

คำรับรองการปฏิบัติราชการของปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561



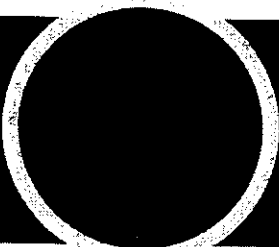
พชอ.

PP&P Excellence



Primary Care Cluster

Service Excellence



TB

Service Excellence



Happy MOPH

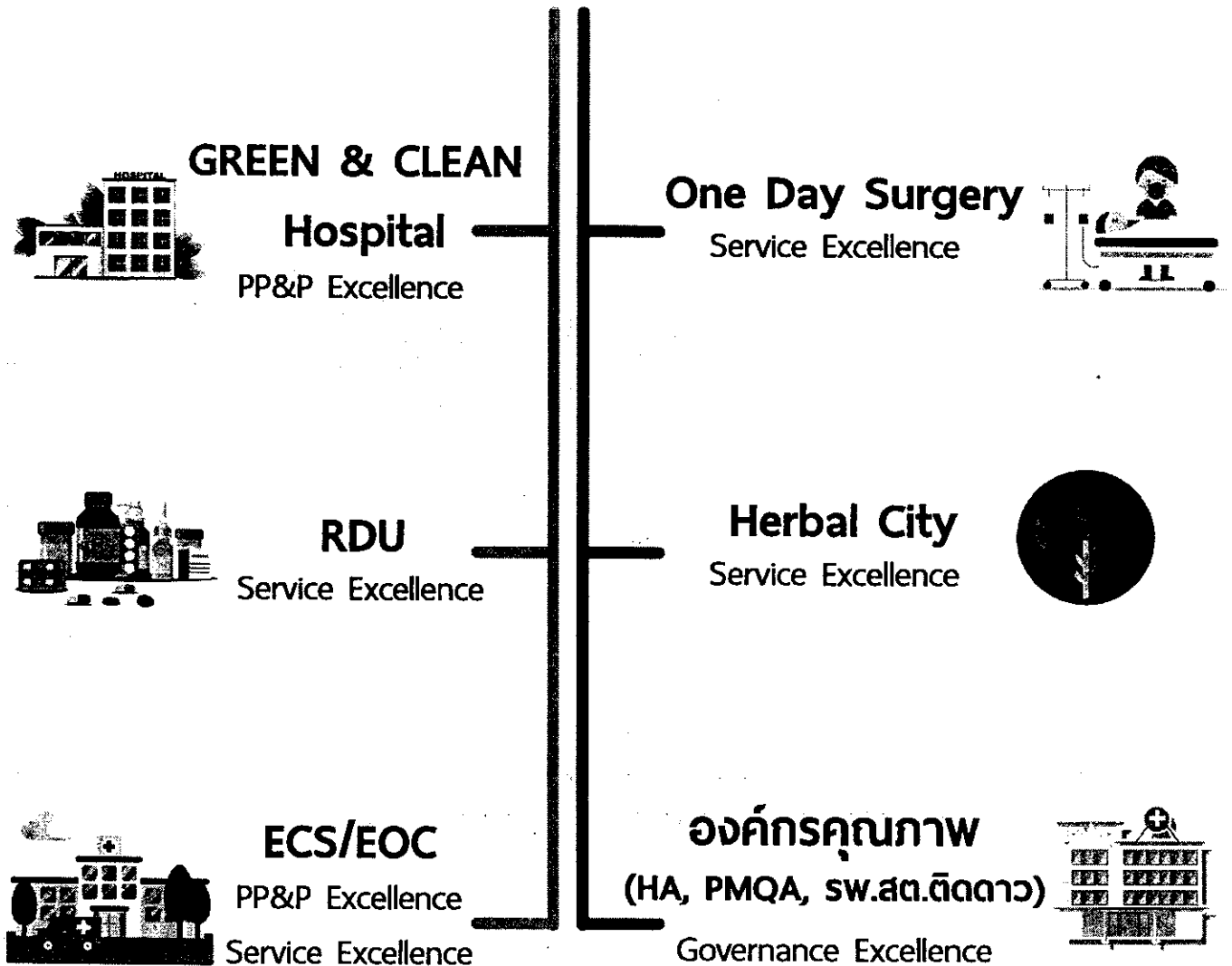
People Excellence



การเงินการคลัง

Governance Excellence

คำรับรองการปฏิบัติราชการของผู้ตรวจราชการ ประจำปีงบประมาณ 2561



ประเด็นเพิ่มเติมตาม
บริบทของเขตสุขภาพ

**แผนปฏิบัติการรองรับการดำเนินงาน
ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ
ของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ปี 2561**

1. พชอ.

แผนงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

เป้าหมาย :

มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ
สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนได้อย่างเป็นรูปธรรม

KPI : ร้อยละ 50 ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ

สถานการณ์ : มีการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตั้งแต่ปี พ.ศ.
พ.ศ. 2559 และมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 73 อำเภอ
พ.ศ. 2560 และมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 200 อำเภอ

ยุทธศาสตร์/มาตรการ

1. สร้างกลไกขับเคลื่อนที่เชื่อมโยง
ระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและ
ท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ (DHS)

2. พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
อย่างมีส่วนร่วม

3. เสริมสร้างศักยภาพของ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กิจกรรมหลัก

1. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับอำเภอ (พชอ.) ตาม ร่าง ระเบียบ
สำนักนายกรัฐมนตรี
2. สนับสนุนและส่งเสริมการแต่งตั้ง
คณะกรรมการฯ พชอ. อย่างเป็นรูปธรรม
เป็นธรรมและมีส่วนร่วมทั่วถึงทุกภาคส่วน

1. จัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหาประเด็น
พัฒนา ปชช. เลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่
ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต
2. จัดทำแผนดำเนินการพัฒนา/แก้ไขปัญหาคำคัญตาม
บริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย
2 เรื่อง
3. ดำเนินการตามแผนดำเนินการพัฒนา/แก้ไขปัญหาคำ
คัญตามบริบทในพื้นที่ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต
4. สรุปบทเรียนผลการดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาคำ
คัญตามบริบทในพื้นที่ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต

1. ดำเนินการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ
อำเภอแบบบูรณาการและมีมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน
2. ประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนา/แก้ไขปัญหาคำคัญ
ตามบริบทในพื้นที่ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ด้วย UCCARE
3. สรุปผลการดำเนินงาน/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชื่นชมและ
เสริมพลัง
4. สนับสนุนและส่งเสริมให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
ภายในอำเภอเดียวกันเป็นบทบาทสำคัญเพื่อให้กลายเป็น
ส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมท้องถิ่น

ระดับความสำเร็จ

ไตรมาส 1
มีพชอ. จำนวน 73 อำเภอ
มีพชอ. จำนวน 200 อำเภอ
มีพชอ. จำนวน 200 อำเภอ

ไตรมาส 2
มีการจัดประชุม จัดทำแผนการ
ดำเนินการ และคัดเลือกประเด็น
ที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่
ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต
อย่างน้อย 2 ประเด็น

ไตรมาส 3
มีการดำเนินการ บริหารจัดการ
สร้างกลไก และพัฒนาคุณภาพ
ชีวิตของประชาชน

ไตรมาส 4
มีการสรุปผลการดำเนินการ
ประเมินผล และผลสรุป
ที่ได้ขึ้นโต๊ะประชุม ระดับอำเภอ

2. Primary Care Cluster : PCC

แผนงานการพัฒนากระบวนการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)

เป้าหมาย :

ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัว
ที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)

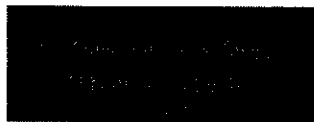
สถานการณ์ : ประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ มีการะบาดโรคที่ป้องกันได้ เมื่อเกิดป่วยจึงตรงเข้าหาบริการจากแพทย์เฉพาะทางโดยตรง
ใน รพ.ท/รพท. ทำให้เกิดความแออัดใน รพ. ขนาดใหญ่ และข้อจำกัดของงบประมาณด้านสุขภาพของประเทศ กอปร จึงได้กำหนดนโยบาย
ในการดำเนินงานพัฒนาระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)
Baseline : ปี 2559 รวม 48 ทีม ปี 2560 จำนวน 548 ทีม รวมเป็น 596 ทีม ครอบคลุมประชากร 6 ล้านคน

ยุทธศาสตร์/มาตรการ

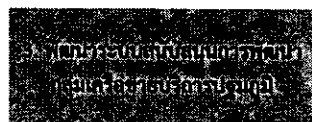
1. พัฒนารูปแบบการดำเนินงานและ
กระบวนการปฐมภูมิ

กิจกรรมหลัก

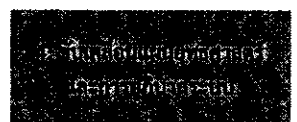
1. พัฒนารูปแบบการจัดการปฐมภูมิและ
คลินิกหมอครอบครัว ที่มีความเหมาะสมสอดคล้อง
กับบริบทพื้นที่
2. สร้างภาคีการขับเคลื่อนเพื่อขยายพื้นที่ PCC
3. จัดทำคู่มือหรือแนวทางบริการปฐมภูมิเพื่อ
ใช้ในการดำเนินงานเป็นคลินิกหมอครอบครัว
4. พัฒนาระบบการเชื่อมโยงบริการปฐมภูมิตั้ง
จากบริการในหน่วยอื่นๆ
5. วิจัยรูปแบบการให้บริการในคลินิกหมอ
ครอบครัว (Service model)
โดยอาศัยทั้งที่เป็นงานปฏิบัติการวิจัย
(Implementation research) รวมถึงการถอด
บทเรียนที่นำร่องทั้งในเขตเมือง เขตเมือง
กึ่งชนและชนบท



1. จัดทำคู่มือหรือแนวทางบริการปฐมภูมิ และระบบ
การเชื่อมโยงบริการปฐมภูมิกับบริการเฉพาะทาง
2. จัดทำคู่มือหรือแนวทางบริการปฐมภูมิ
ในคลินิกหมอครอบครัว
3. พัฒนาระบบหรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิ
เชื่อมโยงกับบริการเฉพาะทาง
4. ดำเนินการวิจัยและพัฒนา รูปแบบบริการ
การปฐมภูมิและเชื่อมโยงกับบริการเฉพาะทาง
5. พัฒนาระบบการเชื่อมโยงบริการปฐมภูมิ
และคลินิกหมอครอบครัว

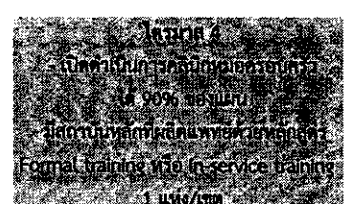
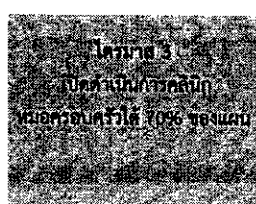
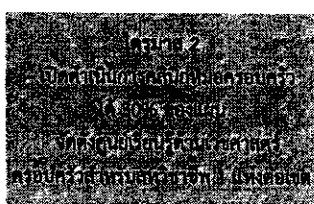
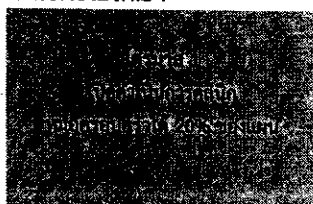


1. พัฒนารูปแบบการสนับสนุนด้านต่างๆ
ที่เกี่ยวข้อง
2. สนับสนุนการจัดการด้านที่การจัดกลุ่ม
เครือข่ายบริการปฐมภูมิที่เหมาะสม
3. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
เชื่อมโยงกับข้อมูลของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง
และเอกชน
4. จัดทำหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข
การจ่ายเงิน ค่าตอบแทน เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน
ในคลินิกหมอครอบครัว (Primary care
cluster)



1. ถ่ายทอดนโยบายและทิศทางสู่การ
ขับเคลื่อนอย่างบูรณาการและมีส่วนร่วม
จากหน่วยงานและภาคีต่าง ๆ
2. จัดทำคู่มือหรือแนวทางพัฒนาระบบบริการ
ปฐมภูมิ รองรับงานด้าน
ความรู้ระบบปฐมภูมิแห่งราชอาณาจักรไทย
พ.ศ. 2559
3. ประสาน สร้างความร่วมมือภาคี
เครือข่ายด้านสุขภาพ ในการบริหารจัดการ
จัดบริการ และแสวงหาทรัพยากรสนับสนุน
รูปแบบต่าง ๆ
4. ประชาสัมพันธ์ สร้างความเข้าใจแก่
ประชาชน
5. พัฒนาระบบกำกับติดตามประเมินผล
ให้ประสิทธิภาพ

ระดับความสำเร็จ



3. TB

แผนงานการพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ

เป้าหมาย :

อัตราการสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (เป้าหมาย > ร้อยละ 85)

สถานการณ์ : ความสำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคสะท้อนคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุข และควบคุมวัณโรคโดย ศักยภาพการกระจายเชื้อวัณโรค และป้องกันเชื้อวัณโรคด้วย ปัจจุบันอัตราการสำเร็จของการรักษาวัณโรคของประเทศไทยต่ำ เพียงร้อยละ 80 ซึ่งไม่สูงพอที่จะลดปัญหาวัณโรคที่เป้าหมายร้อยละ 90 เนื่องจากปัจจัยสำคัญ 3 ประการ คือ (1) ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตระหว่างการรักษาส่ง (2) การขาดการรับยาอย่างต่อเนื่อง และ (3) ไม่มีการติดตามประเมินผลการรักษา



ยุทธศาสตร์/มาตรการ

ยุทธศาสตร์ที่ 1
ลดการเสียชีวิต

ยุทธศาสตร์ที่ 2
เพิ่มการรักษา

ยุทธศาสตร์ที่ 3
พัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคล
และระบบการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค

กิจกรรมหลัก

1. ลดความสำคัญในการตรวจวินิจฉัย โดยการคัดกรองเชิงรุกวัณโรคและวัณโรคคอตีบในกลุ่มเสี่ยง
2. พัฒนาศักยภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่อง (Continue quality improvement : CQI) จัดการรักษาคณะมาตรฐานวัณโรค วัณโรคคอตีบ และวัณโรคที่มีโรคร่วม พัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการยาสำหรับผู้ป่วยวัณโรค ทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิต (Death case conference)

1. ดูแลรักษาโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Centered Care) ดูแลผู้ป่วยแบบมีที่เลี้ยง (DOT) ผู้จัดการประจำตัว (TB case manager) ขยายการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. ดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายในพื้นที่ ร่วมกับ Primary Care Cluster, District Health Board, Family Care Team
3. ให้การช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจและสังคม

1. พัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคล และระบบการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค
2. กำกับ ติดตาม และประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Monitoring and evaluation) ใช้ระบบข้อมูลที่มีคุณภาพในการกำกับติดตามผู้ป่วยวัณโรค
3. สร้างเครือข่ายหรือศูนย์กลางประสานการส่งต่อและติดตามผล (Referral center)

ระดับความสำเร็จ

ความสำเร็จ : การดำเนินงานตามแผนงานพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ ได้บรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยอัตราการสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เพิ่มขึ้นจาก 79.5% ในปี 2561 เป็น 80.7% ในปี 2562

ความสำเร็จ : การดำเนินงานตามแผนงานพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ ได้บรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยอัตราการสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เพิ่มขึ้นจาก 80.3% ในปี 2561 เป็น 80.3% ในปี 2562

ความสำเร็จ : การดำเนินงานตามแผนงานพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ ได้บรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยอัตราการสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เพิ่มขึ้นจาก 80.2% ในปี 2561 เป็น 80.2% ในปี 2562

ความสำเร็จ : การดำเนินงานตามแผนงานพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ ได้บรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยอัตราการสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เพิ่มขึ้นจาก 80.7% ในปี 2561 เป็น 80.7% ในปี 2562

5. การเงินการคลัง

แผนงานการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

กลุ่มเป้าหมาย :

โรงพยาบาลสังกัดสำนักงบประมาณ
กระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง (รพศ. รพท. รพช.)

KPI : ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 6

สถานการณ์ : หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย รพศ. รพท. รพช. มีการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง (Risk Management) แรกเปลี่ยนเรียนรู้ นวัตกรรมระดับพื้นที่ เพื่อการพัฒนาและขยายเป้าหมายการดำเนินงาน การรวมบริหารผ่านคณะกรรมการร่วมระดับประเทศ (7*7) พัฒนาการบริหารระบบบัญชีใหม่คุณภาพ พัฒนาศักยภาพ ภาครัฐเครือข่ายที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อลดอัตราหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ความสำเร็จเปลี่ยน 5 มาตราการ

ยุทธศาสตร์/มาตรการ

1. การจัดสรรงบประมาณ
(Budget Allocation)

2. การพัฒนาระบบบัญชี
(Accounting Management)

3. การพัฒนาระบบบัญชี
(Accounting Management)

4. การพัฒนาระบบบัญชี
(Accounting Management)

5. การพัฒนาระบบบัญชี
(Accounting Management)

กิจกรรมหลัก

1.1 มีการจัดสรรเงินให้หน่วยบริการ
1.2 พัฒนาระบบบัญชีของระบบ
1.3 พัฒนาระบบบัญชีของระบบ
1.4 พัฒนาระบบบัญชีของระบบ

2.1 พัฒนาระบบบัญชีของระบบ
2.2 พัฒนาระบบบัญชีของระบบ
2.3 พัฒนาระบบบัญชีของระบบ

3.1 พัฒนาระบบบัญชีของระบบ
3.2 พัฒนาระบบบัญชีของระบบ

4.1 พัฒนาระบบบัญชีของระบบ
4.2 พัฒนาระบบบัญชีของระบบ
4.3 พัฒนาระบบบัญชีของระบบ
4.4 พัฒนาระบบบัญชีของระบบ

5.1 พัฒนาระบบบัญชีของระบบ
5.2 พัฒนาระบบบัญชีของระบบ

ระดับความสำเร็จ

ไตรมาส 1
หน่วยบริการประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน
ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 6

ไตรมาส 2
หน่วยบริการประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน
ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 6

ไตรมาส 3
หน่วยบริการประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน
ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 6

ไตรมาส 4
หน่วยบริการประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน
ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 6

6. GREEN & CLEAN Hospital

แผนงานการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

กลุ่มเป้าหมาย :

โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
ในการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามหลักเกณฑ์
GREEN & CLEAN Hospital

KPI : ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital

สถานการณ์ ปี 2560 : ร้อยละ 90 ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ทั่วประเทศทั้งระบบ

ยุทธศาสตร์/มาตรการ

1. สร้างกระบวนการพัฒนา

2. พัฒนาระบบข้อมูล

กิจกรรมหลัก

โรงพยาบาล

1. ปรึกษาหารือการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital 2. ประเมินตนเองตามหลักเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ในระดับและวางแผนปรับปรุงให้ตรงตามเกณฑ์ 3. สื่อสาร ข้างเคียงและพัฒนาศักยภาพของสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital อย่างมีส่วนร่วม 4. ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ/แนวทางในการดำเนินการตาม GREEN & CLEAN Hospital 5. มีการจัดประชุมและกระบวนการเพื่อพัฒนาศักยภาพหน่วยงานต้นแบบ ประเมินตนเองและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 6. พัฒนาระบบฐานข้อมูล GREEN 1. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN สูงชันเพื่อเชื่อมโยงกับ GREEN Community

จังหวัด

1. ร่วมมือและประสานงานกับหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อจัดประชุมและแผนการพัฒนาในระดับ 2. จัดทำแผนพัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital เพื่อใช้ตามต้นแบบ 3. จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลในพื้นที่ เพื่อร่วมกันพัฒนาพร้อมกัน 4. สนับสนุนองค์ความรู้ และให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาล 5. จัดนิเทศประเมิน และออกใบตรวจประเมิน

เขต

1. จัดทำฐานข้อมูล ในระดับข้อมูลการประเมินระดับประเทศ เขตสุขภาพ จังหวัด เพื่อและจัดทำแผนการสนับสนุน 2. สร้างศูนย์วิจัยและพัฒนาการบริหารจัดการเชิงนโยบายเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาโรงพยาบาลพร้อมกัน 3. จัดนิเทศประเมิน และนิเทศเยี่ยมพื้นที่เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนและให้การสนับสนุนการพัฒนาระดับเขตสุขภาพ 4. ทำบันทึกความความก้าวหน้าการพัฒนาโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ

กระทรวง

1. จัดทำฐานข้อมูล ในระดับข้อมูลการประเมินระดับประเทศ เขตสุขภาพ จังหวัดและจัดทำแผนการสนับสนุน 2. สื่อสารประชาสัมพันธ์โครงการ GREEN & CLEAN Hospital สร้างการรับรู้การสื่อสารสาธารณะ เช่น Template ป้ายประชาสัมพันธ์ 3. พัฒนากลไกการบริหารจัดการเชิงนโยบายเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาโรงพยาบาลพร้อมกัน 4. จัดนิเทศเยี่ยมพื้นที่เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนและให้การสนับสนุน

โรงพยาบาล

1. มีระบบการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน การประเมินผลความพึงพอใจผู้มารับบริการและวางแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 2. พัฒนาศักยภาพและสร้างการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ทุกคนในโรงพยาบาล 3. บูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย และสร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาล และชุมชน

จังหวัด

1. สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการตรวจอย่างต่อเนื่อง 2. สนับสนุนให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่ระหว่างโรงพยาบาล 3. เชื่อมโยงเครือข่ายการพัฒนา GREEN Hospital สูงชัน เพื่อให้เกิด GREEN Community

เขต

1. บูรณาการเพื่อขับเคลื่อนเชิงนโยบายร่วมกันภาคีที่เกี่ยวข้อง 2. สนับสนุนให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่ผ่าน Best practices 3. พัฒนากลไกการสนับสนุน และการกำกับติดตาม

กระทรวง

1. พัฒนาระบบฐานข้อมูล ในระดับและจังหวัด แผนบูรณาการเพื่อขับเคลื่อนเชิงนโยบายร่วมกันภาคีที่เกี่ยวข้อง 2. จัดและพัฒนาศักยภาพ ทัศนวิสัยเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ 3. พัฒนากลไกการสนับสนุน และการกำกับติดตาม

ระดับความสำเร็จ

ตัวชี้วัด 1
โรงพยาบาลต้นแบบพัฒนา
ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital
ร้อยละ 90

ตัวชี้วัด 2
ร้อยละของโรงพยาบาลต้นแบบที่พัฒนา
ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital
ร้อยละ 90

ตัวชี้วัด 3
ร้อยละของโรงพยาบาลต้นแบบที่พัฒนา
ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital
ร้อยละ 90

ตัวชี้วัด 4
1. โรงพยาบาลต้นแบบพัฒนาตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital
2. โรงพยาบาลต้นแบบพัฒนาตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital
ร้อยละ 90

7. RDU

แผนงานการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

เป้าหมาย :

ใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพและความปลอดภัย
ลดค่าใช้จ่ายด้านยา ลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา
และลดปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพชนิดออกฤทธิ์กว้างอย่างไม่เหมาะสม

KPI : 1. รพ. ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ร้อยละ 1 ≥ ร้อยละ 80 และ ร้อยละ 2 ≥ ร้อยละ 20
2. ร้อยละของ รพ. ระบบ Drugs AMR อย่างบูรณาการ

สถานการณ์ : รพ. ที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล RDU ชั้นที่ 1 ร้อยละ 41.56 ชั้นที่ 2 ร้อยละ 0.56 (ข้อมูล ณ ไตรมาส 3/2560)

ยุทธศาสตร์/มาตรการ

มาตรการ 1 การส่งเสริมการใช้ยาอย่าง
สมเหตุผลในรพ. ภายใต้ยุทธศาสตร์
พัฒนาระบบยา (รพ. 2555 - 2559)

มาตรการ 2 การพัฒนาระบบการจ่ายยา
ทางคลินิกอย่างเหมาะสม (รพ. 2555 -
ปัจจุบัน)

มาตรการ 3 การพัฒนาระบบการจ่ายยา
AMR อย่างบูรณาการ (รพ. 2555 -
ปัจจุบัน) (รพ. 2555 - 2559)

กิจกรรมหลัก

1. พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ PTC
2. ส่งเสริมกิจกรรมอื่นๆ ในกลุ่ม PLEASE โดยใช้ RDU markers โรคติดเชื้อ 4 โรค และประชากรกลุ่มเสี่ยง 3 กลุ่ม คือ CKD ผู้สูงอายุ และ สตรีตั้งครรภ์
3. พัฒนาระบบสารสนเทศระดับกระทรวง เขต จังหวัด และรพ.

1. ส่งเสริมกิจกรรมการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมใน รพ.สต. คลินิก และร้านยา
2. เฝ้าระวังและจัดการการกระจายยา Antibiotic Steroid NSAIDs ในร้านขายและชุมชน
3. ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเรื่องเชื้อดื้อยาและยาต้านจุลชีพ Steroid NSAIDs แก่ประชาชน

1. ส่วนกลางจัดทำ "แนวทางการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ" และระบบสนับสนุนการดำเนินการของ รพ.
2. ส่วนกลาง และ รพ. ร่วมพัฒนาศักยภาพ "ระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ" ของ รพ.
3. รพ. พัฒนาและดำเนินงานตาม "ระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ"

ระดับความสำเร็จ

ไตรมาส 1
RDU ชั้นที่ 1 ≥ ร้อยละ 60
RDU ชั้นที่ 2 ≥ ร้อยละ 20

ไตรมาส 2
RDU ชั้นที่ 1 ≥ ร้อยละ 70
RDU ชั้นที่ 2 ≥ ร้อยละ 30
มี รพ. พัฒนาระบบสารสนเทศ
AMR อย่างบูรณาการของ รพ.

ไตรมาส 3
RDU ชั้นที่ 1 ≥ ร้อยละ 80
RDU ชั้นที่ 2 ≥ ร้อยละ 40
AMR อย่างบูรณาการ มีระบบ
AMR อย่างบูรณาการ

ไตรมาส 4
RDU ชั้นที่ 1 ≥ ร้อยละ 80
RDU ชั้นที่ 2 ≥ ร้อยละ 50
AMR อย่างบูรณาการ มีระบบ
AMR อย่างบูรณาการ

8.1 ECS

แผนงานการพัฒนากระบวนการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

ตัวชี้วัด :

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน
ที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง
ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป

- สถานการณ์ : 1. การเสียชีวิตในท้องฉุกเฉิน 35 ครั้ง/ปี (>50% ไม่ฉุกเฉิน) 4) ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F2 ที่มี ECS คุณภาพ = 81.67
2) ร้อยละ 60-70 ของ Adverse Event ในท้องฉุกเฉินป้องกันได้ 5) อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในที่มีค่า PS > 0.75 = 0.38
3) มาตรฐาน EP 1420, ENP 2060, Paramedic 573 6) ร้อยละผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินมาโดยระบบ EMS = 24.64

ยุทธศาสตร์/มาตรการ

1. ER คุณภาพ

2. การพัฒนาระบบห้องฉุกเฉิน
ในโรงพยาบาล

3. พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน

กิจกรรมหลัก

1. ลดภาวะห้องฉุกเฉินแออัด (ER Crowding)
2. คุณภาพและมาตรฐานห้องฉุกเฉิน (ER Safety Goal)
3. มาตรฐานข้อมูลห้องฉุกเฉิน (Emergency Care Data Set)

1. ประเมินความเสี่ยงโดยใช้ Hospital Safety Index
2. จัดทำแผนจัดการสาธารณภัยในโรงพยาบาล /แผนประจักษ์กิจการ (Business Continuity Plan) /แผนอพยพผู้ป่วย (Hospital Evacuation Plan)
3. ซ้อมแผนและประเมินผลการซ้อมแผน

1. วางแผนการผลิต EP, EN/ENP, Paramedic
2. พัฒนาระบบการดูแลตามหลักสูตรสำคัญ CLS, Pocus, TEA unit, MERT, Mini-MERT, ER Management, EN/ENP
3. ความปลอดภัยบุคลากร (Ambulance Safety, Violence in ER)

ระดับความสำเร็จ

1. อัตราการเสียชีวิตในท้องฉุกเฉิน
ที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง
ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป
2. ร้อยละ 60-70 ของ Adverse Event ในท้องฉุกเฉินป้องกันได้
3. มาตรฐาน EP 1420, ENP 2060, Paramedic 573

1. ประเมินความเสี่ยงโดยใช้ Hospital Safety Index
2. จัดทำแผนจัดการสาธารณภัยในโรงพยาบาล /แผนประจักษ์กิจการ (Business Continuity Plan) /แผนอพยพผู้ป่วย (Hospital Evacuation Plan)
3. ซ้อมแผนและประเมินผลการซ้อมแผน

1. วางแผนการผลิต EP, EN/ENP, Paramedic
2. พัฒนาระบบการดูแลตามหลักสูตรสำคัญ CLS, Pocus, TEA unit, MERT, Mini-MERT, ER Management, EN/ENP
3. ความปลอดภัยบุคลากร (Ambulance Safety, Violence in ER)

1. อัตราการเสียชีวิตในท้องฉุกเฉิน
ที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง
ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป
2. ร้อยละ 60-70 ของ Adverse Event ในท้องฉุกเฉินป้องกันได้
3. มาตรฐาน EP 1420, ENP 2060, Paramedic 573

8.2 EOC

แผนงานการป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

KPI :

ร้อยละจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการ
ภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมระดับจังหวัดตามการณ (SAT)
ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง (ร้อยละ 85)

สถานการณ์โรคระบาดมีจุดเริ่มต้นจากการเกิดโรคและภัยสุขภาพที่มีความรุนแรงและสามารถแพร่ระบาดได้อย่างกว้างขวาง จำเป็นต้องพัฒนาระบบ
การตรวจพบเหตุการณ์ผิดปกติให้รวดเร็วและตอบโต้ได้ทันที ภายใต้ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน ทีมระดับจังหวัดตามการณ ทีมปฏิบัติการสอบสวน
ควบคุมโรค และหน่วยงานอื่นร่วมจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public Health Emergency Management: PHEM) โดยรายงานข้อมูล
โรคและภัยสุขภาพที่มีความรุนแรงที่เกิดขึ้นในทันทีต่าง ๆ ผ่านระบบการบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ที่เชื่อมโยงระดับจังหวัด เขตสุขภาพ
และการบริหารสาธารณสุขส่วนกลาง

ยุทธศาสตร์/มาตรการ

1. พัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะ
ฉุกเฉินระดับจังหวัด (EOC)
ระดับจังหวัด

2. จัดเตรียมโครงสร้างและระบบ
การตรวจพบโรคและภัยสุขภาพ
และทีมปฏิบัติการระดับจังหวัด
และศูนย์ปฏิบัติการระดับจังหวัด

3. จัดทำแผนเผชิญเหตุ (Incident Action Plan: IAP)
ของเหตุการณ์สำคัญโดยกำหนดวิธีปฏิบัติพร้อม
ข้อสั่งการไปยังหน่วยงาน

กิจกรรมหลัก

1. จัดการอบรมหลักสูตรผู้บริหารด้านการ
จัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข
ระบบบัญชาการเหตุการณ์และศูนย์
ปฏิบัติการฉุกเฉินทางสาธารณสุข
(PHEM ICS&EOC)

1. จัดเวที SAT เพื่อระดมและประเมินสถานการณ์โรคและ
ภัยสุขภาพในภาวะปกติ และภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข
ระดับจังหวัด พร้อมทั้งฝึกปฏิบัติ
2. จัดทีมปฏิบัติการระดับจังหวัดในส่วนภารกิจปฏิบัติการ
(Operation Section) เพื่อปฏิบัติการในภาวะปกติและ
ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (เช่น MERT, mini MERT,
EMS, MCAT, CDCU/SRRT ฯ)

1. จัดการซ้อมแผน หรือยกระดับฝึกปฏิบัติการภาวะ
ฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่
2. จัดทำแผนเผชิญเหตุ (Incident Action Plan: IAP)
ของเหตุการณ์สำคัญโดยกำหนดวิธีปฏิบัติพร้อม
ข้อสั่งการไปยังหน่วยงาน

ระดับความสำเร็จ

ไตรมาส 1
ร้อยละ 85 ของจังหวัด มีการดำเนินการ
พัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน
ระดับจังหวัดตามการณ (EOC)
EOC จัดทำแผนเผชิญเหตุ 85
ร้อยละของกรม

ไตรมาส 2
ร้อยละ 85 ของจังหวัด มีการดำเนินการ
พัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน
ระดับจังหวัดตามการณ (EOC)
EOC จัดทำแผนเผชิญเหตุ 85
ร้อยละของกรม

ไตรมาส 3
ร้อยละ 85 ของจังหวัด มีการดำเนินการ
พัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน
ระดับจังหวัดตามการณ (EOC)
EOC จัดทำแผนเผชิญเหตุ 85
ร้อยละของกรม

ไตรมาส 4
ร้อยละ 85 ของจังหวัด มีการดำเนินการ
พัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน
ระดับจังหวัดตามการณ (EOC)
EOC จัดทำแผนเผชิญเหตุ 85
ร้อยละของกรม

9. One Day Surgery

แผนงานการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ (Service Plan)

KPI :

ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัด
แบบ One Day Surgery (ร้อยละ 15)

สถานการณ์ : 1. ประเทศไทยมีการผ่าตัดแบบ ODS เป็นผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 34% เป็น 65% ส่วนสหรัฐอเมริกาที่มีการผ่าตัดแบบ ODS เป็นผู้ป่วยมากกว่า 60% ค.ศ.2016 และจะเพิ่มขึ้นถึง 75% แต่ในประเทศไทยมีข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถให้บริการผ่าตัดแบบ ODS ได้ โดยมีสาเหตุมาจาก การขาดแคลนทรัพยากรบุคคลที่แตกต่างกันระหว่างการให้บริการแบบผู้ป่วยนอกกับผู้ป่วยใน 2. ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันในระดับนานาชาติว่า One Day Surgery มีความสำคัญ คือผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน และกลับไปทำงานหารายได้จนเจ็ดครอบครัวได้เร็ว ลดค่าใช้จ่ายครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ลดภาระเศรษฐกิจประเทศชาติในการรักษาพยาบาล 3.ผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดวันนอนเดียว 3 วัน ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยวันละ 7,500 บาท

ยุทธศาสตร์/มาตรการ

1. พัฒนาระบบการเบิกจ่าย
ค่าบริการ (ระบบการเบิกจ่ายแบบ
วันนอนเดียว (One Day Surgery))

2. พัฒนาระบบ
One Day Surgery Unit

3. พัฒนาระบบการติดตามและ
ประเมินผลการทำงาน
(One Day Surgery Unit)

กิจกรรมหลัก

1. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ต้นทุน reimbursement รายหัวต่อการ ODS จากหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง และประเมินข้อตกลง Reimbursement ที่เหมาะสมกับ สปสช.
2. รวบรวมการปฏิบัติและการคัดเลือกผู้ป่วยให้เหมาะสม โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของการให้บริการ (Patient Selection Criteria and Guideline for Patient safety)
3. จัดทำเกณฑ์ประเมินศักยภาพโรงพยาบาลที่สามารถให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียว (One Day Surgery)

1. สำรวจ ประเมินความพร้อมและอนุมัติให้สถานบริการดำเนินการตามโครงการ
2. จัดตั้งศูนย์ ONE Day Surgery Unit ใน รพท. และ รพ. ในเขตสุขภาพ
3. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้แพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อเตรียมความพร้อมการจัดตั้ง One Day Surgery Unit ในรพท. และ รพ. ในเขตสุขภาพ
4. สร้างความไว้วางใจและประโยชน์การให้บริการแบบ One Day Surgery แก่ประชาชนผ่านช่องทางต่างๆ
5. เชื่อมโยงการรายงานการให้บริการ ODS กับระบบรายงานของกระทรวงสาธารณสุข กองทุนสุขภาพ และรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล (ระบบ HDC, ระบบ E-clam และระบบ Risk Management ในโรงพยาบาล)

1. ประเมินผลการดำเนินงาน One Day Surgery ในรพท. และรพ. ในเขตสุขภาพ
2. กำหนดอัตราค่าจ้างและจัดหลักสูตรการศึกษาบุคลากรให้สอดคล้องกับการพัฒนา One Day Surgery Unit

ระดับความสำเร็จ

โครงการ :
Development of reimbursement system for ODS
1. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ต้นทุน reimbursement รายหัวต่อการ ODS จากหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง และประเมินข้อตกลง Reimbursement ที่เหมาะสมกับ สปสช.
2. รวบรวมการปฏิบัติและการคัดเลือกผู้ป่วยให้เหมาะสม โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของการให้บริการ (Patient Selection Criteria and Guideline for Patient safety)
3. จัดทำเกณฑ์ประเมินศักยภาพโรงพยาบาลที่สามารถให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียว (One Day Surgery)

โครงการ 2 :
Development of One Day Surgery Unit
1. สำรวจ ประเมินความพร้อมและอนุมัติให้สถานบริการดำเนินการตามโครงการ
2. จัดตั้งศูนย์ ONE Day Surgery Unit ใน รพท. และ รพ. ในเขตสุขภาพ
3. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้แพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อเตรียมความพร้อมการจัดตั้ง One Day Surgery Unit ในรพท. และ รพ. ในเขตสุขภาพ
4. สร้างความไว้วางใจและประโยชน์การให้บริการแบบ One Day Surgery แก่ประชาชนผ่านช่องทางต่างๆ
5. เชื่อมโยงการรายงานการให้บริการ ODS กับระบบรายงานของกระทรวงสาธารณสุข กองทุนสุขภาพ และรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล (ระบบ HDC, ระบบ E-clam และระบบ Risk Management ในโรงพยาบาล)

โครงการ 3 :
Development of One Day Surgery Unit
1. ประเมินผลการดำเนินงาน One Day Surgery ในรพท. และรพ. ในเขตสุขภาพ
2. กำหนดอัตราค่าจ้างและจัดหลักสูตรการศึกษาบุคลากรให้สอดคล้องกับการพัฒนา One Day Surgery Unit

โครงการ 4 :
Development of One Day Surgery Unit
1. ประเมินผลการดำเนินงาน One Day Surgery ในรพท. และรพ. ในเขตสุขภาพ
2. กำหนดอัตราค่าจ้างและจัดหลักสูตรการศึกษาบุคลากรให้สอดคล้องกับการพัฒนา One Day Surgery Unit

10. Herbal City

แผนงานอุตสาหกรรมทางการแพทย์

KPI :

ระดับประเทศ / เขต :

จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตละ 1 จังหวัด

สถานการณ์ / Situation : เมืองสมุนไพร เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ.2559 ถึงปัจจุบัน โดยดำเนินการนำร่อง 4 จังหวัด ครอบคลุม 8 ภาค เขตสุขภาพ ได้แก่ จังหวัดเชียงราย จังหวัดปราจีนบุรี จังหวัดขอนแก่น และจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยปีล่าสุด 2560 ได้กำหนดพื้นที่ (Mapping) พื้นที่ 9 จังหวัด (พิษณุโลก สุโขทัย ตรังบุรี นครปฐม จันทบุรี นนทบุรี นครราชสีมา สุรินทร์ อำนาจเจริญ และสงขลา) รวมทั้งสิ้น 13 จังหวัด ใน 12 เขตสุขภาพ เพื่อวางแผนเป็นเมืองสมุนไพรส่วนขยาย Baseline : ปี 2560 มีเมืองสมุนไพร 4 จังหวัดนำร่อง (เชียงราย ปราจีนบุรี สกลนคร สุราษฎร์ธานี)

ยุทธศาสตร์/มาตรการ

1. เสริมความเข้มแข็งของกรมวิชาการ
และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
ในการบริหารจัดการ

2. จัดตั้งศูนย์พัฒนาสมุนไพร
และผลิตภัณฑ์สมุนไพร
ในระดับจังหวัด

3. ส่งเสริมผู้ประกอบการ
และเกษตรกรผู้ปลูกสมุนไพร
และผลิตภัณฑ์สมุนไพร

4. ส่งเสริมการตลาด
และกระจายสินค้าสมุนไพร
และผลิตภัณฑ์สมุนไพร

กิจกรรมหลัก

1. จัดทำแผนงานยุทธศาสตร์พัฒนาเมืองสมุนไพร ภายในแผนพัฒนาจังหวัด
2. จัดตั้งคณะกรรมการโครงการเมืองสมุนไพรระดับจังหวัด
3. คัดเลือกกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกสมุนไพรในจังหวัด และขึ้นทะเบียนเกษตรกรผู้ปลูกสมุนไพรที่มีการปลูกตั้งแต่ 100 ครัวเรือนขึ้นไป
4. จัดทำฐานข้อมูลด้านสมุนไพรผู้ปลูก/ผู้จำหน่าย/พื้นที่ปลูก/แปรรูป/ปริมาณวัตถุดิบสมุนไพรที่ส่งมาตรวจของจังหวัด
5. ศึกษาความต้องการวัตถุดิบสมุนไพรผลิตภัณฑ์สมุนไพรในพื้นที่จังหวัดเมืองสมุนไพร

ตัวชี้วัด

1. ส่งเสริมการผลิตและแปรรูปผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้มีคุณภาพและได้มาตรฐาน GAP/GACP/Organic (ป้าไร่), GAP/GACP (สวนขยาย)

ผลผลิตสมุนไพรผ่านมาตรฐาน GMP

1. พัฒนาศักยภาพด้านแผนธุรกิจ (Business plan)
2. พัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขันของผู้ประกอบการ SMEs ผู้ผลิตภาคอุตสาหกรรม
3. เพิ่มศักยภาพให้กับผู้ประกอบการหรือองค์กรที่มีความพร้อมในการทำงานวิจัยหรือนวัตกรรมด้านสมุนไพรตามผลิตภัณฑ์เป็นยาหรือผลิตภัณฑ์ที่เพิ่มคุณค่า ที่ได้มาตรฐานและมีความเป็นเอกลักษณ์ของพื้นที่
4. ขยายช่องทางการตลาด

1. พัฒนาระบบประชาสัมพันธ์เชิงรุก
2. กำหนดคณาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อใช้พัฒนาแผนปฏิบัติงานในสถานบริการทุกระดับ

ระดับความสำเร็จ

1. แผนยุทธศาสตร์พัฒนาเมืองสมุนไพร
2. แผนพัฒนาจังหวัด
3. แผนพัฒนาจังหวัด
4. แผนพัฒนาจังหวัด
5. แผนพัฒนาจังหวัด
6. แผนพัฒนาจังหวัด
7. แผนพัฒนาจังหวัด
8. แผนพัฒนาจังหวัด
9. แผนพัฒนาจังหวัด
10. แผนพัฒนาจังหวัด

1. แผนยุทธศาสตร์พัฒนาเมืองสมุนไพร
2. แผนพัฒนาจังหวัด
3. แผนพัฒนาจังหวัด
4. แผนพัฒนาจังหวัด
5. แผนพัฒนาจังหวัด
6. แผนพัฒนาจังหวัด
7. แผนพัฒนาจังหวัด
8. แผนพัฒนาจังหวัด
9. แผนพัฒนาจังหวัด
10. แผนพัฒนาจังหวัด

1. แผนยุทธศาสตร์พัฒนาเมืองสมุนไพร
2. แผนพัฒนาจังหวัด
3. แผนพัฒนาจังหวัด
4. แผนพัฒนาจังหวัด
5. แผนพัฒนาจังหวัด
6. แผนพัฒนาจังหวัด
7. แผนพัฒนาจังหวัด
8. แผนพัฒนาจังหวัด
9. แผนพัฒนาจังหวัด
10. แผนพัฒนาจังหวัด

1. แผนยุทธศาสตร์พัฒนาเมืองสมุนไพร
2. แผนพัฒนาจังหวัด
3. แผนพัฒนาจังหวัด
4. แผนพัฒนาจังหวัด
5. แผนพัฒนาจังหวัด
6. แผนพัฒนาจังหวัด
7. แผนพัฒนาจังหวัด
8. แผนพัฒนาจังหวัด
9. แผนพัฒนาจังหวัด
10. แผนพัฒนาจังหวัด

11.1 HA

แผนงานการพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์การคุณภาพ

เป้าหมาย :

ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
มีคุณภาพมาตรฐานด้านการรับรอง HA ขึ้น 3

สถานการณ์ : ปีงบประมาณ 2561 ตั้งเป้าหมายโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรม
สุขภาพจิต แผนการรับรองคุณภาพ HA ขึ้น 3 ทั่วประเทศ และโรงพยาบาลศูนย์จำนวนการรับรองร้อยละ 80 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่มี
คุณภาพ และปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข
Baseline : ร้อยละของ รพ.สังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานด้านการรับรอง HA ขึ้น 3 ปี 2560 (ไตรมาส 3) รพ.ศูนย์/รพ.ทั่วไป/
รพ.สังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต ร้อยละ 97.58 รพ.ชุมชน ร้อยละ 73.85

ยุทธศาสตร์/มาตรการ

1. ควบคุมการ
การป้องกันและควบคุมการ
โรคติดต่อในชุมชน
จังหวัด

2. ควบคุมการ
การป้องกันและควบคุมการ
โรคติดต่อในชุมชน
จังหวัด

3. ควบคุมการ
การป้องกันและควบคุมการ
โรคติดต่อในชุมชน
จังหวัด

กิจกรรมหลัก

ส่วนกลาง

1. ประชุมชี้แจงแนวทางการส่งเสริมการ
พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของส่วนกลาง
เขต และแนวทางการดำเนินงานระดับ
จังหวัด
2. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ
บริการ
3. มอบหมายพื้นที่รับผิดชอบระดับเขต
4. กำกับติดตามความก้าวหน้า และ
รายงานผลการปฏิบัติงานรายไตรมาส

ระดับเขต

1. แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนา
คุณภาพบริการเครือข่ายระดับเขต
2. จัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพระดับเขต
 - 2.1 มอบให้ความรู้
 - 2.2 เยี่ยมกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพ
รพ.ในพื้นที่รับผิดชอบ
3. กำกับติดตามให้มีการดำเนินงานตามแผน

ระดับจังหวัด

1. แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพบริการเครือข่าย
ระดับจังหวัด
2. จัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลภายในจังหวัด และยื่นคำขอ
เพื่อรับการประเมินหรือตรวจส่งหน่วยงานน้อย 6 เดือนก่อนหมดอายุ
การรับรอง
3. จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพระดับจังหวัด และหน่วยบริการ
4. ส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพ
ระหว่าง รพ.ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
5. ติดตาม กำกับ การเยี่ยมกระตุ้นระดับจังหวัด เพื่อให้เกิดการพัฒนา
คุณภาพอย่างต่อเนื่อง
6. สนับสนุนการดำเนินงานอื่นๆที่ได้รับมอบหมาย

ระดับความสำเร็จ

ไตรมาส 1
รพ.ศูนย์/รพ.ทั่วไป/รพ.สังกัดกรมการแพทย์
ร้อยละ 98.00
รพ.ชุมชน ร้อยละ 73.85
รพ.สังกัดกรมสุขภาพจิต ร้อยละ 97.58
รพ.สังกัดกรมควบคุมโรค ร้อยละ 97.58

ไตรมาส 2
รพ.ศูนย์/รพ.ทั่วไป/รพ.สังกัดกรมการแพทย์
ร้อยละ 98.00
รพ.ชุมชน ร้อยละ 73.85
รพ.สังกัดกรมสุขภาพจิต ร้อยละ 97.58
รพ.สังกัดกรมควบคุมโรค ร้อยละ 97.58

ไตรมาส 3
รพ.ศูนย์/รพ.ทั่วไป/รพ.สังกัดกรมการแพทย์
ร้อยละ 98.00
รพ.ชุมชน ร้อยละ 73.85
รพ.สังกัดกรมสุขภาพจิต ร้อยละ 97.58
รพ.สังกัดกรมควบคุมโรค ร้อยละ 97.58

ไตรมาส 4
รพ.ศูนย์/รพ.ทั่วไป/รพ.สังกัดกรมการแพทย์
ร้อยละ 98.00
รพ.ชุมชน ร้อยละ 73.85
รพ.สังกัดกรมสุขภาพจิต ร้อยละ 97.58
รพ.สังกัดกรมควบคุมโรค ร้อยละ 97.58

11.2 รพ.สต. ตีดดาว

แผนงานการพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์รคุณภาพ

KPI :

ร้อยละ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์
การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีดดาว

สถานการณ์ : ปัจจุบันมีแผนพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) หลายเกณฑ์ ซึ่งดำเนินการโดยหลายหน่วยงาน กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) เป็นเกณฑ์เดียวที่บูรณาการในการประเมินรูปแบบเดียว เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพที่ได้มาตรฐานบริการปฐมภูมิ
Baseline : ปี รพ.สต. จำนวน 9,870 แห่ง (ผ่านเกณฑ์ ปี 60 ร้อยละ 10 อยู่ระหว่างรวบรวมข้อมูล)

ยุทธศาสตร์/มาตรการ

1. ปรับปรุงโครงสร้างและพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีดดาว ปี 2561

2. ปรับปรุงโครงสร้างและพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีดดาว ปี 2562

3. ปรับปรุงโครงสร้างและพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีดดาว ปี 2563

4. ปรับปรุงโครงสร้างและพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีดดาว ปี 2564

5. ปรับปรุงโครงสร้างและพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีดดาว ปี 2565

กิจกรรมหลัก

1. ประชุมทบทวนเกณฑ์ ประกอบด้วย รพ.สต. ตีดดาว, รพ.สต. ตีดดาว, รพ.สต. ตีดดาว, รพ.สต. ตีดดาว, รพ.สต. ตีดดาว โดยเป็น 3 ระดับ คือ 3 ดาว, 4 ดาว และ 5 ดาว (3 ครั้ง)

1. ปรับปรุงโครงสร้างและพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีดดาว
2. ปรับปรุงโครงสร้างและพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีดดาว โดยเป็น 3 ระดับ คือ 3 ดาว, 4 ดาว และ 5 ดาว (3 ครั้ง)
3. ปรับปรุงโครงสร้างและพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีดดาว โดยเป็น 3 ระดับ คือ 3 ดาว, 4 ดาว และ 5 ดาว (3 ครั้ง)
4. ปรับปรุงโครงสร้างและพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีดดาว โดยเป็น 3 ระดับ คือ 3 ดาว, 4 ดาว และ 5 ดาว (3 ครั้ง)

1. ประชุมทบทวนเกณฑ์ ประกอบด้วย รพ.สต. ตีดดาว, รพ.สต. ตีดดาว, รพ.สต. ตีดดาว, รพ.สต. ตีดดาว, รพ.สต. ตีดดาว โดยเป็น 3 ระดับ คือ 3 ดาว, 4 ดาว และ 5 ดาว (3 ครั้ง)

1. จัดทำ web base ข้อมูลทรัพยากร หน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลบุคลากร ข้อมูลบริการ การจัดการบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และผลการพัฒนาและประเมินคุณภาพ รพ.สต. ตีดดาว

1. รพ.สต. ทุกแห่งประเมินตนเอง (ยกเว้น รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ ปี 2560)
2. คณะทำงานระดับอำเภอ ประเมิน
3. คณะทำงานระดับจังหวัด ประเมิน
4. คณะทำงานระดับเขต ประเมิน เพื่อดำเนินการ
5. มอบรางวัล รพ.สต. ดีเด่น

ระดับความสำเร็จ

ไตรมาส 1
1. รพ.สต. ตีดดาว ปี 2561
2. รพ.สต. ตีดดาว ปี 2562
3. รพ.สต. ตีดดาว ปี 2563
4. รพ.สต. ตีดดาว ปี 2564
5. รพ.สต. ตีดดาว ปี 2565

ไตรมาส 2
1. รพ.สต. ตีดดาว ปี 2561
2. รพ.สต. ตีดดาว ปี 2562
3. รพ.สต. ตีดดาว ปี 2563
4. รพ.สต. ตีดดาว ปี 2564
5. รพ.สต. ตีดดาว ปี 2565

ไตรมาส 3
1. รพ.สต. ตีดดาว ปี 2561
2. รพ.สต. ตีดดาว ปี 2562
3. รพ.สต. ตีดดาว ปี 2563
4. รพ.สต. ตีดดาว ปี 2564
5. รพ.สต. ตีดดาว ปี 2565

ไตรมาส 4
1. รพ.สต. ตีดดาว ปี 2561
2. รพ.สต. ตีดดาว ปี 2562
3. รพ.สต. ตีดดาว ปี 2563
4. รพ.สต. ตีดดาว ปี 2564
5. รพ.สต. ตีดดาว ปี 2565

