กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๔

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ :
การจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเป็นเลิศ

กลยุทธ์ : พัฒนาศักยภาพระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลทุกระดับให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีความปลอดภัย ประชาชนเชื่อมั่น วางใจในระบบบริการ

๑. การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA)

๒. Intermediate Care (IMC)

กลยุทธ์ : เสริมสร้างความพร้อมระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพด้วยระบบดิจิตัล

๑. การพัฒนาระบบส่งต่อ (Referral System)

๒. ER คุณภาพ

๓. ECS คุณภาพ

กลยุทธ์ : ยกระดับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิให้มีขีดความสามารถในการบริหารจัดการระบบสุขภาพเชิงพื้นที่ที่เข้มแข็ง

๑ ประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว ๓ คน(๕๐%)

๒ จัดตั้ง PCU NPCU ตาม พรบ.๒๕๖๒ (๕๐%)

๓ อำเภอ พชอ.ที่มีคุณภาพ (๗๕%)

๔ รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาว สะสม (๗๕%)

วัตถุประสงค์

ลด

รอคอย

แออัด

ค่าใช้จ่าย

ป่วย

ตาย

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA) : ตัวชี้วัด รพ.ผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓

รพศ/รพท. (เป้าหมาย ร้อยละ ๑๐๐)

R๒ รพร.สก.

หมดอายุ ๑๓ ธ.ค.๖๔

ส่งเอกสารแล้ว ๑๑ มิ.ย.๖๔ และ

๑๕ พ.ย.๖๔ รอ สรพ.ตอบกลับ)

๓e รพ.อรัญประเทศ

หมดอายุ ๒๒ เม.ย.๖๔

ส่งเอกสารแล้ว ก.พ.๖๔ รอ สรพ. แจ้งเลื่อนไม่มีกำหนด (อยู่ระหว่างต่ออายุ)

รพช. (เป้าหมาย ร้อยละ ๙๐)

R๒ รพ.วังน้ำเย็น

หมดอายุ ๒๖ ส.ค. ๖๕ ต้องส่งเอกสารก่อน

๒๖ ก.พ.๖๕ (อยู่ระหว่างดำเนินการ)

๓ รพ.คลองหาด

หมดอายุ 13 ม.ค. 65

(ต้องส่งเอกสาร 13 มิ.ย.64)

๓ รพ.ตาพระยา

หมดอายุ ๒๐ ม.ค. ๖๕

(ต้องส่งเอกสาร ๒๐ มิ.ย.๖๔)

๓ รพ.เขาฉกรรจ์

หมดอายุ ๒๑ ก.ค. ๖๕

ต้องส่งเอกสารก่อน ๒๑ ม.ค.๖๕ (อยู่ระหว่างดำเนินการ)

๓e รพ.วัฒนานคร

หมดอายุ ๑๒ ส.ค. ๖๔

(ต้องส่งเอกสาร ๑๒ ก.พ.๖๔)

ขั้น ๒ รพ.วังสมบูรณ์

ส่งเอกสารขอยื่นขั้น ๓

๓๐ มี.ค. ๖๔ แล้ว

(แต่ สรพ.เลื่อน เนื่องจากติดสถานการณ์โควิด)

ทำแผนเตรียมส่งเอกสารใหม่ มี.ค.๖๕

ขั้น ๑ รพ.โคกสูง

ส่งเอกสารขอยื่นขั้น ๓

ช่วงเดือน ก.พ. ๖๔ แล้ว สรพ.นัด ส.ค.๖๔

(แต่ สรพ.เลื่อนเนื่องจากติดสถานการณ์โควิด)

How to การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA)

How to		
สสจ.	**รพ.**	**ภาคีเครือข่าย**
๑. แต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล(HA) ระดับจังหวัด ๒. จัดประชุมคณะกรรมการ คณะทำงาน และทีม QLN ๒ ครั้งต่อปี (มค ๖๕ / มิ.ย.๖๕) ๓. ประสานแผนเพื่อให้โรงพยาบาลตั้งเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ก่อนหมดอายุการรับรองอย่างน้อย ๖ เดือน ๔. จัดทีม QLN ลงเยี่ยมเสริมพลังโรงพยาบาลเป้าหมาย (ก.พ.๖๕ – มี.ค.๖๕) ๕. ติดตาม กำกับ ประเมินผล ให้บรรลุตามเป้าหมาย	๑. แต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล(HA)ระดับโรงพยาบาล ๒.จัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อยื่นคำขอในการรับรองการประเมิน หรือต่ออายุล่วงหน้าอย่างน้อย ๖ เดือน ก่อนหมดอายุการรับรอง ๓. เตรียมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับทีม QLN ที่จะลงเยี่ยมเสริมพลังโรงพยาบาลเป้าหมาย	-

Intermediate Care (IMC)

สถานการณ์ ปี ๒๕๖๕

ตัวชี้วัดหลัก (ก.สธ.)

☑ ผู้ป่วย IMC ได้รับการดูแลครบ ๖ เดือน หรือ Barthel index = ๒๐ (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๗๐) ผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

ตัวชี้วัดรอง(เขต)

☑ รพ.เปิดให้บริการ IMC ๙ แห่ง (เป้าหมาย ร้อยละ ๔๐) ผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

☑ผู้ป่วย IMC Barthel index ดีขึ้น (เป้าหมาย ร้อยละ ๗๐) ผลงาน ร้อยละ ๗๒.๓๗

ข้อมูลผู้ป่วย IMC ทั้งหมด ๒๗๑ ราย (stroke ๒๐๔ ราย/TBI ๑๒ ราย / SCI ๕ ราย/ Hip fracture ๙ ราย)

หมายเหตุ ข้อมูล ณ ๓๐ พ.ย. ๖๔

Monitor ผลงาน ในคปสจ. ทุกเดือน

รพ.	ลักษณะการดำเนินงาน			ข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน
	IMC bed	IMC ward	จำนวนเตียง	
อรัญประเทศ		/	๘	๓.๔
วังน้ำเย็น		/	๘	๒,๓.๔,๗.๑
วัฒนานคร	/		๑๒	๓.๒,๓.๔,๕.๒,๗.๑,๘.๒
เขาฉกรรจ์	/		๒	๗.๑
คลองหาด	/		๔	๓.๒, ๕.๑, ๕.๒, ๖.๑, ๗.๑,๘.๑,๘.๒
ตาพระยา	/		๔	๗.๑,๘.๒
โคกสูง	/		๓	-
วังสมบูรณ์	/		๕	๗.๑,๘.๑,๘.๒

หมายเหตุ รพร.สระแก้ว ให้บริการ IMC ๑๕ เตียง

How to รพ.

๑. จำนวนและลักษณะเตียง
๒. ห้องน้ำในหอผู้ป่วย
๓. บุคลากรขั้นต่ำ
๔. IPD-IMC protocol
๕. OPD protocol
๖. มีการบริบาลต่อเนื่องเพื่อฟื้นสภาพที่บ้าน (Home care & therapy)
๗. ยาและเวชภัณฑ์
๘. อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

How to สสจ.

๑. พัฒนา Service blueprint IMC ปี ๒๕๖๕- ๒๕๖๗ (เป้าหมายเปิด ๙๐ เตียง)

๒. พัฒนาระบบการจัดบริการผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนไทยฯ

๓. จัดทำแผนวิเคราะห์ภาระงานกับอัตรากำลังนักกายภาพบำบัดในภาพรวมของจังหวัด

เพื่อพิจารณาเพิ่มกรอบอัตรากำลังนักกายภาพบำบัด

๔. จัดทำแผนพัฒนาศักยภาพ อสม.,CG ร่วมกับ อปท./อบต. สำหรับดูแลผู้ป่วย IMC

๕. สร้างเครือข่ายการดูแลฟื้นฟูสภาพ IMC ร่วมกับชุมชน

๖. จัดประชุมคณะทำงาน (มค.๖๕) /ถอดบทเรียน IMC (ส.ค.๖๕)

๗. IMC Round (เม.ย.๖๕)

๘. พัฒนา IMC ONTOP (มค.๖๕)

การพัฒนาระบบส่งต่อ (Referral System)

GAP

- ขาดการทบทวน/ปรับปรุง Flow Chart ส่งต่อ /จัดทำคู่มือส่งต่อให้สอดคล้อง กับ Service Plan ที่เป็นปัจจุบัน
- ขาดการสื่อสาร/ซักซ้อมทำความเข้าใจอย่างต่อเนื่อง (ระหว่างผู้รับผิดชอบงานส่งต่อ และผู้รับผิดชอบงาน Service Plan แต่ละสาขา)
- ขาดการพัฒนาศูนย์ส่งต่อที่เป็นรูปธรรม

ตัวชี้วัดหลัก : ระดับความสำเร็จในการพัฒนา Referral System

๑) ร้อยละของการปฏิเสธรับ Refer ของรพ.แม่ข่าย (รพร.สระแก้ว , รพ.อรัญประเทศ) ร้อยละ ๐

๒) ร้อยละของผู้ป่วยที่ส่งต่อไม่มีอาการทรุดลง ร้อยละ ๙๕

ระบบ Fast track ที่มุ่งเน้น	
เขต ๖	จังหวัดสระแก้ว
โรคหัวใจ	stroke
โรคมะเร็ง	stemi
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน	trauma
ทารกแรกเกิด	ทารกแรกเกิด
	โรคมะเร็ง

การพัฒนา ER คุณภาพ

ตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ ร้อยละ ๑๐๐ และ โรงพยาบาลทั่วไป ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ ร้อยละ ๘๐

แบบประเมินตนเองตามมาตรฐานห้องฉุกเฉินคุณภาพ (ER คุณภาพ) โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

ข้อ	ประเด็นพัฒนา	ผลการประเมิน								
		รพร.	อร.	วนย.	วน.	ตพ.	คห.	ขก.	คก.	วสบ.
๑. พัฒนาระบบบริการที่มีมาตรฐาน										
๑.๑	เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ระดับ ๑ (แดง) ๒ (ชมพู) ๓ (เหลือง)									
	๑.๑.๑ จัดบริการห้องฉุกเฉินตามเกณฑ์ ER Service Delivery	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	๑.๑.๒ กำหนดให้ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน ๒-๔ ชม. (ER Target time ๒-๔ชม.)	/	/	/	/	/	/	/	/	/
๑.๒	เพิ่มทางเลือกให้ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน ระดับ ๔ (เขียว) ๕ (ขาว)									
	๑.๒.๑ จัดบริการ OPD นอกเวลาราชการ	/	X	X	/	X	X	X	X	X
๒. พัฒนาระบบสนับสนุนที่มีมาตรฐาน										
๒.๑	พัฒนาอาคารสถานที่									
	๒.๑.๑ จัดให้มี Double door with access control									
	- ประตูแรก ควรเป็น Automatic Door	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	- ประตูสองควรเป็นประตูที่มีระบบ Access Control	/	/	X	X	X	X	X	X	X
	- จัดให้มี รปภ. ประจำห้องฉุกเฉิน	X	X	/	X	/	X	X	X	X
	- พิจารณาระบบตรวจจับโลหะ (Metal Detector)	/	X	X	X	X	X	X	X	X
	- มีปุ่มแจ้งสัญญาณเตือนภัยที่จุดคัดแยก (Triage)	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	๒.๑.๒ จัดให้มีห้องรอตรวจ (Waiting area/room)									
	- แยกเป็นสัดส่วนที่ชัดเจน	/	/	/	X	/	/	/	/	/
	- พื้นที่อย่างน้อย ๔.๔ ตรม./๑๐๐๐ visit	X	/	/	X	X	X	X	/	/
	- เก้าอี้อย่างน้อย ๒-๓ ตัว/เตียงในห้องฉุกเฉิน	/	/	/	/	X	X	X	/	/
	- มีระบบคิว และระบบแสดงสถานการณ์รักษา	/	X	X	X	/	/	/	X	X
	- มีระบบ Wifi	X	/	/	/	/	/	/	/	/
	- มีสัญลักษณ์/สื่อประชาสัมพันธ์ขั้นตอนการรักษา	X	/	X	X	X	X	X	X	X

(ต่อ)

ข้อ	ประเด็นพัฒนา	ผลการประเมิน								
		รพร.	อร.	วนย.	วน.	ตพ.	คห.	ขก.	คก.	วสบ.
	๒.๑.๓ จัดให้มีห้องแยกโรค (Isolation room)									
	- มี Isolation room with negative pressure อย่างน้อย ๑ ห้อง	/	X	X	X	/	/	X	X	X
	- มีระบบการป้องกันและควบคุมเชื้อโรคที่ได้มาตรฐาน	/	/	/	/	/	x	/	X	X
	๒.๑.๔ จัดให้มีห้องความดันลบ (Negative pressure room)	/	X	X	X	/	X	X	X	X
	๒.๑.๕ จัดให้มีแคปซูลเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (transport capsule)		/	X	X	/	X	X	X	X
๒.๒	พัฒนาระบบสารสนเทศ									
	๒.๒.๑ มีสารสนเทศที่แสดงคิวและสถานะรวมถึงขั้นตอนการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย (Patient Tracking)	/	X	X	X	/	X	/	X	X
	๒.๒.๒ เชื่อมโยงข้อมูลด้านการแพทย์ฉุกเฉิน โดยการพัฒนาระบบ Telemedicine และวางแผนการพัฒนา Ambulance Operation Center (AOC)	X	X	/	/	X	X	/	X	/
	๒.๒.๓ ส่งข้อมูลผู้รับบริการห้องฉุกเฉินทุกราย ผ่านแฟ้ม “ACCIDENT” ในระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม	/	/	/	/	/	/	/	/	/
๓. การพัฒนาและธำรงรักษากำลังคน										
	๓.๑ วางแผนกำลังคนแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (EP) พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP) และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic)									
	กำลังคนปัจจุบัน									
	- แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (EP) .....ราย	๒	๑	๐	๐	๐	๒	๐	๐	๐
	- พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP) .....ราย	๒	๓	๒	๑	๑	๒	๒	๑	๑
	- นักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic) ....ราย	๔	๐	๐	๐	๐	๔	๐	๐	๐
	การวางแผนกำลังคนเพิ่มเติม									
	- แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (EP) .....ราย (ปี...๖๕...)	๑	๑	๐	๐	๐	๑	๐	๐	๐
	- พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP) .....ราย (ปี..๖๕...)	๒	๒	๑	๑	๑	๒	๐	๑	๑
	- นักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic) ..-...ราย (ปี.....)	๐	๑	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐

ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

ผลการประเมิน ER คุณภาพ ปี ๒๕๖๔ :

โรงพยาบาลทุกแห่ง ยังไม่ผ่านเกณฑ์ห้องฉุกเฉินคุณภาพ (ER คุณภาพ) ร้อยละ ๑๐๐

(ส่วนใหญ่จะไม่ผ่านเกณฑ์มิติที่ ๒ ด้านการพัฒนาระบบสนับสนุนที่มีมาตรฐาน ได้แก่ อาคารสถานที่/ห้องรอตรวจ/ระบบสารสนเทศ)

การพัฒนา ECS คุณภาพ

ตัวชี้วัดหลัก : รพ.ต้องผ่านเกณฑ์ในทุกองค์ประกอบอย่างน้อย ร้อยละ ๕๐

ผลการประเมินตนเองตามมาตรฐานการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ (Emergency Care System : ECS คุณภาพ) ปีงบประมาณ พ.ศ.2564

การให้คะแนน / หัวข้อการประเมิน	น้ำหนักความสำคัญ	Advance / Standard-leveled		Middle-leveled		Fundamental-leveled								ค่าเฉลี่ย(mean) และ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation,S.D.)ทุกโรงพยาบาล	
		น้ำหนักความสำคัญ	รพร.สก	น้ำหนักความ สำคัญ	อรัญ	น้ำหนักความสำคัญ	วัฒนานคร	วังน้ำเย็น	คลองหาด	ตาพระยา	เขาฉกรรจ์	โคกสูง	วังสมบูรณ์		
			0		0		0	0	0	0	0	0	0	ค่าเฉลี่ย	S.D.
มิติที่ 1. การประเมิน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และทีมบริหาร	20	100	77.14	100	74.30	100	93.43	62.86	80.00	88.57	77.14	68.57	57.10	75.46	11.54
มิติที่ 2. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล															
องค์ประกอบ ที่ 1 อาคารสถานที่	5	100	74.10	100	61.20	100	64.34	60.74	50.50	58.72	52.30	36.20	44.20	55.81	11.34
องค์ ประกอบ ที่ 2 บุคลากร	5	100	60.00	100	55.90	100	51.85	46.67	62.70	49.63	52.00	32.59	58.50	52.20	8.99
องค์ ประกอบ ที่ 3 การรักษา พยาบาล	10	100	76.43	100	55.30	100	56.67	53.33	75.00	79.17	65.00	74.17	39.20	63.81	13.55
องค์ ประกอบ ที่ 4 MCI and Disaster management	10	100	60.00	100	42.00	100	41.54	40.00	55.00	65.00	55.40	20.00	46.20	47.24	13.51
องค์ ประกอบ ที่ 5 Referral system	10	100	20.00	100	60.00	100	20.00	35.00	65.00	85.00	80.00	20.00	35.00	46.67	26.22
องค์ ประกอบ ที่ 6 การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง	5	100	80.00	100	84.00	100	68.00	60.00	60.00	84.00	60.00	36.00	60.00	65.78	15.38
องค์ ประกอบ ที่ 7 ระบบสนับสนุน	5	100	87.14	100	86.50	100	68.23	74.12	70.60	72.94	61.20	52.94	54.70	69.82	12.23
องค์ ประกอบ ที่ 8 Pre – hospital EMS Intervention	10	100	65.33	100	74.00	100	33.33	51.67	61.70	65.00	51.70	56.67	56.70	57.34	11.51
องค์ ประกอบ ที่ 9 ระบบบริหารจัดการ	5	100	70.00	100	48.00	100	25.00	75.00	75.00	90.00	60.00	0.00	30.00	52.56	29.20
องค์ ประกอบ ที่ 10 Inform-ation system	5	100	73.33	100	70.00	100	63.75	58.75	88.80	62.50	72.50	42.50	41.30	63.71	15.07
องค์ ประกอบ ที่ 11 การพัฒนาคุณภาพ (Quality management)	5	100	100.00	100	80.00	100	33.33	53.33	53.30	80.00	66.70	40.00	26.70	59.26	24.37
องค์ ประกอบ ที่ 12 การศึกษาและวิจัย	5	100	5.00	100	0.00	100	0.00	0.00	5.00	5.00	0.00	0.00	0.00	1.67	2.50
คิดเป็นเปอร์เซนต์	**100**		**65.08**	**100**	**62.27**	**100**	**52.57**	**52.00**	**64.97**	**72.27**	**61.87**	**42.81**	**44.90**	57.64	10.01

ผลการประเมิน ECS คุณภาพ ปี ๒๕๖๔ :

- โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ จำนวน ๗ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๗๗.๗๘ (ยกเว้น โรงพยาบาลระดับ F๓ ได้แก่ โรงพยาบาลโคกสูง และโรงพยาบาลวังสมบูรณ์)
- องค์ประกอบที่ไม่ผ่านในภาพรวมจังหวัด (คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าร้อยละ ๕๐) ได้แก่

๑) การศึกษาและวิจัย

๒) การพัฒนาระบบส่งต่อ

๓) MCI and Disaster Management

How to การพัฒนา Referral, ECS คุณภาพ/ ER คุณภาพ ปี ๒๕๖๕

How to		
สสจ.	**รพ./รพ.สต.**	**ภาคีเครือข่าย**
๑. พัฒนาระบบส่งต่อ (ทบทวน Flow/คู่มือ ช่วง ม.ค.๖๕ - นพ.สสจ.เป็นประธาน) ๒. พัฒนา ECS คุณภาพ/ER คุณภาพ (ประชุม และลงเยี่ยมประเมิน ก.ค.๖๕) ๓. พัฒนาระบบ EMS ๔. พัฒนาระบบ Tele medicine ๕. พัฒนาระบบเครือข่ายบริการ หน่วยประสานงานผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยฉุกเฉิน ศูนย์ COC ๖. Smart Hospital	๑. การประเมินตนเอง และทำแผนพัฒนาตามประเด็นส่วนขาด (Referral System /ECS คุณภาพ/ER คุณภาพ/Smart Hospital) ๒.รพร.สระแก้ว และรพ.อรัญประเทศ กำหนด Guideline การส่งต่อให้ครอบคลุมประเด็น /Service Plan	พัฒนา EMS Member (ร่วมกับกลุ่มงาน NCD)

สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดสระแก้ว

จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว ๓ คน (๕๐%)

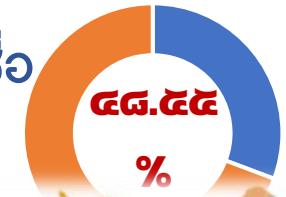
KPI ๑.ประชาชนมีรายชื่อ PCU/NPCU >๕๐%

๒.ประชาชนมี ๓ หมอดูแล ๕๐%

๓.กลุ่มเปราะบางมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ๗๕% ด้วย อสม.หมอประจำบ้าน

ผลงาน ๒๕๖๔

ประชาชนมีรายชื่อ PCU/NPU



แผน ปีงบ ๒๕๖๕

HDC

พัฒนาศักยภาพ ๓ หมอ

* อสม.หมอประจำบ้าน ๓ คน/หมู่บ้าน --- CUP
* สนับสนุนแพทย์/ทีมอบรมเวชศาสตร์ --- รพ.แม่ข่าย

พัฒนาระบบสื่อสาร 3หมอ(กลุ่มไลน์/แอปพันภัย/Thai COC) --- CUP

เน้นกลุ่มเปราะบาง(ผู้สูงอายุติดบ้าน,ติดเตียง/ผู้พิการ/IMC/Covid-๑๙)

--- รพ./สสอ./รพ.สต. “มีฐานข้อมูล ผลการดูแลจำแนกกลุ่ม”

สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดสระแก้ว

จัดตั้ง PCU/NPCU ตาม พรบ.๒๕๖๒ ร้อยละ ๕๐

KPI: ๑.จัดตั้งPCU/NPCU ๕๐% ๒.จัดตั้งPCU/NPCU เต็มพื้นที่ ๑ อำเภอ

ผลงาน ปีงบ ๒๕๖๔

จัดตั้ง PCU NPCU ๔๖.๓๐ %

แผน ปีงบ ๒๕๖๕

ขึ้นทะเบียน

* ประชุมถอดบทเรียน/ปรับแผน ๑๐ ปี
  - คณะกรรมการ/PCU NPCU ⇨ มกราคม
* เยี่ยมเสริมพลังPCU/NPCU
  - PCU NPCU อำเภอละ ๑ ทีม ⇨ มีนาคม
* ประเมินคุณภาพบริการPCU/NPCU
  - PCU NPCU ที่ขึ้นทะเบียนทุกทีม ⇨ กรกฎาคม
* ศึกษาดูงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้
  - คณะกรรมการพัฒนา PCU/NPCU ⇨ กุมภาพันธ์

สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดสระแก้ว

อำเภอผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ๗๕%

KPI : ๑. ร้อยละ ๗๕ ของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต

๒. พชอ.ทีมีคุณภาพดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง ร้อยละ ๗๕

๓. ใช้กลไก พชอ.แก้ไขประเด็นอำเภอ ๒ และ โควิด-๑๙

พชจ.สระแก้ว หนุนเสริมขับเคลื่อน พชอ.

ประเด็นร่วมระดับจังหวัด

ไข้เลือดออก ผู้สูงอายุ

*ประชุมแลกเปลี่ยน → มกราคม

*เยี่ยมเสริมพลัง โดย พชจ.สระแก้ว → มีนาคม

*มหกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พชอ. → สิงหาคม

ประเด็นอำเภอ ๒+๑

(อำเภอ ๒ + โควิด-๑๙)

พชอ.ดำเนินงาน

ทบทวนประเด็น/คำสั่ง

ขับเคลื่อน พชอ.

เน้นดูแลกลุ่มเปราะบาง

ประเมิน UCCARE

UCCARE

สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดสระแก้ว

รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาว สะสม (๗๕%)

KPI : รพ.สต.ผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาว ๗๕%(สะสม)

เป้าหมายปี ๖๕

★รพ.สต.ผ่าน ๕ ดาว ปี ๖๒ จำนวน ๓๐ แห่ง

★รพ.สต.ยังไม่ผ่าน ๕ ดาว จำนวน ๑ แห่ง

รวมเป็น ๓๑ แห่ง

Gis Health

กระบวนการดำเนินการงาน รพ.สต.ติดดาว ปีงบ ๒๕๖๕

1. ใช้เกณฑ์และคู่มือแนวทางการพัฒนารพ.สต.ติดดาว ปี ๒๕๖๔
2. ใช้กระบวนการพัฒนาโดยทีมพี่เลี้ยงและทีมประเมิน ระดับอำเภอ/จังหวัด/เขต
3. > รพ.สต. ประเมินตนเองในระบบฐานข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ
   > อำเภอและจังหวัด ตรวจสอบรับรองผลการประเมินของ(รพ.สต.) ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
   > จังหวัดส่งผลการประเมิน รพ.สต.ติดดาว ระดับจังหวัด มายังสำนักงานเขตสุขภาพ เพื่อรายงานไปยังสำนักสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.)

แผน ปีงบ ๒๕๖๕

๑๓ ม.ค.๖๕	ประชุมชี้แจงเกณฑ์การประเมิน ผ่านระบบออนไลน์
ม.ค.-ก.พ.๖๕	รพ.สต.ประเมนิตนเอง http://gishealth.moph.go.th/pcu/
มี.ค.-เม.ย.๖๕	เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ประเมินและรับรองผล
๑๓-๑๗ มิ.ย.๖๕	จังหวัดประเมินและรับรองผล
ก.ค.-ส.ค.๖๕	เขตสุขภาพ ประเมินและรับรองผล
ส.ค.๖๕	สสป. ออกใบรับรองคุณภาพรพ.สต.ติดดาว

THANK YOU