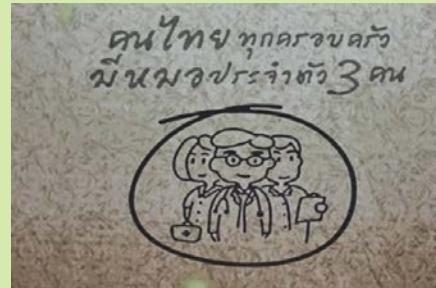


ประเด็นการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิให้ครอบคลุมและมีคุณภาพ

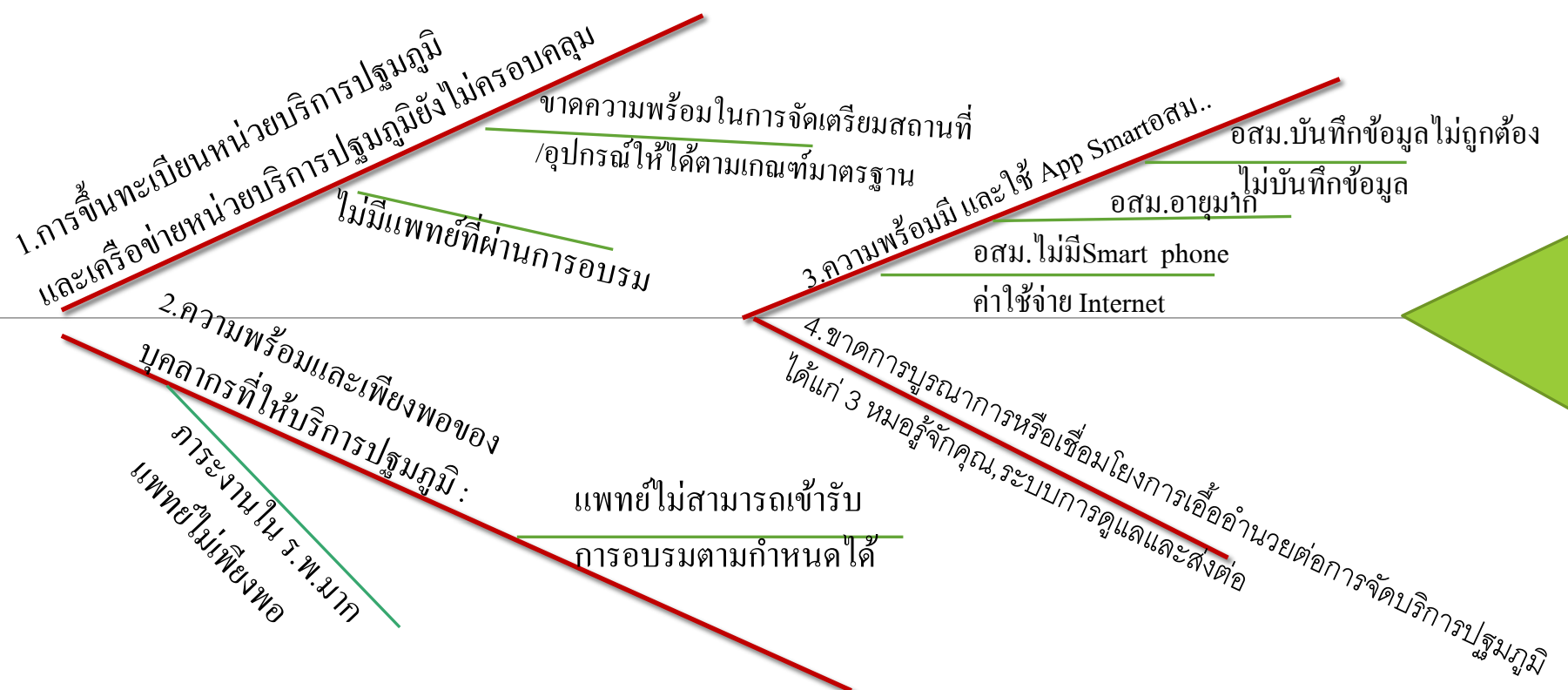


สถานการณ์

ลำดับ	อำเภอ	การจัดตั้งPCU/NPCU ปี 2565			ประชาชนที่มีรายชื่อในหน่วย PCU/NPCU		
		แผนการจัดตั้ง	ขึ้นทะเบียนแล้ว (30ก.ย.65)	ร้อยละ	ประชาชนทั้งหมด (HDC: 30 ก.ย.65)	ประชาชนใน PCU/NPCU (30ก.ย.65)	ร้อยละ
1.	เมือง	5	3	60.0	45,970	36,407	79.19
2.	ไชโย	2	2	100.00	18,374	18,374	100.00
3.	ป่าโมก	3	2	66.66	25,498	20,207	79.24
4.	โพธิ์ทอง	4	3	75.00	40,797	35,351	86.65
5.	แสวงหา	3	1	33.33	27,460	10,548	38.41
6.	วิเศษชัยชาญ	6	3	33.33	50,193	30,671	61.10
7.	สามโก้	2	2	100.0	15793	15,793	100.00
	รวม	25	16	64.00	224,085	167,351	74.68

ปัญหา

การจัดระบบบริการ
สุขภาพปฐมภูมิ
ยังไม่ครอบคลุม



มาตรการ : **การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ**

โครงการ : **โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ**

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพปฐมภูมิให้พร้อมปฏิบัติงานได้
2. ส่งเสริมและสนับสนุนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิให้ครอบคลุมในพื้นที่
3. สามารถบูรณาการการทำงานและพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิอย่างเป็นรูปธรรม

KPI	เป้าหมาย 3 เดือน	เป้าหมาย 6 เดือน	เป้าหมาย 9 เดือน	เป้าหมาย 12 เดือน
<p>๑. จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒</p>	<p>๑.ประชุมชี้แจงการพัฒนา ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ</p> <p>๒.จัดทบทวนคณะกรรมการ พัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ</p> <p>๓. มีแนวทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ , รูปแบบและเป้าหมายในการดำเนินงานระบบการแพทย์ปฐมภูมิ</p>	<p>๑.มีแผนการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (๙ แห่ง)และดำเนินการตามแผนฯ</p> <p>๒.มีแพทย์เข้ารับการอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอย่างน้อย ๒ คน (รพ.แสวงหา , รพ.เครือข่ายใหม่)</p> <p>๓.จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิอย่างน้อย ๒ แห่ง</p>	<p>๑.มีแพทย์เข้ารับการอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอย่างน้อย ๔ คน</p> <p>๒.จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างน้อย ๔ แห่ง</p>	<p>หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการอนุมัติอย่างน้อยร้อยละ ๘๐ ของแผนการจัดตั้งทั้งหมด</p>

KPI	เป้าหมาย 3 เดือน	เป้าหมาย 6 เดือน	เป้าหมาย 9 เดือน	เป้าหมาย 12 เดือน
<p>๒. ร้อยละประชาชนในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรม และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิหรือทีม ๓ หมอรู้จักคุณ</p>	<p>๑. ประชุมชี้แจงการพัฒนา ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ</p> <p>๒. มีแผนพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ , อสม. หมอประจำบ้าน/อสค.</p>	<p>ร้อยละประชาชนในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ</p> <p>เป้าหมาย ได้รับการดูแลโดยมี อสม. หมอประจำบ้าน คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรม หรือ ทีม ๓ หมอรู้จักคุณ (ร้อยละ ๒๕)</p>	<p>ร้อยละประชาชนในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ</p> <p>เป้าหมาย ได้รับการดูแลโดยมี อสม. หมอประจำบ้าน คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมหรือ ทีม ๓ หมอรู้จักคุณ (ร้อยละ ๕๐)</p>	<p>ร้อยละประชาชนในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ</p> <p>เป้าหมาย ได้รับการดูแลโดยมี อสม. หมอประจำบ้าน คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรม หรือ ทีม ๓ หมอรู้จักคุณ (ร้อยละ ๘๐)</p>

KPI	เป้าหมาย 3 เดือน	เป้าหมาย 6 เดือน	เป้าหมาย 9 เดือน	เป้าหมาย 12 เดือน
<p>๓.ร้อยละของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะฟังกิ่ง โรคไตเรื้อรัง (CKD) โรคไม่ติดต่อ (NCD)ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี</p>	<p>๑.ประชุมชี้แจงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ</p> <p>๒.มีแผนพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ , อสม.หมอประจำบ้าน/อศค.</p> <p>๓. พัฒนาทักษะการใช้งาน Application Smart อสม.</p> <p>๔. พัฒนาทักษะการค้นหา การดูแล และส่งต่อ ตามกลุ่มวัย/ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสื่อมถอย,การเฝ้าระวังและป้องกันโรค โควิด – ๑๙ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะฟังกิ่ง โรคไตเรื้อรัง (CKD) โรคไม่ติดต่อ (NCD)</p>	<p>๑.ร้อยละของอสม.ได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้าน โดยเฉพาะความรู้ด้านกัญชา ,การค้นหา การดูแล และส่งต่อ ตามกลุ่มวัย/ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสื่อมถอย,การเฝ้าระวังและป้องกันโรค โควิด – ๑๙ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะฟังกิ่ง โรคไตเรื้อรัง (CKD) โรคไม่ติดต่อ (NCD)</p> <p>๒.ร้อยละของอสม.ในการลงทะเบียน App.Smart อสม. และสามารถลงบันทึกการส่งรายงาน,การตรวจคัดกรองตรวจสุขภาพตนเอง และลงบันทึกคัดกรองเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงได้ (ร้อยละ ๗๐)</p>	<p>๑.ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มี คุณภาพชีวิตที่ดี อย่างน้อย ร้อยละ ๑๐</p> <p>๒.ร้อยละของ อสม.ในการลงทะเบียน App.Smart อสม. และสามารถลงบันทึกการส่งรายงาน,การตรวจคัดกรองตรวจสุขภาพตนเอง และลงบันทึกคัดกรองเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงได้ (ร้อยละ๘๐)</p>	<p>๑.๑.ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมี คุณภาพชีวิตที่ดี อย่างน้อยร้อยละ ๗๐</p> <p>๒.ร้อยละของ อสม.ในการลงทะเบียน App.Smart อสม. และสามารถลงบันทึกการส่งรายงาน,การตรวจคัดกรองตรวจสุขภาพตนเอง และลงบันทึกคัดกรองเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงได้ (ร้อยละ๙๐)</p>

เป้าหมาย

ประชาชนมีสุขภาพดีและเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน

สสจ.

- ๑. ประชุมชี้แจงนโยบายในการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิ
- ๒. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพปฐมภูมิ (แพทย์, อสม., สหสาขาวิชาชีพ)
- ๓. พัฒนา อสม. ในการใช้เทคโนโลยี (app Smart อสม.)

สสอ.

- ๑. ประชุมชี้แจงนโยบายในการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิ
- ๒. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพปฐมภูมิ (อสม., สหสาขาวิชาชีพ)
- ๓. อบรมอสม. ในการใช้เทคโนโลยี (app Smart อสม.)
- ๔. วางแผนการจัดตั้ง PCU/NPCU และขึ้นทะเบียนตามแผน
- ๕. บูรณาการเชื่อมโยงการทำงานของ ๓ หมอรู้จักคุณ , PCU/NPCU , App Smart อสม. ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง, ผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอย, กลุ่มเปราะบาง, ผู้ป่วย NCD , CKD
- ๖. ส่งเสริมให้ประชาชนได้มีความรอบรู้ (HL) ในการดูแลตนเอง
- ๗. ควบคุม กำกับติดตาม รพ.สต.

รพท./รพช.

- ๑. ประชุมชี้แจงนโยบายในการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิ
- ๒. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพปฐมภูมิ (แพทย์, อสม., สหสาขาวิชาชีพ)
- ๓. อบรมอสม. ในการใช้เทคโนโลยี (app Smart อสม.)
- ๔. วางแผนการจัดตั้ง PCU/NPCU และขึ้นทะเบียนตามแผน
- ๕. ดำเนินการพัฒนาระบบส่งต่อ (Green Channel) เช่น Lab, OPD, Xray ฯลฯ ที่มีความพร้อมระหว่าง PCU/NPCU กับ รพ.แม่ข่าย
- ๖. บูรณาการเชื่อมโยงการทำงานของ ๓ หมอรู้จักคุณ , PCU/NPCU , App Smart อสม. ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง, ผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอย, กลุ่มเปราะบาง, ผู้ป่วย NCD , CKD
- ๗. ส่งเสริมให้ประชาชนได้มีความรอบรู้ (HL) ในการดูแลตนเอง
- ๘. ควบคุม กำกับติดตาม รพ.สต.



รพ.สต.

- ๑. ทำแผนพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
- ๒. ดำเนินงานตามแนวทางระบบสุขภาพปฐมภูมิ
- ๓. มีฐานข้อมูลบุคลากร, กลุ่มเป้าหมายที่ดูแล ที่ครบถ้วน ครอบคลุมและเป็นปัจจุบัน
- ๔. จัดระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมาย ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว และมีการเชื่อมโยงกับ ๓ หมอ
- ๕. อบรมพัฒนาศักยภาพ อสม./อศค. และพัฒนาทักษะการใช้เทคโนโลยี (app Smart อสม.), อสม.Buddy
- ๖. ส่งเสริมทักษะความรอบรู้ (Health Literacy) ในการดูแลตนเองของกลุ่มเป้าหมายได้



ประเด็นขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของภาคเครือข่ายในการดูแลสุขภาพประชาชนโดยใช้กลไก
พชอ./ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต/พชต.

สถานการณ์

จังหวัดอ่างทอง มีการขับเคลื่อนในการดูแลสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในระดับอำเภอ และในระดับชุมชนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) หรือ คณะกรรมการตำบลการพัฒนาคุณภาพชีวิต ทั้ง ๗ อำเภอ โดยดำเนินการขับเคลื่อนในการดูแลสุขภาพประชาชน ตามองค์ประกอบ UCCARE ซึ่งประกอบด้วย

- ▶ การทำงานเป็นทีม (Unity Team)
- ▶ การให้ความสำคัญกับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (Customer Focus)
- ▶ การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community Participation)
- ▶ การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation)
- ▶ การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human)
- ▶ การแก้ไขปัญหา/การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตามบริบทของพื้นที่ร่วมกัน (Essential care)

จากการประเมินตนเอง พบว่า มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ซึ่งผลลัพธ์อันเกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายสุขภาพ

ปัญหา

๑. การเปลี่ยนแปลงผู้นำ ย่อมส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องในการดำเนินงาน
๒. การสื่อสาร และการสร้างความเข้าใจร่วม ปัญหาร่วม และทุกข์ร่วม
๓. การจัดประชุมคณะกรรมการได้ไม่ต่อเนื่องตามเกณฑ์เนื่องจากสถานการณ์โควิด - ๑๙

มาตรการ

ส่งเสริมภาคีเครือข่ายให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนอย่างเข้มแข็ง

โครงการ

โครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพประชาชน

วัตถุประสงค์

๑. พัฒนาศักยภาพและเสริมสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ/เอกชน/ภาคประชาชน ในการทำงานร่วมกัน
๒. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนบูรณาการงานร่วมกันในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน
๓. เพื่อคัดเลือกพื้นที่อำเภอต้นแบบที่ดำเนินการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

KPI	เป้าหมาย ๓ เดือน	เป้าหมาย ๖ เดือน	เป้าหมาย ๙ เดือน	เป้าหมาย ๑๒ เดือน
ระดับความสำเร็จของภาคี เครือข่ายสุขภาพอำเภอมี ส่วนร่วมในการดูแล สุขภาพชีวิตประชาชน	<p>๑. มีการประชุมทบทวนและ จัดตั้งคณะกรรมการ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับในทุกระดับ(พชจ./ พขอ./พชต.) ซึ่งประกอบด้วย ภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน เป็น คณะกรรมการ ในการดูแล สุขภาพและพัฒนาคุณภาพ ชีวิต ตามเกณฑ์</p> <p>๒. มีการประชุมคัดเลือก ประเด็นปัญหาที่สำคัญตาม บริบทของพื้นที่ในการดูแล สุขภาพและการพัฒนา คุณภาพชีวิตประชาชนเพื่อ วางแผนการพัฒนาหรือแก้ไข ปัญหา</p>	<p>๑. มีคณะทำงาน ภาคี เครือข่าย ทั้งภาครัฐเอกชน และประชาชน ตามประเด็น วางแผนแนวทางในการ ขับเคลื่อนประเด็นการ พัฒนาคุณภาพชีวิตตาม ที่ พื้นที่กำหนด</p> <p>๒. มีการดำเนินงาน ขับเคลื่อนแก้ไขประเด็น ปัญหาเพื่อการพัฒนา คุณภาพชีวิตของประชาชน กลุ่มเป้าหมายตามหลัก UCCARE จาก พขอ. สู่ พชต.อย่างเป็นรูปธรรม</p>	<p>๑.มีการติดตามเสริมพลัง และประเมินผลการ ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ ชีวิตประชาชน กลุ่มเป้าหมาย โดยการ ติดตามเสริมพลังของทีม เสริมพลังระดับจังหวัด</p>	<p>๑.ภาคีเครือข่ายสุขภาพ อำเภอมีการดำเนินงาน และผ่านเกณฑ์การประเมิน การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มี คุณภาพ (ร้อยละ ๘๐)</p> <p>๒.คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ สามารถดูแลคุณภาพชีวิต กลุ่ม เปราะบาง ได้</p> <p>๓.สรุปผลการดำเนินงาน หรือถอดบทเรียนเพื่อพัฒนา ต่อยอดเป็น R๒R หรือ Best Practice ต่อไปได้</p>

KPI	เป้าหมาย ๓ เดือน	เป้าหมาย ๖ เดือน	เป้าหมาย ๙ เดือน	เป้าหมาย ๑๒ เดือน
	<p>๓. มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการดูแลที่ชัดเจนตามประเด็นปัญหาและบริบทของพื้นที่</p> <p>๔. มีการประเมินตนเองตามแนวทางการประเมิน UCCARE ในโปรแกรม CL UCCARE R๘</p> <p>๕. บูรณาการใช้แนวทางของตำบลจัดการสุขภาพร่วมวางแผนการพัฒนาและแก้ไขร่วมกันโดยให้ชุมชน ภาควิเคราะห์และทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม</p>	<p>๓. มีการดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง ตามบริบทพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยผ่านกลไก พชอ. พชต. /คณะกรรมการตำบลจัดการสุขภาพที่มีคุณภาพ</p> <p>๔. มีการประชุมคณะกรรมการ (พชจ./พชอ./พชต.) อย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์</p>		

เป้าหมาย

ประชาชนมีระบบสุขภาพยั่งยืน

สสจ.

1. ประชุมชี้แจงนโยบาย กำหนดทิศทางแนวทางการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิ ประจำปี ๒๕๖๖
2. ทบทวนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด(พชจ.) และยกระดับการขับเคลื่อน พชอ. โดย พชจ.
3. สนับสนุนให้เกิดการบูรณาการระบบสุขภาพปฐมภูมิร่วมกับกลไก (พชอ./พชต.) เพื่อเกิดการดูแลอย่างมีส่วนร่วมและไร้รอยต่อ

สสอ.

รพท./รพช.

1. ประชุมชี้แจงนโยบายในการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิ
2. ทบทวนการแต่งตั้งคณะกรรมการ ขับเคลื่อน สนับสนุนกลไก พชอ./พชต. หรือ คณะกรรมการอื่นที่เกี่ยวข้อง
3. คัดเลือกประเด็นปัญหาที่สำคัญตามบริบทของพื้นที่ในการดูแลสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน และบูรณาการตำบลจัดการสุขภาพ
4. การกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการดูแลที่ชัดเจนตามประเด็นปัญหาและบริบทของพื้นที่
5. มีการประเมินตนเองตามแนวทางการประเมิน UCCARE ในโปรแกรม CL UCCARE R๘
6. ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง ชื่นชมการดำเนินงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของแต่ละพชต.
7. คัดเลือกตำบลต้นแบบจัดการคุณภาพชีวิต ชุมชนสร้างสุข

การแก้ไขปัญหา

รพ.สต.

1. ทบทวนการแต่งตั้งคณะกรรมการ ขับเคลื่อน สนับสนุนกลไก พชต.
2. คัดเลือกประเด็นปัญหาที่สำคัญตามบริบทของพื้นที่ในการดูแลสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน
3. มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการดูแลที่ชัดเจนตามประเด็นปัญหาและบริบทของพื้นที่
4. พชต. ทุกแห่งสร้างการบูรณาการและเชื่อมโยงการทำงานของ ๓ หมอรู้จักคุณ , สมาร์ท อสม. , ศูนย์ร่วมสุข, PCU/NPCU, ตำบลจัดการสุขภาพร่วมกับกลไก(พชอ./พชต.) เพื่อเกิดการดูแลอย่างมีส่วนร่วมและไร้รอยต่อ
5. สรุปผลการดำเนินงานหรือถอดบทเรียนเพื่อพัฒนาต่อยอดเป็น R๒R หรือ Best Practice ต่อไป

ขอบคุณค่ะ

