

การดำเนินงานและรายงานตัวชี้วัด
ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ
ผู้ตรวจราชการและสาธารณสุขนิเทศก์
ปีงบประมาณ 2563



ระเบียบวาระการประชุมการดำเนินงานตาม
ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการผู้ตรวจราชการและสาธารณสุขนิเทศก์
จังหวัดชลบุรี ปีงบประมาณ 2563
26 ธันวาคม 2562

ระเบียบวาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งเพื่อทราบ

- ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการผู้ตรวจราชการและสาธารณสุขนิเทศก์ ปีงบประมาณ 2563

ระเบียบวาระที่ 2 เรื่องเพื่อพิจารณา

- สรุปสถานการณ์ และแนวทางการพัฒนา รายตัวชี้วัด ของเขตสุขภาพที่ 6
- ระบบการจัดทำรายงาน

ระเบียบวาระที่ 3 เรื่องอื่นๆ

-

ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการผู้ตรวจราชการและสาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 6 ปี 2563

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยงาน	Project Manager
1	อัตราสำเร็จของการรักษาโรคปอดรายใหม่	สคร.6 / CHPPO	ณัฐริสา บุญเจริญ สคร.6
2	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	CSO	นพ.อนุพงษ์ สุธรรมนิรันดร์ รพ.ชลบุรี
3	ร้อยละของโรงพยาบาลมีระบบจัดการการต่อยอดด้านจุลชีพอ่างบูรณาการ (AMR)	CSO	นพ.ธีระ คิวะดุล รพ.ชลบุรี
4	ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	CSO	พชิตา ตัญญบุตร สสจ.ฉะเชิงเทรา
5	จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน	สบส.6	จรรยา ไตรวุฒิ สบส.เขต 6
6	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดิดดาว	CSO	ภัทรานิษฐ์ สวัสดิ์ลิ้น สสจ.สมุทรปราการ
7	ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital	CIO	นายพงษ์พันธ์ สنج.เขตสุขภาพที่ 6
8	ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ	CSO	นพ.ชาติชาย คล้ายสุบรรณ รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร
9	จำนวนคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์นำร่องอย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 แห่ง	CSO (คบ.)	ดร.ภญ. ผกากรอง ขวัญข้าว รพ.อภัยภูเบศร
10	ร้อยละของเขตสุขภาพมีการพัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ	CIO-CSO	นายรัก ณะไพบุลย์ สสจ.ชลบุรี นางสุนรรัตน์ นีรพัฒนกุล สสจ.ชลบุรี

Area base การปัญหาสุขภาพของจังหวัด

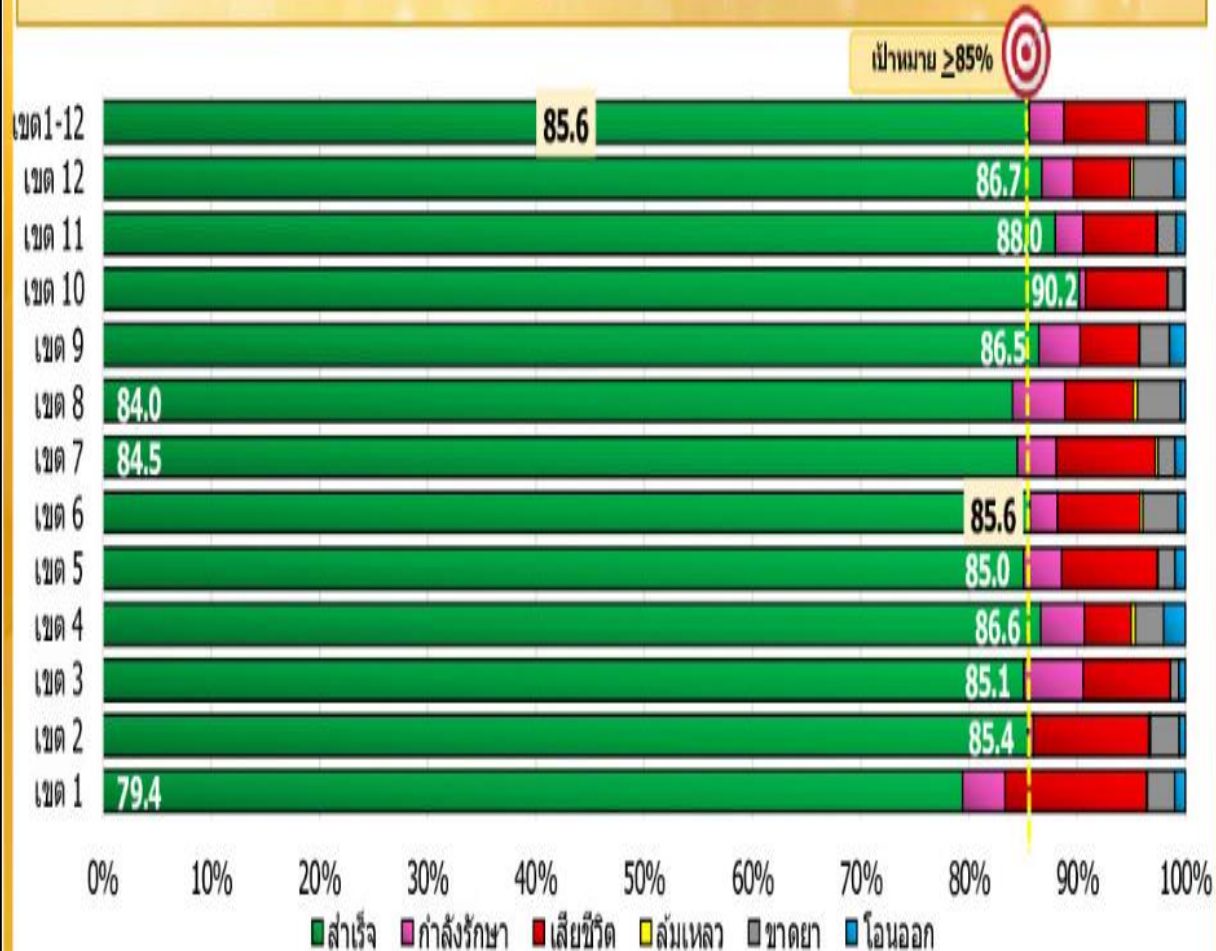
จังหวัด	เรื่อง/ประเด็น/ตัวชี้วัด	Project Manager	เบอร์โทร.
ชลบุรี	การป้องกันโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษ	นางวัชรี ทองอ่อน นางรติกร ประเสริฐไทยเจริญ	08 9813 2931 08 1431 1670
ระยอง	การพัฒนาคุณภาพการบริการด้านอาชีพเวชศาสตร์ฯ เพื่อรองรับการพัฒนาตามนโยบายเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (EEC)	นางสายจิตร์ สุขศรี นายจรรยา เจริญประโยชน์	08 3816 4040 08 1578 3954
จันทบุรี	การส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	นางสมจิต ยาใจ นางจันจิรา ใจดี	08 1357 9377 08 1794 9364
ตราด	การดูแลทางการแพทย์แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	นายสมนึก เกษโกวิท นางสาวนิตยา วัชรตโนโสภณ	08 1762 2036 08 1861 9805
สมุทรปราการ	การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ (การพัฒนาโรงพยาบาล จตุรทิศ จังหวัดสมุทรปราการ)	นางจำรัส วงศ์ประเสริฐ นางชมภู ศรีอุดมขจร	08 1409 6358 08 7670 3971
ฉะเชิงเทรา	การป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล(RDU,AMR)	นางสาวพรสวรรค์ อิมามี นางสาวชนกนถ ประทุมศรี	08 1816 4991 08 1416 6635
ปราจีนบุรี	อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่	นางอัญชลี มงกุฎทอง นางอรพิน ประเสริฐศรี	06 1565 1595 08 3305 7739
สระแก้ว	การบริหารพื้นที่สภาวะระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) ในโรงพยาบาลระดับ M และ F	นางกชพรรณ หาญชิงชัย นายณัฐกริช โกมลศรี	09 3135 2508 08 8022 9535

10. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (TB)

1. อัตราความสำเร็จ การรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ \geq ร้อยละ 85



ความก้าวหน้าผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (PA) เขต 1-12 ปี 2562



ผลการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ (PA) เขตสุขภาพที่ 6 ปี 2562

จังหวัด/เขต 6/ประเทศ	จำนวนผู้ป่วย	สำเร็จ		กำลังรักษา		เสียชีวิต		ขาดยา		โอนออก		ล้มเหลว	
		จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
เขต 1-12	11598	9,924	85.6	372	3.2	883	7.6	287	2.5	109	0.9	23	0.2
เขต 6	1306	1118	85.6	34	2.6	99	7.6	42	3.2	9	0.7	4	0.3
ชลบุรี	334	294	88.0	5	1.5	17	5.1	13	3.9	4	1.2	1	0.3
ระยอง	183	151	82.5	14	7.7	13	7.1	5	2.7	0	0.0	0	0.0
จันทบุรี	118	97	82.2	3	2.5	13	11.0	4	3.4	0	0.0	1	0.8
ตราด	52	48	92.3	1	1.9	2	3.8	0	0.0	0	0.0	1	1.9
ฉะเชิงเทรา	144	120	83.3	1	0.7	15	10.4	6	4.2	2	1.4	0	0.0
สมุทรปราการ	201	177	88.1	4	2.0	12	6.0	6	3.0	1	0.5	1	0.5
ปราจีนบุรี	131	120	91.6	3	2.3	7	5.3	0	0.0	1	0.8	0	0.0
สระแก้ว	143	111	77.6	3	2.1	20	14.0	8	5.6	1	0.7	0	0.0

ผลการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ในปอด (PA) ปี 2562 (เป้าหมาย 85%)

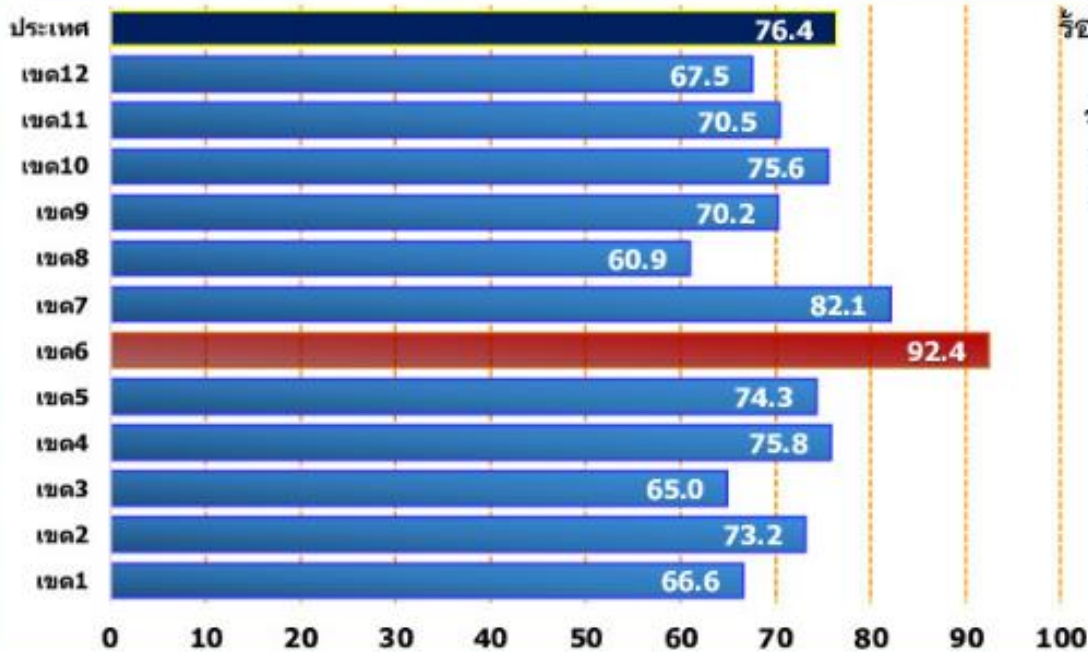
- รักษาสำเร็จ เขต 1-12 = 85.6% สูงสุด เขต 10 = 90.2%, รองลงมา เขต 11 = 88% เขต 6 = 85.6% (อยู่อันดับที่ 6 ของประเทศ)
- จังหวัดที่มีผลการดำเนินงานได้ตามเป้าหมาย 4 จังหวัด ได้แก่ จ.ตราด จ.ปราจีนบุรี จ.สมุทรปราการ และจ.ชลบุรี
- อยู่ระหว่างการรักษา 2.6% พบสูง จ.ระยอง 7.7% จ.จันทบุรี 2.5% และปราจีนบุรี 2.3%

10. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (TB) [ต่อ]

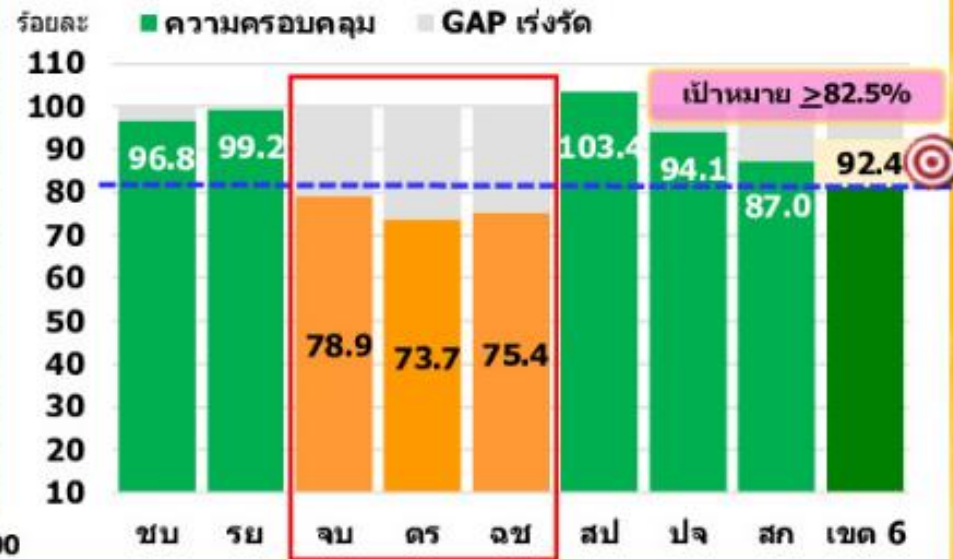


2. ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ \geq ร้อยละ 82.5

ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ปี 2562



ร้อยละผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนปี 2562 (ถึง 30 ก.ย. 62) เทียบกับเป้าหมาย



การขึ้นทะเบียนรักษา ปี 2562 (1 ต.ค. 2561 – 30 ก.ย. 2562) (เป้าหมาย 82.5%)

❑ ประเทศ คาดประมาณผู้ป่วยวัณโรค 108,000 ราย ขึ้นทะเบียนรักษา 76.4%

❑ เขต 6 คาดประมาณผู้ป่วยวัณโรค 9,446 ราย ขึ้นทะเบียนรักษา 8,729 ราย (92.4%)

จังหวัดที่มีการขึ้นทะเบียนสูงสุดคือ จ.สมุทรปราการ 103.4% จังหวัดที่ต้องเร่งรัดการขึ้นทะเบียน จ.ตราด จ.จันทบุรี และ จ.ฉะเชิงเทรา

1. อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่

อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เกิดขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม 2562) คำนวณจาก

$$\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$$

- A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม 2562) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2563
- B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม 2562)

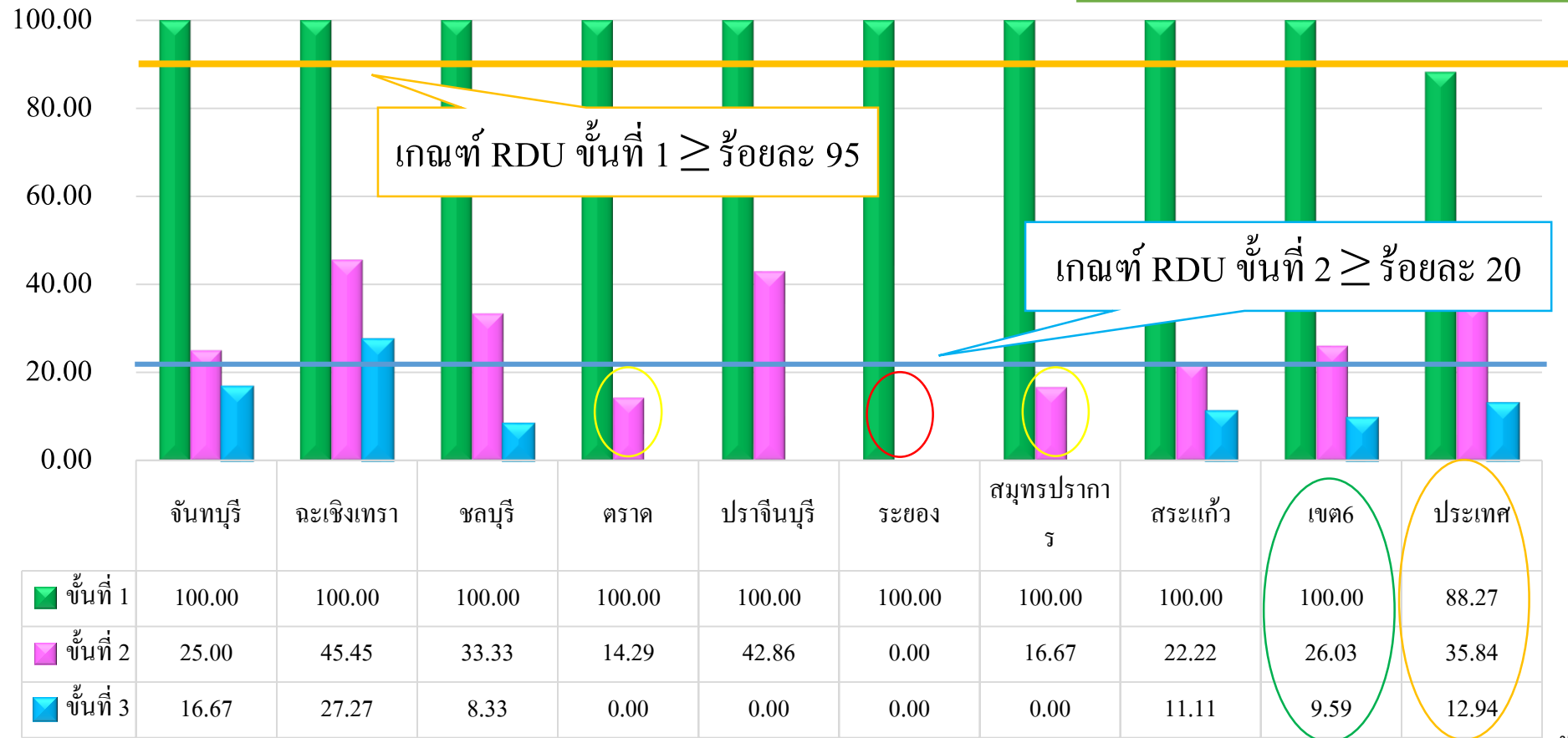
11. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

RDU ชั้นที่ 1 \geq ร้อยละ 90 , RDU ชั้นที่ 2 \geq ร้อยละ 20



เขตสุขภาพที่ 6 โรงพยาบาล 73 แห่ง ผ่าน RDU จำนวน 73 แห่ง

- RDU ชั้น1 = 73 แห่ง (100%)
- RDU ชั้น2 = 20 แห่ง (27.46.03%)
- RDU ชั้น3 = 7 แห่ง (9.59%)



2. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

เกณฑ์เป้าหมาย :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none">- RDU ชั้นที่ 2 \geq 45 %- RDU ชั้นที่ 3 \geq 15 %	<ul style="list-style-type: none">- RDU ชั้นที่ 2 \geq 50 %- RDU ชั้นที่ 3 \geq 15 %	<ul style="list-style-type: none">- RDU ชั้นที่ 2 \geq 55 %- RDU ชั้นที่ 3 \geq 20 %	<ul style="list-style-type: none">- RDU ชั้นที่ 2 \geq 60 %- RDU ชั้นที่ 3 \geq 20 %- ร้อยละ 100 ของจังหวัดมีการดำเนินการ RDU Community อย่างน้อยจังหวัดละ 1 อำเภอ และผ่านเกณฑ์ระดับ 3

12. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการต่อต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)

ร้อยละ 20 ของ รพศ./รพท. มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (intermediate)

ร้อยละของ รพศ./รพท. มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (intermediate)

ปี 62

รายการ	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	สมุทรปราการ	ฉะเชิงเทรา	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	เขต 6
จำนวน รพศ./รพท.ทั้งหมด	2	3	1	1	2	1	2	2	14
รพศ./รพท. ผ่านเกณฑ์ (Basic & intermediate)	2	3	1	1	2	1	2	2	14
ร้อยละ	100	100	100	100	100	100	100	100	100
รพศ./รพท. ผ่านเกณฑ์ (Advance)	1	1	0	0	0	0	1	0	3
ร้อยละ	50.00	33.33	0	0	0	0	50.00	0	21.43

Summary Q 3/62 : AMR เขต 6

กิจกรรม	จังหวัด	ชลบุรี		ฉ.ช.	ตราด	ปราจีนบุรี		ระยอง			สมุทรปราการ		สระแก้ว	
	พปก.	ชลบุรี	บางละมุง	พุทธศ.	ตราด	กบินทร์	อภัยฯ	ระยอง	แกลง	เฉลิมฯ	สมุทร	บางพลี	สระแก้ว	อรัญ
Management	55	62	60	57	62	77	77	67	65	62	65	70	57	60
LAB	72	90	78	60	70	70	68	67	52	60	73	60	55	52
DRUG	64	73	43	54	51	59	66	74	71	27	41	41	54	44
IC	85	83	85	81	60	83	90	80	80	85	80	75	70	65
Analytical	50	50	30	60	30	60	55	70	50	20	40	30	40	30
Total	326	358	296	312	273	349	356	358	318	254	291	276	276	251
Basic	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Intermediate	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Advance		√					√	√						

3..ร้อยละของโรงพยาบาลมีระบบจัดการการต่อต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)

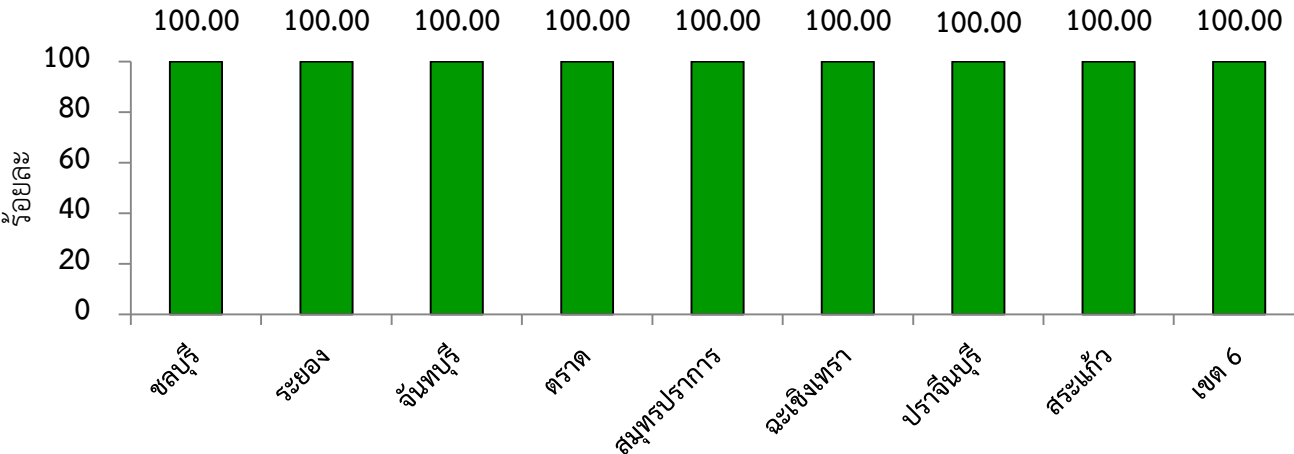
เกณฑ์เป้าหมาย :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12เดือน
	<ul style="list-style-type: none">- ร้อยละ 90 ของรพ.ทั้งหมดผ่านระดับ Intermediate- การติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง 5 %		<ul style="list-style-type: none">- ร้อยละ 100 ของรพ.ผ่านระดับ Intermediate- การติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง 7.5%

4. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ

ร้อยละ 60

ปี 62



	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	สมุทรปราการ	ฉะเชิงเทรา	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	เขต 6
ผลงาน	11	8	10	7	6	11	7	9	69
เป้าหมาย	11	8	10	7	6	11	7	9	69

ลำดับ	ประเด็นคุณภาพชีวิต	จำนวนอำเภอที่เลือก (อำเภอเลือกได้มากกว่า 1 ประเด็น)	ร้อยละของอำเภอที่เลือกดำเนินการ (จำนวนอำเภอ 69 อำเภอ)
1	อุบัติเหตุ	40	57.97
2	ขยะ	34	49.28
3	พิษสุนัขบ้า	19	27.54
4	ยาเสพติด	19	27.54
5	ผู้สูงอายุผู้พิการด้อยโอกาส	17	24.64
6	ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง	15	21.74
7	เมฆหวนความฝัน	8	11.59
8	ไขเลือดออก	8	11.59
9	อาหารปลอดภัย	5	7.25
10	วินโรด	3	4.35

ผลการดำเนินงาน

1. ทุกอำเภอมีการทบทวนและแต่งตั้งคณะกรรมการ พชอ. ปี 2562 และประชุมคณะกรรมการ พชอ. คัดเลือกประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอละ อย่างน้อย 2 ประเด็น
2. ผลการประเมิน เกณฑ์คุณภาพมากกว่า ระดับ 3 หรือมากขึ้น 1 ระดับ ครบทุกอำเภอ จำนวน 69 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 100

Best Practice

การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อำเภออานามัยการเจริญพันธุ์ จ.สมุทรปราการ

โครงการวิถีพุทธ นวัตกรรม "ข้าวดี ฟ้าบุญ ไส้ยุ้ง วิถีพุทธ" จ.ระยอง

เกาะกูดสะอาด ปราศจากขยะ ลดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ ยุงลาย" ของจังหวัดตราด

- คนกินתר "ไม่ทิ้งกัน" เพื่อดูแลผู้ยากไร้ และผู้ด้อยโอกาส อำเภออานามัยการเจริญพันธุ์ จังหวัดปราจีนบุรี
- การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ของอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี
- คนสัทธิบอยุ่ดีมีสุข ไม่ทอดทิ้งกัน ของอำเภอสัทธิบ จังหวัดชลบุรี
- เรารักดาพระยา คนดาพระยาไม่ทอดทิ้งกัน อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว

การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุ ของอำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา

4. ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ

เกณฑ์เป้าหมาย :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. มีการประชุม ทบทวนคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาอย่างน้อย 2 ประเด็น</p> <p>2. พื้นที่ประเมินตนเอง พร้อมรายงานผลการประเมิน เพื่อวางแผนพัฒนาร่วมกับจังหวัด</p>	<p>1. มีคณะทำงาน วางแผนกำหนดแนวทางการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามที่พื้นที่กำหนด</p> <p>2. มีการบริหารจัดการทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต</p>	<p>มีการเยี่ยมเสริมพลังและประเมินผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามแนวทาง UCCARE โดยการประเมินของผู้เยี่ยมระดับจังหวัดและเขต</p>	<p>อำเภอมีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตและผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิต</p> <p>ร้อยละ 70</p>

5.จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน

อสม. มีศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน หมายถึง อสม. ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน มีความรู้ และทักษะในการดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : จัดเก็บจากฐานข้อมูล อสม. ซึ่งมีการลงทะเบียน 2 ช่องทาง ดังนี้

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ รพ.สต./รพช./รพท./หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่นำข้อมูลผลการดำเนินงาน มาบันทึกลงในเว็บไซต์ฐานข้อมูล www.thaiphc.net
2. อสม. รายงานผลผ่าน Application “SMART อสม.” ด้วยตนเอง

เกณฑ์เป้าหมาย :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. มีหลักสูตรการพัฒนา อสม. หมอประจำบ้าน	มี อสม.หมอประจำบ้าน 10,000 คน	มี อสม.หมอประจำบ้าน 80,000 คน (สะสม)	-
2. มีการชี้แจงแนวทางสู่การปฏิบัติ			

6. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีตดาว

วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

รพ.สต. ประเมินตนเองและบันทึกข้อมูล,

สสอ. ตรวจสอบและแก้ไข, (รับรอง)

สศจ. ตรวจสอบและแก้ไข, (รับรอง)

เขต ตรวจสอบและส่งผลการประเมินผ่านโปรแกรมมายัง สสป. ผ่านระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ
หน่วยบริการปฐมภูมิ (<http://gishealth.moph.go.th/pcu>)

6. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีตดาว

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. ประชุมชี้แจงนโยบาย กำหนด ทิศทาง ติดตามการดำเนินงาน (Kick off) ระดับประเทศ</p> <p>2. อบรมเชิงปฏิบัติการคณะทำงานพัฒนา และประเมินคุณภาพ รพ.สต.ตีตดาว ระดับเขต (ครุ ก) จำนวน 1 ครั้งต่อปี</p> <p>3. มีคู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตีตดาว (รพ.สต.ตีตดาว) ปี 2563</p> <p>4. รพ.สต.ประเมินตนเองและบันทึกข้อมูล ในระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วย บริการปฐมภูมิ (http://gishealth.moph.go.th/pcu)</p>	<p>1. อบรมเชิงปฏิบัติการคณะทำงานพัฒนา และประเมินคุณภาพ รพ.สต.ตีตดาว ระดับจังหวัด (ครุ ข) อย่างน้อยเขตละ 1 ครั้ง และระดับอำเภอ อย่างน้อยจังหวัด ละ 1 ครั้ง</p> <p>2. แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาและประเมิน คุณภาพ รพ.สต.ตีตดาว ระดับจังหวัด 1 ทีม/จังหวัด ระดับอำเภอ 1 ทีม/อำเภอ</p> <p>3. มีทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอเพื่อพัฒนา รพ.สต. ทุกแห่ง ร้อยละ 100</p> <p>4. สสอ./สสจ. ตรวจสอบข้อมูลการบันทึก การประเมินตนเองของ รพ.สต. ใน โปรแกรม http://gishealth.moph.go.th/pcu เพื่อวางแผนการพัฒนา</p>	<p>1. รพ.สต. (ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์) ได้รับการ พัฒนาโดยทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ/ระดับ จังหวัด</p> <p>2. คณะกรรมการประเมินระดับอำเภอ ประเมิน</p> <p>3. คณะกรรมการประเมินระดับจังหวัด ประเมินและรับรองผล</p> <p>4. คณะกรรมการประเมินระดับเขต ประเมินรับรองผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในภาพของจังหวัด</p> <p>5. สสอ./สสจ./เขต ตรวจสอบข้อมูล ส่งผลการประเมินมายังสำนักสนับสนุน ระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.) ผ่าน โปรแกรม http://gishealth.moph.go.th/pcu</p>	<p>รพ.สต.ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีตดาว ระดับ 5 ดาว สะสมร้อยละ 75</p>

7. ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital

เกณฑ์ประเมิน :

1) **Smart Place**

1. ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาล Green and Clean & Digital Look

2) **Smart Tools** (อย่างน้อย 2 ข้อ ไม่เรียงลำดับ)

2.1 Queue: มีหน้าจอแสดงลำดับคิว ในจุดที่เหมาะสม เพื่อลดความแออัดบริเวณจุดบริการ และหน้าห้องตรวจ

2.2 Queue: มีช่องทางออนไลน์ หรือ ช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด เช่น คิวพบแพทย์

2.3 Devices: มีการเชื่อมต่อข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ (Vital Sign) อย่างน้อย 1 อุปกรณ์ เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ

3) **Smart Services** (อย่างน้อย 4 ข้อ ไม่เรียงลำดับ)

3.1 BPM : ยกเลิกการเรียกร้องรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการ จากผู้รับบริการ

3.2 BPM : มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records)

3.3 BPM : มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (OPD ทุกห้องตรวจ)

3.4 BPM : มีข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด บริการ OPD

3.5 BPM : มีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการ

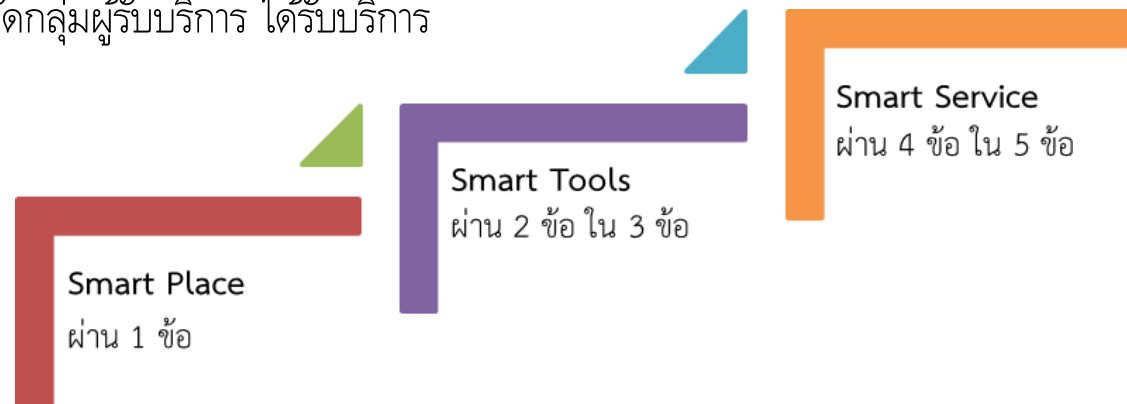
ตรงเวลาหรือแตกต่างกันเล็กน้อยอย่างเหมาะสม

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน สรุปยอด ณ 15 มี.ค.63	รอบ 9 เดือน สรุปยอด ณ 15 มิ.ย.63	รอบ 12 เดือน สรุปยอด ณ 31 ส.ค.63
มีกิจกรรมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน Smart Hospital	ร้อยละ 20 กลุ่มเป้าหมายที่ 1	ร้อยละ 50 กลุ่มเป้าหมายที่ 1	ร้อยละ 80 กลุ่มเป้าหมายที่ 1
	ร้อยละ 10 กลุ่มเป้าหมายที่ 2	ร้อยละ 30 กลุ่มเป้าหมายที่ 2	ร้อยละ 50 กลุ่มเป้าหมายที่ 2
	ร้อยละ 20 กลุ่มเป้าหมายที่ 3	ร้อยละ 50 กลุ่มเป้าหมายที่ 3	ร้อยละ 80 กลุ่มเป้าหมายที่ 3

รพ. ระดับ A, S, M1, M2 80%

รพ. ระดับ F1, F2, F3 50%

รพ. นอกสังกัด สป. 80%



8. ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ

เกณฑ์เป้าหมาย : โรงพยาบาล ระดับ A ผ่านเกณฑ์ประเมิน ER คุณภาพ

ห้องฉุกเฉินคุณภาพ หมายถึง ห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน ให้การรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วย วิกฤตฉุกเฉิน อย่างทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ โดยเน้นใน 3 มิติ คือ

1. พัฒนาระบบบริการที่มีมาตรฐาน
 - 1.1. เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน
 - 1.1.1. จัดบริการห้องฉุกเฉินตามเกณฑ์ ER Service Delivery
 - 1.1.2. กำหนดให้ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2-4 ชั่วโมง (ER Target Time 2-4 ชั่วโมง)
 - 1.2. เพิ่มทางเลือกให้ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน
 - 1.2.1. จัดบริการ OPD นอกเวลาราชการ
2. พัฒนาระบบสนับสนุนที่มีมาตรฐาน
 - 2.1. พัฒนาอาคารสถานที่
 - 2.1.1. จัดให้มี Double door with access control
 - 2.1.2. จัดให้มีห้องรอตรวจ (Waiting area/room)
 - 2.1.3. จัดให้มีห้องแยกโรค (Isolation room)
 - 2.2. พัฒนาระบบสารสนเทศ
 - 2.2.1. มีสารสนเทศที่แสดงคิวและสถานะรวมถึงขั้นตอนการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย (Patient Tracking)
 - 2.2.2. เชื่อมโยงข้อมูลด้านการแพทย์ฉุกเฉิน โดยการพัฒนา ระบบ Telemedicine และ Ambulance Operation Center (AOC)
 - 2.2.3. ส่งข้อมูลผู้รับบริการห้องฉุกเฉินทุกราย ผ่านแฟ้ม “ACCIDENT” ในระบบ ข้อมูล 43 แฟ้ม
3. การพัฒนาและธำรงรักษากำลังคน
 - 3.1. วางแผนกำลังคนแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (EP) พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP) และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic)

ประเภท	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
โรงพยาบาลศูนย์ (A) 34 แห่ง ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ				ร้อยละ 80

9.จำนวนคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์นำร่องอย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 แห่ง

คลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง การจัดบริการให้ผู้รับบริการที่มีข้อบ่งชี้ ทั้งแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย

เกณฑ์เป้าหมาย :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อย่างน้อย เขตสุขภาพละ 1 แห่ง	อย่างน้อย เขตสุขภาพละ 1 แห่ง	อย่างน้อย เขตสุขภาพละ 1 แห่ง	อย่างน้อย เขตสุขภาพละ 1 แห่ง

วิธีการประเมินผล : จากการลงข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม C-MOPH

10. ร้อยละของเขตสุขภาพมีการพัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/ หลักฐานประกอบการประเมิน	ค่าคะแนนที่ได้
1	<ul style="list-style-type: none"> - มีแผนแม่บทพัฒนาการบริการสุขภาพ 5 ปี (5 Years Master Plan of Service Plan) - มีกรอบการบริหารจัดการเชิงบูรณาการ - มีแผนการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ - มีระบบติดตามกำกับ 	<ul style="list-style-type: none"> - แผนเขตสุขภาพ - มีรายละเอียดการบูรณาการ - ระบบข้อมูล 	เท่ากับ 1 คะแนน
2	<ul style="list-style-type: none"> - มีแนวทางสนับสนุนหรือพัฒนานวัตกรรมการบริหารจัดการของเขตสุขภาพอย่างน้อยเขตละ 1 เรื่อง 	<ul style="list-style-type: none"> - แนวทางการสนับสนุน 	เท่ากับ 1 คะแนน
3	<ul style="list-style-type: none"> - มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ - มีกลไกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีระบบสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง - มีกลไกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 	เท่ากับ 1 คะแนน
4	<ul style="list-style-type: none"> - มีกลไกการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ จังหวัด และหน่วยบริการ - มีการบูรณาการและขยายความร่วมมือกับภาคส่วนอื่น 	<ul style="list-style-type: none"> - มีกลไกการบริหารจัดการ - รายงานผลการบูรณาการ 	เท่ากับ 1 คะแนน
5	<ul style="list-style-type: none"> - มีการรายงานการประเมินผลการบริหารจัดการ 	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานการประเมินผล 	เท่ากับ 1 คะแนน

10. ร้อยละของเขตสุขภาพมีการพัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

เกณฑ์การประเมิน :

ไตรมาสที่ 1 Small success	ไตรมาสที่ 2 Small success	ไตรมาสที่ 3 Small success	ไตรมาสที่ 4 Small success
1. มีแผนแม่บทพัฒนาการบริการสุขภาพ 5 ปี (5 Years Master Plan of Service Plan) 2. มีกรอบการบริหารจัดการเชิงบูรณาการ 3. มีแผนการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ 4. มีระบบติดตามกำกับ	1. มีแนวทางสนับสนุนหรือพัฒนานวัตกรรมการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ อย่างน้อยเขตละ 1 เรื่อง	1. มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ 2. มีกลไกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	1. มีกลไกการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ จังหวัด และหน่วยบริการ 2. มีการบูรณาการและขยายความร่วมมือกับภาคส่วนอื่น 3. การรายงานการประเมินผลการบริหารจัดการ

นวัตกรรมการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบนัดหมายคลินิกหมอครอบครัวนำร่อง

เป้าหมาย	มาตรการ	เกณฑ์/เป้าหมายการดำเนินงานในแต่ละไตรมาส (Small Success)				หมายเหตุ
		3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
คลินิกหมอครอบครัวนำร่อง 4 แห่ง ผ่านเกณฑ์ระดับ 5	<ol style="list-style-type: none"> 1) การสำรวจ คัดกรองและจำแนกประชากร ผู้รับบริการออกเป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย (กลุ่มที่สามารถดูแลตนเองได้และกลุ่มที่สามารถดูแลตนเองไม่ได้) 2) จัดเก็บข้อมูลประชากรกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่ระบบฐานข้อมูล 3) จัดทำระบบนัดหมายคลินิกหมอครอบครัว 4) ทดลองใช้ระบบนัดหมายคลินิกหมอครอบครัว และปรับปรุงระบบนัดหมายคลินิกหมอครอบครัว 5) ประชาสัมพันธ์ระบบนัดหมายคลินิกหมอครอบครัวให้ประชาชนและผู้รับบริการทราบ 6) ดำเนินการใช้ระบบนัดหมายคลินิกหมอครอบครัว 7) สรุปผลดำเนินงาน 8) เผยแพร่นวัตกรรมระบบนัดหมายคลินิกหมอครอบครัวสู่คลินิกหมอครอบครัวอื่น ๆ 	สำรวจเตรียมความพร้อมฐานข้อมูลประชากรในเขตรับผิดชอบ พร้อมระบุหมอครอบครัวผู้รับผิดชอบ	<ol style="list-style-type: none"> 1) จำแนกและจัดกลุ่มประชากรผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมาย 2) มีการประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มเป้าหมายทราบแนวทางการนัดหมาย 	คลินิกหมอครอบครัวนำร่องทั้ง 4 แห่ง มีการนำโปรแกรมนัดหมายคลินิกหมอครอบครัวไปใช้งาน	<ol style="list-style-type: none"> 1) คลินิกหมอครอบครัวกลุ่มเป้าหมาย 4 แห่งมีการสรุปประเมินผลการดำเนินงานระบบนัดหมายคลินิกหมอครอบครัวในเขตสุขภาพ 2) เขตสุขภาพมีการเผยแพร่การพัฒนาระบบนัดหมายคลินิกหมอครอบครัวในเขตสุขภาพ 	คลินิกหมอครอบครัวกลุ่มเป้าหมายในจังหวัดต่อไปนี้ ชลบุรี, ระยอง , ฉะเชิงเทรา , สระแก้ว จังหวัดละ 1 แห่ง

ระบบการจัดทำรายงาน

- สรุปรายงาน ที่ประชุมกรรมการบริหารเขต ทุกเดือน
- ส่งรายงาน กพร. สป. รายไตรมาส ภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป (มค.,เมย.,กค., 20 กย.)

ตัวชี้วัดที่

Project Manager

จังหวัด	รายชื่อผู้จัดทำรายงาน	เบอร์โทร.
ชลบุรี		
ระยอง		
จันทบุรี		
ตราด		
สมุทรปราการ		
ฉะเชิงเทรา		
ปราจีนบุรี		
สระแก้ว		