



กลไกขับเคลื่อนDHS สู่ปฏิบัติ ปฐมภูมิเข้มแข็ง "ฝันให้ไกล ตั้งใจไปให้ถึง"



นพ.นิทัศน์ รายนว
รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
วันพุธที่ 23 มกราคม 2556

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ DHS

1. ร้อยละของอำเภอที่มี DHS เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ

(ไม่น้อยกว่า 50)

2. รพ.สต.ได้รับการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศเชื่อมโยงครอบคลุม รพ.สต. ทุกแห่ง ในปี 2556

(ร้อยละ 100)

3. ลดค่าใช้จ่ายเดินทางผู้ป่วยและญาติ

(ให้ได้ร้อยละ 10)

4. ลดความรุนแรงโรคเบาหวาน ความดันฯ

(ให้ได้ร้อยละ 50)

5. มีผู้ป่วยเบาหวาน ความดันฯ เข้ารักษา รพ.สต. (ให้ได้ร้อยละ 50)



“ประชาชนทุกครัวเรือนมีหมอใกล้บ้านใกล้ใจ ติดต่อได้ตลอดเวลา

ที่มา: นำเสนอที่ประชุมผู้บริหารกระทรวงฯ 9 ม.ค.56

Strategic Planning

กับตักการขับเคลื่อน DHS สู่เขตบริการ



ขาดข้อมูลที่ถูกต้อง เห็นข้อมูลไม่เท่ากัน
วิเคราะห์ก็คลาดเคลื่อน

ขาดใจมุ่งมั่น พลังถดถอย
แผนรุกแปลงเป็นแผนรับ



“การปฏิบัติสำคัญกว่าวางยุทธศาสตร์”
(Lawrence G. Hrebiniak)

Value Chain การขับเคลื่อน DHS สู่พื้นที่

Key Success	Time frame	⇒Project/Activity⇒	KPI&Target
Strengthening รพ.สต./หน่วยปฐมภูมิ 1. รพ.สต./ศสม. คุณภาพ 2. นสค. ดูแลประชากร 1: 1250 คน 3. ทุติยภูมิ/ตติยภูมิส่งต่อคุณภาพ	●ม.ค.56 – ปรับโครงสร้างบริการ ●มี.ค.56 –สรุปผลงาน&มีข้อเสนอ การพัฒนาแบบต่อเนื่อง	?	●ร้อยละของของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยง ระบบ บริการปฐมภูมิกับชุมชนและ ท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ
Empower นสค. “ ครอบถ้วน ครอบคน ครอบเวลา ” 4.ค่าตอบแทน ตามภาระงาน 5. อำนาจการตัดสินใจดูแลประชากร 6. มีตัวช่วย Note Book,Pro.มือถือ	● ม.ค.56 – ประชุมสื่อสารนโยบายแก่ผู้ ปฏิบัติในพื้นที่และกำหนดโครงการพื้นที่ ● มี.ค. 56 – เริ่มโครงการพัฒนาระบบงานใน		●ร้อยละของประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง (ไม่ น้อยกว่า 90) ●ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิต สูงที่ได้รับการรักษาที่ ศสม./รพ. สต. (มากกว่าร้อยละ 50)
Commitmentผู้นำเดิมทรัพยากร เดิมที่ 7. จัดสรรพยาบาลใน รพ.สต. ให้ (ตามมติประชุมผู้บริหาร 3 ส.ค.56)			
Networking 8. จัดหมอบที่ปรึกษา 1 หมอ 1 รพ.สต. ให้ค 9. กรมเดิมทักษะ 5 เสือปฐมภูมิระดับ 10.สร้างเครือข่ายวิชาการกับหน่ วิชาการ			
IT management เชื่อมโยง ครอบคลุม 11. เชื่อมข้อมูล(43แฟ้ม)Health Data center 12. ใช้ GIS ค้นหาพิกัดหลังคาเรือนประชาชน 13 .นสค.บริการแบบ One stop service บริการ บันทึกข้อมูลเสร็จสิ้นในขั้นตอนเดียวกัน	●ก.ย.56 ปรับปรุง ระบบ Data Center ครบวงจร ภายในปี 2556	?	●ร้อยละของผู้สูงอายุ ได้รับการ คัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิต สูง(เท่ากับ 90) ●ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่มี การปรับพฤติกรรม 3 อ 2 ส และ ลดเสี่ยง (ไม่น้อยกว่า 50)

ที่ประชุม Workshop แผนงานโครงการ
ที่เป็น “product champion.” ของแต่ละเขตบริการ

เป้าหมาย DHS

All people

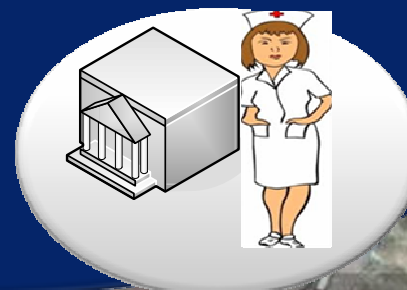


"ครอบคลุมคน ครอบคลุมที่ ครอบคลุมประเด็น"

บุคคลากร DHS



7 : 9,000



ประชากรที่ตนเอง
ต้องดูแลใกล้เคียง
1 : 1250



การเชื่อมโยงเครือข่ายปฐมภูมิ (แพทย์ นศค. และ อสม.)

ดูแลประชาชน 55 ล้านคน

แพทย์



1:12

1:12

1:12

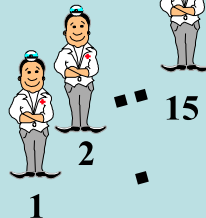
นศค.



1

1:25

อสม



15

1

2

15

1



...



...

20

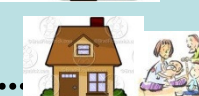


1,250

1



...



...

20



1,250

1



...



...

20



1,250

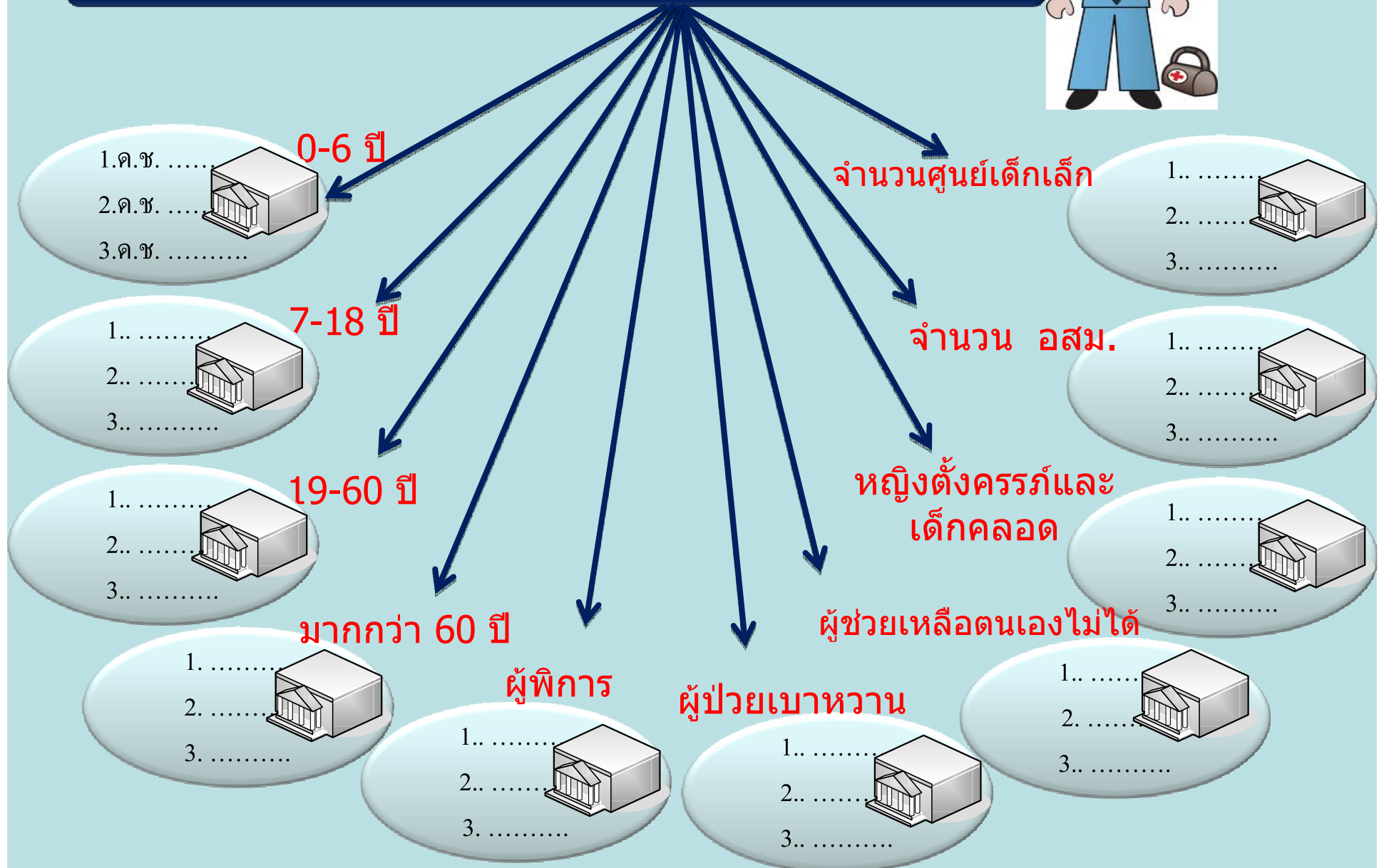
ปรึกษาทางไกล ฟังได้เหมือนญาติ



ข้อตกลงเบื้องต้น

- 1 .เจ้าหน้าที่ ออกงานเชิงรุกชุมชนดูแล 1:1250 คน
- 2 .ทำงานเป็นทีม รพสต.ดูแลประชากรเครือข่ายตำบล 5,000-10,000คน
- 3 ทุกคนมีข้อมูลปชก. 1250 คน บันทึกใน Notebook หรือ IT อื่นๆ ครบถ้วน
4. ออกปฏิบัติงานเชิงรุกมี 3 ประเภท
 - 4.1 ออกเยี่ยมเยียนดูแลทุกปัญหาแบบบูรณาการ
 - 4.2 ออกเยี่ยมทีมเล็ก (1-2 คน) เพื่อให้คำแนะนำติดตามช่วยเหลือ แก้ปัญหา ประสานงาน อปท. ประสานชุมชน ประสานการรณรงค์ต่างๆ
 - 4.3 ออกเยี่ยมเยียนแบบบูรณาการ มีการติดตามดูแลผู้ป่วยเรื้อรังติดเตียง โดยสหวิชาชีพ ซึ่งเจ้าหน้าที่ที่เป็นนักสุขภาพครอบครัว

ประชากรที่ตนเองต้องดูแลใกล้ชิด



จำนวนประชากรที่ดูแลใกล้ขีด

1.ประชากรรวม	1250
2.เด็ก 0-6 ปี (เด็ก)	120
3.กลุ่มอายุ 7-18 ปี	230
4. กลุ่มอายุ 19-60 ปี	750
5.กลุ่มผู้สูงอายุ > 60 ปี	150
6.ผู้พิการ	26
7.ผู้ป่วยเบาหวาน	72
8.ผู้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (ติดเตียง/ติดบ้าน)	5
9.หญิงตั้งครรภ์และเด็กคลอด	13
10.จำนวน อสม.	25
11.จำนวนศูนย์เด็กเล็ก	1





นสค มีข้อมูล ประชาชนบันทึก ใน Notebook



ผล Performance รายเดือน

- | | |
|--|----------|
| 1.จำนวนคาบที่ออกเยี่ยมบ้าน/ชุมชน (คาบละ 3 ชม.) x 24 คาบ | 12 คะแนน |
| 2.ทำแผนปฏิบัติงานออกเยี่ยมกำหนด วัน/สถานที่/บุคคล | 8 คะแนน |
| 3.ปรับข้อมูล (Update) ที่มีการเปลี่ยนแปลง x 4 สัปดาห์ | 12 คะแนน |
| 4.คัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1/12 ของเป้าหมาย | 5 คะแนน |
| 5.เด็ก 1-6 ปี ได้รับการส่งเสริมสุขภาพฟันครบถ้วน1/12 | 5 คะแนน |
| 6.จำนวนวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่เกิน 1 คนต่อเดือน
(หรือคิดรวมปีละ 5 คน) | 5 คะแนน |

ผล Performance รายเดือน(ต่อ)



- | | |
|---|---------|
| 7.เด็ก 0-6 ปี ทุกคนได้รับการตรวจ WCC. 1/12 | 5 คะแนน |
| 8.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และครบถ้วน 5 ครั้ง | 5 คะแนน |
| 9.เด็กคลอดทุกคนได้รับการดูแล WBC และพัฒนาครบ 1 ปี | 5 คะแนน |
| 10.ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลได้เกิน 50% | 5 คะแนน |
| 11.ผู้พิการได้รับการเยี่ยมและฝึกให้ช่วยตนเอง | 5 คะแนน |
| 12.ผู้สูงอายุที่ติดเตียงและติดบ้าน ได้รับการเยี่ยมและช่วยตนเองได้ | 5 คะแนน |
| 13.ประธานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อร่วมขับเคลื่อนกิจกรรมทางสุขภาพ | 3 คะแนน |

ผล Performance รายเดือน(ต่อ)

14. มีการจัดจรรงค์กิจกรรมด้านสาธารณสุขในชุมชน	3 คะแนน
15. มีการสอน อสม. อย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง	3 คะแนน
16. ประสานการส่งต่อและรับปรึกษาคุณภาพชีวิต	3 คะแนน
17. ผลการปฏิบัติงานรวม รพ.สต./ ศสม.	8 คะแนน
18. ดำเนินกิจกรรม นวัตกรรม อื่นๆ	3 คะแนน
รวม	100 คะแนน





วิธีการจ่ายเงินค่าตอบแทน (P4P)



ช่วงคะแนน

ค่าตอบแทน (บาท)

1. น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 คะแนน (ไม่ได้เงิน)	0
2. 61 - 75 ให้ได้รับค่าตอบแทนคะแนนละ 10 บาท	10 - 1500
3. 76 - 90 ให้ได้รับค่าตอบแทนคะแนนละ 15 บาท	15 - 2250
4. 91 – 99 ให้ได้รับค่าตอบแทนคะแนนละ 20 บาท	20 - 1800
5. 100 คะแนนเต็ม	6000



ตัวอย่างการปฏิบัติงานของนักสุขภาพครอบครัว เพื่อบรรลุความสำเร็จในงานปฐมภูมิเพื่อ P4P

1. วางแผนออกเยี่ยมชุมชน

- 1.1 ภาคเช้าออกทุกวันอังคารและวันพฤหัสบดี ทุกสัปดาห์ รวม 8 คาบ
- 1.2 ภาคบ่ายออกปฏิบัติงานชุมชนทุกวัน ยกเว้นวันพุธ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ รวม 16 คาบ รวมเวลาออกพื้นที่ 24 คาบ

2. ทำแผนปฏิบัติการ

- 2.1 ให้วัคซีนเด็ก DPT,OPV 1 ปีแรก ครบ 3 ครั้ง มีรายชื่อเด็กที่ตนเองดูแล มีประมาณ 10 คน ต้องติดตามดูแลรายบุคคล และดูแล WBC ครบถ้วน

- 2.2 เด็กอ่อนวัยเรียน 0-6 ปี มีรายชื่อเด็ก ที่ตนเองรับผิดชอบ 120 คน และ
ดำเนินการวางแผนในการทำงาน

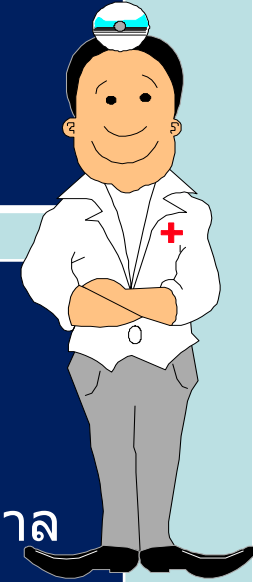
- 2.2.1 การดูแลสุขภาพฟัน

- 2.2.2 ตรวจ WCC

2.3 รายชื่อกลุ่มอายุ 13-19 ปี เป้าหมายจำนวน 130 คน

2.3.1 การวิเคราะห์ความเสี่ยงที่อาจจะตั้งครรภ์ และออกไปเยี่ยมเยียนให้ Sex Education (พร้อมแจกถุงยางอนามัยให้เด็กชายกรณีเสี่ยง)

2.3.2 เฝ้าระวังพฤติกรรมยาเสพติดและให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ที่เป็นปัญหา



2.4 มีรายชื่อหญิงตั้งครรภ์ครบ 10 คน ที่อยู่ในความดูแล (ออกเยี่ยมทุกสัปดาห์)

2.4.1 ติดตามให้ ANC ครบ 5 ครั้ง ทุกคน

2.4.2 รู้วันกำหนดคลอดและประสานการคลอดรับออกจากโรงพยาบาล และสร้างความคุ้นเคยระหว่างคนตั้งครรภ์และคนที่ทำคลอด

2.4.3 ให้ความช่วยเหลือเพื่อติดตามป้องกัน เพื่อไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนในกรณี High Risk Pregnancy

2.5 สตรีอายุ 35 ปี ขึ้นไปจำนวน 240 คน ให้ตรวจดูรายชื่อผู้ที่ยังไม่ได้ทำ Pap Smear วางแผนประสานการตรวจให้ครบถ้วน แยกบริการรายเดือน

2.6 มีรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานทุกคนหลังคัดกรอง จำนวน 75 คน

2.6.1 ดูแลการควบคุมน้ำตาลในเลือด และให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2.6.2 ให้ความรู้ญาติ สายตรง เพื่อเฝ้าระวังไม่ให้เกิดโรค

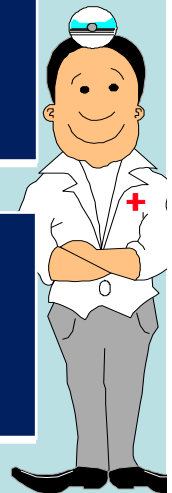
2.7 มีรายชื่อผู้พิการครบถ้วนจำนวน 26 คนแยกประเภทและกำหนดภารกิจ
ออกเยี่ยมเยียน พร้อมอุปกรณ์ช่วยเหลือ

2.8 มีรายชื่อผู้สูงอายุติดบ้าน, ติดเตียง, พร้อมทำแผนการออกเยี่ยมเยียน

2.8.1 ช่วยปรับสภาพที่อยู่อาศัย

2.8.2 สนับสนุนการช่วยเหลือครอบครัว

2.9 มีแผนออกเยี่ยมเยียนศูนย์เด็กเล็ก เพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหารวมทั้ง
ประสานงานกับครูพี่เลี้ยง



2.10 กำหนดประเด็นสอน อสม. ในกลุ่ม อสม. ที่ตนเองดูแล 25 คน

2.11 กิจกรรมรณรงค์อื่น ๆ (ถ้ามี)

2.12 การประสาน อปท. (ประชุมร่วมกันเยี่ยมเยียนและนำคืนข้อมูลสุขภาพประชาชน) อาจไปเยี่ยมเป็นทีมก็ได้

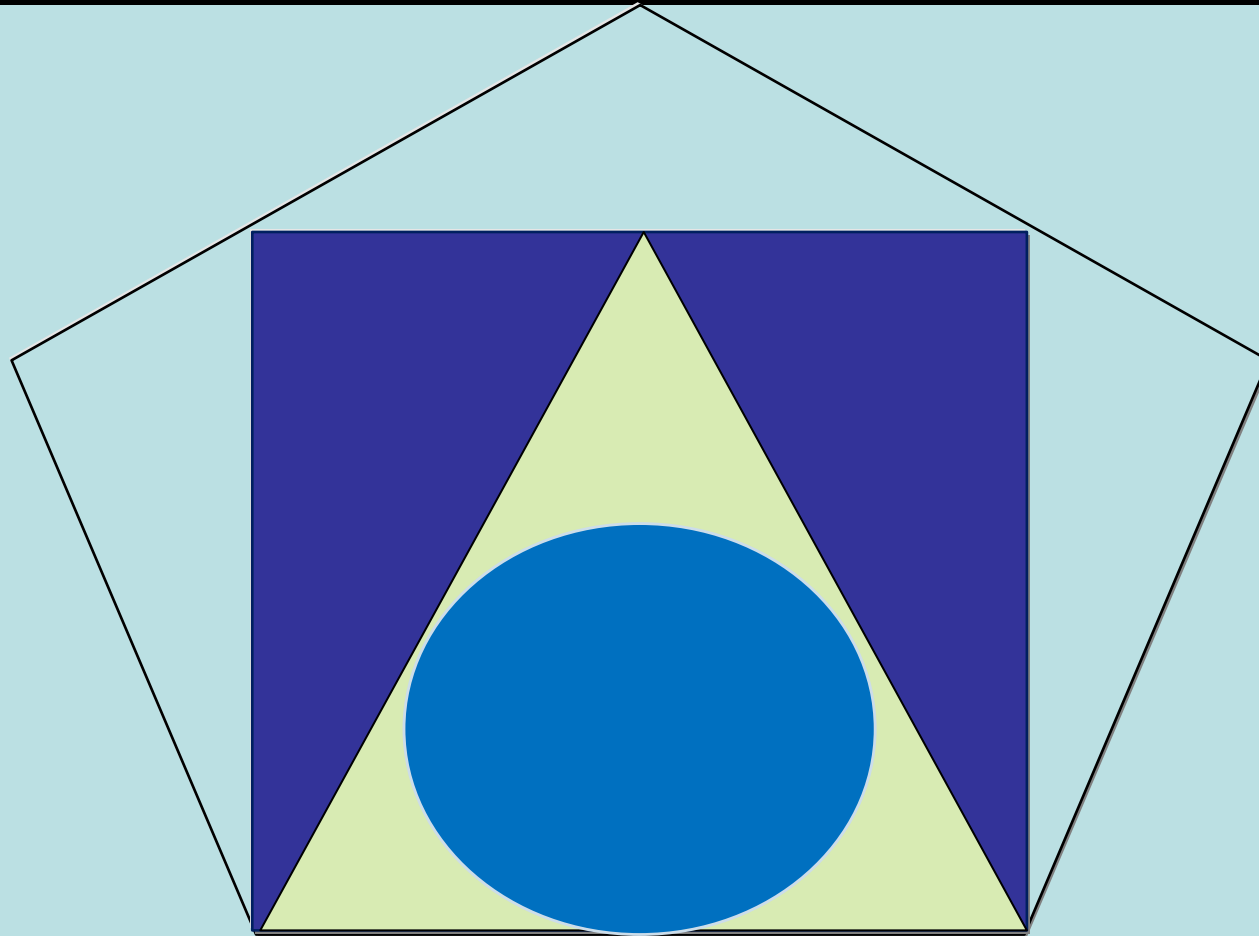
2.13 มีแผนการเยี่ยมบูรณาการ โดยสหวิชาชีพ ด้วยการนำ Case มาปรึกษา ก่อนยกทีมใหญ่ไปเยี่ยม ซึ่งทีมใหญ่ประกอบด้วย แพทย์, เกษตรกร, ทันตแพทย์, พยาบาลเชี่ยวชาญ, นักกายภาพบำบัด, โภชนาการ ออกไปช่วยเหลือ

2.14 แผนการเยี่ยมเยียน ทีมเล็กมี 1-2 คน ช่วยเหลือกันในวิชาชีพอื่น ๆ ที่ทำงานร่วมกัน (พยาบาล, นักวิชาการสาธารณสุข, นักกายภาพบำบัด, แพทย์แผนไทย, เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน, ทันตภิบาล)

2.15 แผนการปฏิบัติงานเชิงรุกในโรงเรียน



หน่วยงานรับผิดชอบ



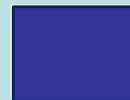
รพ.สต.
ตำบล/ตสม



รพช.+สสอ.
อำเภอ



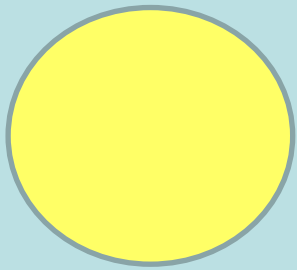
รพศ./รพ.ท / สสจ.
จังหวัด



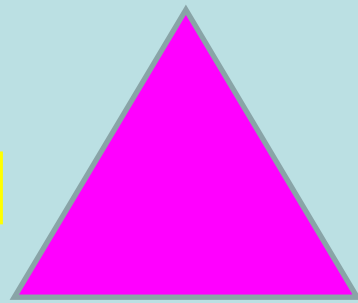
เขตเครือข่ายบริการ
ผู้ตรวจราชการฯ



กลไกบริหาร DHS



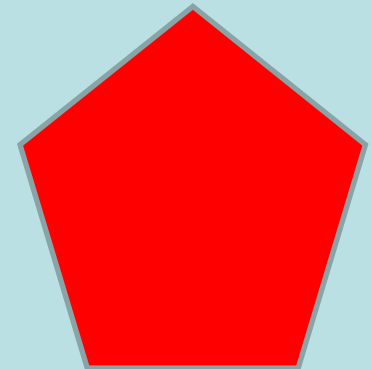
รพสต./ศสม
(ตำบล)



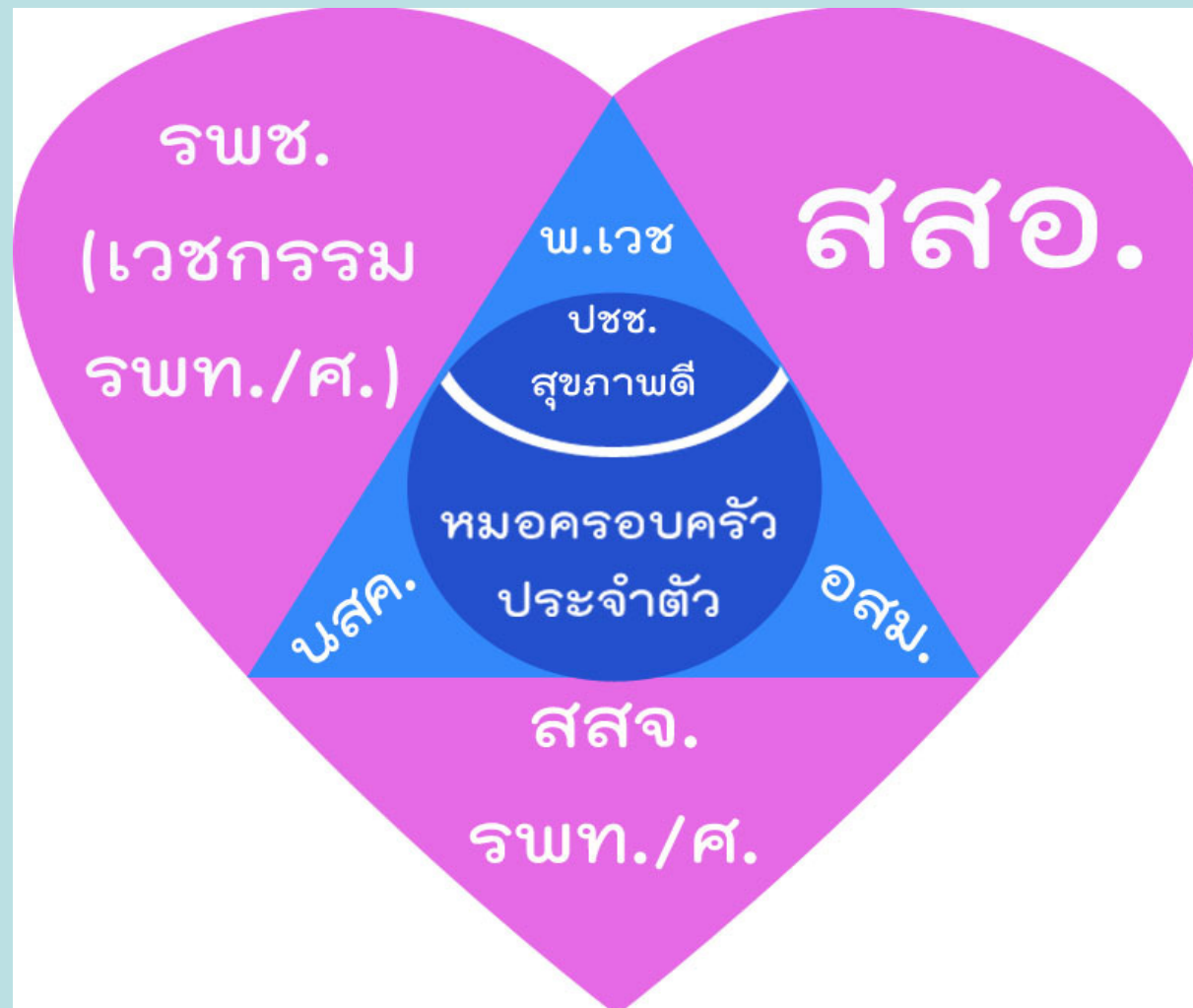
รพช.+สสอ.
กรรมการ
ปฐมภูมิอำเภอ



รพศ./รพท..
กรรมการ
ปฐมภูมิจังหวัด

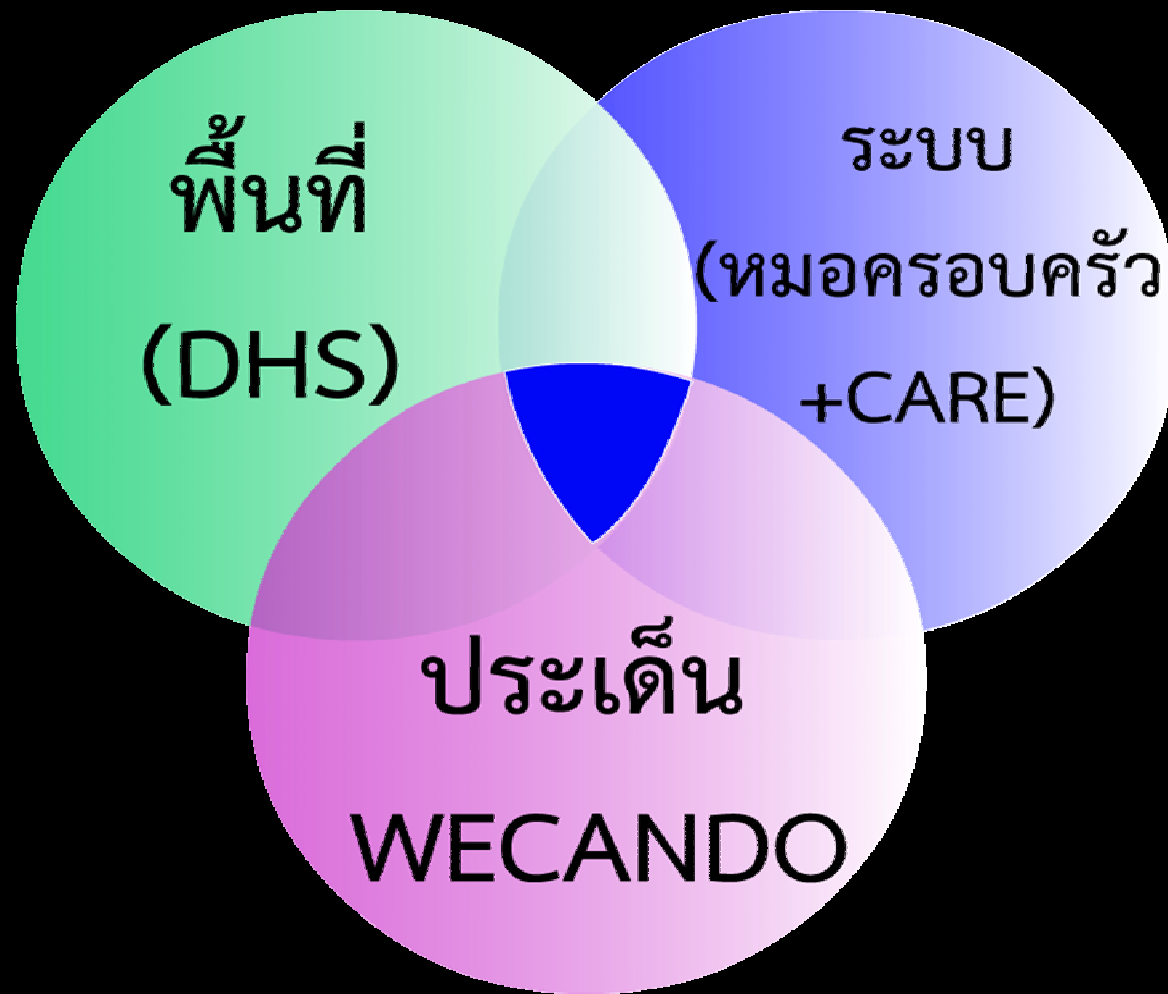


เขตเครือข่าย
กรรมการ
ปฐมภูมิเขต



DHS

พลังขับเคลื่อนสุขภาพเข้มแข็ง



ยุทธศาสตร์ดูแลประชาชน
"ทุกคน ทุกประเด็น ทุกเวลา"

พื้นที่ (DHS)

- ใช้อำเภอเป็นฐาน
- ผอ.รพช. + สสอ. เป็นมิตรใกล้ชิด
- ทีมงาน รพช. + สสอ. เป็นผู้สนับสนุน
- รพ.สต. (ศสม.) เป็นผู้ปฏิบัติเข้มแข็ง
(POWER FULL)

ยุทธศาสตร์

- 1 สร้างองค์กรนำขับเคลื่อนมีประสิทธิภาพ
- 2 เสริมพลังผู้ปฏิบัติงานอย่างเต็มที่
- 3 ประสาน/ร่วมมือ อปท "ร่วมใจ ทรงพลัง"
- 4 บูรณาการทุกภาคส่วน "เป็นหุ้นส่วน"
- 5 สร้างการมีส่วนร่วมชุมชน "เฝ้าระวัง"

ยุทธวิธี 1 สร้างองค์กรนำ

1.1 “รวมคน รวมเงิน รวมงาน”

พื้นที่อำเภอเป็นเป้าหมาย

1.2 สร้างการมีส่วนร่วมยั่งยืน

**“ร่วมดำเนินงาน ร่วมประเมิน
ร่วมรับผิดชอบ”**

1.3 เริ่มปฐมภูมิเชื่อมโยง 8 ประเด็น

1.4 ดูแลประชาชนจากครัวเรือน

ยุทธวิธี 2 เสริมพลังผู้ปฏิบัติงาน

2.1 เสริมคน นสค : ปชก = 1 : 1250

2.2 เสริมทักษะ(ความรู้ ความสามารถ)

2.3 เสริมกำลัง พาหนะ IT โปรมือถือ

2.4 เสริมใจ ความก้าวหน้า ค่าตอบแทน

2.5 เสริมแนวทาง "ข้อมูล มีไว้ใช้ ประเมิน"

ยุทธวิธี 3 ประสาน อปท "ร่วมใจ ทรงพลัง"

3.1 " บทบาทใหม่ ภารกิจใหม่"

3.2 เป้าหมายชัดเจน

"ทุกคน ทุกประเด็น ทุกเวลา"

3.3 เร่งรัดงาน "แบบหุ้นส่วน"

ยุทธวิธี 4 บุรณาการทุกภาคส่วน

- 4.1 ระดมวิชาการ ทักษะ หนุนช่วยพื้นที่
- 4.2 ร่วมกำหนดธงนำแบบมีส่วนร่วม
“ทุกเรื่อง ทุกหน่วย ทุกปัญหา”
- 4.3 จัดแพทย์ที่ปรึกษา 1:12(พ.เวช)

ยุทธวิธี 5 ชุมชนเฝ้าระวังภัยสุขภาพ

5.1 เชื่อมโยงปัญหาสู่การเฝ้าระวัง
"ชุมชนเฝ้าระวังกันเอง"

5.2 ประชาชนมีบทบาทและมีโครงการ

5.3 ชุมชนกำหนดมาตรการทางสังคม

กระบวนการพัฒนา

“พลังขับเคลื่อนสุขภาพเข้มแข็ง”

1 จัดองค์กร “ติดตาม ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ”

2 ประชาชน “ดี เสียง ป่วย คือเป้าหมาย”

3 นสค เป็นญาติดูแลแบบ “หมอบรรอบค้อม”

4 นสค มีแพทย์ที่ปรึกษา

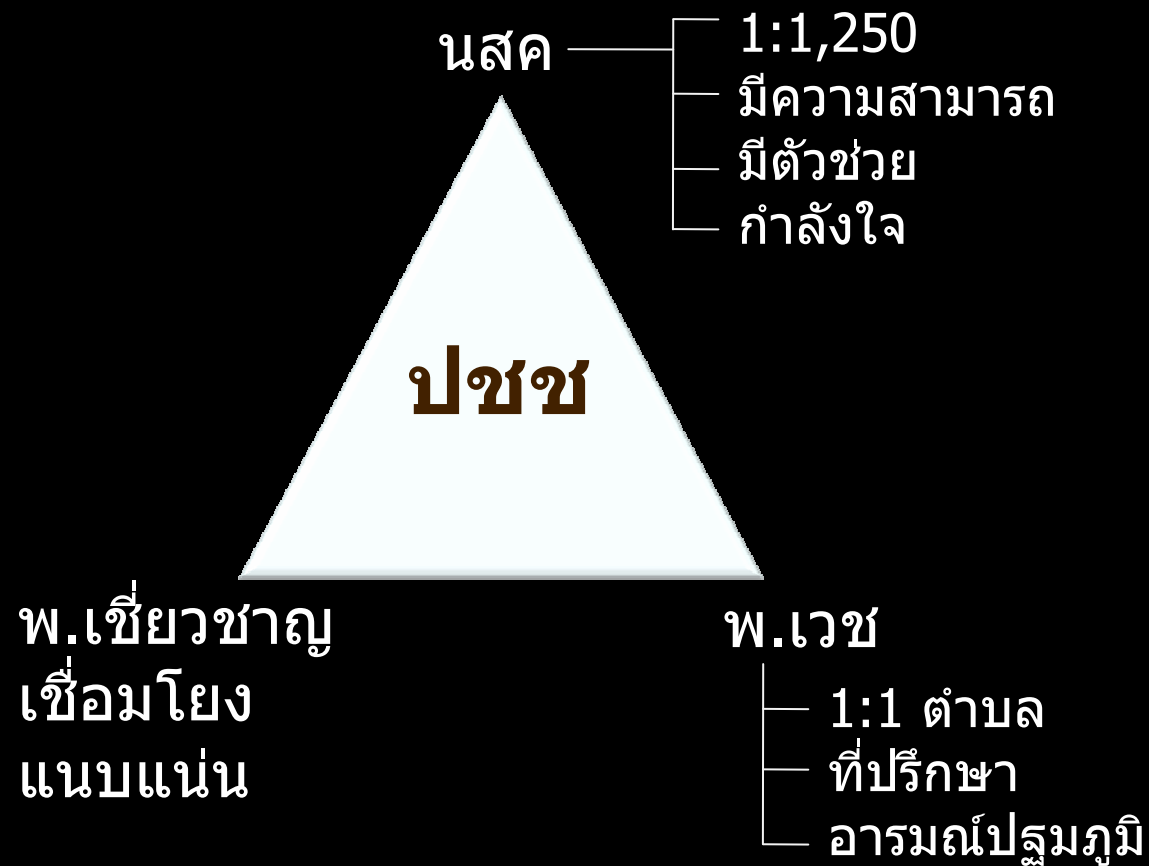
“ครู ผู้มีภารกิจ ร่วมดูแลครอบครัว”

5 จัดปรึกษา ปชช ถึง นสค ต่อหาแพทย์

6 เต็มทักษะ นสค สม่ำเสมอ ต่อเนื่อง

ระบบ

1. หมอครอบครัว



2. CARE (ดูแลด้วยหัวใจ)

2.1 Consultation

2.2 A tele doctor @ hosp nearby

2.3 Remote monitor and FU. @ home

2.4 Extend personel Health promotion program

- ปรึกษาทางไกล
ฟังได้เหมือนญาติ



- พบหมอใกล้ตัว
ทั่วถึงออนไลน์



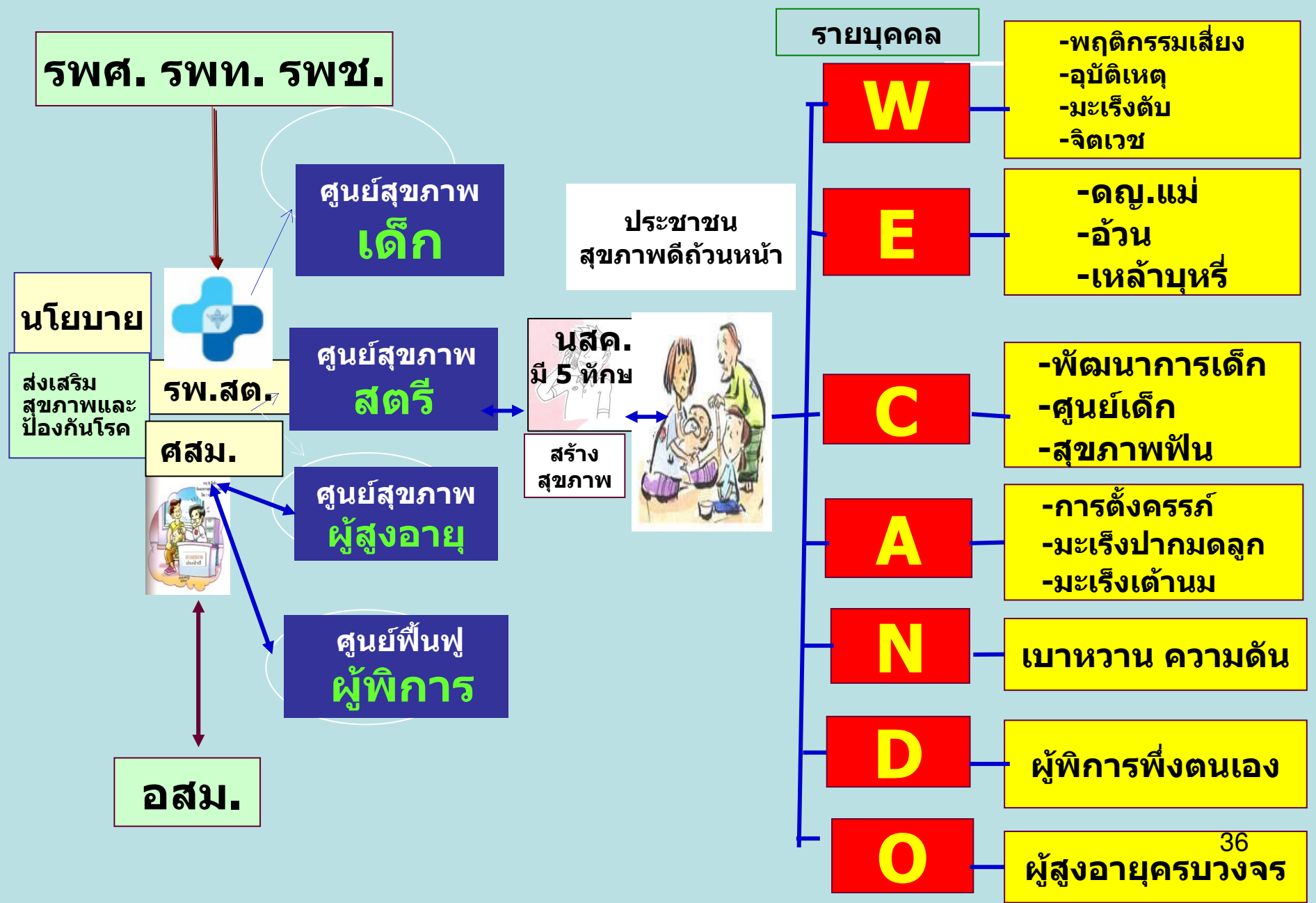
- ดูแลถึงบ้าน
เบิกบานถ้วนทั่ว



- แผนส่งเสริมสุขภาพ
รายคน ชุมชน
ร่วมแรงแข่งขัน



นโยบายส่งเสริมสุขภาพแลป้องกันโรค ปี ๕๖



ประเด็น

1. รายบุคคล รวม 19 ประเด็น

W- HIV ลดลง
สตรีตรวจเต้านมเอง
สตรีตรวจ CA Cx
E- เหล้า / บุหรี่/ฟันผุ
เด็กหญิงแม่
นักเรียนอ้วน
นร.ชายใช้Condom
C- โรคหัด
เด็กพัฒนาการสมวัย
เด็กจมน้ำตายลดลง

A-ANC 12 w/QANC
MMR/IMR

N-DM / HT

D-พิการ ฟังตัวเอง

O-สูงอายุ ครบวงจร

ประเด็น

2. พัฒนาหน่วยสนับสนุนใน รพช + เวชกรรม + พื้นที่ รวม 9 ประเด็น

- 2.1 ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ
- 2.2 ห้องคลอดคุณภาพ
- 2.3 คลินิก NCD คุณภาพพึงได้
- 2.4 ศูนย์ปรึกษาคุณภาพ
- 2.5 ศูนย์ผู้สูงอายุ / พิการ
- 2.6 DHS เครือข่ายอำเภอเข้มแข็ง
- 2.7 สถานบริการปลอดบุหรี่
- 2.8 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง(ศสม)คุณภาพ
- 2.9 โรงเรียนปลอดน้ำอัดลม

เป้าหมาย P&P ปี ๕๖

กลุ่ม/ประเด็น	ภารกิจรายประเด็น	นสค. ๑ คน ดูแลประชากร ๑ : ๑,๒๕๐ คน	เครือข่าย รพ.สต. ดูแล ๘,๐๐๐ คน	ประเทศ ๖๕ ล้านคน
W (๖๖%) ภัยแรงงาน	-พฤติกรรมเสี่ยง อุบัติเหตุ, มะเร็งตับ, จิตเวช	๘๒๕	๕๓๐๐	๔๓
E (๑๓%) ภัยเรียน/รุ่น	-ดญ.แม่-จ๋วน -เหล้า ,บุหรี่	๑๖๐	๑,๐๐๐	๘.๕
C (๘ %) เด็ก๐-๕ ปี	-เด็กปฐมวัย -สุขภาพฟัน	๑๐๐	๖๕๐	๕ ล.
A (๒๐%) หญิงตั้งครรภ์ มะเร็งปากมดลูก	-หญิงตั้งครรภ์ -มะเร็งมดลูก -มะเร็งเต้านม	๑๔ ๒๕๐	๙๐	๑๓ ล.
N เบาหวาน ความดัน	-เบาหวาน -ความดัน	๖๐	๔๐๐	๓.๒๕
D (๒ %) ผู้พิการ	-ผู้พิการพึ่งตนเอง	๒๔	๑๖๐	๑.๓
O (๑๓%) ผู้สูงอายุ	-ดูแลผู้สูงอายุ แบบครบวงจร	๑๖๐	๑,๐๐๐	๘.๕

การบริหารจัดการ IT e-Healthcare DATA center

- 1 นสค.เยี่ยม 19 ประเด็น 43 แฟ้ม N.book**
- 2 รวม รพสต/ศสม อ.จ. ขึ้น I-Cloud**
- 3 ประชาชนโทรหา นสค**
- 4 นสคมีแพทย์ที่ปรึกษา(พ.เวชศาสตร์)
ติดต่อกันด้วย IT**
- 5 พ.เวชศาสตร์ปรึกษาพ.เชี่ยวชาญทาง IT**
- 6 DHS เตือนประชาชนด้วย SMS**
- 7.ประชาชนมีแผนดูแลสุขภาพ 5 อ**

A misty landscape with a large tree and a body of water. The sky is blue with some clouds, and the water is calm, reflecting the surrounding trees and sky. The overall mood is serene and contemplative.

เชื่อมั่น

และ

ทำให้

เป็นจริง

PARADIGM MUST SHIFT