

# PA

ชื่อตัวชีวิต.

ร้อยละของคณะกรรมการ

พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ

## นิยาม

- ขั้บเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ ตามระเบียบสำนักนายก
- จัดตั้งคณะกรรมการระดับอำเภอ
- ประชุมจัดทำแผนพัฒนาฯ
- ระดับอำเภอมีการดำเนินงาน ไม่น้อยกว่า ๒ ประเด็น
- มีผลลัพธ์การดำเนินงาน ผ่านประเด็นยกระดับขึ้น หนึ่งระดับทุกข้อ หรือระดับ ๓ ขึ้นไป ตาม

UCCARE

## เป้าหมาย

- การดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทุกอำเภอ
- มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพร้อยละ ๕๐

## • แผนดำเนินการ

- จังหวัดบูรณาการ วิเคราะห์ปัญหา และตัวชี้วัดร่วม สนับสนุน ข้อมูล ชี้ประเด็นการดำเนินงานสนับสนุนระดับอำเภอ
- แต่งตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัด : สนับสนุน เยี่ยมเสริมพลัง
- สนับสนุนและส่งเสริมการแต่งตั้งคณะกรรมการฯ
- ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน พัฒนาศักยภาพแกนนำ DHS ระดับ อำเภอ ในการดำเนินงาน DHB
- **MOU** จังหวัด – หน.ส่วนราชการ , สสจ.-สสอ. ผอ.รพ.
- อำเภอ ดำเนินการ ประชุม นำเสนอประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิต เสนอต่อคณะกรรมการฯ
- อำเภอ จัดทำแผนงาน ตามประเด็น ส่งสสจ.
- อำเภอ ดำเนินการจัดประชุม และออกแบบขับเคลื่อน พชอ.
- ขับเคลื่อน การดำเนินงาน โดยกระบวนการ DHS – ถอดบทเรียน ประเมินผล
- เยี่ยมเสริมพลังและประเมินฯ ผลการดำเนินงานโดยทีมจังหวัด

• ต.ค. – พ.ย.

• พ.ย. ๖๐

• ต.ค. – พ.ย. ๖๐

• พ.ย. ๖๐

• ต.ค. – พ.ย. ๖๐

• ต.ค. – ธ.ค. ๖๐

• ธ.ค. ๖๐ – ม.ค. ๖๑

• พ.ย. ๖๐ – ธ.ย. ๖๑

• พ.ย. ๖๐ – ก.ย. ๖๑

• ก.พ. ๖๑ – ก.ค. ๖๑

# PA

## สถานการณ์ปัจจุบัน

สระแก้ว มี ๙ อำเภอ ผ่าน DHS  
คุณภาพ (CCCARE) ๙ อำเภอ ประเด็น  
สุขภาพที่ดำเนินการ อำเภอละ ๓ เรื่อง

- ประเด็นสุขภาพที่ดำเนินการ ส่วนใหญ่ :  
เบาหวานความดัน อุบัติเหตุ การดูแลผู้พิการ  
ท้องก่อนวัย วัณโรค
- อำเภอที่ดำเนินการ นำร่องแล้ว : อำเภอวังน้ำ  
เย็น ประเด็นสุขภาพ NCD

### • ความก้าวหน้าในการดำเนินงาน

- สื่อสารแจ้งแนวทางการดำเนินงาน ให้กับ ผวจ.และหัวหน้าส่วนระดับจังหวัด ให้มีการเตรียมการ ดำเนินงาน  
พชอ. (๓๐ ต.ค. ๖๐)
- แจ้ง แนวทางการดำเนินงาน ให้กับ บริหาร สสอ./ รพ./ ทุกอำเภอรับทราบ
- ทำ MOU กับ สาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาล
- วิเคราะห์ จัดเตรียมข้อมูลและ แนวทางการดำเนินงาน ประเด็นคุณภาพชีวิต เพื่อสนับสนุนให้  
กับ สสอ.ในการเสนอปัญหาคุณภาพชีวิต

อำเภอ	ระดับ UCCARE	ประเด็นสุขภาพ
เมืองสระแก้ว	มากกว่า ๓	๓ เรื่อง
อรัญประเทศ	มากกว่า ๓	๓ เรื่อง
ตาพระยา	มากกว่า ๓	๓ เรื่อง
วัฒนานคร	มากกว่า ๓	๓ เรื่อง
วังน้ำเย็น	มากกว่า ๓	๓ เรื่อง
คลองหาด	มากกว่า ๓	๓ เรื่อง
เขาฉกรรจ์	มากกว่า ๓	๓ เรื่อง
วังสมบูรณ์	มากกว่า ๓	๓ เรื่อง
โคกสูง	มากกว่า ๓	๓ เรื่อง

# PA



คลินิก  
หมอกครอบครัว  
Primary Care Cluster

ชื่อตัวชี้วัด.

## ร้อยละของคลินิกหมอกครอบครัว ที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)

### นิยาม

- การรวมกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิให้ ดูแล ประชากร ๑๐,๐๐๐ คน  $\pm$  ๒๐%  
บุคลากร ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๑ คน  
พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ ๔ คน ๆ และบุคลากร  
อื่น ๆ ตามเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐

### เป้าหมาย

- ร้อยละ ๓๖ ของจำนวนทีมที่ตั้งหมายไว้ ตาม  
แผนพัฒนา ๑๐ ปี
- จังหวัดสระแก้วตั้งเป้าหมาย ๑๐ ปี  
จำนวน ๕๓ ทีม : เป้าหมาย  
ดำเนินการ ปี ๒๕๖๑ = ๑๙ ทีม,

# สถานการณ์ปัจจุบัน

- วางแผนกำหนดจุดที่ตั้ง PCC ครอบคลุมทั้งจังหวัด ภายใน 10 ปี

จ.นครราชสีมา

จ.บุรีรัมย์

จ.ปราจีนบุรี



อำเภอ	จำนวน PCC (แผน)	จำนวนทีม	เป้าหมายปี 61 (ทีม)	ดำเนินการแล้ว (ทีม)
เขาฉกรรจ์	2	6	1	0
คลองหาด	1	3	1	0
โคกสูง	1	2	0	0
ตาพระยา	2	5	1	0
เมืองสระแก้ว	4	12	5	3
วังน้ำเย็น	2	6	1	0
วังสมบูรณ์	1	3	1	0
วัฒนานคร	3	8	1	0
อรัญประเทศ	3	8	1	1
รวม	19	53	12	4

**เพิ่ม ๒ ทีม**

เป้าหมายเปิดดำเนินการ PCC ปี ๒๕๖๑ จำนวน ๑๒ ทีม ผลการดำเนินงาน ณ ๑๑ พ.ย. ๖๐ อำเภอเมือง เปิดดำเนินการเพิ่ม ได้ ๒ ทีม

- อำเภอวัฒนานคร รอคความพร้อม ส่งแพทย์ อบรม ๑ คน เพื่อเปิด ๑ ทีม
- อำเภอวังสมบูรณ์ และ เขาฉกรรจ์ มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว อยู่ระหว่างเตรียมการเปิด
- อำเภออื่น ๆ ยังไม่สามารถเปิดดำเนินการ PCC ได้ แก้ไขโดยการจัดหาแพทย์ ในระบบปกติ เขต และอื่น ๆ และ อบรมระยะสั้น...

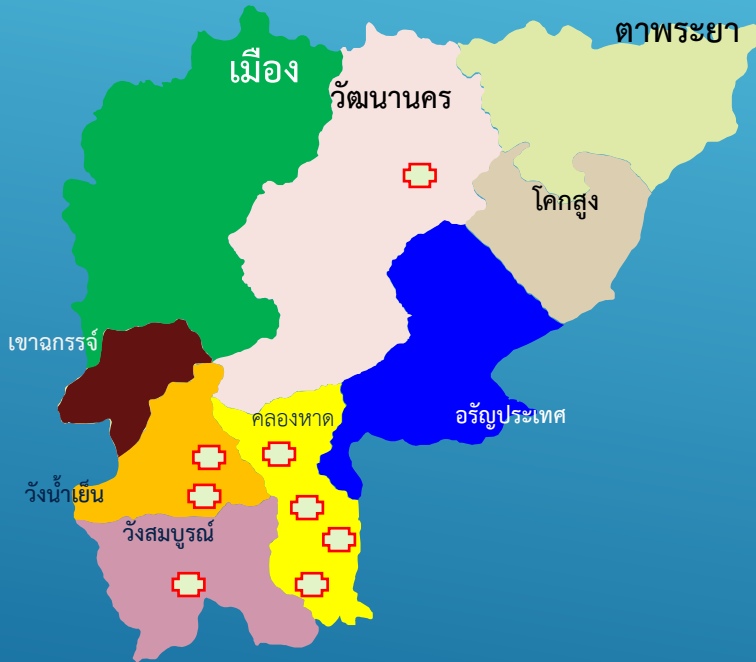


จ.จันทบุรี

จุดที่ตั้ง PCC

## ดำเนินงาน Extend OPD (NCD Clinic) ในรพ.สต.

☒ รพ.สต.ที่มี Extend OPD



รพ.สต.	อำเภอ	จำนวน Extend OPD
รพ.สต.ซับมะนาว	เขาฉกรรจ์	0
รพ.สต.เขาฉกรรจ์		
รพ.สต.นาดี	คลองหาด	4
รพ.สต.เขาตังก้อง		
รพ.สต.คลองไก่อีเลียน		
รพ.สต.หนองแวง		
แซร์อ้อ	วัฒนานคร	1
รพ.สต.ตาหลังโน	วังน้ำเย็น	2
รพ.สต.ทุ่งมหาเจริญ		
รพ.สต.โคกสูง	โคกสูง	0
	อัญประเทศ	0
	เมืองสระแก้ว	0
รพ.สต.โคกลาน	ตาพระยา	0
รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติฯ	วังสมบูรณ์	1
	รวม	8

# PA

## แผนดำเนินการ ปี ๒๕๖๑

- ดำเนินการ ทีมหมอครอบครัว ๕๓ ทีม ในระดับอำเภอ บูรณาการ งาน Service Plan DHS DHB รพ.สต.ติดดาว (รูปแบบ ที่ยังไม่มี แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว)
  - ระดับอำเภอ ให้มีการ เปิด คลินิกผู้ป่วยเรื้อรังโดยมีแพทย์สนับสนุน การดำเนินงาน ใน พื้นที่ที่เป็นที่ตั้งของ PCC อำเภอละ ๑ แห่ง
  - กำหนดให้ทีมสหวิชาชีพ รับผิดชอบการดำเนินงาน PCC ตามแผน และ Papping
- พัฒนา PCC ที่เป็น แม่ข่าย ๑๙ แห่ง ให้ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว
- เปิดดำเนินการ PCC ในพื้นที่ที่มีความพร้อม
- พัฒนาสนับสนุน PCC ที่เปิดดำเนินการแล้ว ให้มีคุณภาพ และพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ตามหลักการ และเกณฑ์ PCC
- วางแผนพัฒนา และสรรหา แพทย์เวชศาสตร์ ในระดับจังหวัด และระดับอำเภอ

ยุทธศาสตร์บริหารความเป็นเลิศด้านธรรมาภิบาล

# GOVERNANCE EXELLANCE

โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ  
(รพ.สต.ติดดาว/HA /PMQA )



# PA

ชื่อตัวชี้วัด.

ร้อยละของ รพ.สต.

ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ ระดับการพัฒนาคุณภาพ

นิยาม

- การพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนดคือ ๕ ดาว ๕ ดี ผ่านเกณฑ์ ๕ หมวด

เป้าหมาย

- ร้อยละ ๒๕ ของ รพ.สต. ทั้งหมด

อำเภอ	จำนวนรพ.สต.	ผ่าน รพ.สต. ๕ ดาว	ร้อยละ
เขาค้อ	๖	๑	๑๖.๖๗
คลองหาด	๙	๑	๑๑.๑๑
โคกสูง	๙	๐	๐.๐๐
ตาพระยา	๑๕	๑๑	๗๓.๓๓
เมืองสระแก้ว	๒๑	๑	๔.๗๖
วังน้ำเย็น	๕	๔	๘๐.๐๐
วังสมบูรณ์	๖	๓	๕๐.๐๐
วัฒนานคร	๒๑	๔	๑๙.๐๕
อรัญประเทศ	๑๖	๔	๒๕.๐๐
รวม	๑๐๘	๒๙	๒๖.๘๕

จังหวัดสระแก้วมี รพ.สต.

จำนวน ๑๐๘ แห่ง

ดำเนินการประเมินตนเอง ครบ

ทุกแห่ง ๑๐๘ประเมินโดยทีม

จังหวัด ผ่าน ๒๙ แห่ง : ร้อย

ละ ๒๖.๘๕) = ผ่านเกณฑ์

เป้าหมาย

อำเภอที่ผ่านเกณฑ์น้อยกว่า

ร้อยละ ๒๕ ได้แก่ คลองหาด

เขาค้อ เมืองสระแก้ว

วัฒนานคร

สภาพปัญหา รพ.สต. มีข้อจำกัด ด้านบุคลากร และทรัพยากรภายในเครือข่าย การพัฒนาในรพ.

สต. ระบบสนับสนุน การดำเนินงานของเครือข่าย ยังไม่เพียงพอ

- กำหนดเป็นตัวชี้วัดการดำเนินงานผู้บริหารระดับอำเภอ
- พัฒนาให้ ทุกอำเภอผ่านเกณฑ์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๕
- พัฒนาทีมพี่เลี้ยงอำเภอให้ มีการพัฒนา ระบบงาน จัดระบบ สนับสนุน ตามเกณฑ์ : ระบบคุณภาพ QLN DHS IT แพทย์แผนไทย การเงิน คปส. ฯ ประเมินรับรองคุณภาพ โดยทีมระดับอำเภอและจังหวัด ในภาพรวมเครือข่าย ตามเกณฑ์ ทั้งระดับอำเภอและจังหวัด
- สร้างทีมพี่เลี้ยงระดับ คปสอ.ทุก คปสอ. ให้เป็นทีมพี่เลี้ยง และทีมประเมินระดับอำเภอ
- ประเมินรับรองคุณภาพโดยทีม ระดับจังหวัด

PA

# ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขของกลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

## แผน 11 การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพการพัฒนาคุณภาพองค์กร

ตัวชี้วัด	ผลงาน/ เป้าหมาย	รวมจังหวัด	เมือง	คลองหาด	ตาพระยา	วังน้ำเย็น	วัฒนานคร	อรัญประเทศ	เทพการรัง	โคกสูง	วังสมบูรณ์
64. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพ มาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	ผลงาน	3	1	1	0	1	0	0	0	-	-
	เป้าหมาย	7	1	1	1	1	1	1	1	-	-
	ร้อยละ	42.85	100	100	0	100	0	100	0	-	-

เกณฑ์เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	กิจกรรมที่ดำเนินการ
-รพช. ร้อยละ 80  -รพศ./รพท. ร้อยละ 100  ประเมินผล : ทุกไตรมาส	-เป้าหมาย 5 แห่ง ผลงาน 2 แห่ง (วนย./คท.) คิดเป็นร้อยละ 40 (ไม่ผ่าน) -เป้าหมาย 2 แห่ง ผลงาน 1 แห่ง (รพร.) คิดเป็นร้อยละ 50 (ไม่ผ่าน)	แนบท้าย

# กิจกรรมที่ดำเนินการ

1. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA) และระบบงานที่สำคัญในโรงพยาบาล ที่จังหวัดมุงเน้น (ตามคำสั่ง สสจ.สระแก้ว ที่ 93/2560 ลงวันที่ 30 ตุลาคม 2560)

1. การบริหารความเสี่ยง (RM) (เลขหาฯ - รพ.คลองหาด)

2.OPD ตามมาตรฐาน Quality Service Clean (QSC) (เลขหาฯ - รพ.วัฒนานคร)

3.ER ตามมาตรฐาน Emergency Care System (ECS)/ อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชม. (เลขหาฯ - รพ.ร.สก.)

4.มาตรฐานคุณภาพระบบรังสีวินิจฉัย (X-ray) (เลขหาฯ - วัฒนานคร)

5.มาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (Laboratory : LAB) (เลขหาฯ - รพ.อรัญประเทศ)

(โดยได้มอบหมายแต่ละ โรงพยาบาล เวียนกันเป็นเจ้าภาพหลัก/เลขานุการ)

2. ประชุมคณะทำงานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 18 ตุลาคม 2560 ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว เพื่อตั้งเป้าหมายการดำเนินงาน (เอกสารแนบท้าย)

3. จัดทำหนังสือประสานโรงพยาบาลทุกแห่ง เพื่อขอแผนพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลในการออกแบบการ ลงเยี่ยมเสริมพลังการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ของผู้บริหาร และ รอง นพ.สสจ.โขง ในเดือนมกราคม 2561 และ แผนประเมิน 5 ระบบงาน ในช่วงเดือนพฤษภาคม 2561 กำหนดส่งวันที่

10พ.ย.60

# สถานการณ์และเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

รพ.	ปี 58	ปี 59	ปี 60	ปี 2561		
				เป้าหมายการพัฒนา	หมดการรับรอง	แผนการยื่นเอกสารเพื่อขอรับรอง ให้ สรพ.
รพร.	r1	r1	r1	r2	30 ส.ค.61	มี.ค.61
คลองหาด	r1	r1	r1	r2	19 เม.ย.61	พ.ย.-ธ.ค.60
วังน้ำเย็น	r1	r1	r1	r2	26 ก.พ.61	ส.ค.60 (ยื่นเอกสารแล้ว)
ตาพระยา	3e	3e	3e	1	19 ธ.ค.58	พ.ย.60
วัฒนานคร	3e	3e	3e	3	29 ต.ค.58	ก.พ.61
อรัญประเทศ	3	3	3e	3	29 มิ.ย.60	ม.ค.61
เขาฉกรรจ์	3	3	3e	3	8 ม.ค.60	ม.ค.61
วังสมบูรณ์	-	-	-	1	-	พ.ย.60
โคกสูง	-	-	-	1	-	พ.ย.60
รวมจังหวัด	5/7 = 71.42	5/7 = 71.42	3/7 = 42.85			

ลำดับ	แนวทางการพัฒนาเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย	ระยะเวลา	หมายเหตุ
1.	RM Round เชื่อมโยงระบบงาน	มี.ค.-ก.ย.60	7 เดือน
2.	ทบทวน Hospital Profile	มี.ค. 60	1 เดือน
3.	ประเมินตนเอง SARI-IV	เม.ย-ส.ค.60	5 เดือน
4.	ทบทวนเวชระเบียน	มี.ค.-มิ.ย.60	4 เดือน
5.	ทำ Clinical Tracer	ก.ค.-ส.ค.60	2 เดือน
6.	ทำ PCT Profile	ส.ค.60	1 เดือน
7.	สรุปผลการดำเนินงาน Part4	ส.ค.60	1 เดือน
8.	หน่วยงานทบทวน Service Profile	ก.ค.-ส.ค.60	2 เดือน
9.	เตรียมเอกสาร พร้อมนำส่ง - เจตจำนง - Hospital Profile (ไม่เกิน 12 หน้า) - SAR Part I-IV (ไม่เกิน 150 หน้า) - Clinical Tracer (เรื่องละ 1-2 หน้า ทั้งหมดไม่เกิน 40 หน้า) - รายงานความก้าวหน้าการพัฒนาคุณภาพตามข้อเสนอแนะ - ผลการตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนตามเกณฑ์ สปสช. - สำเนาหนังสือรับรองหรือรายงานการตรวจเยี่ยมของสภา วิชาชีพ	ก.ย.60	
10.	ทบทวนระบบที่วางไว้	ก.ค.-ก.ย.60	3 เดือน
11.	ยื่นหนังสือเพื่อยืนยันการเข้าสู่กระบวนการรับรอง	ต.ค.60	

**ตัวอย่าง**

## แผนพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลโรงพยาบาลวังน้ำเย็น

ลำดับ	กิจกรรม	วัน เดือน ปี	ผู้รับผิดชอบ
1	ประชุมวางแผนการเยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาล เพื่อเตรียมรับการตรวจเยี่ยมจาก สรพ.	2 พฤศจิกายน 2560	สาวิตรี
2	ประชุมชี้แจงอัปเดต - แบบประเมินตนเอง SA 2011 - เอกสารตามข้อเสนอแนะของ สรพ. วันที่ 15 – 16 มกราคม 2558 เพื่อเตรียมรับการตรวจเยี่ยมจาก สรพ.	9 พฤศจิกายน 2560	ปิยรัตน์
3	เยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาล	23 – 24 พฤศจิกายน 2560	สาวิตรี ปิยรัตน์
4	อัปเดตเอกสารตามข้อเสนอแนะของ สรพ. วันที่ 15 – 16 มกราคม 2558 โดย คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล	9 พฤศจิกายน 2560	ปิยรัตน์
5	อัปเดตแบบประเมินตนเอง SA 2011	ธันวาคม 2560	ปิยรัตน์
6	เตรียมรับการเยี่ยมสำรวจจาก สรพ.	ธันวาคม 2560 – มกราคม 2561	ปิยรัตน์

ตัวอย่าง



# ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขของกลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

## แผน 11 การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพการพัฒนาคุณภาพองค์กร

ตัวชี้วัด	ผลงาน/ เป้าหมาย	สสจ.	เมือง	คลองหาด	ตาพระยา	วังน้ำเย็น	วัฒนานคร	อรัญประเทศ	เขาคันทรง	โคกสูง	วังสมบูรณ์
63.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ การบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการใน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (PMQA) (ปี 61 หมวด P, 1, 5)	ผลงาน	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	เป้าหมาย	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	ร้อยละ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

เกณฑ์เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	กิจกรรมที่ดำเนินการ
-สสจ. ร้อยละ 100  -สสอ. ร้อยละ 20 ประเมินผล : ไตรมาส 4	-เป้าหมาย 1 แห่ง ผลงาน 0 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 0 (ไม่ผ่าน)  -เป้าหมาย / แห่ง ผลงาน 0 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 0 (ไม่ผ่าน) * หมายเหตุ คลองหาด/ตาพระยา	1.(ร่าง) คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงาน PMQA ระดับจังหวัด กำหนดให้กลุ่มงานส่ง 8 พ.ย.60 2.ทีมนำจังหวัด 4 คน เข้ารับการอบรมวิชาการ วันที่ 6-7 พ.ย.60 3.คัดเลือก สสอ.เป้าหมายหลัก 2 แห่ง (คท./ตา) เข้าร่วม โครงการของส่วนกลาง

# ร่างคำสั่ง

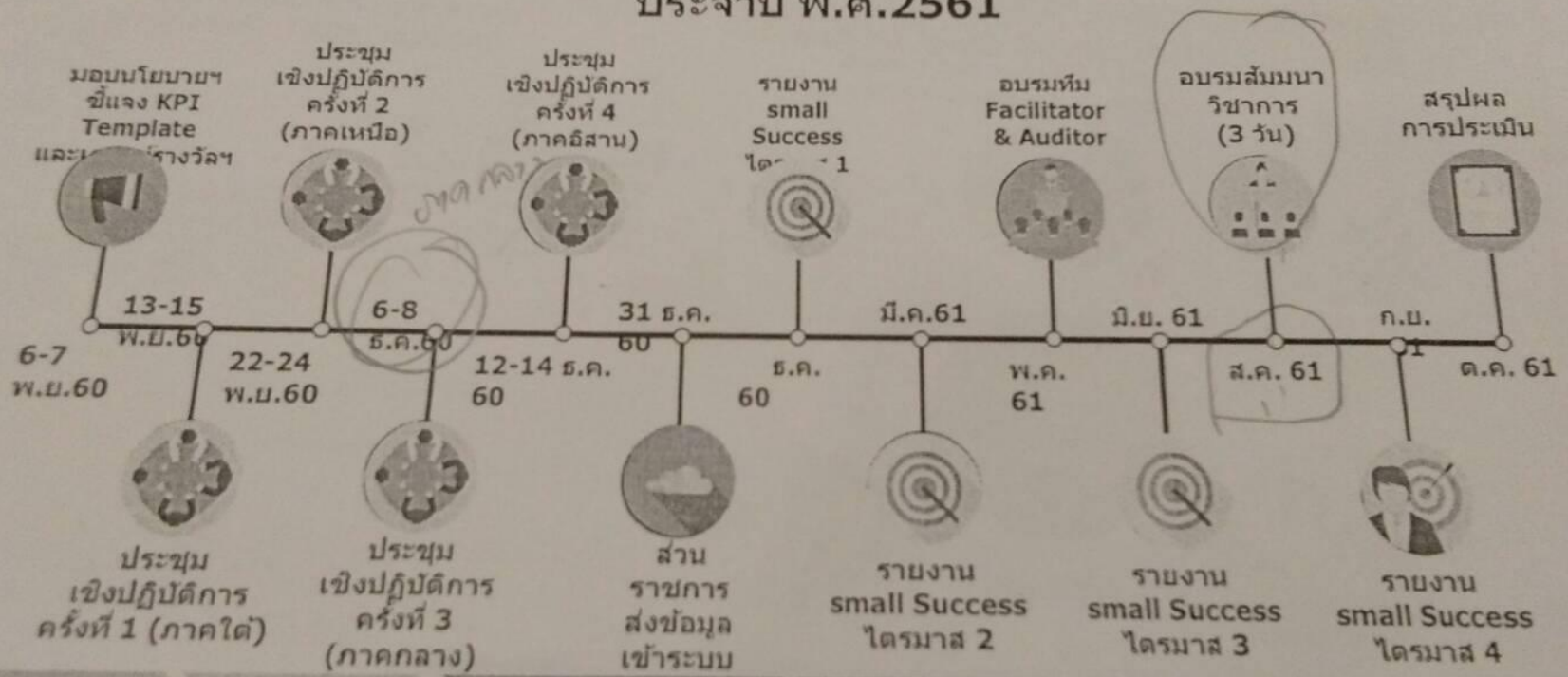
หมวด P	รอง 1 ประธาน	กลุ่มงานคุณภาพฯ – เลขา
หมวด 1	รอง 4 ประธาน	กลุ่มงาน พยส. – เลขา
หมวด 2	รอง 4 ประธาน	กลุ่มงาน พยส. – เลขา
หมวด 3	รอง 2 ประธาน	กลุ่มงานคุณภาพฯ – เลขา
หมวด 4	รอง 4 ประธาน	กลุ่มงาน พยส. – เลขา
หมวด 5	รอง 3 ประธาน	กลุ่มงาน ทรัพย์สินฯ – เลขา
หมวด 6	รอง 2 ประธาน	กลุ่มงานคุณภาพฯ – เลขา
หมวด 7	รอง 1 ประธาน	กลุ่มงาน พยส. – เลขา



รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน</p> <p>2. ประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 ภาคบังคับ 2 หมวด (หมวด 1, หมวด 5)</p> <p>3. จัดทำแผนพัฒนาองค์กรของหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (หมวดละ 1 แผน)</p> <p>4. จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (ตามเกณฑ์ หมวด 7)</p>	<p>1. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ</p>	<p>1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดในหมวดที่ดำเนินการ</p>	<p>1. ร้อยละของสำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางที่ดำเนินการ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 60)</p> <p>2. ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 60)</p> <p>3. ร้อยละของสำนักสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 20)</p>

๒.๕  
๑  
๒  
๓

## ปฏิทินการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ประจำปี พ.ศ.2561



**Workshop :**      **หมวด OP**      **Self Assessment หมวด 1, หมวด 5**      **จัดทำแผนพัฒนาองค์กร หมวด 1, หมวด 5**      **จัดทำตัวชี้วัดผลลัพธ์ หมวด 1, หมวด 5**

# SERVICE EXELLANCE

ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ

ตัวชี้วัด 48 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery (การผ่าตัดผู้ป่วยที่ไม่ต้องรับเป็นผู้ป่วยในและอยู่โรงพยาบาลไม่เกิน 24 ชั่วโมง ตามหลักเกณฑ์การพิจารณาโรค จำนวน 12 โรค )

ตัวชี้วัด 50 อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit) - ECS

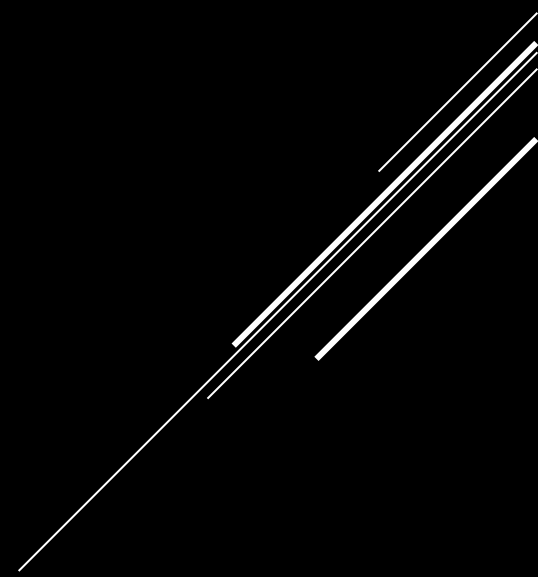
# ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขของกลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

## แผน 6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

ตัวชี้วัด	ผลงาน/ เป้าหมาย	รวมจังหวัด	เมือง	คลองหาด	ตาพระยา	วังน้ำเย็น	วัฒนานคร	อรัญประเทศ	เทพการกิจ	โคกสูง	วังสมบูรณ์
48. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการ ผ่าตัดแบบ One Day Surgery	ผลงาน	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	เป้าหมาย	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	ร้อยละ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

เกณฑ์เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	กิจกรรมที่ดำเนินการ
-ไม่เกินร้อยละ 15  ประเมินผล : ไตรมาส 2 และ 4		<p><b>กรมการแพทย์ สธ. ให้ รพ.ทุกแห่ง ตอบแบบประเมินตนเอง</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การบริการผ่าตัดแบบวันเดียว (One Day Surgery : ODS)</li> <li>2. การบริการผ่าตัดแบบทำลายเนื้อเยื่อน้อย (Minimally invasive Surgery : MIS)</li> <li>3. ตอบรับเข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแบบวันเดียว (One Day Surgery : ODS)</li> </ol> <p><b>ได้ทำหนังสือแจ้งเวียน กำหนดส่ง 15 พ.ย.60</b></p>

**One Day Surgery (ODS)** หมายถึง การผ่าตัดผู้ป่วยที่ไม่ต้องรับเป็นผู้ป่วยในและอยู่โรงพยาบาลไม่เกิน 24 ชั่วโมง ตามหลักเกณฑ์การพิจารณาโรค จำนวน 12 โรค

1. Inguinal hernia , Femoral hernia
  2. Hydrocele
  3. Hemorrhoid
  4. Vaginal bleeding
  5. Esophagogastric varices
  6. Esophageal stricture
  7. Esophagogastric cancer with obstruction
  8. Colorectal polyp
  9. Common bile duct stone
  10. Pancreatic duct stone
  11. Bile duct stricture
  12. Pancreatic duct stricture
- 

PA

# ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขของกลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

## แผน 7 การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

ตัวชี้วัด	ผลงาน/ เป้าหมาย	รวมจังหวัด	เชียงใหม่	คลองหาด	ตาพระยา	วังน้ำเย็น	วัฒนานคร	อรัญประเทศ	เทพากร	โคกสูง	วังสมบูรณ์
50. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤต ฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล ระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)	ผลงาน	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-	-
	เป้าหมาย	7	1	1	1	1	1	1	1	-	-
	ร้อยละ	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-

เกณฑ์เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	กิจกรรมที่ดำเนินการ
<p>-ไม่เกินร้อยละ 12</p> <p>(รพ.ชลบุรี 14.7,รพ.เจ้าพระยา อภัยภูเบศร 12.8)</p> <p>ประเมินผล : ไตรมาส 4</p>	<p>-กำลังประสานวิเคราะห์ข้อมูลกับ ศูนย์คอมฯ สสจ.</p>	<p>1.จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน ECS อยู่ใน HA</p> <p>2.ทำหนังสือถึง รพ.ทุกแห่ง ให้วิเคราะห์ข้อมูลอัตราการ เสียชีวิต ปี 59 และ 60 ,โรคที่เป็น, ค้นหาสาเหตุ,วางแผน พัฒนา (รอบ 3 เดือน) กำหนดส่ง 13พ.ย.และประสานงาน ศูนย์คอมฯ สสจ. วิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลอัตราการ เสียชีวิต ปี 59 และ 60 ,โรคที่เป็น (เทียบข้อมูลกับ รพ.) เพื่อ นำเข้าไปประชุมคณะทำงานฯ</p>



# คะแนนการประเมินตนเอง ของ รพ. (เดิม)

การให้คะแนน หัวข้อการประเมิน	น้ำหนักความ สำคัญ	โรงพยาบาล						
		รพร.	อรัญประเทศ	คลองหาด	วังน้ำเย็น	ตาพระยา	วัฒนานคร	เขาฉกรรจ์
มิติที่ 1. การประเมินผู้อำนวยการโรงพยาบาล และทีมบริหาร	20	71.4	65.7	45.7	45.7	74.8	62.9	42.9
มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล								
องค์ประกอบที่ 1 อาคารสถานที่	5	79.0	49.5	39.7	55.2	43.0	54.0	44.6
องค์ประกอบที่ 2 บุคลากร	5	56.1	46.2	29.6	52.6	34.1	48.9	28.9
องค์ประกอบที่ 3 การรักษา พยาบาล	10	36.4	36.7	40.0	44.2	27.5	37.5	45.8
องค์ประกอบที่ 4 MCI and Disaster management	10	40.0	25.0	45.0	40.0	35.0	30.0	50.0
องค์ประกอบที่ 5 Referral system	10	53.3	30.0	20.0	40.0	35.0	20.0	75.0
องค์ประกอบที่ 6 การบริการผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง	5	90.0	48.0	56.0	60.0	60.0	68.0	72.0
องค์ประกอบที่ 7 ระบบสนับสนุน	5	78.1	69.7	59.4	65.9	41.8	58.8	57.7
องค์ประกอบที่ 8 Pre - hospital EMS Intervention	10	76.0	44.6	43.3	41.7	48.3	31.7	55.0
องค์ประกอบที่ 9 ระบบบริหารจัดการ	5	50.0	12.0	5.0	50.0	15.0	20.0	20.0
องค์ประกอบที่ 10 Inform-ation system	5	76.7	40.0	75.0	55.0	26.3	82.5	47.5
องค์ประกอบที่ 11 การพัฒนาคุณภาพ (Quality management)	5	73.3	40.0	60.0	73.3	26.7	20.0	53.3
องค์ประกอบที่ 12 การศึกษาและวิจัย	5	10.0	0.0	0.0	0.0	0.0	10.0	0.0
คิดเป็นเปอร์เซ็นต์	100	60.5	42.2	40.2	46.3	41.8	42.6	47.4
เกณฑ์เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 40		ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน

เป้าหมาย 7 แห่ง ผลงาน 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. รวบรวมอัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมงในปี 2559, 2560 เป็นข้อมูลพื้นฐาน</p> <p>2. วิเคราะห์โรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต</p> <p>3. Audit เพื่อค้นหาสาเหตุ</p> <p>4. วางแผนการพัฒนาเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต</p>	<p>1. ปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาที่ได้วางแผน</p>	<p>1. ปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาที่ได้วางแผน</p>	<p>1. อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ F2 น้อยกว่าร้อยละ 12</p>

