

ประเด็นสำคัญคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement) ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ลำดับ	ประเด็น	KPI	PI	สถานการณ์	การขับเคลื่อน
๑	Mother & Child Health	๑.๑ อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีวิต ๑.๒ ระดับความสำเร็จของการพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน	๑) ร้อยละ ๙๐ ของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ๒) ร้อยละ ๒๐ ของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า ๓) ร้อยละ ๙๐ ของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ ๔) ร้อยละ ๖๐ ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA ๔I	อัตราส่วนมารดาตาย ๑๒.๖๘ (๑๐.๔๑) คัดกรอง ๗๐.๗๙% (๗๘.๒๗%) สงสัยล่าช้า ๘.๗๗% (๒๑.๒๖%) ติดตามได้ ๖๙.๐๑% (๘๓.๔๘%) ได้รับการกระตุ้น TEDA ๔I ๒๖.๕๙% (๓๙.๑๐%)	๑) มหัทศวรรษ ๑๐๐๐ วัน ๒) Prenatal management เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ๓) แลกเปลี่ยน best practice/ กำกับติดตามทุกระดับ
๒	Green & Clean Hospital	๑) รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ ๔๐ ๒) รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus อย่างน้อยจังหวัดละ ๑ แห่ง		รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก ๓๓ แห่ง ๓๔.๑๘% (๓๙.๒๕%)	๑) พัฒนา รพ.ระดับพื้นฐานให้ได้ ๑๐๐% ๒) ยกระดับ รพ.เป็นระดับดี ดีมาก รพ.ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากอย่างน้อย ๑ แห่ง/จังหวัด ๓) พัฒนาการกำจัดขยะติดเชื้อ ระบบบำบัดน้ำเสีย ส้วม และอาหารปลอดภัย ๔) แลกเปลี่ยนเรียนรู้
๓	Fast Track ➤ STROKE	๑) ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง < ๗	๑) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตีบ/อุดตัน < ๕ ๒) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก < ๒๕ ๓) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง < ๗ ๔) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือด	๑) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตีบ/อุดตัน ๗.๑๐ (๓.๘๕) ๒) ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ๓๓.๘๗ (๒๒.๒๕) ๓) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด	๑) ทุกจังหวัดมี Stroke fast tract ๒) Care Map for hemorrhagic stroke ๓) กรณีเส้นเลือดตีบ/ตัน ต้องให้ยาเพื่อลดการผ่าตัดได้ทันท่วงที่กรณีเส้นเลือดแตก ต้องได้รับ

ลำดับ	ประเด็น	KPI	PI	สถานการณ์	การขับเคลื่อน
			<p>สมอง ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชม. ได้รับการรักษาใน Stroke Unit ≥ 40</p> <p>๕) ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน ที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชม. ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที (door to needle time) ≥ 50</p> <p>๖) ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกได้รับการผ่าตัดสมองภายใน ๙๐ นาที (door to operation room time) ≥ 60</p>	<p>เลือดสมอง ๑๔.๔๑ (๘.๑๒)</p> <p>๔) รพ.A มีหออภิบาลผู้ป่วยstroke เขตมี ๓ แห่ง ๑๐๐ (๘๐.๐๐)</p> <p>๕) รพ.S มีหออภิบาลผู้ป่วยstroke ๖๐ (๘๐.๐๐)</p> <p>๖) ทุกจังหวัดมี Stroke Fast Tract ให้ยาละลายลิ่มเลือด</p>	<p>การผ่าตัด และเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างรวดเร็ว</p>
	➤ SEPSIS	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis < ๓๐%	<p>๑) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๓๐</p> <p>๒) อัตราการได้รับ antibiotic น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ภายใน ๑ ชม.(นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ และอัตราการได้รับ antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากจุดคัดกรองจนถึงเวลาได้รับ antibiotic)</p> <p>๓) อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ antibiotic ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐</p> <p>๔) อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐</p> <p>๕) อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบ</p>	<p>๑) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community acquired sepsis ๓๑.๗๙ (๓๔.๗๔)</p> <p>๒) จำนวนผู้ป่วย sepsis/dead ๕,๒๕๑/๒,๓๑๓ ราย (๗๓,๐๘๙/๒๕,๓๙๑ ราย)</p>	<p>๑) Sepsis fast track</p> <p>๒) Sepsis best practice model</p> <p>๓) Sepsis registry</p> <p>๔) Hand book ฉบับประชาชน</p>

ลำดับ	ประเด็น	KPI	PI	สถานการณ์	การขับเคลื่อน
			ภาวะวิกฤติ (ระดับ ๒-๓)ภายใน ๓ ชม. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐		
	➤ TRAUMA	อัตราการตายของผู้ป่วยฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชม. ใน รพ. A,S,M๑ < ๑๒%	๑) อัตราของผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้การผ่าตัดใน รพ. A,S,M๑ สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที >๘๐% ๒) อัตราของผู้ป่วย trauma triage level ๑,๒ อยู่ในห้องฉุกเฉิน < ๒ ชม. ใน รพ.A,S,M๑ >๖๐% ๓) อัตราของผู้ป่วย severe traumatic brain injury ที่เสียชีวิตในรพ. A,S,M๑ >๔๕% ๔) อัตราของ TEA unit ในรพ. A,S,M๑ ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ >๘๐%	๑) อัตราตายของผู้ป่วยฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชม. รพ.ระดับ F๒ ขึ้นไป ๑.๑๒ (๒.๐๒) ๒) ร้อยละผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินมาโดย EMS ๑๒.๘๖ (๒๗.๖๘) ๓) ECS คุณภาพ ๕๓.๓๓ (๘๓.๑๙) ๔) ER คุณภาพ ๘๑.๘๒ (๗๖.๐๗)	๑) ER คุณภาพ ๒) TEA Unit ๓) EP/EN/ENP/Paramedic ๔) DHS-RTI ระดับอำเภอ ๕) Ambulance Safety
๔	ยาเสพติด	๑) ร้อยละ ๒๐ ของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention rate) ๒) ร้อยละ ๔๐ ของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด๓เดือน (๓ months Remission rate)	๑) ร้อยละ ๘๐ ของสถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูผ่านการรับรองคุณภาพ (HA ยาเสพติด) ๒) ร้อยละ ๑๐๐ จังหวัดมีการกำกับดูแลมาตรฐานหน่วยบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด (ประเมินภายนอก) ๓) ร้อยละ ๗๐ พัฒนากฎหมายลำดับรองด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติด ๔) ร้อยละ ๑๐๐ ของจังหวัดมีการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx)	๑) HA ยาเสพติด ผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่ได้รับการติดตาม ๑ ปี ๔๗.๑ (๗๘.๖๑) ๒) ร้อยละผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด (๓ months Remission rate) ๙๗.๑๓ (๙๖.๐๔) ๓) ร้อยละของสถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูผ่านการรับรองคุณภาพ ๘๗.๑๐ (๘๕.๖๖) ๔) ร้อยละของจังหวัดมีการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ๘๕.๗ (๗๒.๘๑)	๑) To Be Number One ๒) CBTx ๓) กฎหมายเอื้อต่อการทำงาน

ลำดับ	ประเด็น	KPI	PI	สถานการณ์	การขับเคลื่อน
๕	Financial Management	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ ๗ < ร้อยละ ๔		๑) ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติระดับ ๗ ๑๖.๙๐ (๒.๕๓)	Sufficient Allocation Accounting Management Network Capital Building Efficient Management
๖	Quality Organization ➤ HA	ร้อยละของ รพ.สังกัด กสธ. ผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓ (รพศ./รพท./รพ.กรม ๑๐๐ % , รพช. ๙๐ %)		๑) ร้อยละของ รพ.สังกัด กสธ. ผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓ รพศ/รพท. ๙๙.๓๙ (๑๐๐) รพช.๘๕.๗๕ (๗๒.๘๘)	๑) แผนพัฒนาคุณภาพ ๒) เยี่ยมกระตุ้น ๓) warning system
	➤ PMQA	๔.๒ ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัด สป. ที่ดำเนินการ PMQA ตามเกณฑ์ที่กำหนด (หมวด ๒, ๔) ร้อยละ ๗๐ ของกองใน สป. ร้อยละ ๗๐ ของ สสจ. ร้อยละ ๔๐ ของ สสอ.		๑) ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัด สป. ที่ดำเนินการ PMQA ตามเกณฑ์ที่กำหนด สสจ. ๑๐๐ (๑๐๐) สสอ. ๑๐๐ (๘๐.๗๗)	๑) พัฒนาทีม Auditor Audit ๒) สร้างทีม Internal Audit
๗	เขตสุขภาพ	ร้อยละ ๑๐๐ ของเขตสุขภาพที่มีนวัตกรรมการบริหารจัดการ		ไม่มี	๑) จัดระบบ primary fund ๒) Service and HR Blueprint ๓) Initiative Management Model
๘	PRIMARY CARE	๑) ร้อยละ ๖๐ ของอำเภอมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ ๒) ร้อยละของ PCC ที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (สะสมร้อยละ ๓๖ (๑,๑๗๐ ทีม) เป้าปี ๖๒= ๓๖๔ ทีม)	๑) PCC ผ่านเกณฑ์รับรองของ จ/ข ๒) PCC ขยายผลพื้นที่ต้นแบบเพิ่มเขตละ ๑ แห่ง ๓) มีรูปแบบบริการ PCC จากการวิจัย พัฒนา เขตละ ๑ แห่ง ๔) ประชาชนรู้จักหมอครอบครัว	๑) ร้อยละของอำเภอมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) ที่มีคุณภาพ ๙๒.๘๖ (๙๗.๕๔) ๒) ร้อยละของ PCC ที่เปิดบริการในพื้นที่ ๘๒.๘๕ (๖๗.๖๑) ๓) ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์	๑) รูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิ ๒) ระบบบริหารจัดการกำลังคนและทีมสุขภาพ ๓) ระบบสนับสนุนการพัฒนาทีมเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

ลำดับ	ประเด็น	KPI	PI	สถานการณ์	การขับเคลื่อน
		๓) ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีตดาว (เป้าหมาย ๓ ดาว ๑๐๐%, ๕ ดาว (สะสม) ๖๐%)	๕๐% พขอ.คัดเลือกประเด็นพัฒนา/แก้ไขอย่างน้อย ๒ ประเด็น ๕) ประเมิน รพ.สต.ตีตดาว อำเภอ/จังหวัด/เขต	การพัฒนาคุณภาพ ๓๓.๕๓ (๕๑.๙๐) ๔) เขต ๔ มี พขอ.จำนวน ๗๐ คนะ และมีการคัดเลือกประเด็นพัฒนาอย่างน้อย ๒ ประเด็นครบทุกแห่ง	
๙	TB	อัตราการสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (เป้าหมาย>ร้อยละ ๘๕)	๑) ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ \geq ร้อยละ ๘๒.๕ ๒) อัตราการเสียชีวิต \leq ร้อยละ ๕ ๓) อัตราการขาดยาและไอนอกของผู้ป่วยวัณโรค เท่ากับ ๐	๑) อัตราการรักษาสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ๘๓.๖๐ (๘๔.๓) ๒) ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำ ๘๒.๒ (๘๒.๕) ๓) อัตราการเสียชีวิต ๖.๑ (๘.๗) ๔) อัตราการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรค ๕.๔ (๒.๖) ๕) อัตราการไอนอกของผู้ป่วยวัณโรค ๑.๖ (๐.๙)	๑) ลดการเสียชีวิต ๒) ลดการขาดยา ๓) ระบบกำกับติดตามคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค
๑๐	RDU-AMR	๑) ร้อยละ รพ.ที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล RDU ชั้น ๑ \geq ๙๕%		๑) ร้อยละ รพ.ที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล RDU ชั้น ๑ ๙๔.๓๗ (๘๕.๗๙)	๑) เพิ่มความปลอดภัยด้านยา ๒) หยุดสร้างเชื้อดื้อยา ๓) ลดป่วยจากเชื้อดื้อยา

ลำดับ	ประเด็น	KPI	PI	สถานการณ์	การขับเคลื่อน
		RDU ชั้น ๒ \geq ๒๐% ๒) ร้อยละ รพ.ที่มีระบบ AMR AMR ระดับ intermediate \geq ๒๐%		RDU ชั้น ๒ ๗.๒๗ (๔๔.๕๒) ๒) ร้อยละ รพ.ที่มีระบบ AMR ๑๐๐ (๘๒.๙๑)	๔) ลดค่าใช้จ่ายสุขภาพ ๕) RDU Literacy
๑๑	HRH Transformation	๑) ร้อยละเขตสุขภาพมีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ > ร้อยละ ๗๐ (มีข้อมูล แผนตามกรอบ FTE และมีบุคลากรเพียงพอ \geq ร้อยละ ๗๑) ๒) จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข อย่างน้อยจังหวัดละ ๑ แห่ง	๑) ข้อมูล HROPS เป็นปัจจุบันไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๘ ๒) มีข้อมูล GIS Health ครบถ้วน > ๗๐ % ๓) ข้อมูลตามบัญชีกำลังคนด้านสุขภาพ (NHWA) ๔) จำนวนตำแหน่งว่างทั้งหมด ลดลงมากกว่าร้อยละ ๖๕ ๕) มีผลการประเมิน Happinometer และ HPI	๑) ร้อยละเขตสุขภาพมีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ ๙๕.๘๘ (๙๗.๐๘)	๑) HRP ๒) HRD ๓) HRM ๔) HRN
๑๒	Digital Transformation	๑) เขตสุขภาพดำเนินการ digital transformation อย่างน้อยเขตละ ๑ จังหวัด ๒) มีการใช้ Application สำหรับ PCC ใน PCC ทุกแห่ง	มีการ analysis big data และนำไปใช้อย่างน้อย ๓ เรื่อง	การใช้ App PCC (๑ แห่ง รพ.สต. วัดพระญาติการาม จ. อโยธยา) เกี่ยวกับระบบการจองคิว	๑) AI : AI Unit, CXR, Retina ๒) Smart Hospital : Queue, Less paper ๓) Big Data : ตา ไต หัวใจ ๔) ระบบ Service Implement Digital Transformation ที่มีการเชื่อมโยง