



คำรับรองการปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข  
(Performance Agreement)  
ปีงบประมาณ พ.ศ.2562



# PA กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2562

อธิบดีและ  
ผู้ตรวจราชการ  
กระทรวงสาธารณสุข

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

- Stroke
- SEPSIS
- TRAUMA



**RDU**  
Service



**HRH**  
Transformation  
People



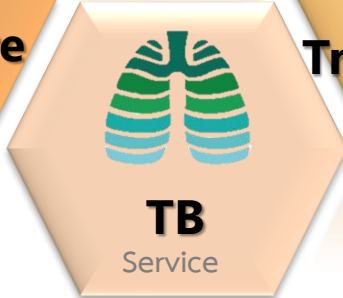
**Fast Track**  
Service



**Quality Organization**  
Governance



**Primary Care**  
PP&P/Service  
Governance



**TB**  
Service



**GREEN & CLEAN**  
Hospital  
PP&P



**Financial Management**  
Governance

- PMQA
- HA

- พชอ.
- PCC
- รพ.สต.ติดดาว



**Digital Transformation**  
Governance



**Mother & Child Health**  
PP&P



**ยาเสพติด**  
Service



**เขตสุขภาพ**  
Governance

## เป้าหมาย/ตัวชี้วัด:

- ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster) ค่าเป้าหมายสะสม ร้อยละ 36 (1170 ทีม) (จัดตั้งทีมคลินิกหมอครอบครัว ใหม่ 364 ทีม)
- ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคูณภาพ รพ.สต. ติดดาว ค่าเป้าหมาย ระดับ 3 ดาว 100 % และผ่านเกณฑ์ 5 ดาวสะสม ร้อยละ 60
- ร้อยละ 60 ของอำเภอมีการพัฒนาคูณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ

## สถานการณ์:

ประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ มีภาวะจากโรคที่ป้องกันได้ และข้อจำกัดของงบประมาณด้านสุขภาพของประเทศ จึงจำเป็นต้องทบทวนรูปแบบบริการจากดูเป็น "โรค" เป็นดูที่ "คน" ด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) ให้มีคุณภาพมาตรฐาน ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคูณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่  
Baseline : ปี 2561 จัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว 806 ทีม / รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ 5002 แห่ง 51.03 % / มีคณะกรรมการพัฒนาคูณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 878 อำเภอ

ยุทธศาสตร์  
/มาตรการ

กิจกรรมหลัก

ระดับ  
ความสำเร็จ

### 1. พัฒนารูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิ

- พัฒนารูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิ และการส่งต่อ
- ปรับปรุงและพัฒนาหลักเกณฑ์การจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว /เกณฑ์การพัฒนาคูณภาพ รพ.สต. ติดดาว
- พัฒนาคู่มือการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว/คู่มือแนวทางการพัฒนาคูณภาพ รพ.สต. ติดดาว
- วิจัยพัฒนารูปแบบการจัดบริการในคลินิกหมอครอบครัว อย่างน้อย เขตละ 1 แห่ง
- คัดเลือกพื้นที่ต้นแบบ ระดับเขต ให้เป็นพื้นที่ศึกษาดูงาน

ไตรมาส

- 1
- ประชุมชี้แจงทบทวนนโยบาย /พัฒนาคู่มือ PCC /ติดดาว
  - พื้นที่ต้นแบบ PCC ระดับเขต 12 แห่ง
  - คลินิกหมอครอบครัวประเมินตนเอง (3 S)
  - รพ.สต.ติดดาวอบรม & พัฒนาทีมประเมิน ระดับเขต
  - พชอ.มีการประชุมคัดเลือกประเด็นพัฒนาหรือแก้ไข ปัญหา อย่างน้อย 2 ประเด็น

### 2. พัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนและทีมสุขภาพ

- สนับสนุนการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และอบรมระยะสั้นแพทย์ทั่วไปด้านเวชศาสตร์ครอบครัว
- สนับสนุนการพัฒนาทีมสหวิชาชีพ ให้เพียงพอกับการจัดบริการปฐมภูมิ
- ประเมินและส่งเสริมพัฒนาหลักสูตรสำหรับอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ
- พัฒนาทีมประเมิน รพ.สต.ติดดาว ทีมประเมิน PCC ระดับจังหวัด ระดับเขต
- พัฒนาศักยภาพทีมเลขา พชอ.

ไตรมาส

- 2
- มีการศึกษาดูงานและเปลี่ยนเรียนรู้ PCC ต้นแบบ -คลินิกหมอครอบครัว ใหม่ (ผ่าน 3 S) 50 %
  - ประชาชนรู้จักหมอครอบครัว 30%
  - อบรม ครู ข ทุกเขตอย่างน้อย เขตละ 1 ครั้ง
  - แต่งตั้งทีมพัฒนา/ทีมประเมิน ระดับ จ. 1 ทีม/อ. 1 ทีม
  - คทง.มีการวางแผนขับเคลื่อน/มีการบริหารจัดการทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง/ดำเนินการตามประเด็นที่คัดเลือก

### 3. พัฒนาระบบสนับสนุนการพัฒนากลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

- ประสาน สร้างกลไกกรมส่วนร่วมภาคีเครือข่ายในการบริหารจัดการ จัดบริการและสนับสนุนและส่งเสริมให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันภายในอำเภอ
- พัฒนารูปแบบการสนับสนุนในด้านต่าง
- พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ เชื่อมโยงกับข้อมูลของหน่วยงานอื่นทั้งภาครัฐและเอกชน
- สนับสนุนศูนย์เรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและพัฒนาระบบปฐมภูมิ ระดับเขตสุขภาพ

ไตรมาส

- 3
- คลินิกหมอครอบครัว ผ่านการรับรอง ของ จ./ข.
  - PCC ขยายผลพื้นที่ต้นแบบเพิ่ม เขตละ 1 แห่ง
  - ประเมิน รพ.สต.ติดดาว ระดับ อำเภอ./จังหวัด/เขต
  - มีรูปแบบบริการ PCC จากการวิจัย พัฒนา เขตละ 1 แห่ง
  - ประชาชนรู้จักหมอครอบครัว 50 %
  - พชอ. ประเมินผลตนเอง และเยี่ยมเสริมพลัง จาก จ./ข.

### 4. ขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์และการอภิบาลระบบ

- ทบทวนแผนการจัดตั้งและกลยุทธ์การดำเนินงาน
- มีประชุมแบบมีส่วนร่วม เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและประเด็นพัฒนา มีการจัดแผนและดำเนินการตามแผนพัฒนาในระดับพื้นที่ เพื่อแก้ไขปัญหา อย่างน้อย 2 เรื่อง
- ติดตามและประเมินผล เยี่ยมเสริมพลัง และสรุปผลการดำเนินงาน/สรุปบทเรียน พชอ./PCC / รพ.สต.ติดดาว
- จัดทำอนุบัญญัติ ตามร่าง พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. .... และเตรียมชี้แจงต่อ สنجกฤษฎีกา
- สื่อสารประชาสัมพันธ์ นโยบาย PCC ติดดาว พชอ. และสร้างความเข้าใจ แก่บุคลากร และประชาชน
- มอบรางวัล รพ.สต.ติดดาว

ไตรมาส

- 4
- มีคลินิกหมอครอบครัว (ผ่าน 3S) 1170 ทีม (สะสม)
  - รพ.สต. ติดดาว ผ่าน 3 ดาว 100 % /ผ่าน 5 ดาว 60% (สะสม)
  - มีอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคูณภาพชีวิต ที่มีคุณภาพ 60%

# การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (RDU & AMR Service Plan)

Service Excellence

**เป้าหมาย  
/ตัวชี้วัด:**

Objectives: ใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพและความปลอดภัย และลดค่าใช้จ่ายด้านยา  
KPI 1. ร้อยละของ รพ. ที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

Objective: ลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา และลดการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างไม่เหมาะสม  
KPI 2. ร้อยละของ รพ. ที่มีระบบจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)

**สถานการณ์:**

ร้อยละของ รพ. ที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล RDU  
RDU ชั้นที่ 1 ร้อยละ 95.30 และ RDU ชั้นที่ 2 ร้อยละ 9.51 (ณ ไตรมาส 3/2561)

โรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) ร้อยละ 88.98  
(ตามเกณฑ์การประเมินในปี 2561)

ยุทธศาสตร์  
/มาตรการ

**มาตรการที่ 1 การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ใน รพ.**  
(ภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ)

**มาตรการที่ 2 การจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพ (AMR) อย่างบูรณาการ**  
(ภายใต้แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564)

กิจกรรมหลัก

**ระดับกระทรวง :**

อย. : พัฒนามิพวิชาการศึกษาระดับพื้นที่, พัฒนาวัดกรรมและงานวิจัยเชิงพื้นที่, ส่งเสริมการเข้าถึงฐานข้อมูล  
วิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์, รมรงค์ประชาสัมพันธ์, การนิเทศและสนับสนุนการดำเนินงาน  
สป.(กบรส.)/กรมการแพทย์ : พัฒนาระบบสารสนเทศ กำกับ ติดตามและประเมินผล (M&E)  
ระดับเขต/จังหวัด : ส่งเสริม สนับสนุน และกำกับ ติดตามการดำเนินงานในระดับพื้นที่

**ระดับ รพ.:**

1. ดำเนินการกิจกรรมตามกุญแจ PLEASE โดยมุ่งเน้น โรคติดเชื้อ 4 โรค และประชากรกลุ่มเสี่ยง 3 กลุ่ม  
คือ CKD ผู้สูงอายุ และ สตรีตั้งครรภ์
2. ส่งเสริมความรู้และตระหนักในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลใน รพ. รพ.สต. และชุมชน
3. เผื่อระวังและจัดการการกระจายยา Antibiotic/Steroid/NSAIDs ในร้านชำและชุมชน

**ระดับกระทรวง :**

อย. :พัฒนาแนวปฏิบัติ Integrated AMR management (IAM) ในโรงพยาบาล  
กรม คร. (สำนักระบาดวิทยา) : พัฒนาระบบเฝ้าระวังการระบาดของ AMR  
กรม คร. (สถาบันบำราศนราดูร) : IPC training/ ขยาย รพ.ที่เป็น IC surveillance  
กรมวิทย์ฯ : สนับสนุนระบบจัดการข้อมูลสารสนเทศของ microbiology lab /มาตรฐาน lab  
สป.(กบรส.) : จัดประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และติดตามประเมินผล (M&E)  
**ระดับเขต :** ทีม AMR ระดับเขต กำหนดมาตรการและสนับสนุนวิชาการให้โรงพยาบาล  
**ระดับ รพศ./รพท. :** ดำเนินการตามมาตรการ Integrated AMR management (IAM)  
(ปรับเกณฑ์การประเมินปี 2562 ให้มีรายละเอียดเพื่อป้องกันระดับการจัดการ AMR ได้)

ระดับ  
ความสำเร็จ

ไตรมาส  
1

RDU ชั้นที่ 1 ≥ ร้อยละ 80  
RDU ชั้นที่ 2 ≥ ร้อยละ 10

ไตรมาส  
2

RDU ชั้นที่ 1 ≥ ร้อยละ 85  
RDU ชั้นที่ 2 ≥ ร้อยละ 10  
AMR : ระดับ intermediate ≥ ร้อยละ 10

ไตรมาส  
3

RDU ชั้นที่ 1 ≥ ร้อยละ 90  
RDU ชั้นที่ 2 ≥ ร้อยละ 15

ไตรมาส  
4

RDU ชั้นที่ 1 ≥ ร้อยละ 95  
RDU ชั้นที่ 2 ≥ ร้อยละ 20  
AMR : ระดับ intermediate ≥ ร้อยละ 20

# การควบคุมป้องกันวัณโรค (TB)

Service Excellence

แก้ไข 19 ต.ค.61

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด: อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 85)

## สถานการณ์ :

สถานการณ์วัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ในปี 2558 – 2560 มีผลสำเร็จของการรักษา ร้อยละ 82.8 84.2 และ 84.4 ตามลำดับ และมีอัตราการเสียชีวิตระหว่างการรักษา ร้อยละ 8.5 8.9 และ 8.7 ตามลำดับ ส่งผลให้อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคของประเทศไทยต่ำกว่าเป้าหมาย เนื่องจากปัจจัยสำคัญ 3 ประการ คือ (1) ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตระหว่างการรักษาสูง (2) การขาดนัดรับยาอย่างต่อเนื่อง และ (3) ไม่มีการติดตามประเมินผลการรักษา การพัฒนานวัตกรรมและมาตรฐานระบบการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาของสถานบริการสาธารณสุข และการนำผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการการรักษาที่ได้มาตรฐาน จะทำให้เกิดผลสำเร็จของการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค และยังเป็น การควบคุมโรค โดยตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และป้องกันเชื้อวัณโรคด้วย

ยุทธศาสตร์  
/มาตรการ

### มาตรการที่ 1 ลดการเสียชีวิต

### มาตรการที่ 2 ลดการขาดยา

### มาตรการที่ 3 พัฒนาคุณภาพและระบบการกำกับติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค

กิจกรรมหลัก

มาตรการ

- เร่งรัดการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยด้วยวิธีการที่รวดเร็วและขึ้นทะเบียนรักษาทุกราย
- ตรวจสอบทดสอบความไวทุกรายเพื่อค้นหา RR/MDR-TB
- พัฒนาคุณภาพและประเมินมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในสถานพยาบาลให้ได้มาตรฐาน
- เฝ้าระวัง ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
- พัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการทางด้านวัณโรค

ผู้รับผิดชอบ

- กรมควบคุมโรค
- กรมการแพทย์
- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

มาตรการ

- ใช้กลไก case management team กำกับติดตามการรักษา โดยดูแลรักษาโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีพี่เลี้ยง (DOT)
- สร้างกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน
- ใช้กลไก พชพ.และกลไกในระดับพื้นที่ในการดูแลและติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องในพื้นที่
- การช่วยเหลือทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ผู้รับผิดชอบ

- กรมการแพทย์
- กรมควบคุมโรค
- กองบริหารการสาธารณสุข

มาตรการ

- กำกับ ติดตาม และประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Monitoring and evaluation) ใช้ระบบข้อมูลที่มีคุณภาพในการกำกับติดตามผู้ป่วยวัณโรค
- พัฒนาเครือข่าย ระบบข้อมูลในการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคเพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง
- ใช้กลไกของ พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ.2558 ในการกำกับการขึ้นทะเบียนและติดตามการรักษาวัณโรค
- สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ ระบบบริการสุขภาพ และคุณภาพของสถานพยาบาลในการให้บริการดูแลรักษา

ผู้รับผิดชอบ

- กรมการแพทย์
- กรมควบคุมโรค
- กรมควบคุมโรค
- กองบริหารการสาธารณสุข

ระดับ  
ความสำเร็จ

ไตรมาส 1

1. Situation analysis : วิเคราะห์สถานการณ์ ขนาดและความรุนแรงของปัญหา กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่เป้าหมายช่องว่างและปัญหาอุปสรรค
2. Planning จัดทำแผนงานเพื่อลดการเสียชีวิต การขาดยา และพัฒนาระบบการส่งต่อและติดตามผลการรักษา

ไตรมาส 2

- Monitoring**
- กำกับและติดตามการดำเนินงานมาตรการตามแผนงาน

■ ตัวชี้วัดกำกับติดตามมาตรการ :

- ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็น  $\geq$  ร้อยละ 82.5
- อัตราการเสียชีวิต  $\leq$  ร้อยละ 5 และ อัตราการขาดยาและโอนออกของผู้ป่วยวัณโรค เท่ากับ 0

ไตรมาส 3

- Monitoring**
- กำกับและติดตามการดำเนินงานมาตรการตามแผนงาน

ไตรมาส 4

- Evaluation**
- อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่  $\geq$  ร้อยละ 85 และ
  - ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ  $\geq$  ร้อยละ 82.5

# Human Resource for Health (HRH) Transformation

People Excellence

**เป้าหมาย :** เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

**ตัวชี้วัด :**

- ร้อยละของเขตสุขภาพมีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 70 (มีข้อมูล มีแผนการบริหารตำแหน่ง มีการดำเนินการตามแผน และบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ > ร้อยละ 71)
- จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข (เป้าหมาย อย่างน้อย จังหวัดละ 1 แห่ง , HPI > 65)

- ร้อยละของจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ ปี 2561 = 73.68, ณ 1 กันยายน 2561 มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอร้อยละ 88.47 แบ่งออกเป็นบุคลากรสายวิชาชีพมีความเพียงพอร้อยละ 67.43 บุคลากรสายสนับสนุนมีความเพียงพอร้อยละ 176.71

- องค์กรแห่งความสุข ปี 2560 Happinometer = 62.5 , HPI = 56.6 , ปี 2561 หน่วยงานมีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป ร้อยละ 71.9

**สถานการณ์:**

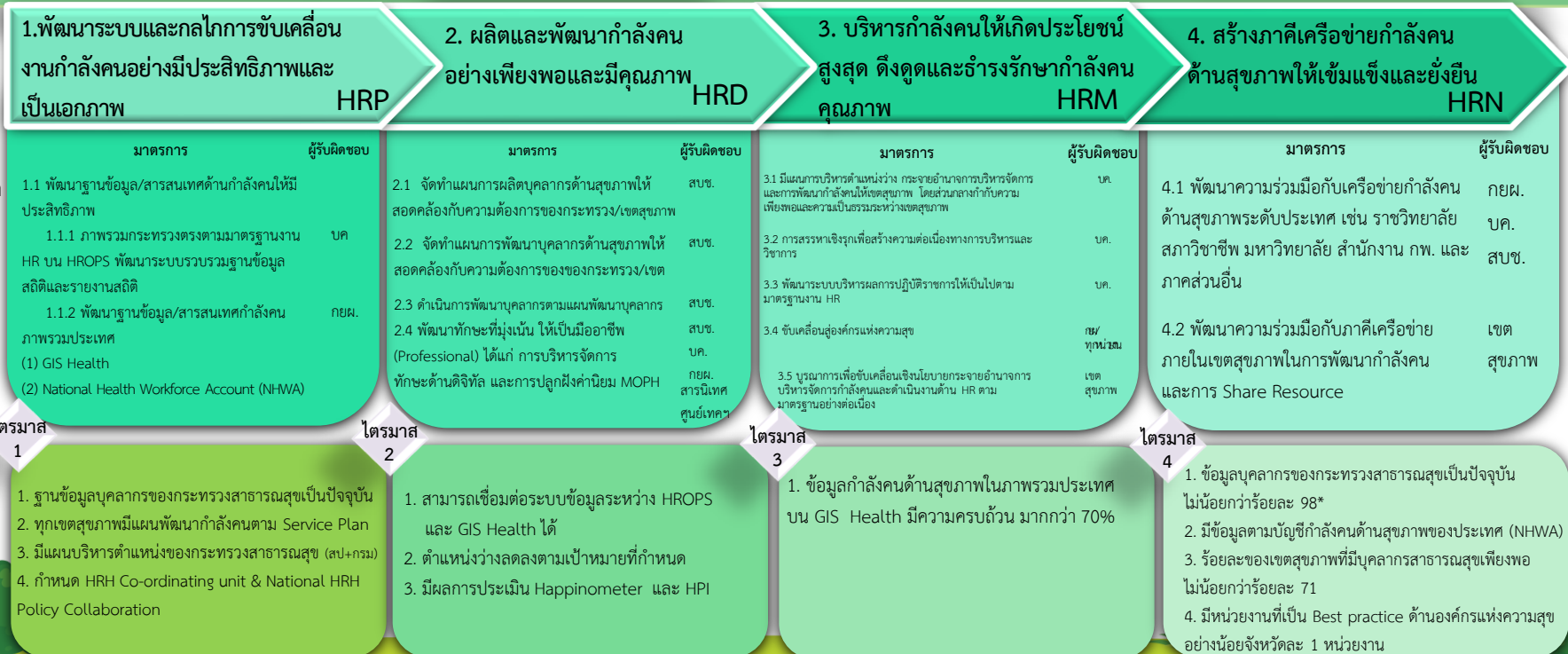
และมี Best Practice ด้าน Happy MOPH เขตละ 1 หน่วยงาน รวม 12 หน่วยงาน

ยุทธศาสตร์ /มาตรการ

กิจกรรมหลัก

ระดับ

ความสำเร็จ



**เป้าหมาย :** 1. รพ. ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปรับปรุงกระบวนการให้บริการด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลสู่การทำ Digital Transformation  
2. หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขใช้เทคโนโลยีดิจิทัลปรับปรุงกระบวนการงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน

**ตัวชี้วัด :** 1. เขตสุขภาพมีการดำเนินการdigital transformation อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด  
2. มีการใช้ Application สำหรับ PCC ใน PCC ทุกแห่ง

**สถานการณ์:** ระบบสุขภาพในปัจจุบันยังมีโอกาสพัฒนาให้ประชาชนได้รับการบริการที่สะดวก รวดเร็วและแม่นยำยิ่งขึ้น อีกทั้งการทำงานของเจ้าหน้าที่ยังสามารถให้บริการได้มากขึ้นแต่ทำงานลดลงได้จากการปรับเปลี่ยนระบบงานของกระทรวงสาธารณสุขให้เข้าสู่ระบบดิจิทัล

ยุทธศาสตร์  
/มาตรการ

### มาตรการพัฒนาระบบบริการ

### มาตรการพัฒนาระบบข้อมูล

กิจกรรมหลัก

#### พัฒนาระบบบริการสุขภาพด้วยระบบ Digital

1. AI : AI Unit, CXR, Retina,
2. Smart Hospital : Queue, Less paper

1. Big Data Analysis : ตา, ไต, หัวใจ

#### ส่วนกลาง

1. ประชุมชี้แจงแนวทางการให้บริการ/ดำเนินงานขับเคลื่อนองค์กรดิจิทัลให้ส่วนกลาง โรงพยาบาล เขต และ สสจ.
2. แต่งตั้งคณะกรรมการด้านต่างๆ เช่น ระเบียบ แนวทางการดำเนินงาน
3. อบรมพัฒนาทีมพี่เลี้ยงระดับเขต สสจ. รพ.
4. กำกับติดตาม และรายงานผลรายไตรมาส
5. จัดเตรียมโครงสร้างพื้นฐานเพื่อรองรับการให้บริการ
6. ดำเนินการพัฒนาเทคโนโลยีใหม่ เช่น AI Blockchain Cloud Big data และประเมินหาความเหมาะสมนำมาพัฒนาและใช้งาน

#### ระดับเขต

1. แต่งตั้งทีมขับเคลื่อนการสนับสนุนระดับเขต
2. จัดทำแผนการพัฒนาการให้บริการระดับเขต
  - 2.1 อบรมให้ความรู้
  - 2.2 เยี่ยมกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพบริการ รพ.ในพื้นที่รับผิดชอบ
3. กำกับติดตามให้มีการดำเนินงานตามแผน
4. สนับสนุน รพ. ให้สามารถบริการ PHR ผ่าน HIS Gateway (คัดเลือก รพ. เข้าร่วมโครงการ/สนับสนุนการเข้าร่วมอบรม)

#### ระดับจังหวัด

1. แต่งตั้งทีมขับเคลื่อนการสนับสนุนบริการเครือข่ายระดับจังหวัด
2. จัดทำแผนการพัฒนาการให้บริการ โรงพยาบาลภายในจังหวัด
3. ส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การให้บริการระหว่างรพ. ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
4. ติดตามกำกับการเยี่ยมกระตุ้นระดับจังหวัด เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง
5. สนับสนุนการดำเนินงานอื่นๆที่ได้รับมอบหมาย

ระดับ

ความสำเร็จ

ไตรมาส 1

1. จัด Workshop Digital Transformation
2. มีการจัดตั้ง AI Unit

ไตรมาส 2

1. มี Application สำหรับ PCC
2. มีการ analysis big data และนำไปใช้ อย่างน้อย 1 เรื่อง

ไตรมาส 3

1. พัฒนาระบบ service Implement Digital Transformation ที่มีการเชื่อมโยง
2. มีการ analysis big data และนำไปใช้ อย่างน้อย 2 เรื่อง

ไตรมาส 4

1. เขตสุขภาพมีการดำเนินการdigital transformation อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด
2. PCC ทุกแห่ง นำ Application สำหรับ PCC ไปใช้
3. มีการ analysis big data และนำไปใช้อย่างน้อย 3 เรื่อง

# ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย เด็กพัฒนาการสมวัย

PP&P Excellence

**เป้าหมายตัวชี้วัด:** ตั้งครรภ์คุณภาพ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย เด็กพัฒนาการสมวัย  
**1. อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ**

2. ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน

- 2.1 ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ
- 2.2 ร้อยละ 20 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า
- 2.3 ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ
- 2.4 ร้อยละ 60 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I

## สถานการณ์:

ผลการดำเนินงานอัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อแสนการเกิดมีชีพ พบว่ามีแนวโน้มลดลง โดยในปี2559 เท่ากับ 24.3 ปี2560 เท่ากับ 18.44 ปี2561 เท่ากับ 17.10 ปี2561 เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยเท่ากับ 95.5 โดยความครอบคลุมในการคัดกรอง เท่ากับร้อยละ 81.40 สงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม เท่ากับร้อยละ 16.40 เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อเท่ากับร้อยละ 77.92 เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I เท่ากับร้อยละ 31.72

ยุทธศาสตร์  
/มาตรการ

## สร้างกระบวนการพัฒนา

## บูรณาการความร่วมมือ

## พัฒนาระบบสุขภาพแม่และเด็กอย่างยั่งยืน

กิจกรรมหลัก

1. พัฒนาระบบข้อมูลระดับชาติ วิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์การดำเนินงานระบบเฝ้าระวังงานอนามัยแม่และเด็ก และคืนข้อมูลให้พื้นที่เพื่อจัดทำแผนพัฒนาและกำกับติดตาม วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยีด้านอนามัยแม่และเด็ก เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ
2. พัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ และมาตรการต่างๆ ในการขับเคลื่อนกฎหมาย เช่น พรบ. อนามัยเจริญพันธุ์แห่งชาติ, พ.ร.บ. Milk code ผ่านโครงการด้านอนามัยแม่และเด็กต่าง ๆ เช่น มหัศจรรย์ 1000 วันแรกแห่งชีวิต
3. พัฒนาระบบบริหารจัดการและมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องจากสถานบริการสู่ชุมชน เช่น ระบบ Provincial Network certification
4. พัฒนาระบบการดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการระดับชาติ จังหวัด และอำเภอ

1. ส่งเสริมและสนับสนุน สถานบริการร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ดำเนินงานตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก และโครงการต่างๆ โดยเน้นPrenatal Management และ มหัศจรรย์ 1000 วันแรกแห่งชีวิต
2. ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานบริการ สถานประกอบการ และขับเคลื่อน พ.ร.บ. ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและ เด็กเล็ก พ.ศ.2560 ในทุกระดับ
3. ส่งเสริมสนับสนุนสถานบริการ และภาคีเครือข่าย ในการคัดกรอง ติดตามเด็กสงสัยล่าช้าและล่าช้า ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และดำเนินการตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ
4. ส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่าย
5. จัดทำแผนงาน โครงการ และสนับสนุนงบประมาณระดับพื้นที่ ในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก

1. พัฒนาระบบการสื่อสารสาธารณะ และ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กแก่ประชาชน ผ่านช่องทางต่าง ๆ
2. วิจัยเชิงประเมินผล
3. สนับสนุนให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่ผ่าน Best Practice
4. พัฒนากลไกการสนับสนุน และการกำกับติดตามในทุกระดับ

### ไตรมาส

1

1. มีการถ่ายทอดและขับเคลื่อนนโยบาย แผนงาน และ รูปแบบ เช่น มหัศจรรย์ 1000 วันแรกแห่งชีวิตผ่านหน่วยงานและคณะกรรมการระดับต่างๆ
2. มีฐานข้อมูลย้อนหลังอย่างน้อย 3 ปี ทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์ตามภารกิจของหน่วยงาน ให้สอดคล้องกับงานอนามัยแม่และเด็ก
3. มีแผนงาน งบประมาณ โครงการ ที่ชัดเจน
4. มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดำเนินงานแต่ละระดับ
5. มีการส่งเสริม สนับสนุน รมรงค์ การฝากครรภ์ การคัดกรอง หญิงตั้งครรภ์ มีกิจกรรมรณรงค์ มุ่งเน้น ฝากท้องเร็ว, โครงการฝากครรภ์ทุกที่ที่ทุกสิทธิ์, การคัดกรองความพิการแต่กำเนิด

### ไตรมาส

2

1. โรงพยาบาลพัฒนาและประเมินตนเองตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ 80
2. มีระบบเฝ้าระวังการเกิดพระชบัญญัตติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. ๒๕๖๐ ในระดับจังหวัดและระดับเขต
3. ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน
  - 3.1 ร้อยละ 90 เด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ
  - 3.2 ร้อยละ 20 ของเด็กที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า
  - 3.3. ร้อยละ 80 ของเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ
  - 3.4 ร้อยละ 40 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I
- 4.เยี่ยมเสริมพลัง และติดตามการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก

### ไตรมาส

3

1. รณรงค์การคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
2. เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการ คัดกรองกระตุ้น พัฒนาการเด็ก 0-5 ปี
3. ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน
  - 3.1 ร้อยละ 90 เด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ
  - 3.2 ร้อยละ 20 ของเด็กที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า
  - 3.3 ร้อยละ 80 ของเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ
  - 3.4 ร้อยละ 50 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I

### ไตรมาส

4

1. อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิด มีชีพ
2. ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน
  - 2.1 ร้อยละ 90 เด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ
  - 2.2 ร้อยละ 20 ของเด็กที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า
  - 2.3 ร้อยละ 80 ของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ
  - 2.4 ร้อยละ 60 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I
3. ร้อยละ 75 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์คุณภาพ

ระดับ

ความสำเร็จ



เป้าหมาย : โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital  
 ตัวชี้วัด : โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไปร้อยละ 40 และโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง  
 สถานการณ์ : โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 958 แห่ง พัฒนาผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 99.69 ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 76.93 และระดับดีมาก ร้อยละ 37.37 จังหวัดที่มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมากอย่างน้อย 1 แห่ง 77 จังหวัด (ข้อมูล ณ 30 ก.ค. 61)

## สร้างกระบวนการพัฒนา

## บูรณาการความร่วมมือ

## พัฒนาระบบให้ยั่งยืน

ยุทธศาสตร์  
/มาตรการ

กิจกรรมหลัก

**โรงพยาบาล** 1.ประเมินตนเองตามหลักเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital วิเคราะห์และวางแผนปฏิบัติการเพื่อขับเคลื่อน  
 2.ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ กำกับติดตาม ประเมินผลและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมการสร้างนวัตกรรม GREEN 3.สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN & CLEAN Hospital ผู้ชุมชนเพื่อส่งเสริมให้เกิด GREEN & CLEAN Community  
**จังหวัด**

- 1.วิเคราะห์ข้อมูลโรงพยาบาลในพื้นที่ และจัดทำแผนสนับสนุนการพัฒนากระดับพรท.
- 2.จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลในพื้นที่ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาร่วมกัน
- 3.สนับสนุนองค์ความรู้ และให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาล
- 4.จัดทีมตรวจประเมิน และลงพื้นที่ตรวจประเมิน

**เขต**

- 1.จัดทำฐานข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์และค้นหาพื้นที่เพื่อจัดทำแผนพัฒนาและกำกับติดตามการพัฒนาโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ
- 2.สร้างภาคีเครือข่ายและกลไกการบริหารจัดการเงินงบประมาณเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาพร้อมกัน
- 3.จัดทีมสุ่มประเมิน และทีมเยี่ยมเสริมพลังเพื่อร่วมแลกเปลี่ยนและให้การสนับสนุนการพัฒนาเชิงคุณภาพ

**กระทรวง**

- 1.จัดทำฐานข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การ Re-accreditation และการพัฒนาเพื่อยกระดับการผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital สู่ระดับดีมาก plus
- 2.พัฒนากลไกการบริหารจัดการเชิงนโยบายเพื่อบูรณาการการพัฒนาโรงพยาบาลร่วมกัน
- 3.จัดทีมเยี่ยมเสริมพลังเพื่อร่วมแลกเปลี่ยน และให้การสนับสนุน

**หน่วยงานภายนอก :**

- กระทรวงพลังงาน
- กระทรวงเกษตรและสหกรณ์
- กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

**หน่วยงานภายใน :**

- กรมอนามัย
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
- กรมควบคุมโรค
- สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (กองบริหารการสาธารณสุข )สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย)

**ประเด็น**

- การอนุรักษ์พลังงานและใช้พลังงานทดแทน
- การดำเนินงานอาหารปลอดภัย
- การจัดสภาพแวดล้อมและอาคาร ตามหลักการอารยสถาปัตยกรรม และกฎหมาย
- การจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานตามหลักอาชีวอนามัยและความปลอดภัย
- การจัดทำค่าช้อ และสนับสนุนงบประมาณเพื่อพัฒนางานสุขภาพสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

**โรงพยาบาล**

- 1.มีการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน และวางแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- 2.พัฒนาศักยภาพและสร้างการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ทุกระดับในโรงพยาบาล
- 3.บูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย และสร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาล และชุมชน

**จังหวัด**

- 1.สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง
- 2.สนับสนุนให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่ระหว่างโรงพยาบาล
- 3.เชื่อมโยงเครือข่ายการพัฒนา GREEN & CLEAN Hospital ผู้ชุมชนเพื่อส่งเสริมให้เกิด GREEN & CLEAN Community

**เขต**

- 1.บูรณาการความร่วมมือเพื่อขับเคลื่อนเชิงนโยบายร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้อง
- 2.สนับสนุนให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่ผ่าน Best practices
- 3.พัฒนากลไกการสนับสนุน และกำกับติดตาม

**กระทรวง**

- 1.พัฒนาระบบฐานข้อมูล วิเคราะห์และจัดทำแผนบูรณาการเพื่อขับเคลื่อนเชิงนโยบายร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้อง
- 2.วิจัย พัฒนางองค์ความรู้ และเทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
3. พัฒนากลไกการสนับสนุน และกำกับติดตาม

ระดับ  
ความสำเร็จ

ไตรมาส

1

จังหวัดจัดทำแผนการประเมิน Re-accreditation โรงพยาบาล

ไตรมาส

2

- โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 100  
 - โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 80

ไตรมาส

3

โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 85

ไตรมาส

4

- โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 40  
 - โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก Plus อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง

**เป้าหมาย :** 1. ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดได้รับการบำบัดฟื้นฟู ลดอันตรายจากยาเสพติด และติดตามดูแลช่วยเหลือตามมาตรฐาน  
2. ประชาชนได้รับการสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันภัยยาเสพติด

**ตัวชี้วัด :** 1. ร้อยละ 20 ของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)  
2. ร้อยละ 40 ของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจากการบำบัด 3 เดือน (3 months Remission rate)

**สถานการณ์ :** 1. ประชากรไทยช่วงอายุ 15 -55 ปี เป็นผู้ใช้ยาเสพติดประมาณ 1.4 ล้านคน  
2. ทรัพยากรในการบำบัดฟื้นฟูไม่เพียงพอในการรองรับ และขาดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย  
3. ขาดกลไกที่มีประสิทธิภาพในการนำผู้เสพยาเสพติดกลับสู่สังคม

ยุทธศาสตร์  
/มาตรการ

ส่งเสริมป้องกันไม่เสพยาเสพติด

บำบัด ฟื้นฟู ลดอันตราย  
จากยาเสพติดและกลับคืนสู่สังคม

พัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน  
และภาคีเครือข่าย

พัฒนาระบบข้อมูลและการสื่อสาร

พัฒนากฎหมาย และการควบคุม

พัฒนาระบบบริหารจัดการ

กิจกรรมหลัก

1. ส่งเสริมสร้างความตระหนัก และเสริมสร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติด ในทุกกลุ่มวัย  
2. ดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE อย่างจริงจัง ต่อเนื่อง

1. เพิ่มการเข้าถึงในการบำบัด ฟื้นฟู  
2. เพิ่มการเข้าถึงการลดอันตราย จากยาเสพติด  
3. เพิ่มประสิทธิภาพการติดตาม และการกลับคืนสู่สังคมของผู้เสพยาเสพติด  
4. กำกับดูแลมาตรฐาน

1. สร้างเสริม “การบำบัดฟื้นฟูโดย ใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง” (CBTx)

1. เพิ่มประสิทธิภาพ และความเป็นมิตร ฐานข้อมูลบำบัดยาเสพติดของ ประเทศไทย  
2. ขยายการสื่อสารเจตคติด้านการ บำบัดในวงกว้าง

1. พัฒนากฎหมายให้เอื้อต่อการ ควบคุม การบำบัดรักษา และฟื้นฟู ยาเสพติด

1. เพิ่มกำลังคนและความเชี่ยวชาญ ด้านยาเสพติดที่เหมาะสม  
2. สร้างระบบการส่งต่อศูนย์ฟื้นฟูฯ และบริหารจัดการงบประมาณ  
3. ส่งเสริมวิจัยด้านยาเสพติด

ระดับ  
ความสำเร็จ

**ไตรมาส 1**

1. มีแนวทางการดำเนินงาน “การบำบัดฟื้นฟู โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx)”  
2. มี Application ส่งเสริมป้องกัน และเพิ่มการเข้าถึงการบำบัด ฟื้นฟู  
3. ร้อยละ 50 ของศูนย์ปรับเปลี่ยนฯ ศูนย์ฟื้นฟูเรือนจำผ่านเกณฑ์ มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข (การประเมินตนเอง)

**ไตรมาส 2**

1. ร้อยละ 40 พัฒนากฎหมายลำดับรองด้านการ บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด  
2. ร้อยละ 70 จังหวัดมีการกำกับดูแลมาตรฐานหน่วยบำบัดฟื้นฟู ยาเสพติด (ประเมินภายนอก)  
3. ร้อยละ 75 ของสถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูผ่านการรับรอง คุณภาพ (HA ยาเสพติด)  
4. มีฐานข้อมูลด้านบำบัด (บสต.) ที่เป็นมิตรกับผู้ใช้

**ไตรมาส 3**

1. ร้อยละ 80 ของสถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูผ่านการรับรอง คุณภาพ (HA ยาเสพติด)  
2. ร้อยละ 100 จังหวัดมีการกำกับดูแลมาตรฐาน หน่วยบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด (ประเมินภายนอก)

**ไตรมาส 4**

1. ร้อยละ 20 ของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบของ แต่ละระบบ และได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี  
2. ร้อยละ 40 ของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจากการบำบัด 3 เดือน  
3. ร้อยละ 70 พัฒนากฎหมายลำดับรองด้านการบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด  
4. ร้อยละ 100 ของจังหวัดมีการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูโดยใช้ ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx)

# Fast Track (stroke)

## Service Excellence

### เป้าหมาย/ตัวชี้วัด:

- ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) 2) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) < 25 3) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) < 7
- ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit (%SU) ≥ 40
- ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) (%DTN) ≥ 50
- ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time) (%DTOR) ≥ 60

### สถานการณ์:

- ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) = 8.2
- ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) = 22.3
- ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) = 3.4
- ร้อยละ 97.1 ของโรงพยาบาลระดับ A มีหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit)
- ร้อยละ 65.3 ของโรงพยาบาลระดับ S มีหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit)
- ทุกจังหวัด มีบริการ Stroke fast track เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด

## 1. บริการสุขภาพ

- จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง
- สนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น
- ประชาสัมพันธ์ Stroke Alert, Stroke Awareness สู่สาธารณชน
- กำหนดนโยบายให้ รพ. ระดับ A, S ทุกแห่งต้องมี Stroke Unit และให้บริการ Stroke fast track ที่มีคุณภาพ
- กำหนดนโยบายในการพัฒนา Stroke Unit ให้มีจำนวนเตียงเพียงพอ
- รพ. ระดับ A, S ทุกแห่งต้องมี Stroke Unit และ Stroke fast track เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด
- จัดให้มี Stroke Unit ใน รพ.ระดับ M ที่มีความพร้อม
- ให้การรักษ Hemorrhagic stroke ใน Stroke Unit/ ICU

## 2. พัฒนามาตรฐาน

- พัฒนาแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแตก (Care map for hemorrhagic stroke)
- จัดให้มีแนวทางในการดำเนินงานตามแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ในสถานพยาบาลทุกระดับในพื้นที่รับผิดชอบ
- ให้การรักษพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองตามแนวทางการรักษาและแนวทางการดำเนินงานที่กำหนด

## 3. รับรองมาตรฐาน

- พัฒนาระบบการรับรองคุณภาพ ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน (Standard Stroke Center Certification, SSCC) และ Stroke Unit
- ตรวจประเมินเพื่อรับรองมาตรฐาน
- สนับสนุนให้สถานพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบเข้าร่วมเครือข่ายวิชาการเพื่อการรับรองมาตรฐาน และสนับสนุนทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง
- เข้าร่วมเครือข่ายวิชาการ เพื่อพัฒนาการดูแลรักษาให้เป็นไปตามมาตรฐาน

## 4. เครือข่าย

- กำหนดนโยบายในการจัดให้มีเครือข่ายบริการโรคหลอดเลือดสมองในระดับประเทศ
- จัดให้มีเครือข่ายบริการ ทั้ง Acute และ Intermediate care
- จัดทำแนวทางในการรับส่งผู้ป่วยทั้งภายในเขตและนอกเขต บริการที่รับผิดชอบ ให้ชัดเจน
- ดำเนินงานตามแนวทาง การรับส่งต่อผู้ป่วยที่ได้กำหนดไว้

## 5. พัฒนาบุคลากร

- ถ่ายทอดความรู้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แก่แพทย์ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์
- จัดให้มีระบบการจัดการความรู้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- จัดสรรวิทยากรด้านโรคหลอดเลือดสมอง ให้เพียงพอ
- สนับสนุนการศึกษาฝึกอบรม และการจัดการความรู้ ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้แก่แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ ในสังกัด
- จัดให้แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ ในสังกัด เข้าร่วมการศึกษาฝึกอบรมด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- จัดให้มีการจัดการความรู้ในการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

## 6. ระบบข้อมูล

- จัดให้มีระบบรายงานตัวชี้วัดมาตรฐานด้านโรคหลอดเลือดสมอง ที่ครอบคลุมสถานพยาบาลทุกระดับ ทุกสังกัดทั้งใน กทม. และต่างจังหวัด ทั่วประเทศ
- กำกับรายงานตัวชี้วัดมาตรฐานด้านโรคหลอดเลือดสมอง ของสถานพยาบาลทุกระดับ ทุกสังกัดในพื้นที่รับผิดชอบ
- บันทึก/จัดทำรายงานตัวชี้วัดมาตรฐานด้านโรคหลอดเลือดสมอง ที่ถูกต้อง และรวดเร็ว

ยุทธศาสตร์ /มาตรการ กิจกรรมหลัก

ส่วน ก

เขตสุขภาพ / สสจ.

โรงพยาบาล

ไตรมาส 1

ระดับ ความสำคัญ

- สื่อสารนโยบายด้านโรคหลอดเลือดสมอง
- เพิ่มจำนวนเครือข่ายวิชาการโรคหลอดเลือดสมอง สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
- จัดทำ Care map for hemorrhagic stroke
- จัดอบรม Stroke: Basic course

ไตรมาส 2

- จัดอบรม Stroke Advance course, Stroke Manager, Pitfall management of stroke
- ตรวจเยี่ยม/ประเมิน รพ. ในเครือข่ายวิชาการ เพื่อรับรองคุณภาพ ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน (Standard Stroke Center Certification, SSCC) และ Stroke Unit
- %SU ≥ 35, %DTN ≥ 40, %DTOR ≥ 50

ไตรมาส 3

- จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่าง รพ. ในเครือข่ายวิชาการ
- ตรวจเยี่ยม/ประเมิน รพ. ในเครือข่ายวิชาการ
- ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) < 25
- ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) < 5
- ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) < 7

ไตรมาส 4

- ตรวจเยี่ยม/ประเมิน รพ. ในเครือข่ายวิชาการ
- %SU ≥ 40, %DTN ≥ 50, %DTOR ≥ 60
- ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) < 25
- ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) < 5
- ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) < 7

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด: อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ปีงบประมาณ 62 น้อยกว่าร้อยละ 30

สถานการณ์: - ข้อมูลจาก HDC วันที่ 15 สิงหาคม 2561 จำนวนผู้ป่วย sepsis เสียชีวิต 19,876 / 57,035 ราย  
- อัตราผู้ป่วยตายจาก sepsis/septic shock = 34.85 %

ยุทธศาสตร์  
/มาตรการ

## 1. กิจกรรมที่จะให้บริการ (Service Delivery)

## 2. การพัฒนาบุคลากร (Health Workforce)

## 3. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ (IT)

## 4. พัฒนาความรู้ sepsis สู่ภาคประชาชน

กิจกรรมหลัก

1. ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย sepsis ของประเทศไทยที่เหมาะสมกับศักยภาพของสถานพยาบาลในแต่ละระดับ ในทุกตัวชี้วัด
2. สร้างระบบ Rapid Response System (Sepsis fast tract) ที่เหมาะสมกับศักยภาพของสถานพยาบาลในแต่ละระดับ

1. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลรักษาผู้ป่วย sepsis ร่วมกับเขตสุขภาพ ให้กับบุคลากร สถานพยาบาลในแต่ละระดับ รพศ./รพท./รพช./รพสต.
2. พัฒนาเครื่องมือประเมินและคัดกรองผู้ป่วย Sepsis และ Sepsis bundle
3. สร้างเครือข่ายการดูแลร่วมกันภายในจังหวัดและเขตสุขภาพ และพัฒนา Best practice Model of sepsis โดยจัดงานมหกรรมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

1. พัฒนาการลงข้อมูลในระบบ ICD 10 code และฐานข้อมูล sepsis ของรพ. เชื่อมโยงข้อมูลระดับวิทยาของเชื้อคือยึดตามยุทธศาสตร์ของประเทศไทย
2. ศึกษาและพัฒนาการลงข้อมูล sepsis โดยสร้างโปรแกรมสำเร็จรูป เช่น Sepsis Registry

จัดทำคู่มือ Sepsis ฉบับประชาชน

ระดับ  
ความสำเร็จ

ไตรมาส 1

1. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 30
2. อัตราการได้รับ Antibiotic น้อยกว่าร้อยละ 30 ภายใน 1 ชม.(นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 และร้อยละของการการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากจุดคัดกรองจนถึงเวลาได้รับ Antibiotic)
3. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
4. อัตราการได้รับ IV 30 mL/kg ใน 1 ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
5. อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ2-3) ภายใน 3 ชม. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30

ไตรมาส 2

1. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 30
2. อัตราการได้รับ Antibiotic น้อยกว่าร้อยละ 30 ภายใน 1 ชม.(นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 และร้อยละของการการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากจุดคัดกรองจนถึงเวลาได้รับ Antibiotic)
3. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
4. อัตราการได้รับ IV 30 mL/kg ใน 1 ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
5. อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ2-3) ภายใน 3 ชม. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30

ไตรมาส 3

1. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 30
2. อัตราการได้รับ Antibiotic น้อยกว่าร้อยละ 30 ภายใน 1 ชม.(นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 และร้อยละของการการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากจุดคัดกรองจนถึงเวลาได้รับ Antibiotic)
3. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
4. อัตราการได้รับ IV 30 mL/kg ใน 1 ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
5. อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ2-3) ภายใน 3 ชม. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30

ไตรมาส 4

1. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 30
2. อัตราการได้รับ Antibiotic น้อยกว่าร้อยละ 30 ภายใน 1 ชม.(นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 และร้อยละของการการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากจุดคัดกรองจนถึงเวลาได้รับ Antibiotic)
3. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
4. อัตราการได้รับ IV 30 mL/kg ใน 1 ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
5. อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ2-3) ภายใน 3 ชม. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30

# การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและระบบส่งต่อ ปี 2562

Service Excellence

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด:

1. อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 12 (Trauma<12%, Non-trauma<12%)

สถานการณ์:

- ร้อยละผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินมาโดย EMS = 24.64
- ภาวะผู้ป่วยสิ้นในท้องฉุกเฉิน 35 ล้านครั้ง/ปี (> 60% ไม่ฉุกเฉิน)
- ร้อยละ 60-70 ของ Adverse Event ในท้องฉุกเฉินป้องกันได้
- ขาดแพทย์ EP 1420, ENP 2060, Paramedic 2405
- ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F2 ที่มี ECS คุณภาพ = 83.19
- อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในที่มีค่าPS > 0.75 = 0.38
- RTI = 18.39:100000 ประชากร

ยุทธศาสตร์ /มาตรการ

ER คุณภาพ

การจัดการสาธารณภัยในสถานพยาบาล

การพัฒนาบุคลากร

ระบบข้อมูล

การป้องกัน

กิจกรรมหลัก

- ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญและมีความรุนแรง
- เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการ definite care

- ฝึกอบรมการใช้ Hospital Safety Index, Hospital Preparedness for Emergencies (HOPE) definite care

- เพิ่มประสิทธิภาพและมาตรฐานของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

- บูรณาการ IS/PHER/ITEMS/HIS
- ยึดการใช้ข้อมูลเพิ่ม ACCIDENT
- แนวทางการจัดทำรายงานตัวชีวิต
- ประสาน HDC เพื่อปรับปรุงระบบข้อมูล
- จัดทีมนิเทศ data management ลงพื้นที่

- บูรณาการข้อมูลในระดับเขต/จังหวัด โดยใช้เพิ่ม ACCIDENT เป็นหลัก
- มีการวิเคราะห์และใช้ข้อมูลเพื่อการพัฒนาในระดับเขต

ส่วนกลาง

- ชี้แจง/ฝึกอบรมการประเมิน ECS คุณภาพ, TEA unit
- ปรับเกณฑ์ ECS คุณภาพให้สูงขึ้น
- สร้างเครื่องมือประเมิน TEA unit (outcome based)

- จัดทำแผนความเสี่ยงทั้งในระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ

- จัดทำแผนอัตรากำลัง EP, EN/ENP, Paramedic และสาขาที่เกี่ยวข้อง

- TEA unit มีการวิเคราะห์และใช้ข้อมูลเพื่อการพัฒนา
- ส่งออกข้อมูลเพิ่มACCIDENT ให้ได้ครบถ้วนถูกต้อง ทันเวลา

- ขับเคลื่อน DHS-RTI ระดับอำเภอ
- 1.จัดการข้อมูลระดับอำเภอ
- 2.การสอบสวน Case
- 3.การมีส่วนร่วมทีมสหสาขา + ศปด.อำเภอ
- 4.การชี้เป้าจุดเสี่ยง
- 5.การขับเคลื่อนให้เกิด RTI Team
- 6.มาตรการชุมชน/ ตำบลชุมชน
- 7.มีแผนงาน/โครงการ
- 8.การสื่อสารความเสี่ยง
- 9.สรุปผลดำเนินงาน
- 10. Ambulance Safety

เขต/สสจ.

- ประสานงาน/สนับสนุน/ร่วมจัดการฝึกอบรม
- กำหนดเป็นนโยบายของเขตสุขภาพ

- ประเมินความเสี่ยง Hospital Safety Index
- จัดทำแผนการจัดการสาธารณภัย/แผนประกอบกิจการสาธารณภัย/แผนอพยพผู้ป่วย และซ้อมแผน
- ผลักดันกระบวนการผ่าน TEA unit

- วางแผนการผลิต
- อบรมหลักสูตรCLS, MERT, TEA unit, Emergency Department Management

- มาตรการลดภาวะท้องฉุกเฉินแออัด
- ดำเนินการตามแนวปฏิบัติ ER Safety (2P Safety)
- ER Quality Improvement (Audit)
- ผลักดันกระบวนการผ่าน TEA unit

- มาตรการลดภาวะท้องฉุกเฉินแออัด
- ดำเนินการตามแนวปฏิบัติ ER Safety (2P Safety)
- ER Quality Improvement (Audit)
- ผลักดันกระบวนการผ่าน TEA unit

โรงพยาบาล

- มาตรการลดภาวะท้องฉุกเฉินแออัด
- ดำเนินการตามแนวปฏิบัติ ER Safety (2P Safety)
- ER Quality Improvement (Audit)
- ผลักดันกระบวนการผ่าน TEA unit

- มาตรการลดภาวะท้องฉุกเฉินแออัด
- ดำเนินการตามแนวปฏิบัติ ER Safety (2P Safety)
- ER Quality Improvement (Audit)
- ผลักดันกระบวนการผ่าน TEA unit

- มาตรการลดภาวะท้องฉุกเฉินแออัด
- ดำเนินการตามแนวปฏิบัติ ER Safety (2P Safety)
- ER Quality Improvement (Audit)
- ผลักดันกระบวนการผ่าน TEA unit

- มาตรการลดภาวะท้องฉุกเฉินแออัด
- ดำเนินการตามแนวปฏิบัติ ER Safety (2P Safety)
- ER Quality Improvement (Audit)
- ผลักดันกระบวนการผ่าน TEA unit

- มาตรการลดภาวะท้องฉุกเฉินแออัด
- ดำเนินการตามแนวปฏิบัติ ER Safety (2P Safety)
- ER Quality Improvement (Audit)
- ผลักดันกระบวนการผ่าน TEA unit

ไตรมาส 1

ไตรมาส 2

ไตรมาส 3

ไตรมาส 4

ระดับความสำเร็จ

- 1.มีเกณฑ์ประเมิน TEA unit ในมิติต่างๆ โดยมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ของโครงการที่ผลักดันผ่านการทำงานของ TEA unit
- 2.มีการชี้แจง/ฝึกอบรม ตัวชี้วัด, เกณฑ์การประเมิน ECS/ TEA unit ซึ่งเน้นวัด outcome หรือ value-based ครบทุกเขตสุขภาพ
- 3.มีการจัดการฝึกอบรมกระบวนการเพื่อให้ได้เพิ่ม ACCIDENT ที่มีคุณภาพถูกต้อง ทันเวลา จัดทีมนิเทศ data management) ครบทุกเขตสุขภาพ
- 4.มีรายงาน และวิธีการออกรายงานมาตรฐานที่สามารถวัดผลการทำงานปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ECS one page summary) เพื่อลดภาระงานของ TEA unit

- 1.อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วย triage level 1 ภายใน 24 ชม. ในรพ. A, S, M1 <15% (Trauma<15%, Non-trauma<15%)
- 2.อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในรพ. A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที >60%
- 3.อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในท้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในรพ. A, S, M1 >60%
- 4.อัตราของผู้ป่วย severe traumatic brain injury ที่เสียชีวิตในรพ. A, S, M1 <45%
- 5.อัตราของ TEA unit ในรพ. A, S, M1 ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ >60%

- 1.อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วย triage level 1 ภายใน 24 ชม. ในรพ. A, S, M1 <15% (Trauma<15%, Non-trauma<15%)
- 2.อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในรพ. A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที >70%
- 3.อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในท้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในรพ. A, S, M1 >60%
- 4.อัตราของผู้ป่วย severe traumatic brain injury ที่เสียชีวิตในรพ. A, S, M1 <45%
- 5.อัตราของ TEA unit ในรพ. A, S, M1 ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ >70%

- 1.อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วย triage level 1 ภายใน 24 ชม. ในรพ. A, S, M1 <12% (Trauma<12%, Non-trauma<12%)
- 2.อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในรพ. A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที >80%
- 3.อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในท้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในรพ. A, S, M1 >60%
- 4.อัตราของผู้ป่วย severe traumatic brain injury ที่เสียชีวิตในรพ. A, S, M1 <45%
- 5.อัตราของ TEA unit ในรพ. A, S, M1 ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ >80%

เป้าหมาย : เขตสุขภาพมีนวัตกรรมการบริหารจัดการ

ตัวชี้วัด : ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีนวัตกรรมการบริหารจัดการ (ร้อยละ 100)

ยุทธศาสตร์  
/มาตรการ

## 1. พัฒนาระบบและกลไก การขับเคลื่อนเขตสุขภาพ

## 2. พัฒนาการจัดการ เชิงกลยุทธ์

## 3. กำกับติดตามประเมินผล อย่างเป็นระบบ

## 4. ขยายผลและสร้าง ความร่วมมือกับภาคส่วนอื่น

กิจกรรมหลัก

1. จัดทำโครงสร้างสำนักงานเขตสุขภาพเขตนำร่อง 3 เขต และเตรียมการโครงสร้างเขตสุขภาพ 9 เขต (กพร.สป.)
2. จัดทำคำสั่งเขตสุขภาพนำร่อง 3 เขต และ เขตสุขภาพอื่น (กม.สป.)
3. จัดทำคู่มือแนวทางการดำเนินงานเขตสุขภาพ (กตร.สป.)
4. ศึกษาและจัดระบบ
  - 4.1 ระบบการจ่าย Primary Fund แยกออกจากงบการรักษา (กศก.สป.)
  - 4.2 บูรณาการทุกกองทุน ที่บริหารจัดการโดยเขตสุขภาพ (กศก.สป.)

1. จัดการระบบข้อมูลเพื่อการวางแผนและบริหารจัดการ (ทุกเขตสุขภาพ)
2. จัดทำแผนบูรณาการระดับเขต (แผนงาน แผนงบประมาณ) และดำเนินการ (เขตสุขภาพนำร่อง)
3. จัดทำแผนการจัดการบริการและการบริหารจัดการทรัพยากร (Service Blue print & HRH Blueprint) (ทุกเขตสุขภาพ กตร,กพรส.,กยผ.,บค.)
4. จัดทำนวัตกรรมการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ อย่างน้อยเขตละ 1 Model (Initiative Management Model) (ทุกเขตสุขภาพ)

1. Evaluation Research เขตสุขภาพนำร่อง (สวรส. กตร.)
2. Evaluation Research เพื่อประเมินนวัตกรรม การบริหารจัดการของเขตสุขภาพ (สวรส. กตร.)
3. ติดตามกำกับผ่านระบบตรวจราชการ (กตร)

1. จัดทำโครงสร้างสำนักงานเขตสุขภาพและการบริหาร ตำแหน่ง เขตสุขภาพที่ 1- 12 เขต (กพร. บค.)
2. ขยายการบูรณาการและความร่วมมือกับภาคส่วนอื่น (เขตสุขภาพนำร่อง)

ระดับ  
ความสำเร็จ

- ไตรมาส 1
1. เขตนำร่องมีแผนบูรณาการระดับเขต (แผนงาน แผนงบประมาณ)
  2. ทุกเขตมีแผนการจัดบริการและการบริหารจัดการทรัพยากร (Service Blue print & HRH Blueprint)
  3. ทุกเขตมีการกำหนดประเด็นนวัตกรรมการบริหารจัดการ (Initiative Management Model) และแนวทางการดำเนินงาน
  4. มีคำสั่งเขตสุขภาพนำร่อง 3 เขต และ เขตสุขภาพอื่น
  5. มีคู่มือแนวทางการดำเนินงานเขตสุขภาพ

- ไตรมาส 2
1. มีผลการตรวจราชการ รอบที่ 1 รายงานความก้าวหน้าของการบริหารจัดการเขตสุขภาพ
  2. มีสำนักงานเขตในเขตสุขภาพนำร่อง 3 เขต

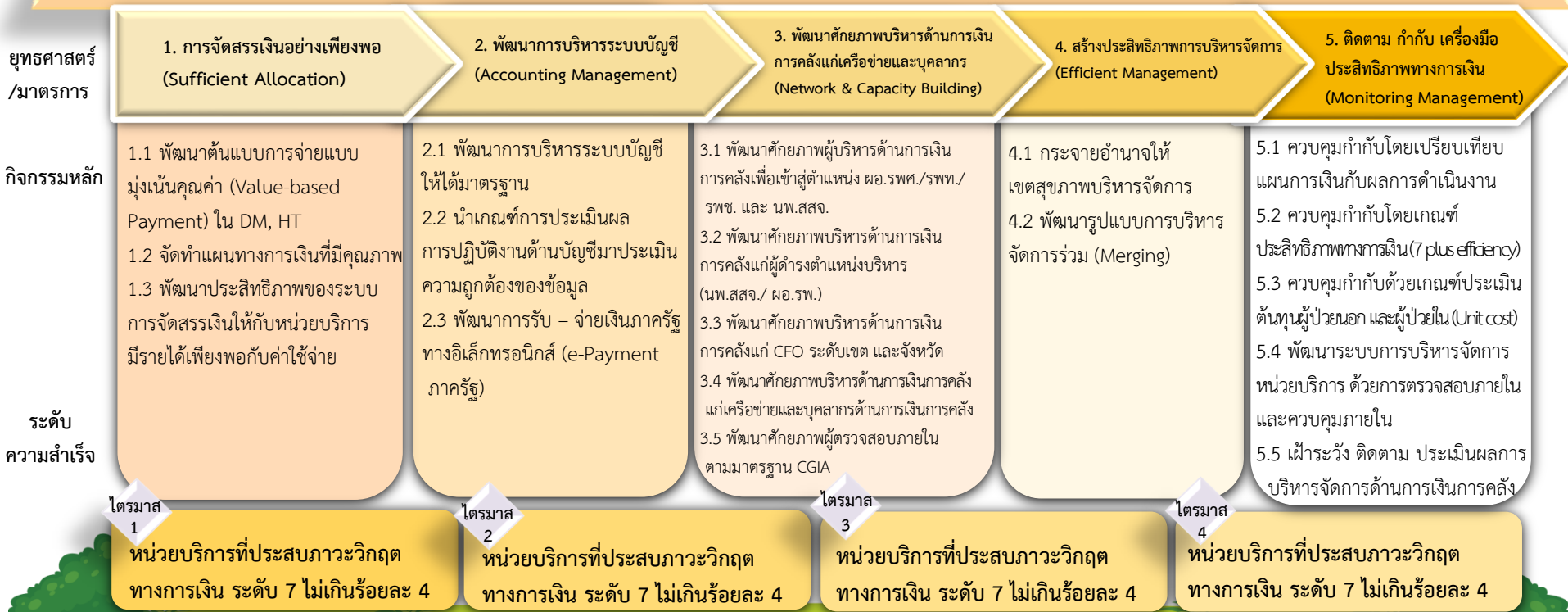
- ไตรมาส 3
1. เขตมีระบบข้อมูลเพื่อการวางแผนและการบริหารจัดการ ที่เป็นรูปธรรม

- ไตรมาส 4
1. มีผลการประเมินเขตสุขภาพนำร่อง
  2. มีผลการประเมินนวัตกรรมการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ (Initiative Management Model)

เป้าหมาย : หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง (รพศ./ รพท./ รพช.)

ตัวชี้วัด : ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4

สถานการณ์: หน่วยบริการสังกัด สป.สธ. (รพศ. รพท. รพช.) มีการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง (Risk Management) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ นวัตกรรมระดับพื้นที่ เพื่อการพัฒนาและขยายเป้าหมาย การดำเนินงาน การร่วมบริหารผ่านคณะกรรมการร่วมระดับประเทศ (7x7) และคณะทำงานระดับเขต (5x5) พัฒนาการบริหารระบบบัญชีให้มีคุณภาพ พัฒนาศักยภาพ ภาควิชาเครือข่าย ที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อลดอัตราหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ด้วยการขับเคลื่อน 5 มาตรการ



เป้าหมาย/ตัวชี้วัด: ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3

**สถานการณ์:** ร้อยละของ รพ.สังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 ปี 2561 (ไตรมาส 3) รพ.ศูนย์/รพ.ทั่วไป/รพ.สังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต ร้อยละ 99.39 รพ. (จากทั้งหมด 164 โรงพยาบาล) รพ.ชุมชน ร้อยละ 85.75 (จากทั้งหมด 730 โรงพยาบาล) ปีงบประมาณ 2562 ตั้งเป้าหมายโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิตผ่านการรับรองคุณภาพ HA ชั้น 3 ร้อยละ 100 และโรงพยาบาลชุมชนผ่านการรับรองคุณภาพ HA ชั้น 3 ร้อยละ 90 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ และปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์/มาตรการ	จัดให้มีกลไกการสนับสนุนคุณภาพโรงพยาบาลในระดับกรม เขตสุขภาพ จังหวัด	ให้มีแผนด้านคุณภาพโรงพยาบาลในระดับเขต จังหวัด หน่วยบริการ และเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายคุณภาพ	ให้ สสจ.หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านคุณภาพระดับจังหวัดเป็นกลไกหลักระดับจังหวัดในการวางแผน สนับสนุน ขับเคลื่อน การดำเนินงานคุณภาพในโรงพยาบาลทุกระดับ	
กิจกรรมหลัก	<p>ส่วนกลาง</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.บททวน/แต่งตั้งคณะกรรมการ/อนุกรรมการ/คณะทำงานที่เกี่ยวข้อง และประชุมคณะกรรมการ</li> <li>2.ประชุมเชิงปฏิบัติการ (ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาล, ประชุมเชิงปฏิบัติการคุณภาพและความปลอดภัยทางคลินิก, ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อคุณภาพ, ประชุมเชิงปฏิบัติการระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล และประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพสำหรับงานสนับสนุนบริการ)</li> <li>3.ระบบ Warning System สำหรับผู้บริหาร</li> <li>4.กำกับติดตามความก้าวหน้า และรายงานผลการปฏิบัติงานรายไตรมาส</li> </ol>	<p>ระดับเขต</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพบริการเครือข่ายระดับเขต</li> <li>2.จัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพระดับเขต                         <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 อบรมให้ความรู้</li> <li>2.2 เยี่ยมกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพ</li> </ol> </li> <li>3.กำกับติดตามให้มีการดำเนินงานตามแผน</li> </ol>	<p>ระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพบริการเครือข่ายระดับจังหวัด</li> <li>2.จัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลภายในจังหวัด และยื่นคำขอเพื่อรับการประเมินหรือต่ออายุล่วงหน้าอย่างน้อย 6 เดือนก่อนหมดอายุการรับรอง</li> <li>3.จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพระดับจังหวัด และหน่วยบริการ</li> <li>4.ส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพระหว่าง รพ.ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ</li> <li>5.ติดตาม กำกับ การเยี่ยมกระตุ้นระดับจังหวัด เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง</li> <li>6.สนับสนุนการดำเนินงานอื่นๆที่ได้รับมอบหมาย</li> </ol>	
ระดับความสำเร็จ	<p>ไตรมาส 1</p> <p>รพศ./รพท/ รพ.สังกัดกรม ร้อยละ 97.00 รพช. ร้อยละ 87.00</p>	<p>ไตรมาส 2</p> <p>รพศ./รพท/ รพ.สังกัดกรม ร้อยละ 98.00 รพช. ร้อยละ 88.00</p>	<p>ไตรมาส 3</p> <p>รพศ./รพท/ รพ.สังกัดกรม ร้อยละ 99.00 รพช. ร้อยละ 89.00</p>	<p>ไตรมาส 4</p> <p>รพศ./รพท/ รพ.สังกัดกรม ร้อยละ 100.00 รพช. ร้อยละ 90.00</p>



**เป้าหมาย/ตัวชี้วัด:** ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

1. ร้อยละ 70 ของกองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลาง 2. ร้อยละ 70 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 3. ร้อยละ 40 ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

**สถานการณ์:**

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้นำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การ เพื่อยกระดับการปฏิบัติราชการให้เทียบเท่ามาตรฐานสากลมาตั้งแต่ปี 2550 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้ กองส่วนกลาง จำนวน 13 กองตามกฎกระทรวงการแบ่งส่วนราชการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 76 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 878 แห่ง ดำเนินการตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐในหมวด 1 การนำองค์การ และหมวด 5 การมุ่งเน้นบุคลากร เพื่อบูรณาการการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันและบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยมีผลการดำเนินงานดังนี้

ข้อมูลพื้นฐาน-ข้อมูล ณ 20 สิงหาคม 2561

1. กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง จำนวน 13 กอง ดำเนินการได้ร้อยละ 64.84 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 แห่ง ดำเนินการได้ร้อยละ 94.74 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 878 แห่ง ดำเนินการได้ร้อยละ 63.21

ยุทธศาสตร์ /มาตรการ

**มาตรการที่ 1**

ส่งเสริม/สนับสนุนส่วนราชการให้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การ

**มาตรการที่ 2**

ผลิตและพัฒนาทีมตรวจประเมิน PMQA อย่างมีคุณภาพ

**มาตรการที่ 3**

ติดตาม ประเมินผลการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การ

กิจกรรมหลัก

- ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและให้ความรู้เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) แก่ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- กำหนดให้หน่วยงานดำเนินการ 2 หมวด ได้แก่ หมวด 2 และหมวด 4 เป็นหมวดบังคับ และรักษาสภาพ (Maintain) หมวด 1 และหมวด 5

- พัฒนาทีม Auditor Audit
- สร้างทีม Internal Audit
- พัฒนาระบบรายงานผลผ่านระบบออนไลน์ให้มีประสิทธิภาพ

- ประชุม ติดตามผลการดำเนินงานผ่านระบบ VDO Conference ทุก 3 เดือน
- ตรวจประเมินพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การ (ทีม Auditor /ระบบการตรวจราชการ)
- จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และค้นหาส่วนราชการต้นแบบในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การ

ไตรมาส 1

- หน่วยงานจัดทำพหุผลสำคัญขององค์การ ครบ 13 ข้อ
- หน่วยงานประเมินองค์การตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ในหมวดบังคับ 2 หมวด ได้แก่ หมวด 2 และหมวด 4 และรักษาสภาพ (Maintain) หมวด 1 และหมวด 5 ส่วนหน่วยงานใดที่ยังไม่ได้ดำเนินการหมวด 1 และหมวด 5 ในปีงบประมาณ 2561 ให้ดำเนินการ หมวด 1,5 และหมวด 2,4
- หน่วยงานนำโอกาสในการปรับปรุง (OF) ที่สำคัญ 3 ลำดับแรก มาจัดทำแผนพัฒนาองค์การหมวดละ 1 แผน
- มีตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์การดำเนินการของแผนพัฒนาองค์การแต่ละหมวด

ไตรมาส 2

- รายงานผลการพัฒนาองค์การที่ดำเนินการเทียบกับแผนพัฒนาองค์การ ผ่านระบบออนไลน์
- รายงานผลลัพธ์ตัวชี้วัดในแต่ละหมวด

ไตรมาส 3

- รายงานผลการพัฒนาองค์การที่ดำเนินการเทียบกับแผนพัฒนาองค์การผ่านระบบออนไลน์
- รายงานผลลัพธ์ตัวชี้วัดในแต่ละหมวด

ไตรมาส 4

- กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง ระดับ 5 (ร้อยละ 70)
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ระดับ 5 (ร้อยละ 70)
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ระดับ 5 (ร้อยละ 40)

ระดับความสำเร็จ



**Mastery**



**Originality**



**People Centered**



**Humility**

ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

กระทรวงสาธารณสุข