



เสนอพิจารณาแผนและแนวทางการพัฒนางาน
คณะกรรมการยุทธศาสตร์ และสารสนเทศ
เขตสุขภาพที่ 12 ปี พ.ศ. 2562



คณะกรรมการยุทธศาสตร์และสารสนเทศ (CIO)

CIO

นพ.สงกรานต์ ไหมชุม ประธาน
พญ.นิชาภา สวัสดิการนนท์ องประธาน
นพ.ประวิทย์ วรรณโร รองประธาน
ผชชว.ยะลา รองประธาน
นายจิรวิทย์ มากมิ่งจวน เลขานุการ

คณะทำงานแผนงานและยุทธศาสตร์ (CSTO)

พญ.นิชาภา สวัสดิการนนท์ ประธาน
รองประธาน
เลขานุการ

คณะทำงานสารสนเทศ (IT)

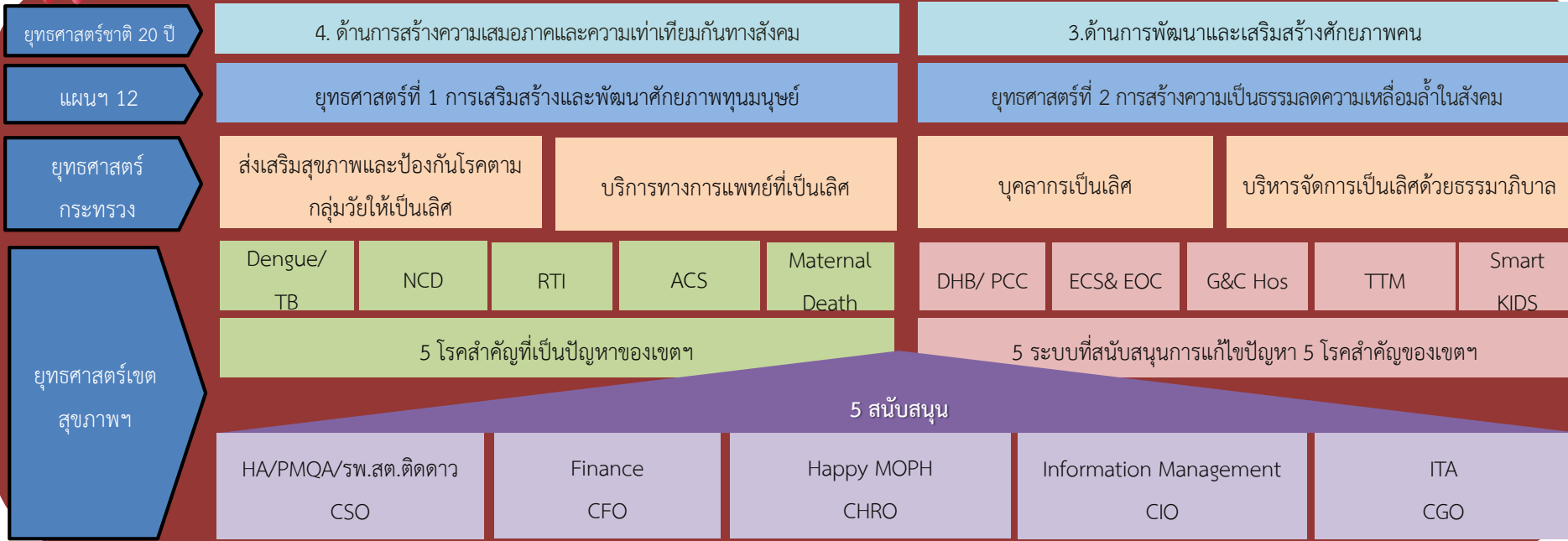
นายสมโชค ขวัญเมื่อ ประธาน
นายมะยาชี ควรเอกวิญญู รองประธาน
นายสมหมาย สังข์แก้ว รองประธาน
นายธีรยศ ตองศรี เลขานุการ

คณะทำงานคุณภาพด้านสารสนเทศ (HAIT)

นพ.ประวิทย์ วรรณโร ประธาน
เลขานุการ



กรอบแนวคิดยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพที่ 12 ปีงบประมาณ 2561



การบริการร่วม

การบริหารร่วม

ความเป็นธรรม

การตอบสนองต่อความต้องการ

การป้องกันความเสี่ยงทางสังคมและการเงิน

ประสิทธิภาพการบริการ

เป้าหมาย : ประชาชนสุขภาพดี เครือข่ายเข้มแข็ง ระบบสุขภาพยั่งยืน เจ้าหน้าที่มีความสุข

เครือข่าย
สุขภาพเข้มแข็ง ระบบสุขภาพยั่งยืน
ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข

PP

Service

15years
10years
5years

People

Govern
ance

5โรค

REGION12 BOARD

5 ระบบ

FAILED
Dengue
/TB

FAILED
NCD

FAILED
RTI

PASS
ACS

FAILED
Maternal
Death

PASS
DHB/
PCC

PASS
ECS
&
EOC

PASS
Green
&
Clean
Hospital

PASS
TTM

PASS
Smart
KIDS

PASS
HA/PMQA
รพสต.ติดดาว
COO--CSO

PASS
Finance
CFO

5สนับสนุน
PASS
Happy
MOPH/HR
CHRO

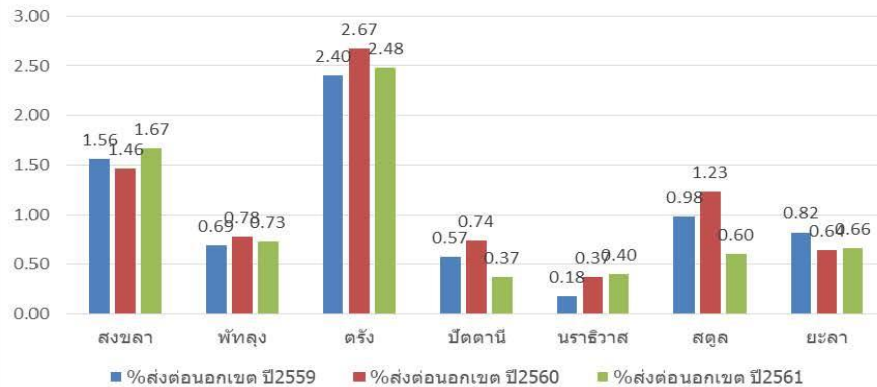
PASS
Information
management
CIO

PASS
ITA
CGO

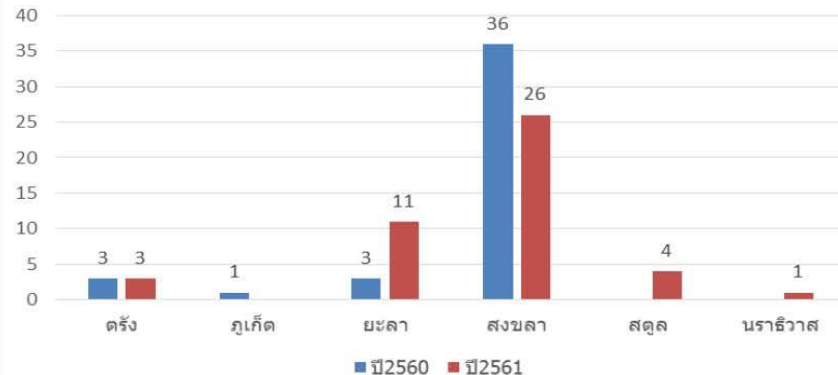
STRATEGIC PLAN 2018 OF REGIONAL HEALTH 12

ข้อมูลศักยภาพการจัดบริการสุขภาพเขตสุขภาพที่ 12

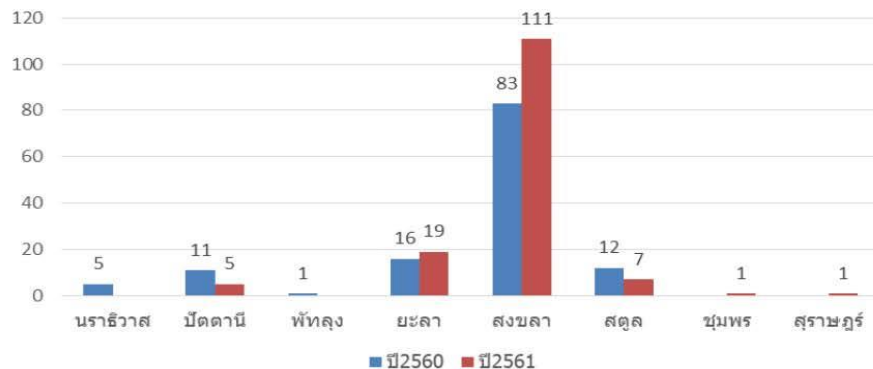
ร้อยละผู้ป่วยส่งต่อนอกเขตรายจังหวัดเปรียบเทียบรายปี



จำนวนทารกแรกเกิดส่งต่อ

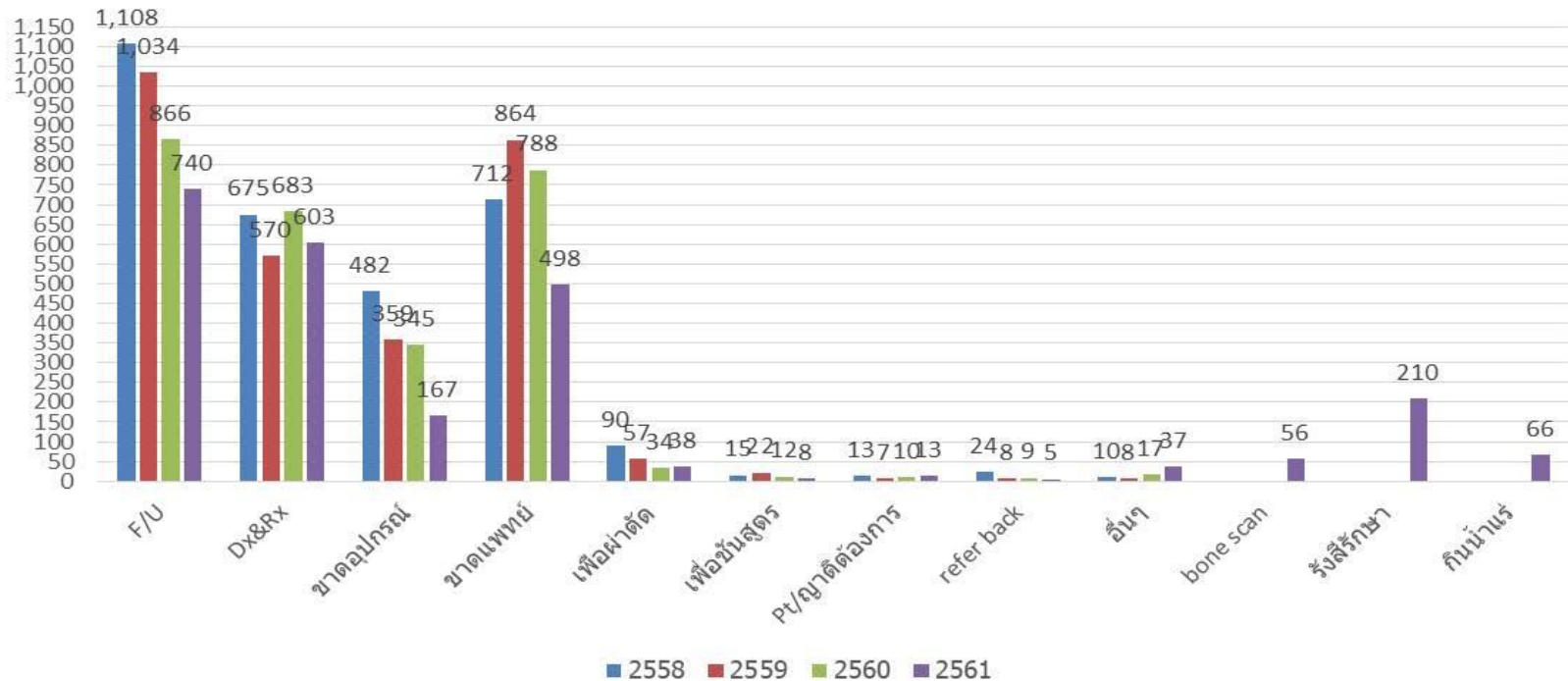


จำนวนผู้ป่วยเด็กโตส่งต่อ



ข้อมูลศักยภาพการจัดบริการสุขภาพเขตสุขภาพที่ 12

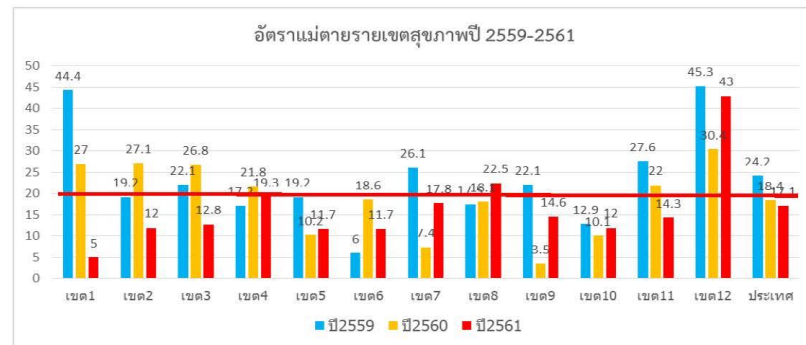
ผู้ป่วยโรงพยาบาลหาดใหญ่ส่งต่อ PSU



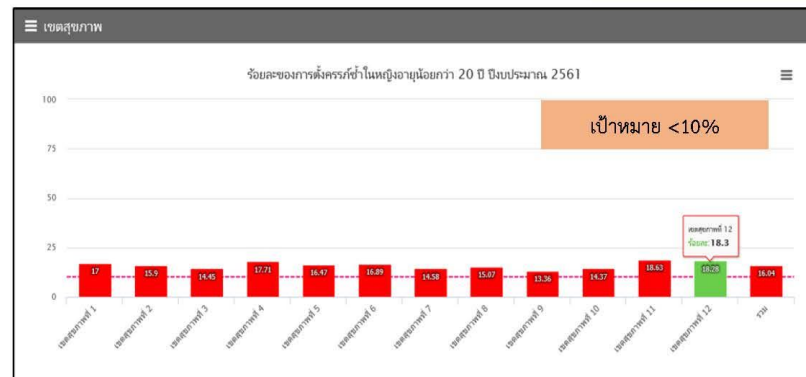
สถานการณ์การจัดบริการสุขภาพ Service Plan เขตสุขภาพที่ 12

บริการ	จุดเน้นการพัฒนาาระบบบริการระดับเขตสุขภาพปี 2562
สถิติ กรรม	<ol style="list-style-type: none"> อัตราแม่ตายสูงเป็น 1 เท่าของเกณฑ์ จัดอยู่อันดับ 1 ของประเทศ ปี 2559 - 2561 อัตราการเกิด Preterm/วัยรุ่นตั้งครรภ์ช้า สูง ควรมีการเชื่อมโยงกับงาน PP&P ทบทวนการวิเคราะห์ข้อมูลอัตราการผ่าตัดคลอดที่สูงขึ้น กำกับ ติดตามผลการปฏิบัติตาม CPG ที่กำหนด โดยผู้บริหารระดับสูงของเขต
ทารก แรกเกิด	<ol style="list-style-type: none"> เตียง NICU ยังไม่วิเคราะห์ความเพียงพอตามเกณฑ์ 1 : 500 LB/จว. เพิ่มศักยภาพของ รพ. ที่มี Neonatologist สนับสนุนให้มี Cooling Therapy เพื่อลดอัตราตายจาก PPHN/Birth asphyxia อัตราการเสียชีวิตทารกแรกเกิดเขต 12 ปี 2561 = 4.68% ประเทศ = 4.27% เป้าหมาย < 3.4% (มีการเปลี่ยน definition การเก็บข้อมูล) ข้อตกลงปัญหากรณีผู้ป่วยส่งต่อ Intrauterine ในระดับเขตสุขภาพ และการติดตามการปฏิบัติไม่ชัดเจน
กุมาร เวช กรรม	<ol style="list-style-type: none"> รพศ./ รพท. ที่มีกุมารแพทย์เต็มกรอบขั้นสูงควรมี PICU แยกออกจาก ICUรวม ทบทวนการวิเคราะห์ข้อมูลความเพียงพอเตียง PICU ว่าเป็น peak/always การวางแผนการให้วัคซีนให้ทารกกลุ่มเสี่ยงให้ครอบคลุมมากขึ้น เพื่อลดการเป็น Pneumonia โดยประสานงานชุมชน/งานอนามัยโรงเรียน

ตัวชี้วัด : อัตราส่วนเสียชีวิตของมารดาไทย



ที่มาข้อมูล : กรมอนามัย



ที่มาข้อมูล :ฐานข้อมูล HDC

สถานการณ์การจัดบริการสุขภาพ Service Plan เขตสุขภาพที่ 12

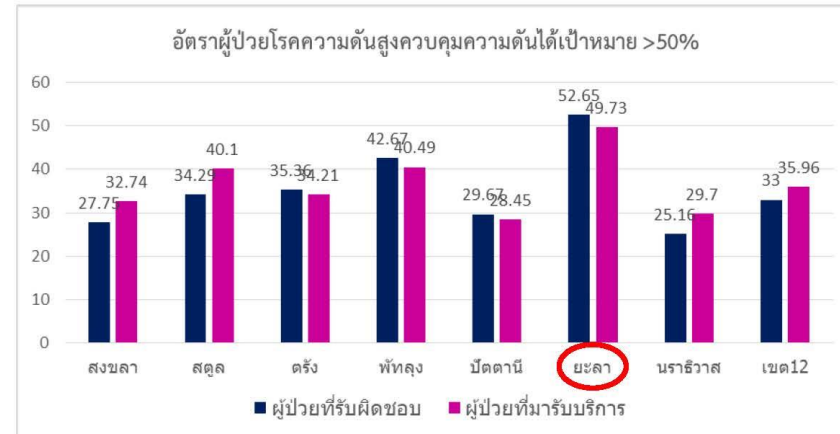
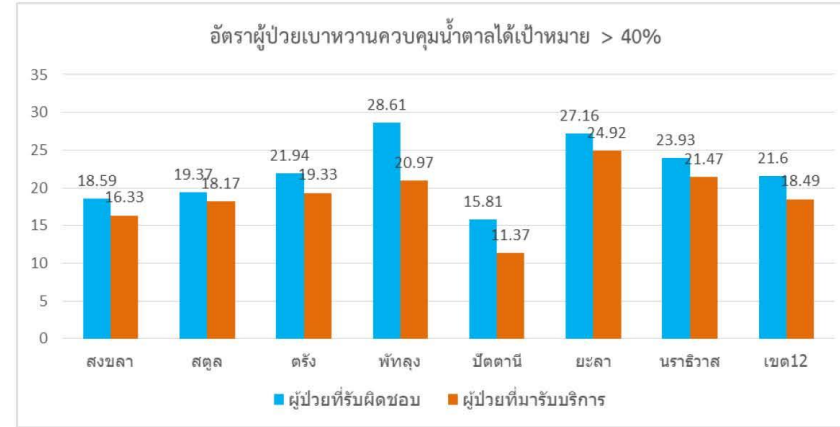
บริการ	จุดเน้นการพัฒนาระบบบริการระดับเขตสุขภาพปี 2562
มะเร็ง	<ol style="list-style-type: none"> 1. ด้านรังสีรักษา เป็นสาเหตุการส่งออก PSU สูงสุด 2. พัฒนางานเวชศาสตร์นิวเคลียร์ : กลืนน้ำแร่ (แพทย์เวชศาสตร์นิวเคลียร์จบปี 2562) 3. พัฒนาการเก็บข้อมูลในทะเบียนมะเร็งให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น เช่น การตัดคนตายออก รพศ./รพท.บันทึกผู้ป่วยมะเร็งทุกอวัยวะ
หัวใจ	<ol style="list-style-type: none"> 1. จังหวัดสงขลา พัทลุง ขาดบริการคลินิกกาวฟารินใน รพช. เป้าหมายให้ครบ 100% ปัญหาที่ยังทำไม่ได้เพราะไม่สามารถตรวจ INR และต้นทุนค่าแล็บตรวจราคาสูง 2. OHS & Elective PCI คิวรอนาน มากที่สุด รพ.หาดใหญ่ 3. ความขาดแคลน Intervention cardiologist และพยาบาล Manager system รพ. A – M1
อุบัติเหตุ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ส่งต่อนอกเขต : การผ่าตัดหลอดเลือด 2. การประเมินระบบ ECS ใน รพ. F2 ขึ้นไป และ ER คุณภาพ 3. การแก้ไขปัญหาผู้ป่วยรอนานเกิน 4 ชม. ในห้อง ER
ศัลยกรรม	พัฒนาคุณภาพการทำ vascular access ในผู้ป่วยฟอกไต
ไต	<ol style="list-style-type: none"> 1. การวิเคราะห์ข้อมูล ควรดำเนินการ <ol style="list-style-type: none"> 1.1 ความเพียงพอจำนวนเครื่องฟอกไตที่ให้บริการในเขตสุขภาพ 1.2 สัดส่วนผู้ป่วยที่ฟอกไตใน รพ. สป.กับ รพ.เอกชน จัดทำแผนการเพิ่มเครื่องฟอกไต matching เพื่อปิด Gap 2. อัตราการคัดกรองผู้ป่วยโรคไตในคลินิกเบาหวานทำได้ต่ำกว่าเกณฑ์



ที่มาข้อมูล : tcb.nci.go.th ข้อมูลถึงมิ,ย61 เริ่มเก็บข้อมูลปี2558

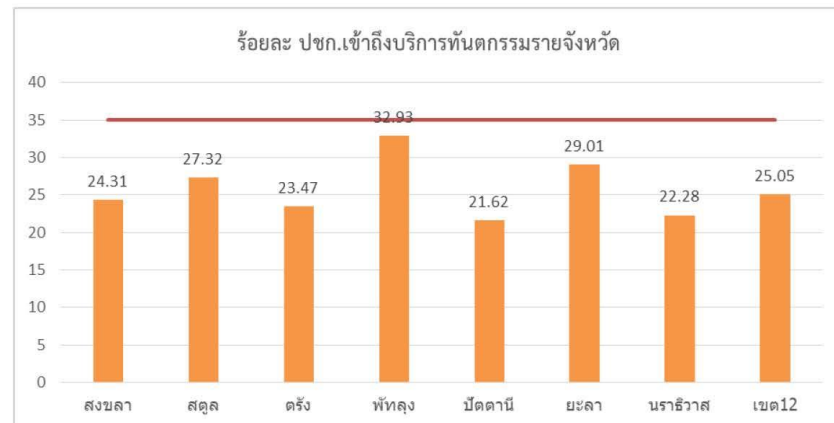
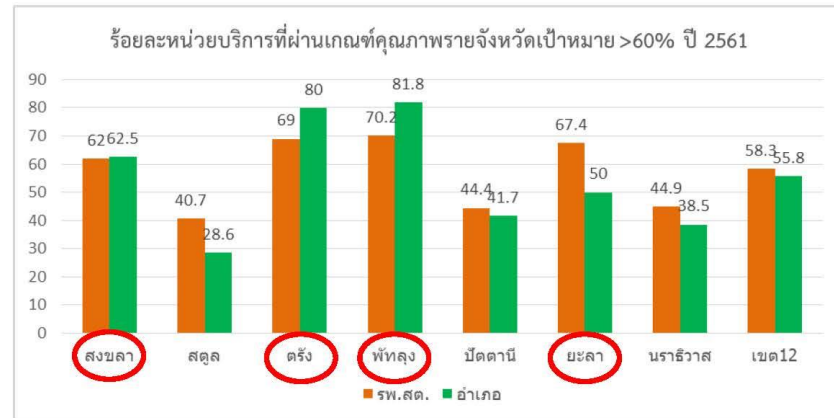
สถานการณ์การจัดบริการสุขภาพ Service Plan เขตสุขภาพที่ 12

บริการ	จุดเน้นการพัฒนาระบบบริการระดับเขตสุขภาพปี 2562
ตา	<ol style="list-style-type: none"> อัตราการคัดกรองตาเบาหวานต่ำกว่าเป้าหมาย (60%) ทำได้เฉลี่ยเขต 45% อัตราการคัดกรองตาต้อกระจกต่ำกว่าเป้าหมาย (75%) ทำได้เฉลี่ย 60% มี 5 จังหวัด ตรัง สตูล บัตตานี ยะลา นราธิวาส อัตราเด็กนักเรียน ป1 ได้รับคัดกรองสายตาโดยครูต่ำกว่าเป้าหมาย (80%) ทำได้เฉลี่ยเขต 46%
NCD	<ol style="list-style-type: none"> อัตราการผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลได้ต่ำกว่าเกณฑ์ (40%) ในทุกจังหวัด อัตราผู้ป่วยความดันสูงควบคุม BP ได้ต่ำกว่าเกณฑ์ (50%) มีจ.ยะลาผ่านเกณฑ์ อีก 6 จังหวัดไม่ผ่าน อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเสียชีวิตผ่านเกณฑ์ 3 จังหวัด : ตรัง พัทลุง สตูล <7%
จิตเวช	เด็กโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการได้ต่ำกว่าเป้าหมาย (9%) ผลงานเขต 7.29%
ยาเสพติด	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนา Harm reduction การรับรองคุณภาพคลินิกยาเสพติด HA ผ่าน 35/74 แห่ง คิดเป็น 47.3% ชุมชนให้ความร่วมมือในการขับเคลื่อนงานยาเสพติดน้อย
แผนไทย	<ol style="list-style-type: none"> เพิ่มอัตราผู้ป่วยนอกใช้บริการแผนไทย รพ.คลองหอยโข่ง ไม่มีแพทย์แผนไทย



สถานการณ์การจัดบริการสุขภาพ Service Plan เขตสุขภาพที่ 12

บริการ	จุดเน้นการพัฒนาระบบบริการระดับเขตสุขภาพปี 2562
IMC	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนา รพช. 100% รับ refer back เพื่อดูแลแบบ IMC พัฒนาฐานข้อมูลการส่งกลับผู้ป่วยที่เชื่อมโยงกับระบบ HHC
ทันตกรรม	<ol style="list-style-type: none"> ร้อยละอำเภอที่จัดการคุณภาพผ่านเกณฑ์คุณภาพภายใต้ distric health board 60% มี 4 จังหวัดที่ผ่าน : ตรัง พัทลุง สงขลา ยะลา อัตราการเข้าถึงบริการของประชาชนทุกสิทธิ >35% ไม่ผ่าน 7 จังหวัด ยูนิตทันตกรรมใน รพ.สต. ไม่มีระบบบำรุงรักษา ทำให้เครื่องมือไม่เพียงพอให้บริการ
RDU	<ol style="list-style-type: none"> ร้อยละ รพ.ที่ผ่าน RDU ชั้น2 >30% ร้อยละ รพ.ที่มีระบบจัดการ AMR อย่างบูรณาการ เป้าหมาย >50%
Ortho	<ol style="list-style-type: none"> รพ. A , S 100% M1 ที่มีแพทยอร์โธ จัดตั้งทีม Refracture Prevention ร้อยละผู้ป่วยอายุ >50 ปี ที่มี Refracture ในรพ. A – S ได้ผ่าตัดใน 72 ชม. >30%
Sepsis	<ol style="list-style-type: none"> สัดส่วนผู้ป่วยตาย severe sepsis/septic shock <30% ผ่านเกณฑ์ รพ.ตรัง นอกนั้นไม่ผ่าน ให้ความรู้เจ้าหน้าที่ในรพ.สต.ในการคัดกรองผู้ป่วย Early detection : sepsis/septic shock
Palliative	<ol style="list-style-type: none"> การเข้าถึงยาเพื่อบรรเทาอาการรบกวนสำหรับผู้ป่วยประคับประคองทั้งใน รพช./บ้าน ระบบการดูแลผู้ป่วยประคับประคองมีแนวทางเดียวกันในระดับเขต



ข้อเสนอเพื่อการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ

เป้าหมาย

1. เพื่อก้าวทันกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพและบริการ
2. เพื่อพัฒนา/ปรับปรุงแก้ไขจุดอ่อนของระบบบริการได้ทันการณ์

สิ่งที่ควรดำเนินการ

1. สร้างโปรแกรม/ฐานข้อมูลสำหรับกลุ่มผู้ป่วย/โรค/ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ให้นำส่งข้อมูลเข้าระบบกลางของเขตสุขภาพ ได้อย่างง่าย เช่น
 - 1.1 ข้อมูล ANC หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง
 - 1.2 ข้อมูลการส่งออกผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการในระดับจังหวัด นอกเขต
2. มีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อส่งกลับให้กับ CEO , COO , CSO , CPPO ได้ใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการปรับเปลี่ยนกิจกรรมดำเนินการ



CSO

- ▶ Referral system
- ▶ Small success

Service Care Designs เขตสุขภาพที่12

R12 Triple A Model



1

ลดRW<0.8ในรพศ.

2

อัตราการส่งต่อ
ข้ามเครือข่ายย่อยA

3

Best practice ของแต่ละA

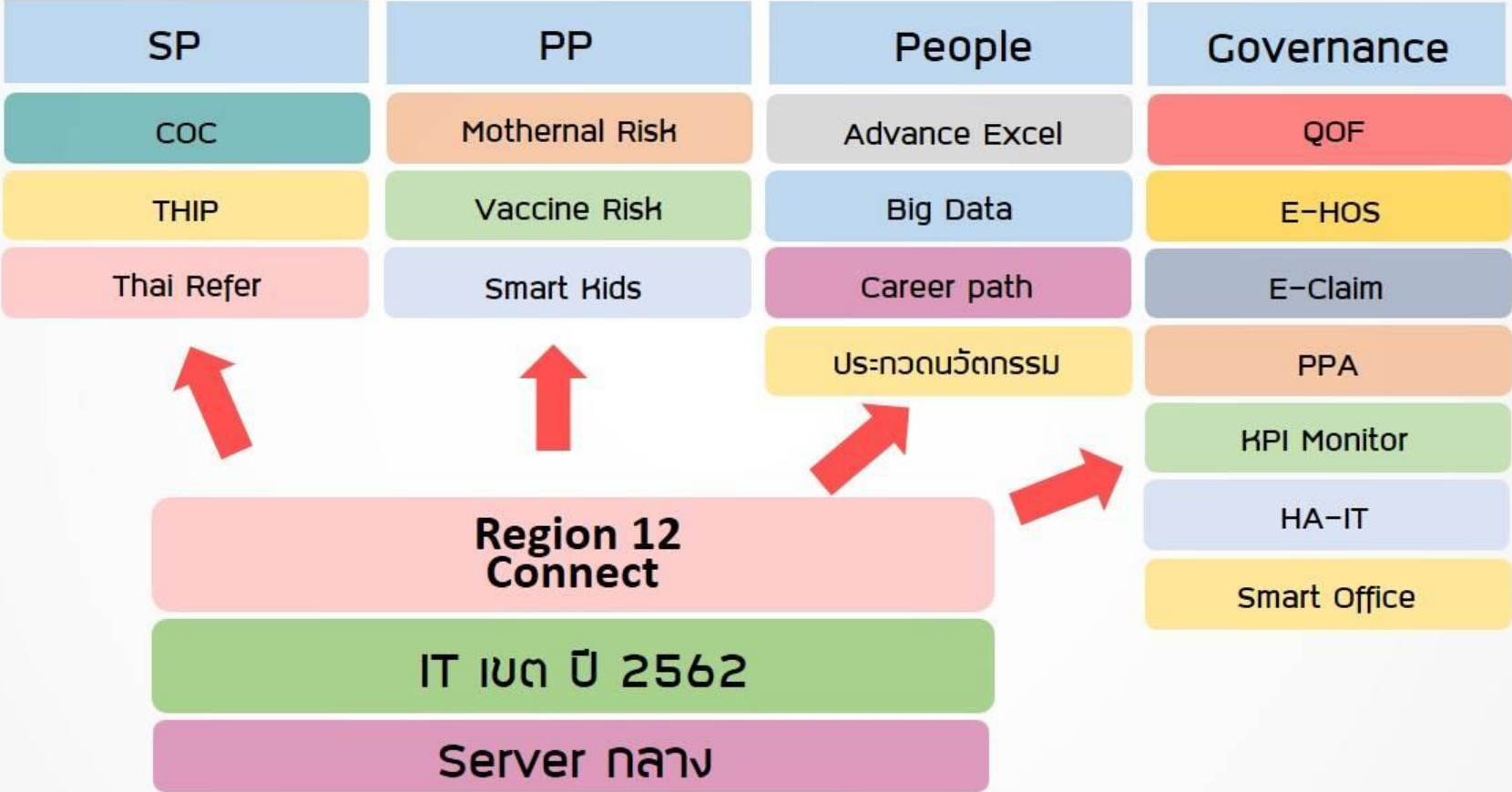
4

ยกฐานะF1--->M2
ยกฐานะF2--->F1

เรื่องที่.....

ประเด็น PA
แผนงาน พัฒนาคูณภาพชีวิตแม่และเด็ก (Maternal & Child)
ลดมารดาตาย

Target / KPI No.	เป้าหมาย : ลดอัตราการมารดาตาย KPI : 1.อัตราการมารดาตาย ไม่เกิน 20 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต 2. อัตรามารดาตายจาก PPH PIH เท่ากับ 0			
Situation/Baseline	สถานการณ์แม่ ปี 2560 มารดาตาย 21 ราย คิดเป็นอัตรา 30.97 : แสน LB ปี 2561 (1 ต.ค.60-1 ก.ย.61) มารดาตาย 25 ราย คิดเป็นอัตรา 48.85 : แสน LB เกิดจากสาเหตุทางตรง ร้อยละ 52.17 สาเหตุทางอ้อมร้อยละ 39.13			
Strategy	Strategy 1 สร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่าย	Strategy 2 พัฒนาระบบบริการให้ได้มาตรฐาน	Strategy 3 พัฒนาศักยภาพบุคลากร	
Key Activity / กิจกรรมหลัก	1.สร้างกลไกการรับรู้ของเครือข่าย (ผู้นำศาสนา ผดบ. ผู้นำชุมชน อสม.)โดยการคืนข้อมูลสู่ชุมชน	1.มีระบบการประเมินและจัดการกรณีเสี่ยงรายบุคคล/ ห้องรอลคลอด 2.พัฒนาระบบการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ (Seamless Referral System) 3.พัฒนาโปรแกรม ANC High Risk 4.พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน	1.เสริมทักษะแพทย์/พยาบาล จบใหม่ใน รพช. ด้วยระบบการ coaching 2.พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการคัดกรองและจัดการภาวะเสี่ยง ระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด 3.สร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเรื่องความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์กับบุคลากรทุกระดับ	
ผู้รับผิดชอบ	MCH Board เขต 12 / Service plan สาขาสูติกรรม เขต 12	MCH Board เขต 12 / Service plan สาขาสูติกรรม เขต 12	MCH Board เขต 12 / Service plan สาขาสูติกรรม เขต 12	
Small Success	<u>Small success ไตรมาส 1</u> 1.มีแผนหรือรายงานการประชุมการคืนข้อมูลสู่ชุมชน ไตรมาสละ 1 ครั้ง 2.สำรวจและค้นหาบุคคลที่สามารถสื่อสารความเสี่ยงของในหญิงตั้งครรภ์ 3.ประชุม ITพัฒนาโปรแกรม ANC High Risk 4.ทุกจังหวัดมีระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อ (Seamless Referral System) โดยใช้แนวทางระดับเขตร้อยละ 100	<u>Small success ไตรมาส 2</u> 1.เครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการสื่อสารความเสี่ยงให้กับ(ผู้นำศาสนา ผดบ. ผู้นำชุมชน อสม.) 2.ครอบครัวและบุคลากรแม่และเด็กมีความรู้ เข้าใจ เรื่องความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์และวัคซีน 3.รพ.มีกระบวนการเฝ้าระวังและจัดการกรณีเสี่ยงตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ 50	<u>Small success ไตรมาส 3</u> 1.หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงได้รับการส่งต่อและ คลอดปลอดภัย 2.รพ.มีกระบวนการเฝ้าระวังและจัดการกรณีเสี่ยงตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ 75 ของจำนวน รพ.ทั้งหมด 3. เยี่ยมเสริมพลัง โดยทีม MCH Board ร้อยละ 80	<u>Small success ไตรมาส 4</u> 1.รพ.ทุกแห่งมีประเมินตนเองตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ 75 2.มารดาไม่ตายจาก PPH PIH ร้อยละ 0





ประเด็น PA : Mother and Child Health

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด : 1. ร้อยละ 65 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์
2. ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน 2.1 ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ
2.2 ร้อยละ 20 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า 2.3 ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ

ต้นน้ำ(หญิงตั้งครรภ์)

กลางน้ำ(แรกคลอด- 6 เดือน)

ปลายน้ำ (6 เดือน- 5 ปี)

มาตรการ/
แนวทาง

พัฒนาโครงการและกลไกงานต้นน้ำด้วย 1,000 วันแรกของชีวิตให้เข้มแข็ง

- ตั้งครรภ์คุณภาพ
- คลอดคุณภาพ
- ส่งเสริมเด็กพัฒนาการสมวัย

พัฒนา HL ในหญิงไทยทุกคนเพื่อเข้าสู่การเป็นแม่คุณภาพ

กิจกรรมหลัก
(PIRAB)

1. ส่งเสริมองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและ พชอ. ในการ ดำเนินงาน
2. จัดสรรงบประมาณจากแหล่งทุนเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน
3. ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายและ ยุทธศาสตร์อนามัยเจริญพันธุ์ ฉบับที่ 2 พ.ร.บ. Milk code พ.ร.บ. สาธารณสุข พ.ศ. 2535
4. สร้างกลไกการรับรู้และขับเคลื่อนนโยบาย 1000 วันแรกของชีวิตผ่าน อปท. และ พชอ.
5. พัฒนาเครือข่ายในการขับเคลื่อนการกิจ ตามโครงการฯ

1. ขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานสาวไทย แก้มแดง
2. ฝากครรภ์เร็ว คัดกรองและจัดการความเสี่ยงเพื่อการตั้งครรภ์คุณภาพ
3. พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานและการดูแลต่อเนื่องระดับชุมชน
4. ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานบริการสาธารณสุข สถานประกอบการ และขับเคลื่อน พ.ร.บ. ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560
5. คัดกรองส่งเสริมและติดตามพัฒนาการเด็ก

1. การสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมแก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว
2. การส่งเสริมสุขภาพความเข้าใจการดูแลส่งเสริมสุขภาพ
3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อให้เป็นแม่คุณภาพ

หน่วยงาน
ที่รับผิดชอบ

กรมอนามัย, สป., กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค, กรมวิทย์ฯ, กรมสุขภาพจิต, กรมสสส.

กรมอนามัย, สป., กรมการแพทย์, กรมวิทย์ฯ, กรมควบคุมโรค, กรมสุขภาพจิต, กรมสสส.

กรมอนามัย, สป., กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค, กรมสุขภาพจิต, กรมสสส.

ประเด็น PA
แผนงาน พัฒนาคุณภาพชีวิตแม่และเด็ก (Maternal & Child)
ลดมารดาตาย

Target / KPI No.	เป้าหมาย : ลดอัตราการมารดาตาย KPI : 1.อัตราการมารดาตาย ไม่เกิน 20 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต 2. อัตราการมารดาตายจาก PPH PIH เท่ากับ 0			
Situation/Baseline	สถานการณ์แม่ ปี 2560 มารดาตาย 21 ราย คิดเป็นอัตรา 30.97 : แสน LB ปี 2561 (1 ต.ค.60-1 ก.ย.61) มารดาตาย 25 ราย คิดเป็นอัตรา 48.85 : แสน LB เกิดจากสาเหตุทางตรง ร้อยละ 52.17 สาเหตุทางอ้อมร้อยละ 39.13			
Strategy	Strategy 1 สร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่าย	Strategy 2 พัฒนาระบบบริการให้ได้มาตรฐาน	Strategy 3 พัฒนาศักยภาพบุคลากร	
Key Activity / กิจกรรมหลัก	1.สร้างกลไกการรับรู้ของเครือข่าย (ผู้นำศาสนา ผดบ. ผู้นำชุมชน อสม.)โดยการคืนข้อมูลสู่ชุมชน	1.มีระบบการประเมินและจัดการครรภ์เสี่ยงรายบุคคล/ ห้องรอลคลอด 2.พัฒนาระบบการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ (Seamless Referral System) 3.พัฒนาโปรแกรม ANC High Risk 4.พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน	1.เสริมทักษะแพทย์/พยาบาล จบใหม่ใน รพช. ด้วยระบบการ coaching 2.พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการคัดกรองและจัดการภาวะ เสี่ยง ระยะตั้งครรภ์ คลอด และ หลังคลอด 3.สร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเรื่อง ความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์กับบุคลากรทุกระดับ	
ผู้รับผิดชอบ	MCH Board เขต 12 / Service plan สาขาสูติกรรม เขต 12	MCH Board เขต 12 / Service plan สาขาสูติกรรม เขต 12	MCH Board เขต 12 / Service plan สาขาสูติกรรม เขต 12	
Small Success	<u>Small success ไตรมาส 1</u> 1.มีแผนหรือรายงานการประชุมการคืนข้อมูลสู่ชุมชน ไตรมาสละ 1 ครั้ง 2.สำรวจและค้นหาบุคคลที่สามารถสื่อสารความเสี่ยงของในหญิงตั้งครรภ์ 3.ประชุม ITพัฒนาโปรแกรม ANC High Risk 4.ทุกจังหวัดมีระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อ (Seamless Referral System) โดยใช้แนวทางระดับเขตร้อยละ 100	<u>Small success ไตรมาส 2</u> 1.เครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการสื่อสารความเสี่ยงให้กับ(ผู้นำศาสนา ผดบ. ผู้นำชุมชน อสม.) 2.ครอบครัวและบุคลากรแม่และเด็กมีความรู้ เข้าใจ เรื่องความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์และวัคซีน 3.รพ.มีกระบวนการเฝ้าระวังและจัดการครรภ์เสี่ยงตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ 50	<u>Small success ไตรมาส 3</u> 1.หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงได้รับการส่งต่อและ คลอดปลอดภัย 2.รพ.มีกระบวนการเฝ้าระวังและจัดการครรภ์เสี่ยงตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ 75 ของจำนวน รพ. ทั้งหมด 3. เยี่ยมเสริมพลัง โดยทีม MCH Board ร้อยละ 80	<u>Small success ไตรมาส 4</u> 1.รพ.ทุกแห่งมีประเมินตนเองตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ 75 2.มารดาไม่ตายจาก PPH PIH ร้อยละ 0

ประเด็น PA
การควบคุมป้องกันวัณโรค

Service Excellence
แผนงานที่ 8 การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ

เป้าหมาย /ตัวชี้วัด	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ 85)					
สถานการณ์/ข้อมูลพื้นฐาน	Situation : สถานการณ์วัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ในปี 2558 – 2560 มีผลสำเร็จของการรักษา ร้อยละ 82.8 84.2 และ 84.4 ตามลำดับ และมีอัตราการเสียชีวิตระหว่างการรักษา ร้อยละ 8.5 8.9 และ 8.7 ตามลำดับ ส่งผลให้อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคของประเทศไทยต่ำกว่าเป้าหมาย เนื่องจากปัจจัยสำคัญ 3 ประการ คือ (1) ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตระหว่างการรักษาสูง (2) การขาดนัดรับยาอย่างต่อเนื่อง และ (3) ไม่มีการติดตามประเมินผลการรักษา การพัฒนามาตรฐานระบบการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาของสถานบริการสาธารณสุข และการนำผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการการรักษาที่ได้มาตรฐาน จะทำให้เกิดผลสำเร็จของการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค และยังเป็นภาระควบคุมโรค โดยตัววงจรการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และป้องกันเชื้อวัณโรคด้วยยา					
ยุทธศาสตร์ / มาตรการ	มาตรการที่ 1 ลดการเสียชีวิต		มาตรการที่ 2 ลดการขาดยา		มาตรการที่ 3 พัฒนาคูณภาพและระบบการกำกับติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค	
กิจกรรมหลัก และ ผู้รับผิดชอบ	มาตรการ	ผู้รับผิดชอบ	มาตรการ	ผู้รับผิดชอบ	มาตรการ	ผู้รับผิดชอบ
	<ul style="list-style-type: none">เร่งรัดการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยด้วยวิธีการ Molecular และขึ้นทะเบียนรักษาทุกรายส่งตรวจเพาะเชื้อและทดสอบความไวทุกราย เพื่อค้นหา MDR-TB	กรมควบคุมโรค	<ul style="list-style-type: none">ดูแลรักษาโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Centered Care) ดูแลผู้ป่วยแบบมีที่เลี้ยง (DOT)สร้างกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน	กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค	กำกับ ติดตาม และประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Monitoring and evaluation) ใช้ระบบข้อมูลที่มีคุณภาพในการกำกับติดตามผู้ป่วยวัณโรค	กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค
	<ul style="list-style-type: none">พัฒนานุณภาพและประเมินมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในสถานพยาบาลให้ได้มาตรฐานเฝ้าระวัง ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	กรมการแพทย์	ใช้กลไก พชพ.และกลไกในระดับพื้นที่ในการดูแลและติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องในพื้นที่	กองบริหารการ สาธารณสุข	พัฒนาเครือข่าย ระบบข้อมูลในการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค เพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง	กรมควบคุมโรค
	<ul style="list-style-type: none">พัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการทางด้านวัณโรค	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	การช่วยเหลือทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ		สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ ระบบบริการสุขภาพและคุณภาพของสถานพยาบาลในการให้บริการ ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค	กองบริหารการ สาธารณสุข
ระดับ ความสำเร็จ	1. Situation analysis : วิเคราะห์สถานการณ์ ขนาดและ ความรุนแรงของปัญหา กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่ เป้าหมายช่องว่างและปัญหาอุปสรรค		Monitoring กำกับและติดตามการดำเนินงานมาตรการตามแผนงาน		Evaluation อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด รายใหม่ ≥ ร้อยละ 85	
	2. Planning จัดทำแผนงานเพื่อลดการเสียชีวิต การขาดยา		ตัวชี้วัดกำกับติดตามมาตรการ : - ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ≥ ร้อยละ 82.5			
			อัตราความสำเร็จ < ร้อยละ 5 และ อัตราการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่ ไม่เกินร้อยละ			
	Version 1 : Aug 30 2018					

การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและระบบส่งต่อ ปี 2562

Target	1. อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (เฉพาะ triage level 1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 10 (Trauma<10%, Non-trauma<10%)				
Situation	1) ร้อยละผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินโดย EMS = 24.64 2) การเสียชีวิตในท้องฉุกเฉิน 35 ล้านครั้ง/ปี (> 60% ไม่ฉุกเฉิน) 3) ร้อยละ 60-70 ของ Adverse Event ในท้องฉุกเฉินป้องกันได้ 4) ขาดแพทย์ EP 1420, ENP 2060, Paramedic 2405 5) ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F2 ที่มี ECS คุณภาพ = 83.19 6) อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในที่มีค่าPS > 0.75 = 0.38 7) RTI = 18.39:100000 ประชากร				
กลยุทธ์	ER คุณภาพ	การจัดการสาธารณสุขในสถานพยาบาล	การพัฒนาศูนย์กลาง	ระบบข้อมูล	การป้องกัน
ส่วนกลาง	<ul style="list-style-type: none"> ชี้แจง/ฝึกอบรมการประเมิน ECS คุณภาพ, TEA unit ปรับเกณฑ์ ECS คุณภาพให้สูงขึ้น สร้างเครื่องมือประเมิน TEA unit (outcome based) 	<ul style="list-style-type: none"> ฝึกอบรมการใช้ Hospital Safety Index, Hospital Preparedness for Emergencies(HOPE) 	<ul style="list-style-type: none"> จัดทำแผนอัตรากำลัง EP, EN/ENP, Paramedic และสาขาที่เกี่ยวข้อง 	<ul style="list-style-type: none"> บูรณาการ IS/PHER/ITEMS/HIS ยึดการใช้ข้อมูลเพิ่ม ACCIDENT แนวทางการจัดทำรายงานตัวชีวิต ประสาน HDC เพื่อปรับปรุงระบบข้อมูล จัดทีมพิเศษ data management ลงพื้นที่ 	ขับเคลื่อน DHS-RTI ระดับอำเภอ <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดการข้อมูลระดับอำเภอ 2. การสอบสวน Case 3. การมีส่วนร่วมทีมสหสาขา + ศปค.อำเภอ 4. การชี้เป้าจุดเสี่ยง 5. การขับเคลื่อนให้เกิด RTI Team 6. มาตรการชุมชน/ คำนวณชุมชน 7. มีแผนงาน/โครงการ 8. การสื่อสารความเสี่ยง 9. สรุปผลดำเนินงาน 10. Ambulance Safety
เขต/สสจ.	<ul style="list-style-type: none"> ประสานงาน/สนับสนุน/ร่วมจัดการฝึกอบรม กำหนดเป็นนโยบายของเขตสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> จัดทำแผนความเสี่ยงทั้งในระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> วางแผนการผลิต อบรมหลักสูตรCLS, MERT, TEA unit, Emergency Department Management 	<ul style="list-style-type: none"> บูรณาการข้อมูลในระดับเขต/ จังหวัด โดยใช้เพิ่ม ACCIDENT เป็นหลัก มีการวิเคราะห์และใช้ข้อมูลเพื่อการพัฒนาในระดับเขต 	
โรงพยาบาล	ER คุณภาพ <ul style="list-style-type: none"> มาตรการลดภาวะท้องฉุกเฉินแออัด ดำเนินการตามแนวปฏิบัติ ER Safety (2P Safety) ER Quality Improvement (Audit) ผลักดันกระบวนการผ่าน TEA unit 	<ul style="list-style-type: none"> ประเมินความเสี่ยง Hospital Safety Index จัดทำแผนการจัดการสาธารณสุข/แผนประกอบกิจการสาธารณสุข/แผนอพยพผู้ป่วย และซ้อมแผน ผลักดันกระบวนการผ่าน TEA unit 		<ul style="list-style-type: none"> TEA unit มีการวิเคราะห์และใช้ข้อมูลเพื่อการพัฒนา ส่งออกข้อมูลเพิ่มACCIDENT ให้ได้ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา 	
แนวทาง/กิจกรรมหลัก	<ul style="list-style-type: none"> ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญและมีความรุนแรง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการ definite care 				

Small Success	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. มีเกณฑ์ประเมิน TEA unit ในมิติต่างๆ โดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ของโครงการที่ผลักดันผ่านการทำงานของ TEA unit	1. อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (เฉพาะ triage level 1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 15 (Trauma<15%, Non-trauma<15%)	1. อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (เฉพาะ triage level 1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 15 (Trauma<15%, Non-trauma<15%)	1. อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (เฉพาะ triage level 1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 10 (Trauma<10%, Non-trauma<10%)	1. อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (เฉพาะ triage level 1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 10 (Trauma<10%, Non-trauma<10%)
2. มีการชี้แจง/ฝึกอบรม ตัวชี้วัด, เกณฑ์การประเมิน ECS/ TEA unit ซึ่งเน้นวัด outcome หรือ value-based ครบทุกเขตสุขภาพ	2. อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60	2. อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60	2. อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70	2. อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80
3. มีการจัดการฝึกอบรมกระบวนการเพื่อให้ได้เพิ่ม ACCIDENT ที่มีคุณภาพ ถูกต้อง ทันเวลา (ทีมพิเศษ data management) ครบทุกเขตสุขภาพ	3. อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในท้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 120	3. อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในท้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 120	3. อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในท้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60	3. อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในท้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80
4. มีรายงาน และวิธีการออกรายงานมาตรฐานที่สามารถวัดผลการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ECS one page summary) เพื่อลดภาระงานของ TEA unit	4. อัตราตายของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 1 และได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100	4. อัตราตายของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 1 และได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100	4. อัตราตายของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 1 และได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100	4. อัตราตายของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 1 และได้รับการทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100
	5. อัตราของผู้ป่วย severe traumatic brain injury ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 45	5. อัตราของผู้ป่วย severe traumatic brain injury ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 45	5. อัตราของผู้ป่วย severe traumatic brain injury ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 45	5. อัตราของผู้ป่วย severe traumatic brain injury ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 45
	6. อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60	6. อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60	6. อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70	6. อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80
	7. อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80	7. อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80	7. อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100	7. อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100



หน่วยงานหลัก: ศทส.สป.สร.

หน่วยงานร่วม: กยผ. และ ทுகกรม

ประเด็น PA Digital Transformation

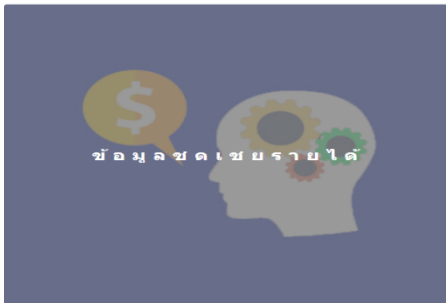
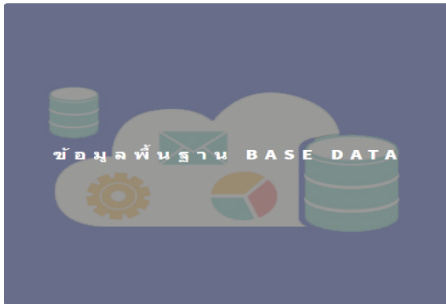
4
Excellence

แผนงานที่ 12

เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	ร้อยละ ของ รพ. ที่ผ่านการประเมินคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล (HAIT : เอชเอไอที)			
สถานการณ์ /ข้อมูล พื้นฐาน	<ul style="list-style-type: none"> - มี รพ. เข้าร่วมการอบรมเกณฑ์การประเมินคุณภาพฯ HAIT แล้ว 4 รุ่น ครบทั้ง 12 เขตสุขภาพ - มี รพ. ที่สมัครเข้าร่วมโครงการประเมินคุณภาพฯ HAIT 150 แห่งจากทั้ง 12 เขตสุขภาพ 			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ (Value chain)	จัดให้มีกลไกการดำเนินงานสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล	จัดให้มีแผนปฏิบัติการด้านการพัฒนาคุณภาพคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล	มอบหมายให้เขตสุขภาพ สสจ. เป็นกลไกหลัก ในการวางแผน สนับสนุน และขับเคลื่อนการดำเนินงานใน รพ.	
กิจกรรม หลัก	<p>ส่วนกลาง</p> <ul style="list-style-type: none"> -ถ่ายทอดความรู้และแนวทางการพัฒนาคุณภาพฯ และการประเมินคุณภาพ -แต่งตั้งกรรมการด้านต่าง ๆ เช่น ระเบียบ แนวทางดำเนินงาน -สนับสนุนทรัพยากร งบประมาณ ความก้าวหน้าในสายอาชีพ และ Infrastructure 	<p>เขตสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> -ถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ -กำหนดผู้รับผิดชอบระดับเขต ระดับจังหวัด -มอบหมายเจ้าหน้าที่เป็น surveyor -กำกับติดตาม ให้ความช่วยเหลือ (คน เงิน ของ) -รายงานเสนอผู้บริหาร 	<p>สสจ.</p> <ul style="list-style-type: none"> -ถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ ไปยัง รพศ รพท รพช รพสต -กำหนดผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด และ ระดับ รพ. -กำกับติดตาม ให้ความช่วยเหลือ (คน เงิน ของ) -รายงานเสนอผู้บริหาร 	
ผู้รับ ผิดชอบ	ศทส./กยผ./กบรส./TMI	เขตสุขภาพ/สสจ.	สสจ./รพ.	
ระดับ ความสำเร็จ	ไตรมาส 1 (3 เดือน) -ร้อยละ 10 ของ รพ. ในเขตสุขภาพที่เข้าร่วมโครงการ ได้รับการเยี่ยมประเมิน จากทีม surveyor (Cross/External)	ไตรมาส 2 (6 เดือน) -ร้อยละ 50 ของ รพ. ในเขตสุขภาพที่เข้าร่วมโครงการ ได้รับการเยี่ยมประเมิน จากทีม surveyor (Cross/External)	ไตรมาส 3 (9 เดือน) -ร้อยละ 100 ของ รพ. ในเขตสุขภาพที่เข้าร่วมโครงการ ได้รับการเยี่ยมประเมิน จากทีม surveyor (Cross/External)	ไตรมาส 4 (12 เดือน) -ร้อยละ 10 ของ รพ. ในเขตสุขภาพที่เข้าร่วมโครงการ ผ่านประเมิน HAIT ระดับ 1



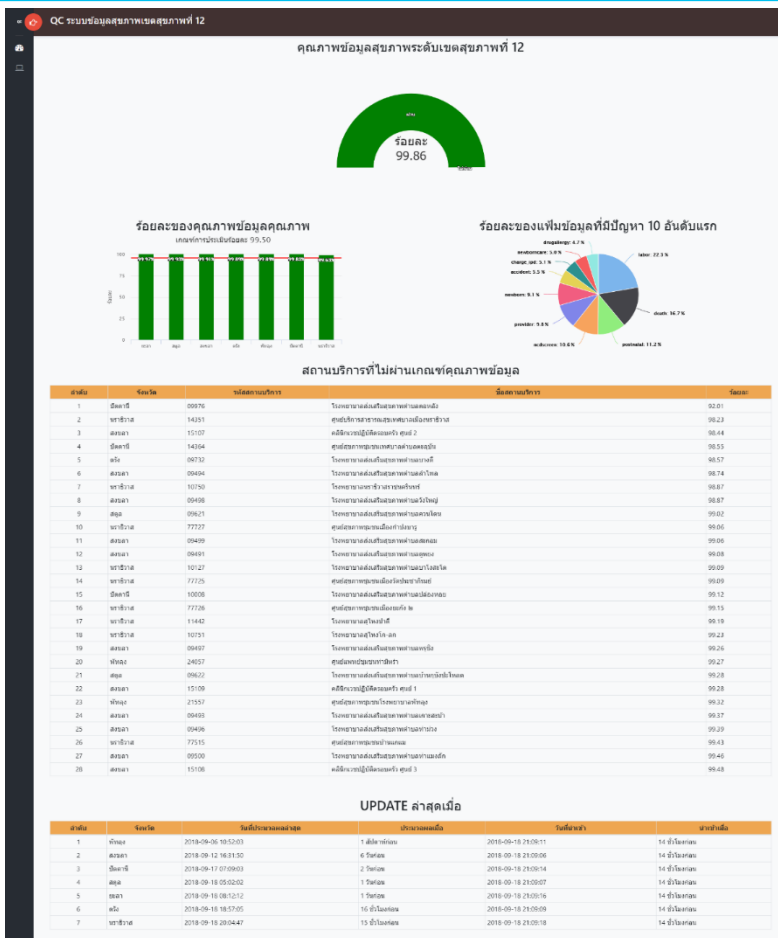
ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการ เขตสุขภาพ 12





สำนักงานเขตสุขภาพที่ 12
Regional Health 12

ระบบตรวจสอบคุณภาพข้อมูล 43 แฟ้ม(SIS, QC RH12)





© 2017 จีทีเออาร์กรุ๊ปการพิมพ์แบบบูรณาการที่ 12. PROGRAM Version: 2018.02.06 2018.02.06

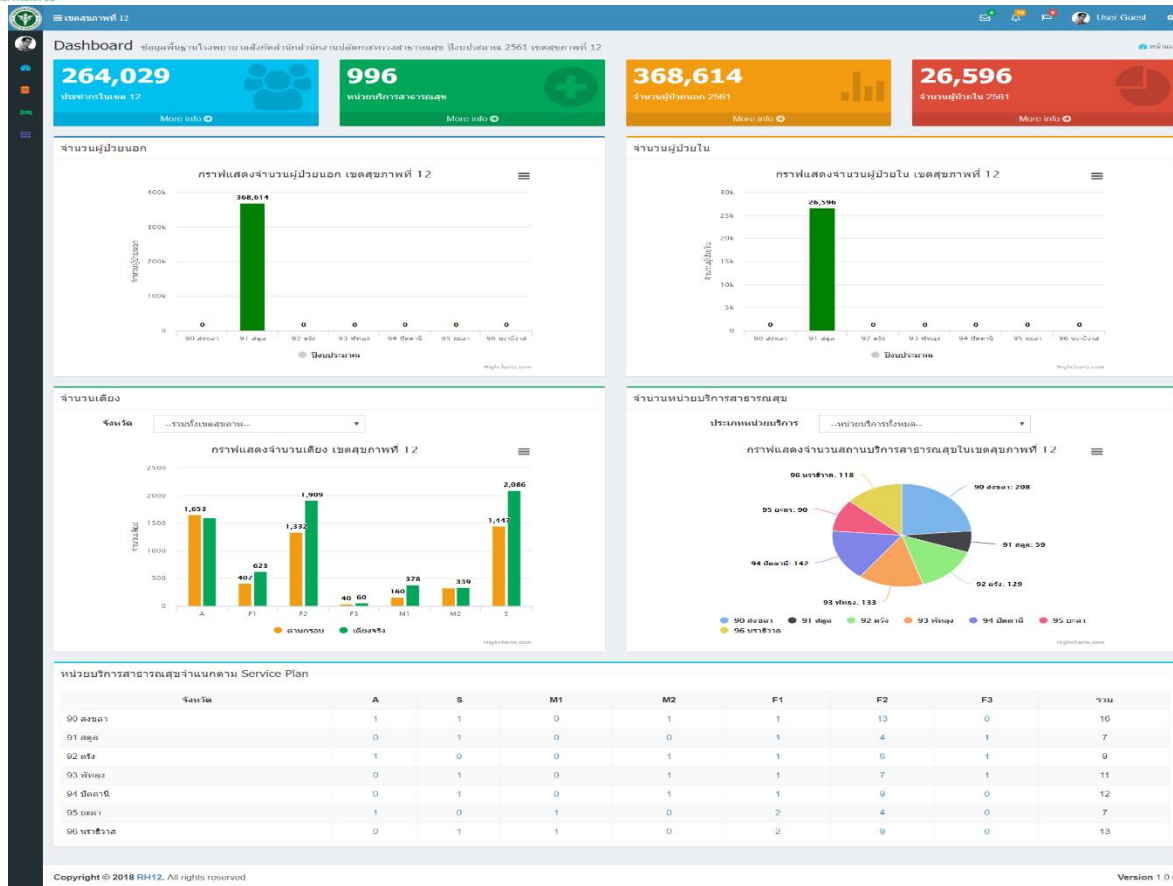
© 2017 บริษัทบริหารโครงการกรุงเทพ จำกัด 12. PROGRAM Version 2018.02.06 2018.02.06

ഫിബ്രുവരി 11914 ന്



สำนักงานเขตสุขภาพที่ 12
Regional Health 12

ระบบข้อมูลพื้นฐานเขตสุขภาพที่ 12





PPA - 2561

หน้าหลัก

รายงาน

คู่มือ

ติดต่อ

ผู้ใช้งาน

เลือกจังหวัด

เขต/สจ

ค้นหา

Showing 1-7 of 7 items.

#	รหัสโครงการ	ชื่อโครงการ
1	PA010161	ค่าบริการคัดกรองและประเมินภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ในระยะฝากครรภ์ และระยะคลอด
2	PA010261	ค่าบริการคัดกรองและตรวจพัฒนาการเด็กในช่วง 1,000 วันแรก
3	PA010361	ค่าบริการติดตามส่งเสริมสุขภาพภาคีเครือข่ายและครอบครัวในหญิงตั้งครรภ์และเด็ก
4	PA0261	โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรคเรื้อรัง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 12 ปี 2561
5	PA0361	โครงการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ด้วยการออกกำลังกาย เขตสุขภาพที่ 12 ปี 2561
6	PA0461	โครงการคัดกรองตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยวิธี FIT Test (ตรวจหาเลือดในอุจจาระ) เขต 12 สงขลา
7	PA0661	โครงการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาที่ป้องกันด้วยวัคซีน ปี 2561 (สตร.12)

PPA - 2561

หน้าหลัก

รายงาน

คู่มือ

ติดต่อ

ผู้ใช้งาน

โครงการ PA0461 : โครงการคัดกรองตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยวิธี FIT Test (ตรวจหาเลือดในอุจจาระ) เขต 12 สงขลา



Showing 1-1 of 1 item.

#	รหัสหน่วยบริการ	ชื่อหน่วยบริการ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ %
1	00000	เขต	40,000	20,240	50.60
รวมทั้งหมด			40,000	20,240	50.60

Monitoring system for high risk pregnancy

Regional Health 12

ภาพรวม



ปกติ
3,371



ความเสี่ยงน้อย
828

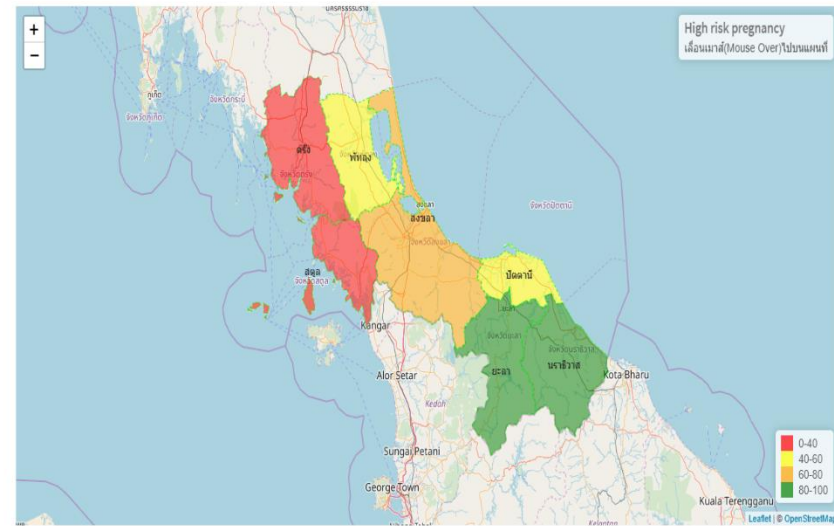


ความเสี่ยงปานกลาง
105



ความเสี่ยงรุนแรง
52

GIS



username password Login!!

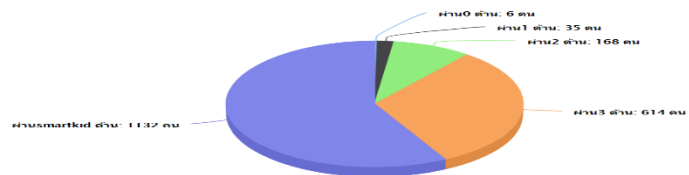
Pattani SmartKids 4.0



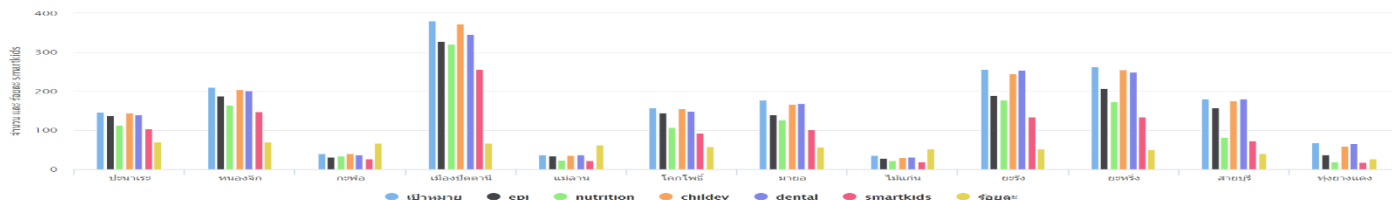
ระบบประมวลติดตามผลการดำเนินงาน Pattani SmartKids

ประเมินแต่ละด้าน EPI NUTRITION CHILDEV DENTAL (SmartKids ผ่าน 4 ด้าน)
กลุ่มเป้าหมาย เกิดตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 SmartKids ครบ 5 ปี ในปี พ.ศ.2564

ติดตามประมวลผล SmartKids ภาพรวมจังหวัด
แสดงสถานะจำนวนด้านที่ผ่าน(smartkids - 4 ด้าน)ในกลุ่มเป้าหมาย smartkid เป็นจำนวนคน / ร้อยละ



กราฟข้อมูล Smartkids ระดับอำเภอ แสดงจำนวนและร้อยละ



อำเภอ	เป้าหมาย	epi	nutrition	childev	dental	smartkids	ร้อยละ
ปอนาเวระ	147	137	114	145	141	104	70.75
หนองจิก	211	188	164	205	202	148	70.14
กงพล	40	31	35	40	38	27	67.50
เมืองปัตตานี	380	329	321	373	346	256	67.37
แผลวน	37	35	24	36	37	23	62.16
โคกโพธิ์	158	145	107	155	149	93	58.86
นายน	178	140	127	167	169	102	57.30
ไบแก	36	29	22	30	31	19	52.78
ยะรัง	256	189	178	245	253	135	52.73
ยะหรัง	263	208	173	255	249	134	50.95
สามบุรี	181	158	82	176	180	73	40.33
พยางแดง	68	37	20	60	66	18	26.47

CIO

Structure

CSTO

แผนงานและยุทธศาสตร์

(One Region One Planning)

IT

เทคโนโลยีสารสนเทศ

(One Region One HN)

HAIT

คุณภาพเทคโนโลยีสารสนเทศ

(One Region One Quality IT)

Concept

Strategic Planning

Implementation

Monitoring and Evaluation

IT for IT

IT for Customer

IT for CQI

IT for Strategy

surveyor

Adviser

Project

จำนวน 3 โครงการ

งบประมาณ 781,300 บาท

จำนวน 4 โครงการ

งบประมาณ 822,450 บาท

จำนวน 1 โครงการ

งบประมาณ 232,200 บาท

Output

- 1.แผนปฏิบัติการ หน่วยงานในเขตสุขภาพ
- 2.ระบบกำกับติดตามทุกงบประมาณทุกวันที่ 25 ของเดือน
- 3.การติดตามผลการดำเนินงานโครงการ

- 1.การติดตามตัวชี้วัดจากโปรแกรม KPI Health, SMS
- 2.พัฒนาโปรแกรมสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานด้านต่างๆ

- 1.มีมาตรฐานงานสารสนเทศในหน่วยบริการในเขตฯ

รวมงบประมาณ 1,835,950 บาท

สรุปแผนงานโครงการ CIO ปีงบประมาณ 2562

ลำดับ	โครงการ	รวมงบประมาณ
1.	โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนพัฒนาเขตสุขภาพที่ 12 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563	442,200
2.	โครงการถ่ายทอดนโยบายสุขภาพ และขับเคลื่อนการปฏิบัติงานสู่การพัฒนาระบบสาธารณสุขอย่างยั่งยืน 2019 (Kick Off RH12 FOR THE FUTURE)	245,500
3.	โครงการ ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการ เขตสุขภาพที่ 12 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 รอบ 6 เดือน	93,600
4.	โครงการอบรมชี้แจงแนวทางการให้ HDC เพื่อการรายงานและกำกับประเมินผล	68,200
5.	โครงการประเมินติดตาม hait และคุณภาพข้อมูลสุขภาพ	232,200
6.	โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศ เพื่อการตอบสนองความต้องการ ตามยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 12	587,200
7.	โครงการประกวด นวัตกรรมและคุณภาพข้อมูล	34,850
8.	โครงการอบรม Big Data ข้อมูลสุขภาพระดับเขต	132,200
รวมทั้งสิ้น		1,835,950

แนวทางการดำเนินงาน

ปีงบประมาณ 2562

กำกับติดตาม

จังหวัดรายงานผลทุกวันที่ 25
ของเดือน

ใช้ระบบ SMS ติดตาม
การดำเนินงานและระบบ
GFMIS
ติดตามผลการเบิกจ่าย

งบลงทุนฯ

จัดทำคำของบลงทุนฯ ปี 2563
ตรวจสอบความพร้อม เอกสาร
ประกอบ

ตัวชี้วัด PA, Health KPI :

ใช้โปรแกรม **HDC, Health KPI, SMS**
ติดตามทุกเดือน และรวบรวมใน **website** เขต
เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการเตรียมตรวจราชการ และคืน
กลับข้อมูลให้พื้นที่

IT

ติดตามคุณภาพข้อมูลรายสัปดาห์
พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อตอบสนองการดำเนินงาน
ด้านต่างๆ



ไตรมาสที่ 1

ไตรมาสที่ 2

ไตรมาสที่ 3

ไตรมาสที่ 4

CSTO

Kick off ประกาศ
นโยบาย

รวบรวมแผนทุก
หน่วยงาน

ประเมินผลการ
ดำเนินงานตามแผน

ทบทวน และจัดทำ
แผนปีถัดไป

IT

ประเมินคุณภาพ
ข้อมูล

จัดทำระบบ
สนับสนุน

อบรมเจ้าหน้าที่

ประเมิน ปรับปรุง
พัฒนา

HAIT

ตั้งคณะทำงาน

อบรมการพัฒนา
คุณภาพ HAIT รพ

ตรวจคุณภาพ รพ
20 % รพเขต 12

ผ่าน HAIT level 1
20%

ประชาชน
สุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข
ระบบสุขภาพยั่งยืน เครือข่ายสุขภาพเข้มแข็ง

Service

People

ไตรมาส3
ไตรมาส2
ไตรมาส1

PP

Govern
ance

5โรค

RHB 12

5ระบบ

STRATEGIC PLAN 2019 OF REGIONAL HEALTH 12



Maternal
Death

Sepsis

TB

DM

Stroke



Vaccine
G&D

G&C
Hospital

LTC

ECS

RDU

5สนับสนุน

Smart
Organization

Finance

HRP/HRM

HA, PMQA, พชอ
รพสต. ติดตาม

ITA

DECENTRALIZED REFUNCTIONING OF REGION HEALTH 12

M

O

P

H

Maternal Death (มารดาตาย) **FAILED**

มีอัตราการเสียชีวิตของมารดา 48.85 เขต 12 ตายแล้ว 25 ราย มากสุดที่ปัตตานี 7 ราย โดยตรงและพหุคูณไม่มีแม่ตาย

เป้าหมาย ไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีวิตคน

SEPSIS

FAILED

อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community acquired เขต 12 อยู่ที่ร้อยละ 33.45

เป้าหมาย ต่ำกว่าร้อยละ 30

TB (วัณโรคปอด) **FAILED**

FAILED

มีอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด รายใหม่อยู่ที่ร้อยละ 48 (จำนวน 444 ราย)

เป้าหมาย 925 รายใน เขต 12 (หรือคิดเป็น ร้อยละ 85)

DM (Diabetes mellitus)

FAILED

ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ ผลงานเขต 12 ร้อยละ 20.84

เป้าหมาย มากกว่าร้อยละ 40

STROKE

PASS

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลงานเขต 12 ร้อยละ 6.37

เป้าหมาย น้อยกว่าร้อยละ 7

Smart Organization

PASS

ร้อยละคุณภาพข้อมูลสุขภาพระดับเขตสุขภาพ (43 แห่ง) อยู่ที่ร้อยละ 99.84

เป้าหมาย - ร้อยละ 99.50

Smart Kid (Vaccine & Growth Development)

-ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เป้าหมาย มากกว่าร้อยละ 54.00 ผลงาน ร้อยละ 50.57

PASS

-ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 3 ปี (fully immunized) ผลงาน 62.37 เป้าหมายไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90

FAILED

5 โรค

5 ระบบ

Strategic Plan 2019 Of Regional Health 12

อ้างอิงข้อมูล จาก สรุปรตรวจราชการ รอบ 2/2561, ข้อมูล PA 2/2561, ระบบรายงาน MIS ,HDC

5 ส่งเสริม

พขอ.

PASS

ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ที่มีคุณภาพ ผลงาน ร้อยละ 70.13

เป้าหมาย - ร้อยละ 50

รพ.สต.ติดตาม

PASS

ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดตาม ผลงาน ร้อยละ 41.55

เป้าหมาย - ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25

Finance

PASS

ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ผลงาน ร้อยละ 0.00

เป้าหมาย - น้อยกว่าร้อยละ 6

Green & Clean Hospital

FAILED

ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามาตรสิ่งแวดล้อม ได้ตามเกณฑ์ Green & Clean Hospital ระดับดีมากร้อยละ 19.28

เป้าหมาย ร้อยละ 20 ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก

LTC (Long Term Care)

FAILED

ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ ผลงาน 51.33

เป้าหมาย ร้อยละ 60

ECS (Long Term Care)

PASS

อัตราการเสียชีวิตของ ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit) ผลงาน 1.49

เป้าหมาย - น้อยกว่าร้อยละ 12

RDU (Rational Drug Use)

PASS

ร้อยละของ รพ. ที่ใช้อย่างสมเหตุสมผล

- RDU ชั้นที่ 1 ร้อยละ 50 ผลงาน ร้อยละ 100 - RDU ชั้นที่ 2 ร้อยละ 20 ผลงาน ร้อยละ 100 AMR : ร้อยละ 70 ผลงาน ร้อยละ 100

ITA

FAILED

ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA เขต 12 ร้อยละ 83.02

เป้าหมาย - ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85

Retention rate

PASS

อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข ผลงาน ร้อยละ 97.70

เป้าหมาย - ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85