermediate care : IMC)

17) โครงการพัฒนาระบบบริการ one day surgery

18) โครงการกัญชาทางการแพทย์

19) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) (สป.)

แผนงานที่ 3 : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร และระบบการส่งต่อ

1) โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร และระบบการส่งต่อ

แผนงานที่ 4 : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ

1) โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการพื้นที่เฉพาะ

แผนงานที่ 5 อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย

1) โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

เป้าประสงค์

บุคลากรสาธารณสุขทุกคนได้รับการพัฒนาสมรรถนะหลัก และศักยภาพที่จำเป็นในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการวางแผนทรัพยากรมนุษย์ แผนกำลังคนด้านสุขภาพและแผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพทั้งองค์กร/หน่วยงานภาครัฐ ภาคท้องถิ่น และภาคประชาสังคม ทุกองค์กรทุกระดับมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพตามบทบาทภารกิจที่เหมาะสม โดยมีหน่วยงานสาธารณสุขทุกแห่งในสังกัดให้การส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ต่อเนื่องและยั่งยืน

แผนงาน/โครงการสำคัญ

แผนงานที่ 1 : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

1) โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ

2) โครงการบริหารจัดการกำลังด้านสุขภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

เป้าประสงค์

1. หน่วยงานสาธารณสุขทุกแห่งในสังกัดสามารถพัฒนาระบบบริหารจัดการสาธารณสุข ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านการบริหารการเงินการคลัง การบริหารกำลังคน ระบบคุณธรรมจริยธรรม การบริหารเวชภัณฑ์ และประสิทธิภาพการจัดซื้อจัดจ้างเพื่อให้เป็นตามหลักการบริหารจัดการที่ดี

2. หน่วยงานสาธารณสุขทุกแห่งในสังกัดมีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ ที่มีประสิทธิภาพ สามารถเชื่อมโยงสารสนเทศทั้งภายในและภายนอกองค์กร โดยมีคลังข้อมูลสุขภาพระดับอำเภอและจังหวัด

แผนงาน/โครงการ สำคัญ

แผนงานที่ 1 : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

1) โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส

2) โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ

3) โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข

แผนงานที่ 2 : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพแห่งชาติ

1) โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ

2) โครงการ Smart Hospital

แผนงานที่ 3 : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

1) โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน

2) โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

แผนงานที่ 4 : การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ

1) โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรมผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์

แผนงานที่ 5 : การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ

1) โครงการปรับโครงสร้างและพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ

3.4 ประเด็นสุขภาพสำคัญ เขตสุขภาพที่ 3 ระยะ 3 ปี (พ.ศ.2563 - 2565)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)

1) แม่และเด็ก (MCH)
2) พัฒนาการเด็ก
3) การควบคุมโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง
4) การควบคุมโรคมะเร็ง
5) การจัดการอุบัติเหตุทางถนน
6) ผู้สูงอายุ (Long Term Care)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

7) การพัฒนาระบบบริการและคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Clusters)
8) การพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ (Excellence Center)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

9) การบริหารทรัพยากรบุคคล (HRD & HRM)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

10) การพัฒนาระบบการเงินการคลังที่ “สมดุล เข้มแข็ง ยั่งยืน”

3.5 ประเด็นปัญหาที่สำคัญของเขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 10 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)

1) การพัฒนาระบบดูแลสุขภาพมารดา

2) เด็กปฐมวัย (อ้วน) และเด็กวัยเรียน (สูงดีสมส่วน)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

3) การป้องกันควบคุมวัณโรค (TB)

4) การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย (Suicidal)

5) เทคโนโลยีเพื่อสุขภาพ (Health Technology)

6) โรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง (DM/HT) รายใหม่/control

7) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

8) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (STEMI)

9) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด Sepsis (Pneumonia)

10) การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

-

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

-

บทที่ 4
ห่วงโซ่คุณค่า (Value Chain) และแผนปฏิบัติการ (Action Plan) เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2565

กรอบการจัดทำห่วงโซ่คุณค่า (Value Chain) และแผนปฏิบัติการ (Action Plan) เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2565 ดังนี้

นโยบายมุ่งเน้นกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565	ประเด็นปัญหาที่สำคัญ ของเขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2565
1) ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข็มแข็ง 2) เศรษฐกิจสุขภาพ 3) สมุนไพร กัญชา กัญชง 4) สุขภาพดีวิถีใหม่ 5) Covid-19 6) ระบบบริการก้าวหน้า 7) ดูแลสุขภาพแบบองค์รวม 8) ธรรมาภิบาล 9) องค์กรแห่งความสุข	1) การพัฒนาระบบดูแลสุขภาพมารดา 2) เด็กปฐมวัย (อ้วน) และเด็กวัยเรียน (สูงดีสมส่วน) 3) การป้องกันควบคุมวัณโรค (TB) 4) การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย (Suicidal) 5) เทคโนโลยีเพื่อสุขภาพ (Health Technology) 6) โรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง (DM/HT) รายใหม่/Control 7) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) 8) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (STEMI) 9) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด Sepsis (Pneumonia) 10) การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care)

4.1 ประเด็นปัญหาที่สำคัญของเขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2565

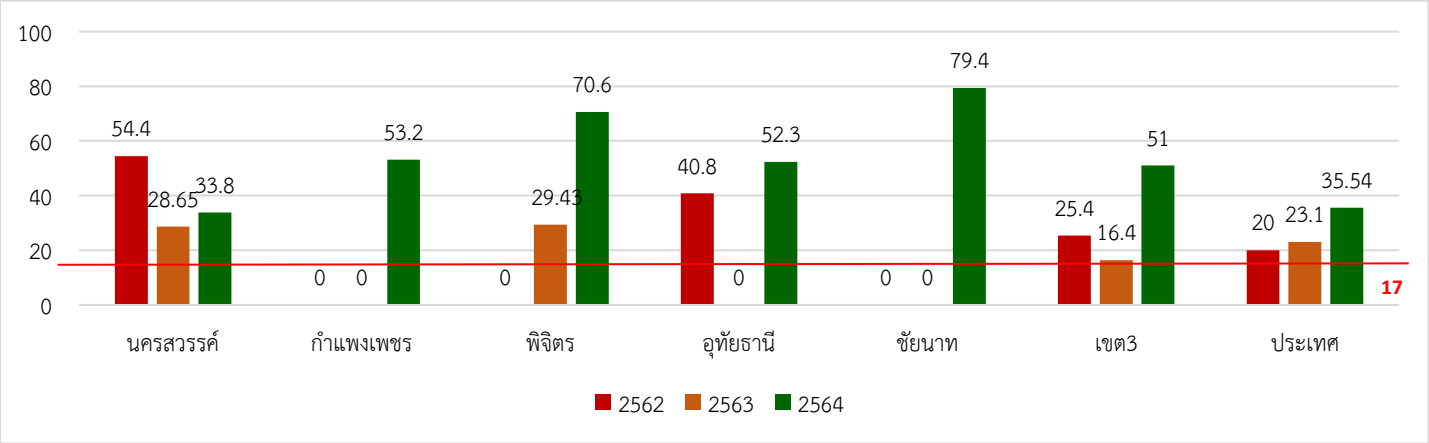
ประเด็นที่ 1 : การพัฒนาระบบดูแลสุขภาพมารดา

- **ห่วงโซ่คุณค่า (Value chain)**

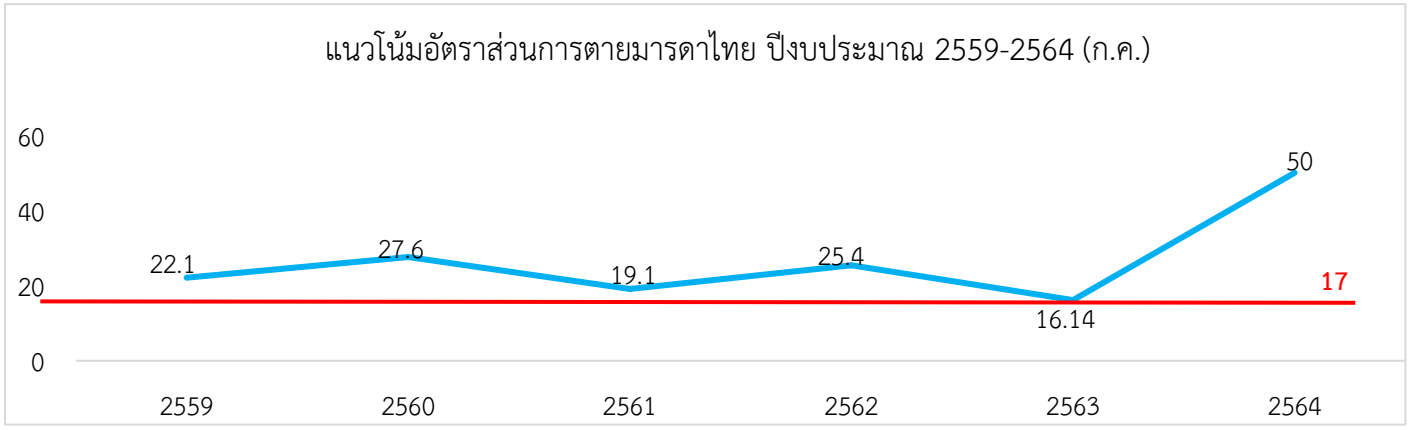
ประเด็น : การพัฒนาระบบดูแลสุขภาพมารดา

สถานการณ์/สภาพปัญหา

- อัตรามารดาตาย คือ 50.0 ต่อแสนการเกิดมีชีพ (เป้าหมายไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ)
- ส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุทางอ้อม เมื่อวิเคราะห์ 3 Delays จากมารดาตาย 8 ราย พบว่าเกิดจากระบบบริการ ร้อยละ 75.0 การตัดสินใจเข้าถึงบริการ ร้อยละ 25.0
- การบูรณาการการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคทางอายุรกรรมระหว่างทีมสหสาขา ยังดำเนินการได้น้อย
- บุคลาการขาดทักษะและประสบการณ์ในการตัดสินใจ และการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์



สถานการณ์มารดาตายของเขตสุขภาพที่ 3 ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 – 2564 (ก.ค.) พบว่าแนวโน้มการตายของมารดาสูงขึ้นเนื่องจากสถานการณ์ Covid-19 และอัตราการเกิดน้อยทำให้ยอดอัตราส่วนการตายมารดาไทยของเขตสุขภาพที่ 3 สูงขึ้นเป็นอันดับ 3 ของประเทศ



ตารางแสดงจำนวนมารดาตายแยกรายจังหวัด ปีงบประมาณ 2557 – 2564 (ก.ค.)

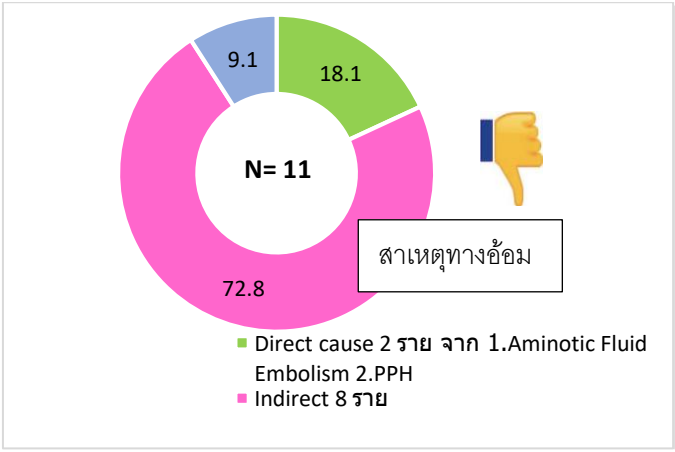
จังหวัด	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	64 (ก.ค.)
กำแพงเพชร	0	2	0	3	0	0	0	2
นครสวรรค์	3	3	3	2	4	4	2	2
พิจิตร	2	1	1	1	0	0	1	2
อุทัยธานี	0	2	1	0	0	1	0	1
ชัยนาท	0	0	0	0	** 1 (ลาว)	0	0	1
รวม	5	8	5	0	4	5	3	8

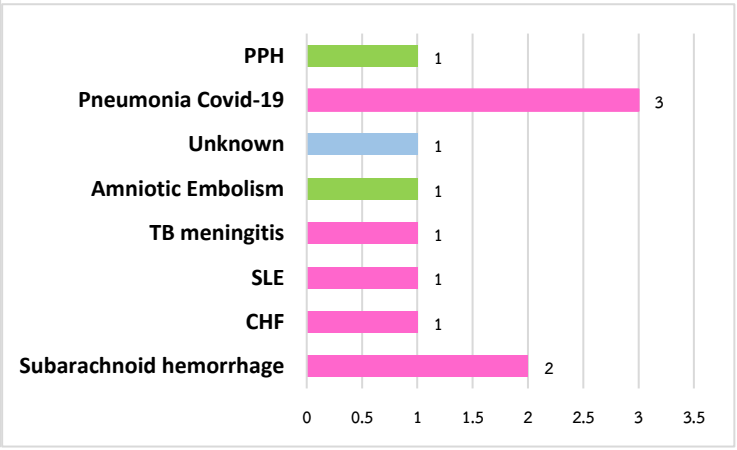
ที่มา : ข้อมูลระบบรายงานจังหวัดและตรวจราชการนิเทศงาน ปีงบประมาณ 2557-2564 (ก.ค.)

วิเคราะห์สาเหตุมารดาตาย 8 ราย จาก 3 Delays พบว่า

1. Delay in decision seek care : การตัดสินใจเข้าถึงบริการ (25.0)
2. Delay in reaching care : การคมนาคม (0.0)
3. Delay in receiving adequate health care : ระบบบริการ (75.0)

วิเคราะห์สาเหตุของมารดาเสียชีวิต ปี 2563-2564 (ก.ค.) พบว่าเกิดจากสาเหตุทางอ้อม ร้อยละ 72.8





เป้าหมาย

มารดาตายลดลง

มาตรการสำคัญ

1. พัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ให้ได้มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ
2. เฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด เพื่อลดการตายของมารดา จากการตั้งครรภ์ และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ
3. จัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ

ตั้งครรภ์

1. ค้นหาหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงทางอายุรกรรม
2. คัดกรองโดยใช้แบบประเมินของ WHO 21 ข้อ
3. คัดกรองโดยใช้แบบคัดกรองรายโรคเพิ่มเติม เช่น PIH, Heart disease, GDM, Covid-19, SLE, Thyroid
4. คัดกรองความเสี่ยงทางอายุรกรรมในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย
5. ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงทางอายุรกรรม

คลอด

1. Mapping สูติแพทย์ และจัดโซนช่องทางด่วนในการส่งต่อ ANC/LR/PP
2. ดูแลตาม CPG รายโรค และ Warning signs
3. จัดทำแนวทางการดูแล (Care Plan) ต่อเนื่องในชุมชน (COC)
4. Refer ถึงแพทย์พร้อม C/S ภายใน 30 นาที
5. Early management ที่ blood loss 250 ml.
6. LR / OR / คลังเลือดเวชภัณฑ์พร้อม
7. ส่งต่อ รพ.ในระดับที่สูงขึ้นกรณีเกินศักยภาพ
8. เพิ่มช่องทางการให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงผ่านระบบ Tele health

หลังคลอด

1. รับข้อมูลคืนกลับในกลุ่มเสี่ยง
2. ติดตามเยี่ยมตามระบบ COC ในระดับ High risk และ Very High risk
3. มีระบบส่งต่อ Fast Track ที่ชัดเจน
4. วางแผนการดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพ
5. โรงพยาบาลที่มีมารดาตาย/Case Near miss ดำเนินการทบทวน และวิเคราะห์สาเหตุทุกครั้งที่เกิดเหตุการณ์
6. จัดประชุม MCH Board ระดับเขต/จังหวัด อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี

ผลลัพธ์ความสำเร็จเมื่อสิ้นสุดปี 2565 : แม่ปลอดภัย ลูกแข็งแรง

การประเมินผลระดับความสำเร็จ (Small success)

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
1. ประกาศนโยบายระดับเขตถ่ายทอดและขับเคลื่อนการดำเนินงานลงสู่การปฏิบัติ 2. MCH Board ทุกจังหวัดทุกระดับ ประชุมวางแผนติดตามงานทุก 3 เดือน 3. จัดทำแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง (CPG รายโรค) และ Warning signs	1. นิเทศกำกับการดูแลตาม CPG รายโรค และ Warning signs สู่การปฏิบัติ 2. จัดประชุม Conference case near miss and Death case ทุก Case 3. เยี่ยมเสริมพลัง 4. จัดระบบส่ง Consult ตาม Zoning	1. เยี่ยมเสริมพลัง 2. จัดประชุม Conference case near miss and Death case ทุก Case	1. อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ 2. อัตราการตายจาก Medical Complication ลดลง 0.5% 3. อัตราทารกตายจาก SBA ลดลง 50% 4. มีการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคทางอายุรกรรม 100%

ที่มา : รายงานการตายมารดาเบื้องต้น ผ่าน http://savemom.anamai.moph.go.th
รายงานการตายมารดา (CE-62) http://savemom.anamai.moph.go.th
มาตรฐานบริการอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ (Safe Motherhood and Baby Friendly hospital)

- **แผนปฏิบัติการ (Action Plan) เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2565**

แผนงาน : การพัฒนาระบบดูแลสุขภาพมารดา

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	ระยะเวลา	งบประมาณ	การประเมิน	ผู้รับผิดชอบ
1. โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงแบบบูรณาการเขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2565	1. เพื่อจัดทำแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงโรคทางอายุรกรรมแบบบูรณาการ 2. เพื่อจัดทำแนวทางการเตรียมความพร้อมญาติและครอบครัวดูแลหญิงหลังคลอดกลุ่มเสี่ยง (Care Plan)	- สูติแพทย์ - กุมารแพทย์ - อายุรแพทย์ - หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมฯ และผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก ของ สสจ./รพศ./รพท./รพช.ที่เป็น Node สูติกรรมของแผนกฝากครรภ์ และหลังคลอด - ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ รวม 80 คน	ธ.ค.64	ขอสนับสนุนงบประมาณจาก สปสช.เขต 3 รวมทั้งสิ้น 42,200 บาท รายละเอียด ดังนี้ - ค่าอาหารกลางวัน 80 คน x 90 บ. x 1 มื้อ x 2 วัน = 14,400 บาท - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม 80 คน x 30 บ. x 2 มื้อ x 2 วัน = 9,600 บาท - ค่าตอบแทนวิทยากร 1,200 บ. x 5 ชม. X 1 คน = 6,000 บาท - ค่าตอบแทนวิทยากร 600 บ. x 2 ชม. X 1 คน = 1,200 บาท - ค่าที่พักวิทยากร 1 ห้อง x 1,000 บาท x 2 คืน = 2,000 บาท	- ได้แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง - ได้แนวทางการดูแลหญิงหลังคลอดกลุ่มเสี่ยงสำหรับญาติและครอบครัว	คณะกรรมการ Service Plan สาขาสูติกรรมและทารกแรกเกิด

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	ระยะเวลา	งบประมาณ	การประเมิน	ผู้รับผิดชอบ
				- ค่าจ้างรถรับ-ส่งวิทยากรไปกลับเป็นเงิน 7,000 บาท - ค่าวัสดุสำนักงาน เป็นเงิน 2,000 บาท รวมทั้งสิ้น = 42,200 บาท		
2. หลักสูตรการใช้อัลตราซาวด์ทางสูติศาสตร์สำหรับแพทย์ ในเขตสุขภาพ (3 วัน/ 2 รุ่น)	1. เพื่อเพิ่มพูนศักยภาพของแพทย์ในการคัดกรองทารกในครรภ์และให้คำปรึกษาคำแนะนำมารดาเกี่ยวกับประโยชน์ข้อจำกัดในการทำอัลตร้าซาวน์เบื้องต้นได้ 2. เพื่อฝึกทักษะการใช้เครื่องอัลตร้าซาวน์อย่างมีประสิทธิภาพ 3. เพื่อเป็นการสร้างความเข้มแข็งและพัฒนาระบบส่งต่อในการยกระดับคุณภาพบริการของเขตสุขภาพที่ 3	นายแพทย์ 40 คน	เม.ย.-มิ.ย. 65	120,000 บาท (งบอุดหนุน)	- วัดความรู้และการฝึกปฏิบัติในการทำอัลตร้าซาวด์	สนง.เขตสุขภาพที่ 3
3. หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการผดุงครรภ์ ในภาวะเสี่ยงสูงและภาวะวิกฤต	- เพื่อเพิ่มศักยภาพพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการผดุงครรภ์ ในภาวะเสี่ยงสูงและภาวะวิกฤต	พยาบาลวิชาชีพ 2 คน	เม.ย.-ก.ค. 65	90,000 บาท (งบอุดหนุน)	ผู้เข้ารับการอบรมผ่านหลักสูตร	สนง.เขตสุขภาพที่ 3

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	ระยะเวลา	งบประมาณ	การประเมิน	ผู้รับผิดชอบ
4. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Crisis management) แบบ New normal (Zoom)	- เพื่อพัฒนาศักยภาพ Crisis management		3 ครั้ง/ปี	26,000 บาท		คณะกรรมการ SP
5. Morbidity mortality conference แบบ New normal (Zoom)	- เพื่อทบทวน Morbidity mortality conference		2 ครั้ง/ปี	4,000 บาท		คณะกรรมการ SP

ประเด็นที่ 2.1) : เด็กปฐมวัย (อ้วน)

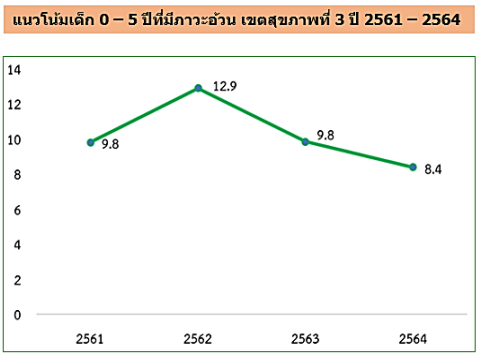
- **ห่วงโซ่คุณค่า (Value chain)**

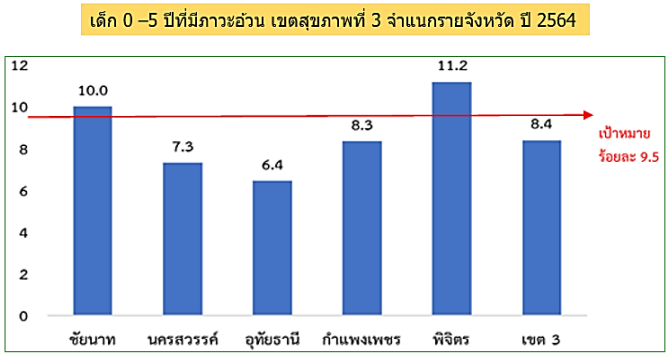
ประเด็น : เด็กปฐมวัย (อ้วน)

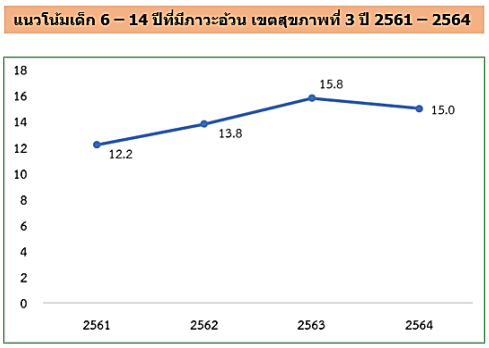
สถานการณ์/ปัญหา

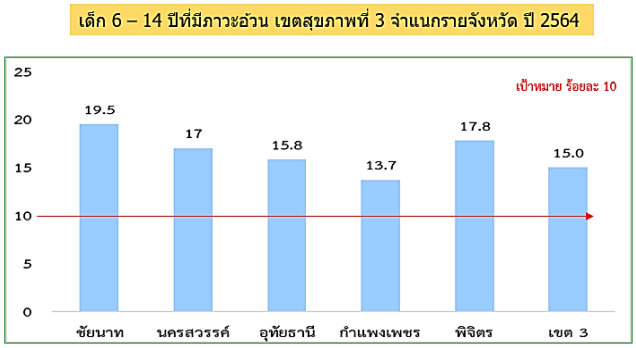
สถานการณ์ด้านการเจริญเติบโตของเด็ก 0 –5 ปี ที่มีภาวะอ้วน เขตสุขภาพที่ 3 ปี 2561 - 2564 มีแนวโน้มลดลง ร้อยละ 9.8, 12.9, 9.8 และ 8.40 ตามลำดับ ในปี 2564 (ค่าเป้าหมายร้อยละ 9.5) จำแนกรายจังหวัดพบเด็ก 0–5 ปี ที่มีภาวะอ้วน เกินเกณฑ์ค่าเป้าหมายที่จังหวัดพิจิตร ร้อยละ 11.2 และจังหวัดชัยนาท ร้อยละ 10.0 สถานการณ์ด้านการเจริญเติบโตของเด็ก 6–14 ปี ที่มีภาวะอ้วน เขตสุขภาพที่ 3 ปี 2561-2564 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละ 12.2, 13.8, 15.8 และ 15.0 ตามลำดับ ในปี 2564 (ค่าเป้าหมายร้อยละ 10) จำแนกรายจังหวัดพบเด็ก 6–14 ปี ที่มีภาวะอ้วน เกินเกณฑ์ทุกจังหวัด

จากการตรวจราชการกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2564 พบว่า แผนในการส่งเสริมและแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการยังไม่ครอบคลุม ระบบส่งต่อ ติดตามเฝ้าระวัง รวมทั้ง สถานบริการหลายแห่งยังพบปัญหาเรื่องเครื่องมือ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ที่ไม่ได้มาตรฐาน ทำให้การแปลผลภาวะโภชนาการคลาดเคลื่อน จากข้อมูลรายจังหวัด และแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของปัญหาเด็กที่มีภาวะอ้วน เขตสุขภาพที่ 3 ควรแนวทางในการดำเนินงาน มุ่งสร้างกลไกการคัดกรอง ส่งต่อ การเข้าถึงบริการ และการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อลดปัญหาเริ่มอ้วนและอ้วนเด็กในเด็ก 0-14 ปี ทั้งในครอบครัว ชุมชน โรงเรียน และสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ซึ่งหากไม่รีบดำเนินการแก้ไข จะส่งผลต่อการเกิดโรค NCD ในอนาคต









เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน 64 (ก.ค.)
1. เด็ก 0-5 ปี ที่มีภาวะอ้วน	ไม่เกิน ร้อยละ 9	7.20 %
2. เด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองภาวะอ้วน (HDC)	มากกว่า ร้อยละ 90	83.26 %
3. เด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน	ไม่เกิน ร้อยละ 10	15.5 %

มาตรการสำคัญ

1. ส่งเสริม/เฝ้าระวังการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย
2. พัฒนาคุณภาพการให้บริการสาธารณสุข และการเฝ้าระวังทางโภชนาการ

ส่งเสริม/เฝ้าระวัง

1. พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการส่งเสริมป้องกัน ดูแลเด็กอ้วน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในระดับบุคคล/ครอบครัว/ชุมชน
2. กำหนดเครื่องมือการประเมินภาวะโภชนาการที่ได้มาตรฐาน (เครื่องชั่งน้ำหนัก Digital / เครื่องวัดส่วนสูง)
3. คัดกรองภาวะโภชนาการเด็ก (0-14 ปี) โดยใช้แบบประเมิน Obesity signs และใช้กราฟการเจริญเติบโต (0-14ปี) หรือ Application คุณลูก
4. ชั่งน้ำหนัก, วัดส่วนสูง ทุก visit (WCC)
5. ติดตามความครอบคลุมการรายงานภาวะโภชนาการแต่ละพื้นที่
6. เพิ่มช่องทางการสื่อสาร HL ในชุมชน/รร./หน่วยบริการสาธารณสุข

การรักษา

1. รับ-ส่งต่อเพื่อวินิจฉัยเพิ่มเติม
2. จัดระบบช่องทางและจัดตั้งคลินิกสำหรับดูแลรักษาภาวะอ้วนในเด็ก
3. จัดทำและดูแลตามแนวทางการแก้ไขปัญหาเด็ก 0-14 ปี ที่มีภาวะอ้วน
4. คืนข้อมูลเด็กที่มีภาวะอ้วน
5. จัดทำแนวทางการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (COC)
6. ส่งต่อ รพ.ในระดับที่สูงขึ้น กรณีเกินศักยภาพ ได้แก่
   - Primary โดยมีพยาบาล
   - Secondary โดยมีกุมารแพทย์, นักโภชนาการ และพยาบาล
   - Excellent โดยมีกุมารแพทย์/กุมารแพทย์ต่อมไร้ท่อ, นักโภชนาการ, นักวิทยาศาสตร์การกีฬา, นักจิตวิทยา และพยาบาล
7. เพิ่มช่องทางการให้คำปรึกษาผ่านระบบ Tele health

ส่งต่อ/ติดตาม

1. รับข้อมูลคืนกลับกลุ่มเสี่ยง
2. ติดตามเยี่ยมตามระบบ COC
3. Mapping Node คลินิกรักษาโรคอ้วน
4. วางแผนการดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพ
5. จัดทำแนวปฏิบัติการคืนข้อมูลสู่ รร./รพ.สต.ที่รับนักเรียนอ้วนต่อ

ผลลัพธ์ความสำเร็จเมื่อสิ้นสุดปี 2565 : ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (COC)

การประเมินผลระดับความสำเร็จ (Small success)

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
1. ประกาศนโยบายระดับเขต ถ่ายทอดและขับเคลื่อนการดำเนินงาน 2. จัดทำแนวทาง - การจัดตั้งคลินิกโรคอ้วนในเด็ก - ระบบดูแลเด็ก 0-14 ปี ที่มีภาวะอ้วน - ระบบส่งต่อเด็ก 0-14 ปี ที่มีภาวะอ้วน (Mapping Node คลินิกรักษาโรคอ้วน) - แบบดูแลต่อเนื่องหลังออกจากโรงพยาบาล (Discharge plan และแบบดูแลต่อเนื่องในชุมชน) - รูปแบบการดูแลต่อเนื่องในโรงเรียน 3. จังหวัดมีแผนปฏิบัติการในการขับเคลื่อนงานเด็ก 0-14 ปี ที่มีภาวะอ้วน 4. วางแผนติดตามการแก้ไขปัญหาเด็กอ้วน (0-14 ปี)	1. พัฒนาบุคลากรทุกภาคส่วนให้มีความรอบรู้ในการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษาเด็ก 0-14 ปี ที่มีภาวะอ้วน 2. จัดตั้ง/พัฒนาคลินิกโรคอ้วนในเด็ก	1. กำกับ ติดตาม/เยี่ยม เสริมพลังการดำเนินงานเด็ก 0-14 ปี ที่มีภาวะอ้วน	1. เด็ก 0-5 ปี ที่มีภาวะอ้วนไม่เกินร้อยละ 9 2. เด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองภาวะอ้วน (HDC) ร้อยละ 90 3. เด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะอ้วน ไม่เกินร้อยละ 10 4. ผู้ปกครองมีความรอบรู้ในการแปลผลกราฟเจริญเติบโตได้ ร้อยละ 50 5. ครู/ผู้ดูแลเด็ก มีความรอบรู้ในการแปลผลกราฟเจริญเติบโตได้ ร้อยละ 50 6. โรงพยาบาลที่มีระบบบริการแก้ไขรักษาเด็ก 0-14 ปี ที่มีภาวะอ้วน - รพท./รพศ.และ รพช.ที่เป็น node ร้อยละ 100 - รพช. ร้อยละ 60 7. เด็กอ้วนระดับรุนแรงได้รับการส่งต่อ ร้อยละ 80 8. ร้อยละของเด็กอ้วนรุนแรงได้รับการดูแลต่อเนื่องที่ชุมชน (แบบติดตาม บส.1) ร้อยละ 80 * ผลักดันนโยบายให้เข้าระบบ COC

ที่มา : การรายงานผลใน HealthKPI
ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

- **แผนปฏิบัติการ (Action Plan) เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2565**
  แผนงาน เด็กปฐมวัย (อ้วน) และเด็กวัยเรียน (สูงดีสมส่วน)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	ระยะเวลา	งบประมาณ	การประเมิน	ผู้รับผิดชอบ
1. การประชุมเชิงปฏิบัติการแก้ไขปัญหาภาวะอ้วนในเด็ก 0-5 ปี เขตสุขภาพที่ 3	เพื่อจัดทำแนวทาง - ระบบดูแลภาวะอ้วนในเด็ก - ระบบส่งต่อภาวะอ้วนในเด็ก - แบบประเมินความรอบรู้การใช้กราฟและแปลผล - แบบดูแลต่อเนื่องที่บ้านจากโรงพยาบาล	- เจ้าหน้าที่คลินิกสุขภาพเด็กดีใน รพศ./รพท./รพช./สสอ.	ม.ค.–มี.ค.65	- ค่าอาหารกลางวัน 100 คน x 1 มื้อ x 90 บาท x 1 วัน = 9,000 บาท - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม 100 คน x 2 มื้อ x 30 บาท x 1 วัน = 6,000 บาท - ค่าตอบแทนวิทยากร 600 บาท x 4 คน x 6 ชม. = 14,400 บาท รวมทั้งสิ้น 29,400 บาท	เกิดแนวทาง - ระบบดูแลภาวะอ้วนในเด็ก - ระบบส่งต่อภาวะอ้วนในเด็ก ได้แบบประเมินความรอบรู้การใช้กราฟและแปลผล ได้แบบดูแลต่อเนื่องที่บ้านจากโรงพยาบาล	ศูนย์อนามัยที่ 3
2. พัฒนาคลินิกบำบัดโรคอ้วนในเด็ก - พัฒนาระบบรักษา/ส่งต่อ - อบรมบุคลากร	เด็กที่มี Obesity Sign 80% ได้รับการรักษา	- รพศ./รพท. ทุกแห่ง	ม.ค.–มี.ค.65	- งบดำเนินงาน รพศ./รพท.	- มีคลินิกบำบัดโรคอ้วนเด็กใน รพศ./รพท.	ผู้รับผิดชอบงาน รพศ./รพท.

ประเด็นที่ 2.2) : เด็กวัยเรียน (สูงดีสมส่วน)

- **ห่วงโซ่คุณค่า (Value chain)**

ประเด็น : เด็กวัยเรียน (สูงดีสมส่วน)

สถานการณ์/ปัญหา

วัยเรียน/วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว และเป็นโอกาสที่จะส่งเสริมให้เด็กมีการเจริญเติบโตอย่างเต็มศักยภาพ หากเด็กได้รับอาหารไม่เพียงพอจะทาให้การเจริญเติบโตไม่ดีและผอม หากขาดอาหารเป็นเวลานานเรื้อรังจะทาให้เด็กเตี้ย ส่งผลต่อระดับสติปัญญาต่ำกว่าเด็กที่มีส่วนสูงตามเกณฑ์ อีกทั้งเด็กที่มีภาวะเตี้ยมีความเสี่ยงสูงที่จะป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง การส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนได้กินอาหารในปริมาณและสัดส่วนที่เหมาะสม จะทำให้เด็กมีการเจริญเติบโตที่ดี มีส่วนสูงและรูปร่างสมส่วน รวมทั้งป้องกันปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (อ้วน ผอม เตี้ย) ได้

สถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียน อายุ 6-14 ปี ในปี 2561–2564 พบว่า ภาวะสูงดีสมส่วนมีแนวโน้มต่ำลงทุกปี ร้อยละ 63.0, ร้อยละ 59.0 ร้อยละ 58.7 และร้อยละ 52.7 (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 66) ตามลำดับ ส่วนภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนในเด็กวัยเรียน ร้อยละ 13.8, ร้อยละ 15.8 ร้อยละ 16.3 และ ร้อยละ 15.0 (ค่าเป้าหมาย <ร้อยละ 10) ตามลำดับ มีภาวะเตี้ย ร้อยละ 5.8, ร้อยละ 10.0 ร้อยละ 10.8 และร้อยละ 11.4 (ค่าเป้าหมาย <ร้อยละ 5) ตามลำดับ มีภาวะผอม ร้อยละ 4.7, ร้อยละ 4.8, ร้อยละ 4.6 และร้อยละ 4.7 (ค่าเป้าหมาย <ร้อยละ 5) ตามลำดับ ส่วนวัยรุ่น อายุ 15-18 ปี ภาวะสูงดีสมส่วน มีแนวโน้มต่ำลง ร้อยละ 61.6, ร้อยละ 54.9 ร้อยละ 55.9 และร้อยละ 59.6 (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 65) โดยปี 2564 ที่ผ่านมามีการจัดกิจกรรมบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่วัยเรียน ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข ฉบับที่ 10 พ.ศ.2559 โดยเน้นกิจกรรมในการตรวจวัดร่างกาย/คัดกรอง/ประเมิน/การตรวจทางปฏิบัติการ การให้คำปรึกษาแนะนำ/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/การสาธิต/การให้วัคซีน/การเยี่ยมบ้าน ปีงบประมาณ 2564 เขตสุขภาพที่ 3 ได้ดำเนินการคัดกรองเด็กอ้วนและเด็กที่มีอาการแสดงภาวะเสี่ยงโรคอ้วน โดยใช้งบประมาณสำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 10,242 คน และดำเนินการจัดทำค่ายปรับปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 2,008 คน ซึ่งยังขาดการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

สถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียน จำแนกรายปี

ช่วงอายุ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
			ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 64 (ก.ค.)
เด็ก 6-14 ปี	1. ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	> 66%	64.4	64.4	64.4	64.4
	2. ร้อยละเด็ก 6-14 ปี มีภาวะอ้วน	< 10%	12.2	12.2	12.2	12.2
	3. ร้อยละเด็ก 6-14 ปี มีภาวะเตี้ย	< 5%	4.9	4.9	4.9	4.9
	4. ร้อยละเด็ก 6-14 ปี มีภาวะผอม	< 5%	4.8	4.8	4.8	4.8
เด็ก 15-18 ปี	5. ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	> 65%	61.6	61.6	61.6	61.6

สถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียน จำแนกรายจังหวัด

ช่วงอายุ	ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน ปี 64 (ก.ค.)				
		นครสวรรค์	กำแพงเพชร	พิจิตร	อุทัยธานี	ชัยนาท
เด็ก 6-14 ปี	1. ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	58.3	61.8	53.7	59.9	55.6
	2. ร้อยละเด็ก 6-14 ปี มีภาวะอ้วน	17.0	13.7	17.8	15.8	19.5
	3. ร้อยละเด็ก 6-14 ปี มีภาวะเตี้ย	8.9	11.3	11.6	11.0	12.6
	4. ร้อยละเด็ก 6-14 ปี มีภาวะผอม	4.8	4.6	5.2	4.5	4.3
เด็ก 15-18 ปี	5. ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	58.4	62.2	62.9	56.1	53.2

จากข้อมูลรายจังหวัด และสถานการณ์การแพร่ระบาด Covid-19 หลายระลอก ทำให้สถานศึกษาไม่เปิดเรียน On Site เด็กวัยเรียน/วัยรุ่นที่เรียนหนังสืออยู่ที่บ้าน เรียน On line มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง ส่งผลให้ปัญหาภาวะโภชนาการ มีแนวโน้มการเพิ่มขึ้น

เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงานปี 64 (ก.ค.)
1. ร้อยละของเด็ก 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 66	ร้อยละ 52.5
2. ร้อยละของเด็ก 6-14 ปี เด็กเริ่มอ้วนและอ้วน	ไม่เกิน ร้อยละ 10	ร้อยละ 15.5
3. ร้อยละของเด็ก 15-18 ปี สูงดีสมส่วน	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 65	ร้อยละ 59.6

มาตรการสำคัญ

1. การส่งเสริม/เฝ้าระวังการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการเด็กวัยเรียน
2. การพัฒนาคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขและการเฝ้าระวังทางโภชนาการ

ครู/ผู้ปกครอง/นักเรียน/เพื่อน/บุคลากร สธ./อสม./อปท./พชอ./และภาคี

1. เสริมสร้างสมรรถนะบุคลากร/ยกระดับงานอนามัยโรงเรียน
- ระบบข้อมูลมีคุณภาพ (การบันทึกและนำเข้าข้อมูลถูกต้อง)
- สามารถบริหารจัดการข้อมูลได้ถูกต้อง
- นำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหา
- กำหนดกิจกรรมแก้ปัญหาได้อย่างมีคุณภาพ
2. ยกระดับการเข้าถึงเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ก้าวท้าใจ / H4U / Food choice

รูปแบบ รร.HLS Plus HPH แกนนำนักเรียนอาสารอบรู้สุขภาพ

1. ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เช่น การบริโภคที่เหมาะสมตามบริบทของบุคคลและชุมชน เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โภชนาการและสุขภาวะที่ดี/เพิ่มกิจกรรมทางกาย
2. สร้างองค์กรรอบรู้สุขภาพ V-shape (รร./บ้าน/ชุมชน)
3. สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ตามแนวทาง Social support

ตนเอง ครอบครัว ครู

1. ให้ความรู้ เด็กและผู้ปกครองเรื่องโภชนาการให้มีความตระหนักรู้ เข้าใจ นำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปรับพฤติกรรมการบริโภค กิจกรรมทางกายและอารมณ์ (3 อ.)
2. สามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม
3. เกิดนวัตกรรมครอบครัว/ชุมชนเพื่อการมีสุขภาพดี
4. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน

ผลลัพธ์ความสำเร็จเมื่อสิ้นสุดปี 2565 : ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (COC)

การประเมินผลระดับความสำเร็จ (Small success)

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
1. มีการแต่งตั้งคณะทำงานส่งเสริมกิจกรรมทางกายนักเรียน ระดับจังหวัด/อำเภอ 2. ทุกอำเภอประชาสัมพันธ์สมัครกิจกรรมก้าวท้าใจ 3. มีการแต่งตั้งคณะทำงานแก้ไขปัญหาเด็กอ้วนในระดับจังหวัด/อำเภอ 4. มีการบ่งชี้กลุ่มเป้าหมายเด็กอ้วนชัดเจน 5. กำหนดเกณฑ์ และชุมชนต้นแบบในการแก้ปัญหา	1. ร้อยละ 50 ของโรงเรียนในอำเภอสมัครก้าวท้าใจ 2. เกิดคลินิกในการแก้ไขปัญหา และติดตามเด็กอ้วน 3. กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชุมชนกลุ่ม เริ่มอ้วนและอ้วน	1. ร้อยละ 50 ของโรงเรียนในอำเภอสมัครก้าวท้าใจ 2. ร้อยละ 50 ของโรงเรียนที่สมัครก้าวท้าใจมีการรายงานผลผ่าน APP ก้าวท้าใจ 3. มีระบบการติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กอ้วนระดับตำบล	1. เกิดชุมชนต้นแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโภชนาการ และกิจกรรมทางการ 2. ร้อยละของเด็ก 6-14 ปี สูงดีสมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 67 3. ร้อยละของเด็ก 6-14 ปี เด็กอ้วนไม่เกิน ร้อยละ 10 เกิด รร.HLS ต้นแบบ 10 แห่ง

ที่มา : การรายงานผลใน Health KPI
ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

- **แผนปฏิบัติการ (Action Plan) เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2565**
  แผนงาน : เด็กวัยเรียน (สูงดีสมส่วน)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	ระยะเวลา	งบประมาณ	การประเมิน	ผู้รับผิดชอบ
1. คณะกรรมการแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการเกินในวัยเรียน - ประชุมคณะกรรมการจังหวัด/อำเภอ	1. เพื่อให้มีกลไกกำหนดนโยบาย แผนงาน กำกับผลการดำเนินงานระดับอำเภอ จำนวน 2-3 ครั้ง/ปี	ผู้แทนทุกภาคส่วนระดับอำเภอ ได้แก่ สสอ./รพ.สต./อปท./อบต./สปสช./อสม./โรงเรียน/ผู้นำชุมชน	เม.ย.-ก.ย.65		มีคณะกรรมการระดับจังหวัด/อำเภอ	ผู้รับผิดชอบงานจังหวัด
2. มีชุมชนต้นแบบลดอ้วนในเด็ก 6-14 ปี - ตั้งเกณฑ์ชุมชนต้นแบบ - คัดเลือกเป้าหมาย	2. เพื่อกำหนดแนวทางมาตรการดำเนินการแบบมีส่วนร่วมให้เป็นแนวทางเดียวกัน และเกิดชุมชนต้นแบบ	1 อปท./1 จังหวัด	ม.ค.-มี.ค.65		มีชุมชนต้นแบบอย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง	ผู้รับผิดชอบงานจังหวัด
3. จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเด็กเริ่มอ้วนและเด็กอ้วน - ในโรงเรียน - ในชุมชน	3. เด็กวัยเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายได้รับการสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถควบคุมภาวะโรคอ้วน อย่างน้อย 60% ของกลุ่มเป้าหมาย	เด็ก (ป.3-ป.6) 2,000 คน	ม.ค.-มิ.ย.65	800,000 บาท งบ PPA สปสช.	ร้อยละ 60 ของกลุ่มเป้าหมายสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมภาวะโรคอ้วน	ผู้รับผิดชอบงานจังหวัด
4. พัฒนาคลินิกบาบัดโรคอ้วนในเด็ก - พัฒนาระบบรักษา/ส่งต่อ - อบรมบุคลากร	4. เด็กที่มี Obesity Sign 80% ได้รับการรักษา	รพศ./รพท. ทุกแห่ง	ม.ค.-มี.ค.65		มีคลินิกบำบัดโรคอ้วนเด็กใน รพศ./รพท.	ผู้รับผิดชอบงาน รพศ./รพท.
5. เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ชุมชนต้นแบบ	5. เพื่อให้เกิดเวทีเชิงวิชาการแลกเปลี่ยนแนวทางการดำเนินงานที่ลดปัญหาโภชนาการในเด็กวัยเรียน โดยการมีส่วนร่วมชุมชน	ผู้แทนทุกภาคส่วนระดับอำเภอ ได้แก่ สสอ./รพ.สต./อปท./อบต./สปสช./อสม./โรงเรียน/ผู้นำชุมชน	เม.ย.-มิ.ย.65		ชุมชนต้นแบบร่วมแลกเปลี่ยนในเวทีมหกรรมเขตสุขภาพอย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง	เขตสุขภาพ

ประเด็นที่ 3 : การป้องกันควบคุมวัณโรค (TB)

- **ห่วงโซ่คุณค่า (Value chain)**

ประเด็น : การป้องกันควบคุมวัณโรค (TB)

สถานการณ์/สภาพปัญหา

จากการประมาณการณ์ขององค์การอนามัยโลก ประเทศไทยควรมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 100,000 ราย หรือคิดเป็น 153 ต่อประชากรแสนคน (WHO, Global TB report 2016-2017) แต่จากระบบรายงานผลการดำเนินงานวัณโรค ปีงบประมาณ 2563 (ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2563) มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำขึ้นทะเบียนรักษา 78,591 ราย คิดเป็นอัตราการตรวจพบร้อยละ 78.4 โดยเขตสุขภาพที่ 3 พบว่าในปี 2563 มีรายงานผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำขึ้นทะเบียน จำนวน 3,369 ราย ซึ่งต่ำจากจำนวนคาดการณ์ที่จะพบผู้ป่วยทั้งหมด 4,565 ราย คิดเป็นความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (Treatment coverage) ร้อยละ 73.8 และผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2563 พบว่ามีอัตราความสำเร็จในการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ (Success Rate) เพียงร้อยละ 84.3 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายคือ ร้อยละ 85 อัตราการเสียชีวิตและอัตราการขาดยาสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด คือ ไม่เกินร้อยละ 5 และขาดเป็น 0 จากรายงานพบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 11.1 และอัตราการขาดยาร้อยละ 0.5

เป้าหมาย

1. ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (Treatment coverage) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85

2. อัตราความสำเร็จในการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85

3. อัตราการเสียชีวิต น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 8

มาตรการสำคัญ

การค้นหาผู้ป่วยวัณโรค

1. การพัฒนาระบบคัดกรอง
- ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่โดยตรวจ CXR, AFB และ Gene X-pert
2. เสริมสร้างความรอบรู้แก่ประชาชน
- สร้าง Key word ให้ ปชช. ตระหนักและรับรู้การเกิดโรค
3. พัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวังในชุมชน
- พัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวัง (DOT) ท้องถิ่น/อสม.
- คืนข้อมูลลงพื้นที่ตามแนวทาง พชอ.
- ค้นหาในกลุ่ม จนท.สาธารณสุข

การรักษาสำเร็จ

1. แบ่งกลุ่มเสี่ยงในการดูแลรักษา (เสี่ยงสูง กลาง ต่ำ)
2. จัดทำ CPG ระดับเขต โดยทีมอายุรแพทย์ และระบบให้คำปรึกษา
3. พัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวัง/การดูแลผู้ป่วย (การติดตามการกินยาของคนไข้โดยใช้กลไกชุมชน)
4. การส่งต่อข้อมูล/ระบบส่งต่อ/การอ่านฟิล์ม
5. การบังคับใช้กฎหมายในกลุ่ม XDR-TB (เป็นโรคติดต่ออันตรายลำดับ 13)

อัตราตายลดลง

1. ประชุมทบทวนสาเหตุการเสียชีวิต
- ทบทวนสาเหตุการตายทุกไตรมาส
- ทำ DOT Meeting แยกรายจังหวัด ปีละ 2 ครั้ง เขต ปีละ 1 ครั้ง

ผลลัพธ์ความสำเร็จ : ค้นเร็ว ค้นครบ / ครอบคลุม จบด้วยหาย ตาย

การประเมินผลระดับความสำเร็จ (Small success)

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
1. การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ มากกว่าร้อยละ 22	1. การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ มากกว่าร้อยละ 44	1. การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ มากกว่าร้อยละ 66	1. การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ มากกว่าร้อยละ 85 2. ผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ Cohort 1 มากกว่าร้อยละ 85 3. อัตราการเสียชีวิต ไม่เกินร้อยละ 8 4. จนท.สธ.ได้รับการตรวจคัดกรองวัณโรค (TB) ≥ 90%

<u>หมายเหตุ</u> : ที่มา https://tbcmthailand.ddc.moph.go.th

* ที่มาฐานข้อมูลประชากร HDC ปี พ.ศ.2563 : https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php

** ข้อมูลจาก WHO Global TB Report 2019

- **แผนปฏิบัติการ (Action Plan) เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2565**
  แผนงาน : การป้องกันควบคุมวัณโรค (TB)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	ระยะเวลา	งบประมาณ	การประเมิน	ผู้รับผิดชอบ
1. ค้นหาโดยตรวจ CXR, AFB และ Gene X-pert	1. เพื่อให้ประชาชนได้รับการคัดกรองอย่างรวดเร็วและครอบคลุม	กลุ่มเสี่ยง	ต.ค.64 - มี.ค.65	สปสช. กองทุนโลก เงินบำรุง รพ.	1. การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ โดยดูจากโปรแกรม NTIP	สคร.3 สสจ. รพศ./รพท./รพช. สสอ./รพ.สต. รพ.เอกชน
1. การดูแลรักษา OPD-TB clinic ลงทะเบียนทุกราย 2. จัดทำเกณฑ์จำแนกกลุ่มเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย 3. การกำกับติดตามการกินยาโดยเจ้าหน้าที่ 4. มีระบบการส่งต่อ 5. การดูแลผู้ป่วยโดยสหสาขาวิชาชีพ	1. อัตราตายลดลงจากปีที่แล้ว	ผู้ป่วยทุกคน	ต.ค.64 – ก.ย.65	-	1. ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานร้อยละ 100 จากโปรแกรม NTIP	รพศ./รพท./รพช. สสอ./รพ.สต. สสจ. สคร.3

ประเด็นที่ 4 : การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย (Suicidal)

- **ห่วงโซ่คุณค่า (Value chain)**

ประเด็น : การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย (Suicidal)

สถานการณ์/สภาพปัญหา

จากรายงานการฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทย ปี 2561 – 2563 พบว่ามีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 4,137 คน, 4,418 คน และ 4,685 คน คิดเป็นอัตรา 6.32, 6.64 และ 7.18 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ปี 2563 เขตสุขภาพที่ 3 พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุด คือ จังหวัดอุทัยธานี (9.09) รองลงมา ได้แก่ นครสวรรค์ (7.13) ชัยนาท (7.00) กำแพงเพชร (6.19) และพิจิตร (5.93) ตามลำดับ ปี 2564 เขตสุขภาพที่ 3 (ตุลาคม 2563 – กันยายน 2564) พบว่าอัตราการฆ่าตัวตาย คิดเป็น 6.27 โดยจังหวัดที่มีอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุด คือ จังหวัดอุทัยธานี (7.6) รองลงมา ได้แก่ กำแพงเพชร (7.58) พิจิตร (6.65) นครสวรรค์ (5.46) และชัยนาท (3.99) ตามลำดับ (ที่มา: ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ ณ วันที่ 30 กันยายน 2564)

ช่วงอายุที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุดคือ ช่วงอายุ 20 -59 ปี คิดเป็นร้อยละ 62.03 รองลงมา คือ ช่วงอายุ ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 33.68 โดยอายุที่ฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ อายุ 90 ปี และอายุที่ฆ่าตัวตายน้อยที่สุดอายุ 11 ปี

วิธีการทำร้ายตนเองมากที่สุด คือ ผูกคอ ร้อยละ 77.0 รองลงมา คือ กินยาฆ่าแมลง ร้อยละ 28.14 และใช้สารกำจัดวัชพืช ร้อยละ 8.55 สถานภาพที่พบมากที่สุด คือ คู่ คิดเป็นร้อยละ 54.01 รองลงมา คือ โสด คิดเป็นร้อยละ 22.45 และหม้ายคิดเป็นร้อยละ 12.83 อาชีพที่พบมากที่สุด คือ อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 37.43 รองลงมา คือเกษตรกรรมและว่างงาน ร้อยละ 21.92 และ 20.32 ตามลำดับ

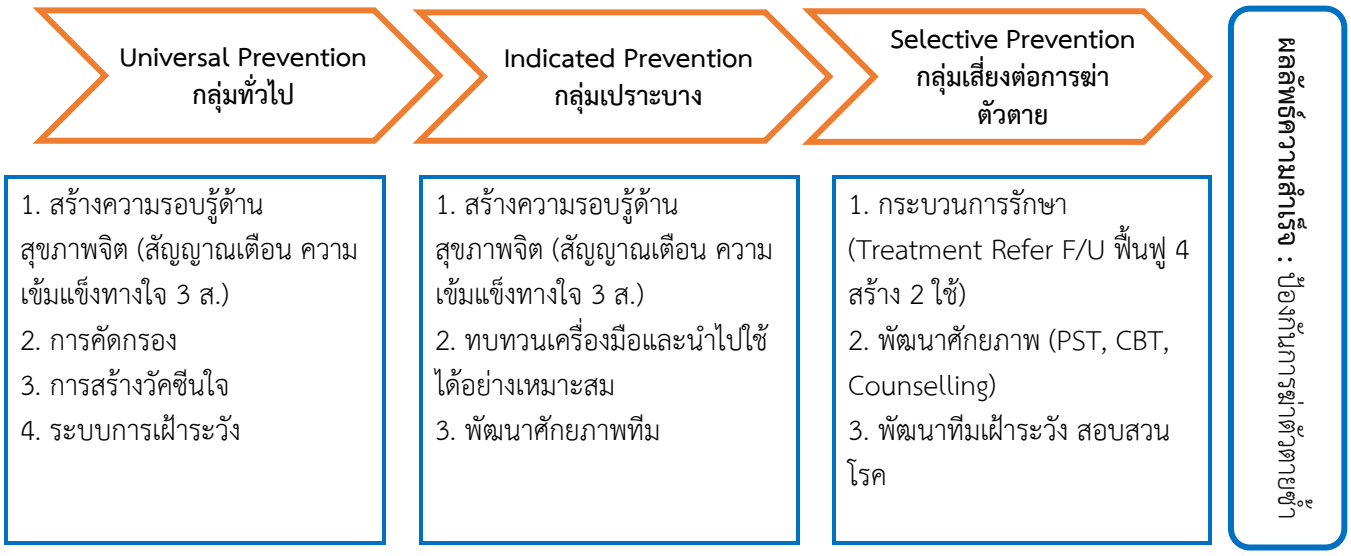
ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ลงมือทำร้ายตนเอง คือ ปัญหาความสัมพันธ์ ทะเลาะกับคนใกล้ชิด น้อยใจ ถูกดุด่า ปัญหาผิดหวังความรัก/หึงหวง รองลงมา คือ กลุ่มที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย/โรคทางจิต และปัญหาการใช้สุรา พบว่าญาติ/ครอบครัวสังเกต หรือทราบสัญญาณเตือนบ่งบอกก่อนลงมือเพียง ร้อยละ 26.6

เป้าหมาย

1. อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร
2. อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา

มาตรการสำคัญ

1. ระบบสารสนเทศของเขตสุขภาพและจังหวัด
2. ระบบบริหารจัดการระดับจังหวัด ใช้หลัก 4 ก. (กรรมการ กองทุน กิจกรรม เกาะติด)
3. ระบบคัดกรองและเฝ้าระวัง
4. ระบบการดูแลรักษาและติดตามเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายซ้ำ



<u>กลุ่มทั่วไป</u> หมายถึง 1. วัยทำงาน 2. ผู้สูงอายุ (ติดสังคม) 3. วัยเรียน/วัยรุ่น

<u>กลุ่มเปราะบาง</u> หมายถึง 1. กลุ่มเปราะบางทางสังคม (ผู้สูญเสียบุคคลอันเป็นรัก, ตกงานรายได้น้อย, ธุรกิจประสบปัญหา, ปัญหาสุขภาพจิต สุรา สารเสพติด, ผู้สูงอายุ ติดบ้านติดเตียง, ผู้พิการทางกาย, ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย) 2. กลุ่มผู้มีปัญหาความสัมพันธ์

<u>กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย</u> หมายถึง 1. ผู้พยายามฆ่าตัวตาย (Suicide Attempt) 2. ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงมีแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับรุนแรง (9Q ≥19, 8Q ≥17)

การประเมินผลระดับความสำเร็จ (Small success)

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
- ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำภายใน 1 ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30	- ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำภายใน 1 ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50	- ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำภายใน 1 ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	- ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำภายใน 1 ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 - อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร

<u>ที่มา</u> : ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและกรมสุขภาพจิต รายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง 506 S (กรณีเสียชีวิต และไม่เสียชีวิต) กรมสุขภาพจิต

- **แผนปฏิบัติการ (Action Plan) เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2565**
  แผนงาน : การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย (Suicidal)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	ระยะเวลา	งบประมาณ	การประเมิน	ผู้รับผิดชอบ
1. พัฒนาระบบการเฝ้าระวังและคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต (ทบทวนระบบ/ MHCI) - ประชุมคณะกรรมการ เพื่อทบทวนระบบเฝ้าระวังการป้องกันการฆ่าตัวตาย - จัดทำคู่มือ/แนวทาง (E-book) - เผยแพร่แนวทางแต่ละจังหวัด	1. เพื่อพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต	1. คณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิต เขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 30 คน	4 ครั้ง	- ค่าอาหารกลางวัน 18,000 บาท - อาหารว่าง 6,000 บาท รวม 24,000 บาท	แนวทางดำเนินงานสุขภาพจิต	รพจ.นว/ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3 สสจ. 5 จังหวัด
2. พัฒนาศักยภาพบุคลากร - เสริมสร้างวัคซีนใจ (ครู ก.) - ครู ก. ขยายผลการสร้างวัคซีนใจ - พัฒนาทักษะและความรู้ในการดูแลผู้มีปัญหาฆ่าตัวตาย (การดูแลรักษา การสอบสวนโรค) - พัฒนาทักษะและความรู้เรื่องสัญญาณเตือน (สถานศึกษา สถานประกอบการ และชุมชน)	1. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร ครู ก.	1. บุคลาการสาธารณสุขในและนอกเครือข่าย (รุ่นละ 2 วัน/จังหวัด) 2. เครือข่ายสาธารณสุข 19 แห่ง 3. บุคลากรสาธารณสุข 2 รุ่นๆ ละ 50 คน 4. เครือข่ายและแกนนำในชุมชน	ม.ค.- มี.ค.65	-	ผู้เข้ารับการอบรมผ่านหลักสูตร	รพจ.นว/ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	ระยะเวลา	งบประมาณ	การประเมิน	ผู้รับผิดชอบ
3. การประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด เขตสุขภาพที่ 3 ปี 2565 เขตสุขภาพที่ 3 (on line)	1. เพื่อติดตามผลการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดเขตสุขภาพที่ 3 (Service Plan) ปี 2565 2. เพื่อจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ปีงบประมาณ 2566	40 คน	ม.ค.- ก.ย.65	5,000 บาท	ผู้เข้าร่วมประชุม	กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด รพ.สวรรค์ประชารักษ์
4. การประชุมคณะกรรมการประเมินการจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด เขตสุขภาพที่ 3 ปี 2565	1. เพื่อประเมินความพร้อมด้านบุคลากร 2. เพื่อประเมินความพร้อมด้านมาตรฐานระบบบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 3. เพื่อประเมินความพร้อมด้านคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด	มีการจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด 8 แห่ง	ม.ค.- ก.ย.65	-	การประเมินความพร้อมด้านคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด	กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด รพ.สวรรค์ประชารักษ์
5. หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช	- เพื่อพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช	พยาบาลวิชาชีพ 1 คน	4 เดือน	40,000 บาท (งบอุดหนุน)	ผู้เข้ารับการอบรมผ่านหลักสูตร	สนง.เขตสุขภาพที่ 3
6. หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น	- เพื่อพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางสาขาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น	พยาบาลวิชาชีพ 1 คน	4 เดือน	40,000 บาท (งบอุดหนุน)	ผู้เข้ารับการอบรมผ่านหลักสูตร	สนง.เขตสุขภาพที่ 3

ประเด็นที่ 5 : เทคโนโลยีเพื่อสุขภาพ (Health Technology)

- ห่วงโซ่คุณค่า (Value chain)

ประเด็น : เทคโนโลยีเพื่อสุขภาพ (Health Technology)

สถานการณ์/สภาพปัญหา

1.ข้อมูลสุขภาพประชาชน เขตสุขภาพที่ 3 ยังไม่เป็นเป็นรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลภายในเขตได้

2. รพ.ในเขตสุขภาพยังไม่มีแนวทางความปลอดภัยทางไซเบอร์ ที่ชัดเจนและการจัดการที่มีคุณภาพ

3. นวัตกรรมในเขตสุขภาพยังไม่ถูกพัฒนาและนำไปใช้ อย่างมีประสิทธิภาพและแพร่หลายในเขต

เป้าหมาย

1. พัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลเขตสุขภาพที่ 3 เพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อ

มาตรการสำคัญ

1. พัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลเขตสุขภาพที่ 3 เพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อ

2. สร้างแนวทางความปลอดภัยทางสารสนเทศและปฏิบัติร่วมกันในเขตสุขภาพ

3. พัฒนานวัตกรรมทางสารสนเทศของเขตสุภาพ ให้นำไปสู่การใช้งานและเผยแพร่ในระดับประเทศ

Pre-Hospital	In-Hospital	Post-Hospital
1. วางแผนจัดหา กำหนดคุณสมบัติ Server หรือ Cloud ที่จะใช้จัดเก็บข้อมูลระดับเขต 2. ศึกษาสถานการณ์และปัญหาและกำหนดแนวทางขั้นตอนการพัฒนา การนำข้อมูลนำส่งเป็นข้อมูลสุขภาพและแนวทางการนำมาใช้ 3. ศึกษากำหนด นำส่งข้อมูลที่ต้องการ และแนวทางการพัฒนาช่องทางการนำข้อมูลออกมาใช้สำหรับแต่ละระดับ ให้เหมาะสมและปลอดภัย 4. แนวทางการพัฒนาระบบส่งต่อทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ภายในเขต โดยใช้ฐานข้อมูลร่วมกัน	1. เชื่อมโยงฐานข้อมูลภายในเขตโดยจัดหา Server ของเขตสุขภาพเก็บไว้ที่ศูนย์เทคโนโลยีฯ กระทรวงสาธารณสุข 2. พัฒนาระบบ OPD IPD Paperless และเริ่มใช้งานระบบในโรงพยาบาลระดับ A, S เพื่อให้ข้อมูลสุขภาพเปลี่ยนสู่รูปแบบ ดิจิตอล 3. โรงพยาบาล A, S วางระบบ gateway เชื่อมข้อมูลกับศูนย์เทคโนโลยีฯ 4. กำหนดให้หน่วยบริการทุกแห่งติดตั้งและใช้งานโปรแกรม Three Refer และโปรแกรม PHR เขต	1. มีระบบข้อมูลสนับสนุนการทำงาน EMR เขตสุขภาพที่ 3 สามารถดูข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยในเขตได้ อย่างปลอดภัย 2. เขตมีระบบดูภาพรวมข้อมูลสุขภาพของประชาชนภายในเขตเพื่อวิเคราะห์หรือแก้ปัญหา 3. มีระบบการดูแลสุขภาพ และให้บริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยอาศัยเทคโนโลยีสารสนเทศและ PHR (personal health record) ของเขต 4. สามารถเชื่อมโยงระบบการส่งต่อภายในเขตได้ / ระบบรักษาทุกที่ได้โดยสามารถใช้ข้อมูลสุขภาพ จากโรงพยาบาลในเขตได้

ข้อมูลสุขภาพประชาชน เขตสุขภาพที่ 3 สามารถเชื่อมโยงข้อมูลภายในเขตได้

การประเมินผลระดับความสำเร็จ (Small success)

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
-	- รพ.ระดับ A, S ส่งข้อมูลสุขภาพที่กำหนด สู่ศูนย์เทคโนโลยีฯ และมีการทำ software นำข้อมูลออกมาใช้ อย่างปลอดภัย	- ระบบข้อมูลผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก เป็นระบบดิจิตอล ในโรงพยาบาลระดับ A, S 100%	- ระบบ PHR (Personal health record) ข้อมูลสุขภาพสนับสนุนการทำงาน EMR เขตสุขภาพที่ 3 เชื่อมโยงระบบส่งต่อภายในเขต

- **แผนปฏิบัติการ (Action Plan) เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2565**
  แผนงาน : เทคโนโลยีเพื่อสุขภาพ (Health Technology)

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	ระยะเวลา	งบประมาณ	การประเมิน	ผู้รับผิดชอบ
1. อบรมการติดตั้ง HIS Gateway	- เพื่อสามารถติดตั้ง HIS gateway ได้อย่างถูกต้อง	ติดตั้ง HIS gateway นำข้อมูลสู่ศูนย์เทคฯ 54 โรงพยาบาล ในเขตสุขภาพที่ 3	15-17 ธ.ค.64	94,800 บาท งบ ผตร.	จำนวนผู้เข้าร่วมอบรม HIS Gateway	คกก. CIO
2. ทีม IT เขต ลงพื้นที่ติดตั้ง HIS gateway จำนวน 54 โรงพยาบาล	- เพื่อติดตั้ง HIS gateway ในโรงพยาบาล	โรงพยาบาล 54 แห่ง	ธ.ค.64 - มี.ค.65		รพ.ที่ติดตั้ง HIS Gateway	คณะทำงาน NHIP
3. ประชุมเตรียมการใช้ NHIP national health information platform ลง implement ใน รพศ./รพท. และ รพช.	- เพื่อให้ รพศ./รพท./รพช. สามารถใช้ NHIP national health information platform ได้	ทุกโรงพยาบาลในเขต สามารถใช้ประโยชน์จาก ข้อมูลได้อย่างถูกต้อง	เม.ย.- มิ.ย.65			คณะทำงาน NHIP
4. โครงการตรวจเยี่ยมสำรวจระบบความปลอดภัยด้านสารสนเทศ	- เพื่อเยี่ยมสำรวจและพัฒนาความปลอดภัยด้านสารสนเทศ ให้ได้ตามแนวทางที่ประกาศ	รพศ./รพท. ในเขตสุขภาพ มีความมั่นคงปลอดภัยด้านสารสนเทศที่ยอมรับได้	ก.ค.- ก.ย.65			คณะทำงานพัฒนาและผลักดันนวัตกรรมสารสนเทศ
5. จัดอบรมทีมปฐมภูมิ ติดตั้ง PCC on cloud 100% ในจังหวัดกำแพงเพชร	- เพื่อพัฒนาศักยภาพ ทีมปฐมภูมิ ติดตั้ง PCC on cloud	PCC ในจังหวัดกำแพงเพชร	เม.ย.- มิ.ย.65			คณะทำงานสารสนเทศด้านปฐมภูมิ

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	ระยะเวลา	งบประมาณ	การประเมิน	ผู้รับผิดชอบ
6. อบรมการใช้ Application ต่างๆ ของทีมปฐมภูมิเพื่อการใช้งาน ปรับปรุงและประเมินผล	- เพื่อให้ทีมทำงานระบบปฐมภูมิสามารถใช้เครื่องมือ Application ได้อย่างถูกต้อง	ทีมปฐมภูมิ	ม.ค.- มี.ค.65			คณะทำงานสารสนเทศด้านปฐมภูมิ
7. จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาและผลักดันโปรแกรม 3 refer	- พัฒนาปรับปรุงโปรแกรม 3refer ให้ใช้งานได้หลากหลายมากขึ้น	3 refer สามารถใช้ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้มีประสิทธิภาพและสามารถเชื่อมต่อไปยังระบบส่งต่อนอกเขตได้	ม.ค.- มี.ค.65		จำนวนหน่วยบริการที่ใช้โปรแกรม 3 refer	คณะทำงานพัฒนา 3 refer
8. พัฒนาและผลักดันนวัตกรรมสารสนเทศ	- เพื่อรวบรวมและสนับสนุนให้ รพ.ในเขตสุขภาพ สร้างนวัตกรรมและนำนวัตกรรมในเขตสุขภาพไปใช้อย่างแพร่หลายในเขตสุขภาพ	นวัตกรรมของเขตสุขภาพ มีการรวบรวม ถูกพัฒนาและนำไปใช้อย่างแพร่หลายในเขตสุขภาพ	ก.ค.- ก.ย.65			คณะทำงานพัฒนาและผลักดันนวัตกรรมสารสนเทศ
9. โครงการมหกรรม นวัตกรรมด้านสารสนเทศ เขตสุขภาพ	- เพื่อเผยแพร่นวัตกรรมด้านสารสนเทศ เขตสุขภาพ	จังหวัดละอย่างน้อย 1 แห่ง	ก.ค.- ก.ย.65	87,200 บาท	มีนวัตกรรมด้านเทคโนโลยีจังหวัดละ 1 นวัตกรรม	คณะทำงานพัฒนาและผลักดันนวัตกรรมสารสนเทศ

ประเด็นที่ 6 : โรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง (DM/HT) รายใหม่/control

- **ห่วงโซ่คุณค่า (Value chain)**

ประเด็น : โรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง (DM/HT) รายใหม่/control

สถานการณ์/สภาพปัญหา

สถานการณ์อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 3 ปี 2562 – 2564 มีแนวโน้มลดลง ส่วนจังหวัดที่มีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นจากปี 2563 ได้แก่ จังหวัดชัยนาทและจังหวัดพิจิตร ส่วนอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่มีแนวโน้มลดลง จังหวัดที่มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่เพิ่มขึ้นจากปี 2563 ได้แก่จังหวัดพิจิตร และจังหวัดอุทัยธานี

ส่วนสถานการณ์อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 3 ปี 2562 – 2564 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่วนจังหวัดที่มีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงมีแนวโน้มลดลง คือ จังหวัดกำแพงเพชร อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 3 ลดลงจากปี 2563 และจังหวัดที่มีแนวโน้มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากปี 2562 คือ จังหวัดอุทัยธานี

เป้าหมาย

1. ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง อย่างน้อยร้อยละ 5
2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง อย่างน้อยร้อยละ 2.5
3. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานควบคุมโรคได้ดีเพิ่มขึ้น อย่างน้อยร้อยละ 5
4. ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมโรคได้ดีเพิ่มขึ้น อย่างน้อยร้อยละ 5

มาตรการสำคัญ

1. พัฒนาระบบคัดกรองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
2. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ใน PCU./รพ.สต./รพ.
3. พัฒนาการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อน

ผลลัพธ์ความสำเร็จ : ลดผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่ / เพิ่มร้อยละผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงควบคุมโรคได้ดี

การคัดกรองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	การดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง	การดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อน
1. จัดหา Glucometer พร้อม strip และเครื่องวัดความดันโลหิตให้เพียงพอและทันเวลาคัดกรองตาม activity Calendar 2. จัดทำแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงใน PCU/รพ.สต. ใช้เป็นมาตรฐานเดียวกัน 3. พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (New Normal) ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ 4. พัฒนา Health Literacy ในประชาชนทุกกลุ่มวัย 5. Public policy 6. กระตุ้นให้มีการรวมกลุ่มในลักษณะของชมรม/กิจกรรมเพื่อสุขภาพ ในชุมชนและในโรงพยาบาล 7. จัดหา Home BP และ DTX Station สำหรับกลุ่มเสี่ยง	1. จัดหา Glucometer พร้อม strip และเครื่องวัดความดันโลหิตให้เพียงพอและทันเวลาคัดกรองภาวะแทรกซ้อน 2. จัดทำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงใน PCU/รพ.สต./รพ. ใช้เป็นมาตรฐานเดียวกัน และจัดทำแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยรายกลุ่มสำคัญหรือผู้ป่วยที่ยากต่อการรักษา 3. พัฒนาคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง และรูปแบบ Intervention ที่เหมาะสม 4. สร้างบุคคลตังอย่าง Good model 5. พัฒนาระบบ Tele Health ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย และ Tele Consult ให้ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล/เครือข่าย 6. จัดทำโครงการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพโรคเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 3 <u>แผนระยะยาว</u> : - ดำเนินการพัฒนาคลินิกเบาหวาน และได้รับการรับรอง Disease Specific Certification - DSC DM ครบทุกจังหวัด ภายใน 3 ปี	1. คัดกรองภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้ได้ตามเป้าหมาย 2. จัดทำแนวปฏิบัติการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน 3. Design intervention ที่เหมาะสม 4. ให้ผู้ป่วยสมัครสมาชิก EMS 5. จัดตั้งศูนย์ดูแลสุขภาพเท้า 6. MOU โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ เพื่อส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องหลอดเลือดส่วนปลาย

การประเมินผลระดับความสำเร็จ (Small success)

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
1. ร้อยละการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ≥ 80%	1. ร้อยละการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ≥ 90%		
		2. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ≥ 60% ความดันโลหิตสูง ≥ 70%	2. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ≥ 80% ความดันโลหิตสูง ≥ 80%
			3. ร้อยละผู้ป่วยรายใหม่ ≤ 5%
		4. ร้อยละเบาหวานควบคุมโรคได้ดี ≥ 35% ร้อยละความดันโลหิตสูงควบคุมโรคได้ดี ≥ 55%	4. ร้อยละเบาหวานควบคุมโรคได้ดี ≥ 40% ร้อยละความดันโลหิตสูงควบคุมโรคได้ดี ≥ 65% (ปรับเพิ่มเป้าหมายตามที่วางแผนร่วมกับ SP stroke ควบคุมความดันโลหิตสูง ≥ 80% ภายใน 3 ปี)
5. ร้อยละการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา ≥50% ไต ≥ 50% เท้า ≥ 50% CVD risk ≥ 60%	5. ร้อยละการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา ≥ 60% ไต ≥ 80% เท้า ≥ 60% CVD risk ≥ 90%	5. ร้อยละการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา ≥ 65% ไต ≥ 85% เท้า ≥ 65% CVD risk ≥ 90%	5. ร้อยละการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา ≥ 70% ไต ≥ 90% เท้า ≥ 70% CVD risk ≥ 90%

ที่มา : ระบบรายงาน Health Data Center (HDC) On Cloud กระทรวงสาธารณสุข

- **แผนปฏิบัติการ (Action Plan) เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2565**
- **แผนงาน : โรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง (DM/HT) รายใหม่/control**

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	ระยะเวลา	งบประมาณ	การประเมิน	ผู้รับผิดชอบ
1. ชุมชนนำร่องเพื่อพัฒนาสุขภาพ + health literacy 2. พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม - ชุมชนลดเค็ม - หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3. พัฒนาระบบเครือข่าย - จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย NCD ของเขตสุขภาพ - พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย และระบบการปรึกษา (tele med, tele consult) 4. พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพเท้า - จัดตั้งศูนย์เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเท้า (ศูนย์ชีวนันท์) - สร้างระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาหลอดเลือดส่วนปลาย	1. เพื่อเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภพ 2. พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (New Normal) ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ 3. พัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย NCD 4. พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพเท้า					- รพ.สต./รพ.เป้าหมาย/ศูนย์อนามัย - สถานพยาบาลทุกระดับ - แพทย์ต่อมไร้ท่อฯ - ศูนย์ชีวนันท์, รพ.สปร.
5. ประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาคลินิกเบาหวานเพื่อเตรียมความพร้อมรับการประเมินเฉพาะโรคเบาหวาน (Disease Specific Certification - DSC DM)	- พัฒนาการดำเนินงานคลินิกเบาหวานในโรงพยาบาลเครือข่าย - เตรียมความพร้อมรับการประเมินเฉพาะโรคเบาหวาน	ผู้รับผิดชอบงาน NCD ในโรงพยาบาลเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 200 คน	1 วัน	76,500 บาท (กรมการแพทย์)	- บุคลากรเข้าอบรมครบตามหลักสูตร 80%	คณะกรรมการ SP

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	ระยะเวลา	งบประมาณ	การประเมิน	ผู้รับผิดชอบ
6. ประชุมเชิงปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (2 ครั้ง)	- พัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานขณะตั้งครรภ์	แพทย์เวชปฏิบัติ หรืออายุรแพทย์, สูติแพทย์, พยาบาลคลินิกเบาหวานและพยาบาลคลินิกฝากครรภ์ 212 คน	1 วัน	31,800 บาท (กรมการแพทย์)	- บุคลากรที่เข้าอบรมครบตามหลักสูตร 80% - คะแนนความรู้หลังการอบรมมากขึ้น 10%	คณะกรรมการ SP
7. ประชุมเชิงปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ยากต่อการรักษา ผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน ผู้ป่วยสูบบุหรี่ (2 ครั้ง)	- พัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ยากต่อการรักษา ผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน ผู้ป่วยสูบบุหรี่	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรืออายุรแพทย์, พยาบาลคลินิกเบาหวาน เภสัชกร และโภชนากร จำนวน 212 คน	1 วัน	31,800 บาท (กรมการแพทย์)	- บุคลากรที่เข้าอบรมครบตามหลักสูตร 80% - คะแนนความรู้หลังการอบรมมากขึ้น 10%	คณะกรรมการ SP
8. ประชุมวิชาการออนไลน์ (11 ครั้ง) - การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 (4 ครั้ง) - การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและความดันโลหิตสูงที่มีสาเหตุเฉพาะ (3 ครั้ง) - การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (4 ครั้ง)	- พัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพในการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1, ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและความดันโลหิตสูงที่มีสาเหตุเฉพาะ และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	ผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวนครั้งละ 100 คน	2 ชั่วโมง	13,200 บาท (กรมการแพทย์)	- บุคลากรที่เข้าอบรมครบตามหลักสูตร 80% - คะแนนความรู้หลังการอบรมมากขึ้น 10%	คณะกรรมการ SP
9. หลักสูตรการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	- พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	พยาบาลวิชาชีพ 20 คน	4 เดือน	800,000 บาท (งบอุดหนุน)	บุคลากรเข้ารับการอบรมตามเป้าหมายและสอบผ่าน 100%	สนง.เขตสุขภาพที่ 3

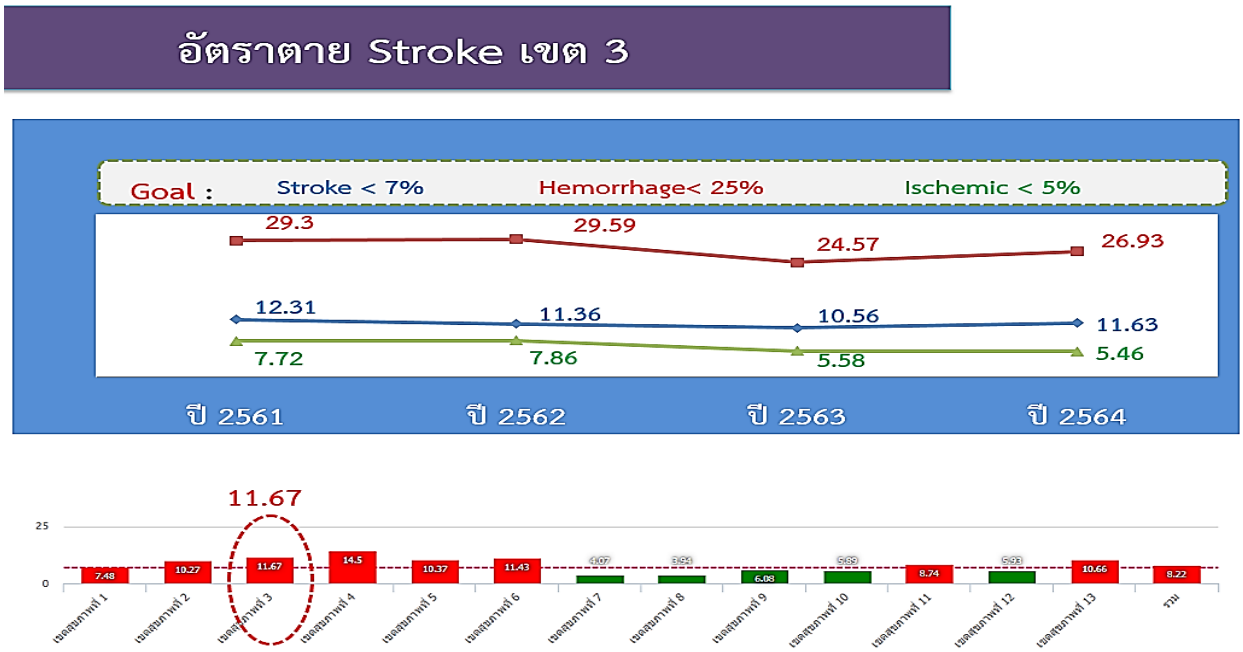
ประเด็นที่ 7 : โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

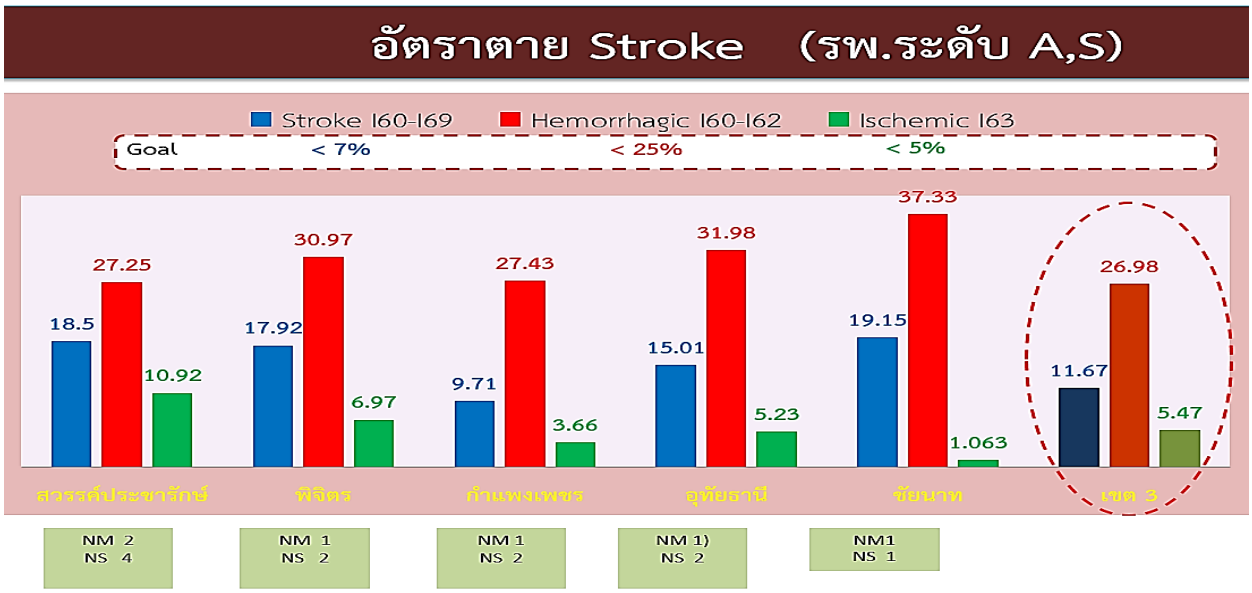
- **ห่วงโซ่คุณค่า (Value chain)**

ประเด็น : โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

สถานการณ์/สภาพปัญหา

- อัตราการตายเกินเกณฑ์ (<7%) 11.67% (ปี 2564)
- จำนวนผู้ป่วยที่ยังไม่เข้าถึงบริการ Fast track มีจำนวนมาก
- อัตราการเข้าถึงบริการ IMC น้อย





เป้าหมาย

1. ลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพิ่มอัตราการเข้าถึง Fast Track
3. ลดความพิการ

มาตรการสำคัญ

1. ลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Pre-Hospital	In-Hospital	Post-Hospital	
1. Stroke awareness : จัดทำ Spot ประชาสัมพันธ์เสียงตามสายผ่านผู้นำชุมชน 2. Mapping CVD risk 3. จัดทำ Application เชื่อมกับ 1669	1. จัดตั้ง Stroke unit เพียงพอรับผู้ป่วย 2. พัฒนาระบบ Stroke Fast Track 3. พัฒนาการส่งต่อผู้ป่วยเข้าระบบ IMC	1. พัฒนาคุณภาพการดูแลต่อเนื่อง IMC/LTC/PC	ลดอัตราตาย/เพิ่มอัตราการเข้าถึง Fast Track/ลดความพิการ

การประเมินผลระดับความสำเร็จ (Small success)

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
1. มีคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง	1. เกิดนโยบายที่เป็นรูปธรรม	1. เกิดทีมสุขภาพที่สามารถดูแลต่อเนื่องในระดับพื้นที่	1. ลดอัตราตาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 7
2. มีสื่อประชาสัมพันธ์	2. มีคณะทำงาน กำกับ/ติดตามการพัฒนาระบบ		2. เพิ่มอัตราการเข้าถึงระบบ Fast Track ร้อยละ 10
3. มีทีมเครือข่ายระบบ Mapping CVD risk และ Application เชื่อมกับ 1669	3. Stroke Fast Track และส่งต่อผู้ป่วยเข้าระบบ IMC		3. ลดความพิการ ร้อยละ 70
4. มีทีม อสม. ในการค้นหากลุ่มเสี่ยงในพื้นที่	4. บุคลากรได้รับความรู้เพิ่มเติม		

ที่มา : ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

- **แผนปฏิบัติการ (Action Plan) เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2565**
- **แผนงาน : โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)**

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	ระยะเวลา	งบประมาณ	การประเมิน	ผู้รับผิดชอบ
1. ประชุมเชิงปฏิบัติการบูรณาการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เขตสุขภาพที่ 3	- เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบบูรณาการ	ผู้ที่รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 300 คน	ก.ค.-ก.ย.65	110,000 บาท (กรมการแพทย์)	ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถการบูรณาการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้	คณะกรรมการ SP

ประเด็นที่ 8 : ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (STEMI)

- **ห่วงโซ่คุณค่า (Value chain)**

ประเด็น : ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (STEMI)

สถานการณ์/สภาพปัญหา

โรคหัวใจ STEMI ในเขตสุขภาพที่ 3 แม้ได้รับการพัฒนามาอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องก็ตาม แต่ยังมีอัตราตายในโรงพยาบาลเกิน 10% ด้วยความพยายามของทีม พบว่าอัตราตายมีแนวโน้มลดลงในทุกปี โดยกระบวนการหลักมุ่งเน้นการลด total ischemic time (patient delay และ system delay) โดยทางเขตสุขภาพที่ 3 ได้ใช้ Seamless Spoke & Hub fast tract

อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วย STEMI ≤ 9%

จังหวัด	ผลการดำเนินงาน					
	2559	2560	2561	2562	2563	2564
นครสวรรค์	17.5	15.4	13.7	16.9	10.9	14.2
กำแพงเพชร	12.8	8.11	8.4	5.4	12.4	11.8
พิจิตร	10.6	8.8	7.0	11.6	10.6	10.4
อุทัยธานี	9.0	17.3	14.3	11.5	6.1	5.8
ชัยนาท	21.0	14.5	13.8	10.8	10.5	9.5
เขตสุขภาพที่ 3	**14.2**	**12.8**	**11.7**	**12.3**	**10.1**	**12.0**

* ข้อมูลจาก Thai ACS Registry กระทรวงสาธารณสุข

อัตราการได้รับ reperfusion ด้วย primary PCI หรือ fibrinolysis ทันเวลามาตรฐาน ≥ 50%*

จังหวัด	ผลการดำเนินงาน			
	2561	2562	2563	2564
นครสวรรค์	29.2	27.8	69.3	64.4
กำแพงเพชร	28.5	40.5	58.3	89.4
พิจิตร	27.2	48.0	64.0	74.7
อุทัยธานี	31.4	22.2	55.5	62.9
ชัยนาท	66.7	48.7	50.0	64.9
เขตสุขภาพที่ 3	**31.3**	**36.6**	**62.8**	**70.9**

เป้าหมาย

1. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI < 9% (primary clinical outcomes)
2. อัตรา Quality reperfusion >80% (main principle processes)
3. อัตราการเกิด Recurrent CAD ซ้ำภายใน 1 ปี (secondary clinical outcomes)

มาตรการสำคัญ

1. การจัดบริการสุขภาพมีระบบเครือข่าย STEMI fast track
2. การจัดอัตรากาลังบุคลากรให้เหมาะสมกับภาระงาน
3. ระบบสารสนเทศให้เป็นระบบเดียวกัน
4. วัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์และยาให้เพียงพอ
5. จัดหางบประมาณในการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์
6. การอภิบาลระบบสุขภาพและการเข้าถึงบริการ

Pre-Hospital	In-Hospital	Post-Hospital
1. เพิ่มและจัดการ 10-year CVD risk (นโยบาย/ขอทีมร่วมมือกันชัดเจน => prefer Thai mRC score) (2-3 PCC/จังหวัด => Heart center) (health literacy + technology ร่วมกับ NCD/stroke)	1.1) มีการใช้นโยบาย spoke & Hub model ระดับเขตฯ (นโยบายและการกำกับส่งเสริม, เงินรางวัล) (มุ่งเน้น spoke B/C => ยาเร็ว) 1.2) Seamless network (การกำกับส่งเสริม พัฒนาคน/และอุปกรณ์ความปลอดภัย)	1. พัฒนาระบบเพื่อลดระยะการรอคอยการรักษา (Pharmacoinvasive, PPCI, CABG) (นโยบายสนับสนุนเครือข่าย/การกำกับส่งเสริม/รายงาน)
2. พัฒนาศักยภาพ อสม./รพ.สต.มีความรู้เรื่องกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก (เจ็บอกอย่ารอช้า รีบมาโรงพยาบาล) (นโยบายไปยังปฐมภูมิทุก PCC./FM และทีมทำงาน)	2.1) พัฒนาระบบ Telemedicine - ระบบการปรึกษาโรค Call & LINE (พัฒนา app AMI => ER) - ระบบ Telemonitoring (รถฉุกเฉิน/ระบบสนับสนุน/ER คุณภาพ) - การใช้ระบบลงข้อมูล Thai ACS registry/สปสช. (ระบบการจัดการและ feedback ข้อมูลระดับเขตฯ และค่าตอบแทน) 2.2) การพัฒนาระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย (กระเป๋า MI ทุก รพ. ขอการสนับสนุนยาที่จำเป็นสำหรับ AMI ประจำรถฉุกเฉิน) CPG	2. พัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่องเช่นมีการจัดตั้ง warfarin & anticoagulant clinic, Heart Failure clinic
3. เพิ่มทักษะ ACS ของบุคลากรสุขภาพเป็นประจำ (บุคลากรใหม่) (CHRM => 1 ชม./ปี)	3.1) เพิ่มหน่วยบริการการให้ยาละลายลิ่มเลือด (สปสช.) - พิจารณา TNK (ข้อเสนอผู้ตรวจราชการและขอ คกก.พิจารณา) M2 + S + A 3.2) พัฒนากำลังคนทางหัวใจและหลอดเลือด (CVN 5% /พยาบาลทั้งหมด) (Cardiologist ตามกรอบ) (Interventionist 5 คน) (CVT 5 คน) เป้าหมาย ศูนย์หัวใจระดับ 2 ทุกจังหวัด, สปร. ระดับ 1	3. พัฒนาศักยภาพและเครือข่ายการฟื้นฟูหัวใจรวมการเลิกบุหรี่และสุขภาพจิต (นโยบาย) (นโยบายเครือข่าย ขอทีมทำงานร่วม เพื่อกำหนดกิจกรรม เป้าหมาย คน งบประมาณ และอุปกรณ์)

ผลลัพธ์ความสำเร็จเมื่อสิ้นสุดปี 2565 : เพิ่มการรอดชีวิต / เพิ่มการเข้าถึงคุณภาพ / เพิ่มคุณภาพชีวิต

Pre-Hospital	In-Hospital	Post-Hospital
	4. พัฒนาอบรมการลงข้อมูลใน Thai ACS registry (ผ่านกรมการแพทย์และ รพ.สปร.)	4. พัฒนาเครือข่ายการป้องกันโรคทุติยภูมิเข้มงวดเพื่อป้องกันการเป็นโรคซ้ำและโรคแทรกระยะยาว (เครือข่าย รพท. รพช. และ PCC) => ขอ best practice 2-3 PCC./จังหวัด
	5. มีการจัดตั้งจำนวนเตียง CCU อย่างเพียงพอ (S≥2, A≥6) (เพิ่มบุคลากร, งบประมาณ, วัสดุอุปกรณ์ เช่น temporary pacemaker, IABP)	
	6. เพิ่มศักยภาพห้องปฏิบัติการตรวจสวนหัวใจและเครือข่าย (3 แผน) => แม่ข่าย แผน 1 เครือข่ายห้องสวนหัวใจในพื้นที่ แผน 2 เพิ่มศักยภาพ รพ.สปร. แผน 3 พัฒนาห้องสวนหัวใจแห่งใหม่	
	7. พัฒนาหอผู้ป่วยเฉพาะทางหัวใจ (งบฯ รพ. A ≥20 เตียง)	

การประเมินผลระดับความสำเร็จ (Small success)

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI < 12%	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI < 11%	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI < 10%	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI < 9%
อัตรา Quality reperfusion > 50%	อัตรา Quality reperfusion > 50%	อัตรา Quality reperfusion > 55%	อัตรา Quality reperfusion > 60%
อัตราการเกิด Recurrent CAD ซ้ำภายใน 1 ปี < 22%	อัตราการเกิด Recurrent CAD ซ้ำภายใน 1 ปี < 20%	อัตราการเกิด Recurrent CAD ซ้ำภายใน 1 ปี < 20%	อัตราการเกิด Recurrent CAD ซ้ำภายใน 1 ปี < 18%

ที่มา : ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือจาก Health Data Center (HDC) หรือจากเวชระเบียน

- **แผนปฏิบัติการ (Action Plan) เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2565**
- **แผนงาน : ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (STEMI)**

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	ระยะเวลา	งบประมาณ	การประเมิน	ผู้รับผิดชอบ
1. ประชุมวิชาการโรคหัวใจและหลอดเลือด เขตสุขภาพที่ 3	- เพื่อพัฒนาความรู้ด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด			64,200 บาท (กรมการแพทย์)		คณะกรรมการ SP
2. พัฒนาระบบ Spoke & Hub Model	- เพื่อพัฒนาระบบ Spoke & Hub Model			160,000 บาท (กรมการแพทย์)		คณะกรรมการ SP
3. หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด	- เพื่อพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด	พยาบาลวิชาชีพ 2 คน	4 เดือน	100,000 บาท (งบอุดหนุน)	ผู้เข้ารับการอบรมผ่านหลักสูตร	สนง.เขตสุขภาพที่ 3

ประเด็นที่ 9 : ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด Sepsis (Pneumonia)

- **ห่วงโซ่คุณค่า (Value chain)**

ประเด็น : ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด Sepsis (Pneumonia)

สถานการณ์/สภาพปัญหา

การติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงมีผลทำให้มีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก และเป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ในการเสียชีวิต จากการวิเคราะห์ข้อมูลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 3 มีอัตราการเสียชีวิตอันดับที่ 7 ของประเทศ ดังในปีงบประมาณ 2560, 2561, 2562 และ 2563 มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 40.66, 37.5, 33.64 และ 32.2 ตามลำดับ ถึงแม้อัตราการเสียชีวิตมีอัตราลดลงตามลำดับ แต่ด้วยสถานการณ์ Covid -19 ในปีงบประมาณ 2564 พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตในภาพรวมของเขตเพิ่มสูงขึ้น พบร้อยละ 34.09

จากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานในปี 2564 พบว่า ทั้ง 5 จังหวัด เกิดการ Delay diagnosis, Delay Resuscitation, Delay Reassesment ทำให้มีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น อันเป็นผลจากในด้านบริการปฏิบัติไม่ครบทุก Protocal และแนวทางการส่งต่อ คำปรึกษาไม่ชัดเจน บุคลากรพบว่าพยาบาลไม่เพียงพอ นำเครื่องมือมาประเมินไม่ต่อเนื่อง detect ล่าช้า แพทย์ฝึกหัดหมุนเวียนทุกเดือน ด้านข้อมูลพบไม่ครบถ้วนถูกต้อง เก็บมือ และ Sepnet 3 มีข้อมูลจำนวนมาก เกิดการทำงานซ้ำซ้อน ด้านเทคโนโลยี มีเครื่อง POC lactate ไม่ครบทุกโรงพยาบาล, เครื่อง Patient monitor ไม่เพียงพอ เครื่อง U/S Mobile ชำรุด ขาดแคลน สถานที่รองรับผู้ป่วยไม่มีเตียง ICU และ Sepsis Corner มีพื้นที่จำกัดในการจัดตั้ง

เป้าหมาย	1. เพื่อลดอัตราตายติดเชื้อในกระแสโลหิตชนิดรุนแรง (Community acquired) น้อยกว่าร้อยละ 26
	2. ลดการแออัดในโรงพยาบาล ระดับ A, S
มาตรการสำคัญ	1. ดูแลผู้ป่วยภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
	2. พัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย

Pre-Hospital	In-Hospital	Post-Hospital	S A ระบบสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการและสถานบริการ สป.สธ
1. พัฒนา Application สำหรับ อสม. ในการคัดกรองผู้ป่วย Sepsis 2. พัฒนาระบบ Hos Xp ประมวลผลสัญญาณชีพ ผู้ป่วยเป็น SOS 3. พัฒนาระบบ Sepnet 3 สามารถแสดง KPI ออกเป็นรายรพ. ได้	1. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Hour-1-Sepsis ให้มีประสิทธิภาพในเขตสุขภาพที่ 3 2. พัฒนาระบบ Sepsis Fast Track 3. ตั้ง Crop Sepsis 4. จัดตั้ง Standard ICU และ Sepsis Corner ใน รพ. M2 และ F1	1. พัฒนาระบบการส่งต่อพัฒนาการดูแลต่อเนื่อง (กลุ่มที่มี organ infection – UTI, Pneumonia, Bed Ridden)	

การประเมินผลระดับความสำเร็จ (Small success)

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
1. มีคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง	1. มีนโยบายที่เป็นรูปธรรมชัดเจน	มีทีม Rapid response team Sepsisในการดูแลตั้งแต่ระดับชุมชน-รพศ.	1. อัตราตาย น้อยกว่าร้อยละ 26
2. มี Application ในการคัดกรองผู้ป่วย	2. มีคณะทำงาน กำกับติดตาม การพัฒนาระบบ		2. เพิ่มอัตราการ Detect Sepsis ในระดับชุมชน 100%
3. มีทีม รพ.สต. และ อสม. ในการค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อ Sepsis	3. Sepsis fast track และส่งต่อผู้ป่วย		3. อัตราการเข้าถึงระบบ Fast track 100%
	4. บุคลากรได้รับการพัฒนาตนเองในการดูแลผู้ป่วย		

ที่มา : ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

- **แผนปฏิบัติการ (Action Plan) เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2565**
- **แผนงาน : ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด Sepsis (Pneumonia)**

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	ระยะเวลา	งบประมาณ	การประเมิน	ผู้รับผิดชอบ
1. โครงการอบรมเพิ่มศักยภาพระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต พื้นที่เขต 3 - พัฒนาระบบ Sepnet online area 3 เข้ากับ Three refer และ Application คัดกรองใน รพ.ชุมชน ร่วมกับ พัฒนาบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต) - พัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยด้วย Application ลงสู่ชุมชน (หมายเหตุ : การจัดประชุม ทั้งแบบ Online / Onside) - นิเทศโรงพยาบาลระดับ M, F = 6 แห่ง (รพ.ที่มีปัญหาในกระบวนการดำเนินการ)	1. เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต ในเขตสุขภาพที่ 3 2. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตให้เป็นระบบเพิ่มมากขึ้นโดยมีเป้าหมาย เพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่รุนแรง 3. ติดตามประเมินผลงานวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไข เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Sepsis	200 คน	ม.ค.- ส.ค.65	30,000 บาท (กรมการแพทย์) 15,000 บาท (กรมการแพทย์)		คณะกรรมการ SP คณะกรรมการ SP
2. หลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (Sepsis)	- เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต (Sepsis)	พยาบาลวิชาชีพ 30 คน	5 วัน	120,000 บาท (งบอุดหนุน)	ผู้เข้ารับการอบรมผ่านหลักสูตร	สนง.เขตสุขภาพที่ 3

ประเด็นที่ 10 : การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care)

- **ห่วงโซ่คุณค่า (Value chain)**

ประเด็น : การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care)

สถานการณ์/สภาพปัญหา

คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) เขตสุขภาพที่ 3 ได้จัดกิจกรรมพัฒนาระบบบริการสุขภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกลางไปแล้วนั้น ผลการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) เขตสุขภาพที่ 3 พบว่าผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มากว่าร้อยละ 90 ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีปัญหาเรื่องการกลืน ทักษะการทำงานของมือ (hand function) การรับรู้และความคิดความเข้าใจ (Perceptual and Cognitive function) การสื่อสาร ทักษะการดูแลตนเองและกิจวัตรประจำวัน (Activity of daily living) ซึ่งนักกิจกรรมบำบัดมีความสำคัญมากในการในการฟื้นฟูสิ่งเหล่านี้ แต่เนื่องจากกิจกรรมบำบัดเป็นวิชาชีพที่ขาดแคลนและมีบุคคลากรจำกัด ไม่สามารถให้บริการได้ทั่วถึง โดยเฉพาะสถานพยาบาลระดับโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงทำให้ผู้กลุ่มโรคหลอดเลือดสมองขาดโอกาสการเข้าถึงบำบัดฟื้นฟูทางกิจกรรมบำบัด และได้รับการบำบัดครบถ้วน เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลเสียต่อความก้าวหน้าในการฟื้นฟู ทั้งนั้นการถ่ายทอดความรู้พื้นฐานด้านกิจกรรมบำบัด สู่บุคคลากรสาธารณสุขอื่นที่เกี่ยวข้องในสถานพยาบาลพยาลระดับต่างๆ จึงมีความสำคัญให้บุคคลากรดังกล่าวสามารถคัดกรอง ให้การบำบัดฟื้นฟูเบื้องต้นได้เหมาะสม

เป้าหมาย

1. บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยด้านกิจกรรมบำบัดเพื่อช่วยในการฟื้นฟูสภาพ
2. เชื่อมโยงแผนการดูแลตอเนื่องที่บาน และชุมชนผ่านคลินิกหมอครอบครัว และระบบบริการ Long Term Care
3. ผู้ป่วยกลุ่มโรค Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury เข้าถึงบริการด้านกิจกรรมบำบัด มากกว่าร้อยละ 70

มาตรการสำคัญ

1. พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่อง
2. เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ
3. สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

การเข้าถึงบริการ	คุณภาพบริการ IMC	เพิ่มคุณภาพชีวิต/ลดความพิการ สู่ชุมชน
1. กำหนด รพ. ที่ให้บริการ IMC bed/ward ในจังหวัด มีสถานที่และอุปกรณ์สำหรับการทำกิจกรรมบำบัด 2. พัฒนาระบบ refer back ในจังหวัด 3. มีแผนขับเคลื่อน IMC ระดับจังหวัด/เขต 4. คณะกรรมการมีการติดตามผลการดำเนินการ	1. ให้บริการ กิจกรรมบำบัด กายภาพบำบัด อรรถบำบัด พยาบาลฟื้นฟู ตาม Care protocol 2. ติดตามคุณภาพระบบการดูแลผู้ป่วย IMC : OPD/IPD/Home visit 3. กำหนดให้มีพยาบาลฟื้นฟู 4 เดือน ใน รพ.ที่เปิดให้บริการ IMC ward 4. อบรมทีมสหสาขาวิชาชีพ (พยาบาลฟื้นฟู 4 เดือน และ 5 วัน, basic OT, ST, PT) 5. พัฒนาระบบส่งต่อ ระบบข้อมูล ผ่านระบบสารสนเทศภายในจังหวัด	1. บูรณาการทีมสหสาขาวิชาชีพในระบบ Long term care และคลินิกหมอครอบครัว 2. มีการให้บริการ IMC bed/ward ด้านกิจกรรมบำบัดที่มีคุณภาพ 3. มีการเชื่องโยงการดูแลต่อเนื่องร่วมกับชุมชน 4. เยี่ยมเสริมพลัง รพ.เครือข่ายในจังหวัด

การพัฒนาทีมสหสาขาวิชาชีพ / IMC / การบูรณาการร่วมกับชุมชน/ท้องถิ่น/ภาคีเครือข่าย

การประเมินผลระดับความสำเร็จ (Small success)

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
	ผู้ป่วยกลุ่มโรค Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury เข้าถึงบริการด้านกิจกรรมบำบัดมากกว่าร้อยละ 50		ผู้ป่วยกลุ่มโรค Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury เข้าถึงบริการด้านกิจกรรมบำบัดมากกว่าร้อยละ 70

ที่มา : ข้อมูลการดำเนินงานจากคณะกรรมการ Service Plan จังหวัด
ข้อมูลจากทีมตรวจราชการและนิเทศงาน กระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์

- **แผนปฏิบัติการ (Action Plan) เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2565**
- **แผนงาน : การฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care)**

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	ระยะเวลา	งบประมาณ	การประเมิน	ผู้รับผิดชอบ
1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ 2565 - กิจกรรมบำบัดเบื้องต้นเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเขตสุขภาพที่ 3 หลักสูตร 2 วัน ผ่านระบบประชุมออนไลน์	- พัฒนาบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการให้บริการฟื้นฟูระยะกลาง (Intermediate Care) ให้มีความรู้และทักษะเบื้องต้นในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถพัฒนาระบบให้บริการฟื้นฟูระยะกลาง (Intermediate Care) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพ	100 คน	ก.ค.65	53,100 บาท (กรมการแพทย์)	ผู้เข้ารับการอบรมผ่านหลักสูตร	คณะกรรมการ IMC เขต 3
- จัดทำสื่อ วิดีโอ แผ่นพับสอนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	- เพื่อจัดทำสื่อเผยแพร่	รพศ./รพท./รพช./รพ.สต. ในเขตสุขภาพที่ 3	ม.ค.-ก.ย.65	30,000 บาท (กรมการแพทย์)	การใช้สื่อเผยแพร่	คณะกรรมการ IMC เขต 3
- อบรมพยาบาลฟื้นฟูสภาพ	- เพื่อพัฒนาศักยภาพพยาบาลฟื้นฟูสภาพ	รพ.แม่ข่าย/ลูกข่ายที่เป็น node จำนวน 2 คน	มี.ค.-มิ.ย.65	90,000 บาท (งบอุดหนุน)	ผู้เข้ารับการอบรมผ่านหลักสูตร	คณะกรรมการ IMC เขต 3
2. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) เขตสุขภาพที่ 3	- เพื่อพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ IMC เขต 3	คณะกรรมการ IMC เขต 3	ม.ค.-ก.ย.65	6,200 บาท		คณะกรรมการ IMC เขต 3

วิสัยทัศน์ (Vision)

“เป็นองค์กรหลักในการพัฒนา
ระบบบริการสุขภาพ
โดยบูรณาการการมีส่วนร่วม
เพื่อประชาชนสุขภาพดี
เจ้าหน้าที่มีความสุข”