

**ยุทธศาสตร์**  
**การพัฒนาาระบบสุขภาพ**

กระทรวงสาธารณสุข  
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

เครื่อง่ายบริการสุขภาพ  
อำเภอเมืองยะลา  
ปีงบประมาณ 2563

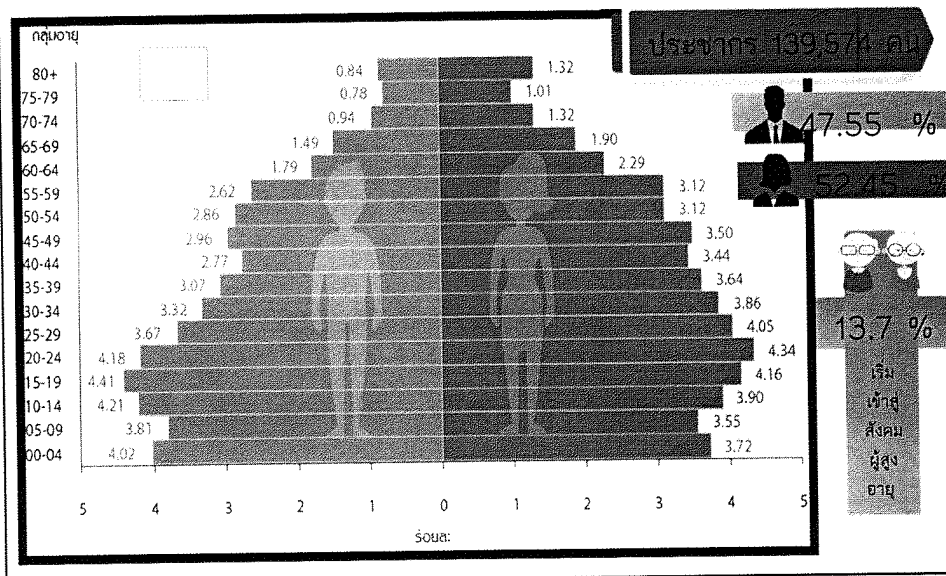
**ยุทธศาสตร์**  
**การพัฒนาาระบบสุขภาพ**  
เครื่อง่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองยะลา

ประกอบด้วย  
3 ขั้นตอน

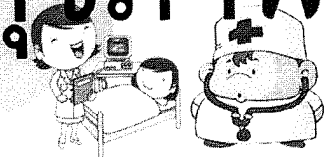
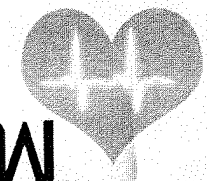
- 1 การวางแผนยุทธศาสตร์  
Strategic Planning
- 2 การนำแผนไปปฏิบัติ
- 3 การติดตามและประเมินผล  
Control & Evaluation



# ปิรามิดประชากร อ.เมือง จ.ยะลา



สถิติชีพ  
และสถานะสุขภาพ



## สถิติชีพ ปี 2562

อัตราเกิด	อัตรามตาย	อัตราเพิ่ม
 18.43 ต่อพัน ประชากร	 6.53 ต่อพัน ประชากร	 ร้อยละ 1.19

## สถานะสุขภาพ

	ปี งบประมาณ			
	2559	2560	2561	2562
 ประเภท				
อัตราแม่ตาย (ต่อแสนการเกิดมีชีพ) เป้าหมาย ไม่เกิน 37 ต่อแสนการเกิดมีชีพ	0	76.40	66.97	92.55
ร้อยละของ ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ 7	10.27	7.78	7.99	9.76
ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ซ้ำ ในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี เป้าหมาย ร้อยละ 22	18.93	21.07	21.61	16.38

## 5 อันดับโรค ผู้ป่วยนอก ปี 2562

อันดับ 1

Essential  
(primary)  
hypertension

อันดับ 2

NIDM Without  
complication

อันดับ 3

Common  
cold

Chronic Kidney  
disease stage 5

อันดับ 4

Caries of  
dentine

อันดับ 5

## 5 อันดับโรค ผู้ป่วยใน ปี 2562

1

Pneumonia & bacterial pneumonia  
& viral pneumonia

2

Concussion : without open intracranial wound

3

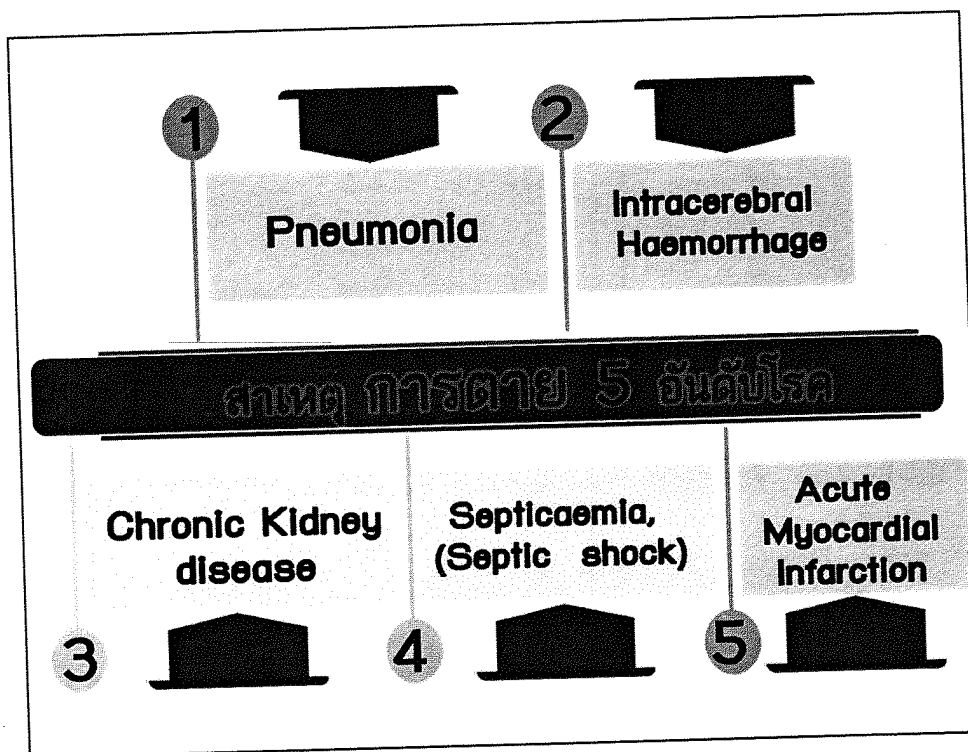
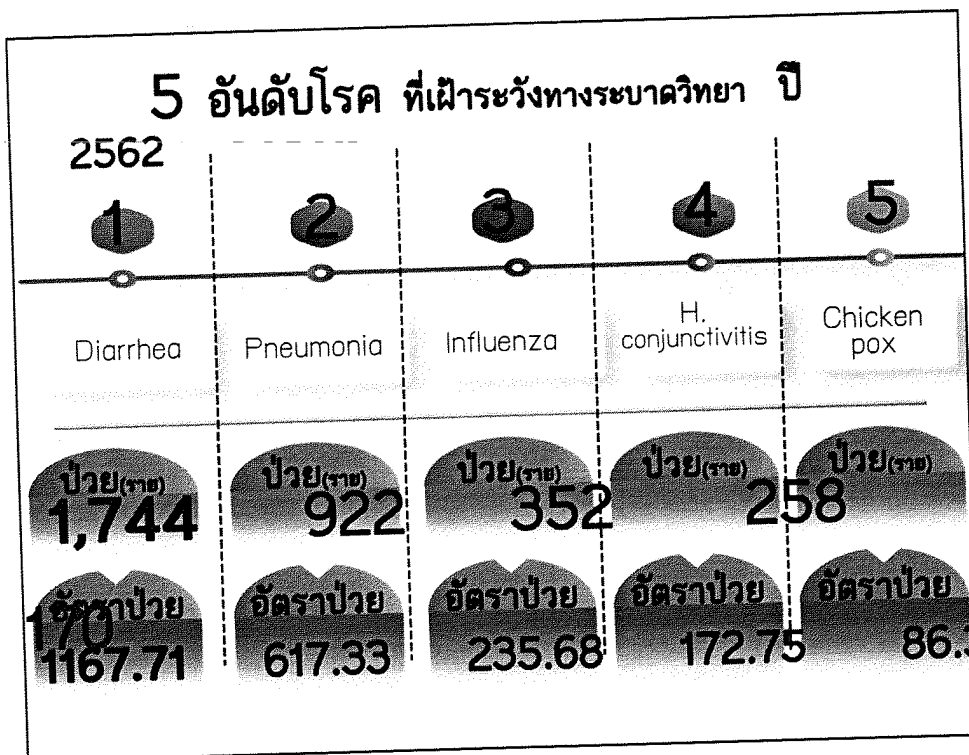
Cerebral infarction due to thrombosis  
of cerebral arteries

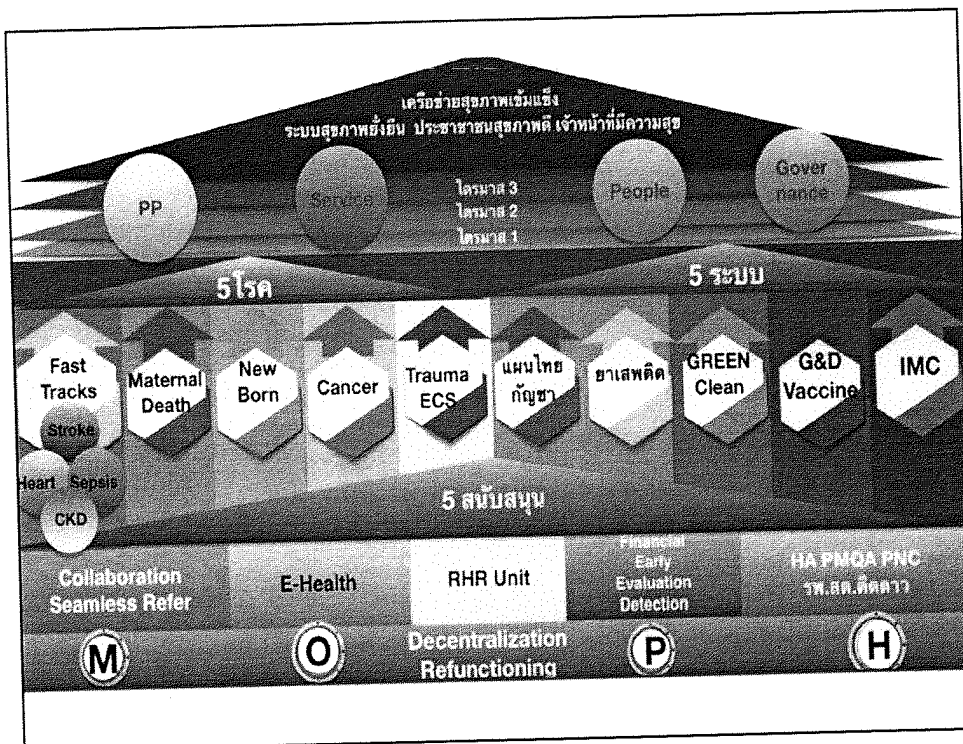
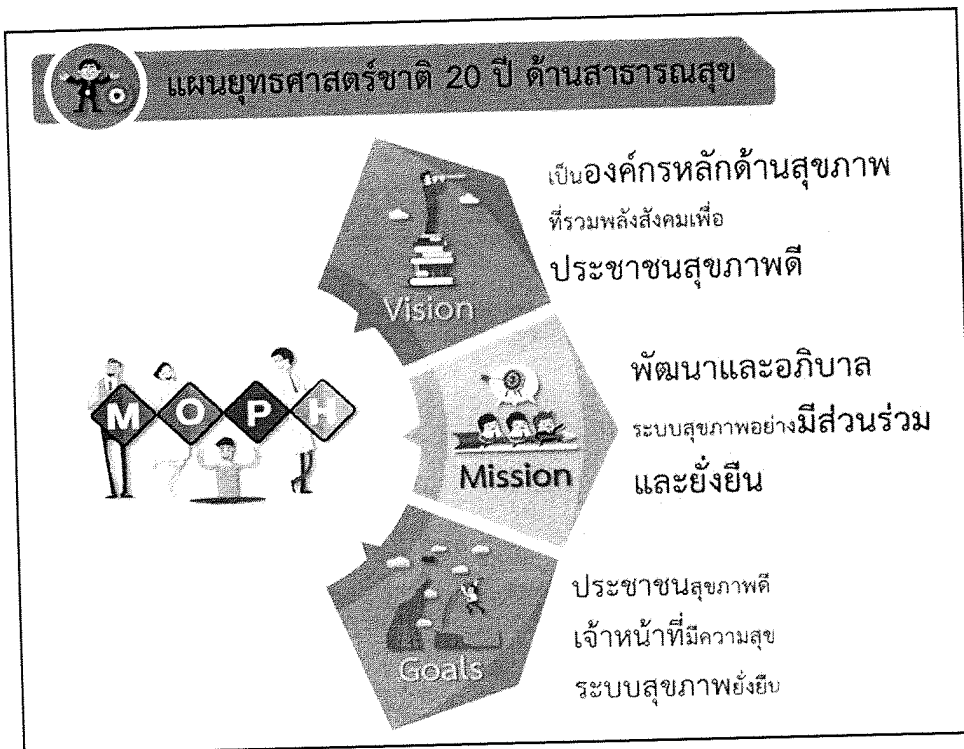
4

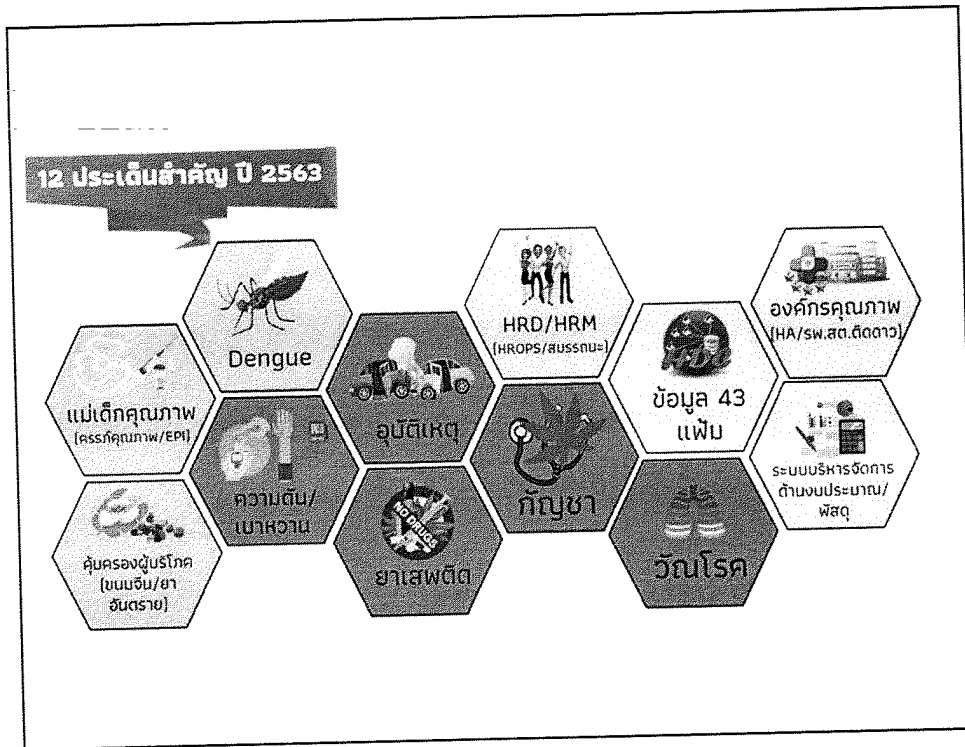
Congestive heart failure

5

Senile nuclear cataract





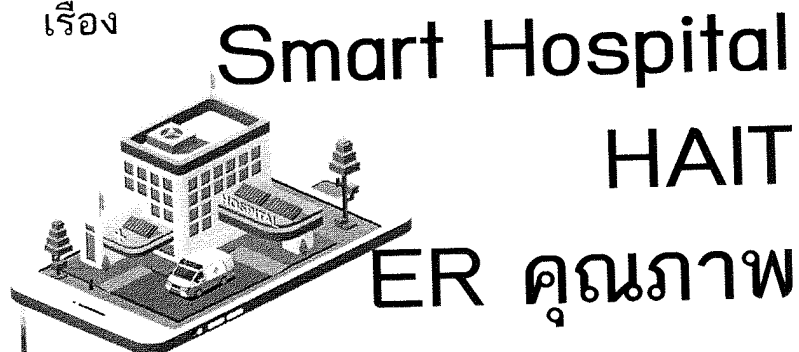


- สรุปผลการปฏิบัติงาน**
- ตามตัวชี้วัด กระทบวง/เขตสุขภาพที่ 12
  - ตามตัวชี้วัด จังหวัดยะลา
  - ตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์โรงพยาบาลยะลา
  - สรุปปัญหาสาธารณสุขอำเภอเมืองยะลา
  - จัดลำดับความสำคัญของปัญหา
  - วิเคราะห์ปัญหาที่สำคัญ One page



## วิเคราะห์นโยบาย

ได้รับมอบหมายจากเขต ดำเนินการ  
เรื่อง



# Smart Hospital

## HAIT

### ER คุณภาพ

## วิเคราะห์ปัญหา

### ของโรงพยาบาลยะลา

ประสิทธิภาพการเรียกเก็บเงินสิทธิจ่ายตรง

ปัญหาด้านการส่งข้อมูล ตามโปรแกรมของกรมบัญชีกลาง  
มีรายละเอียดค่อนข้างมาก ทำให้ส่งค่าเบิกจ่ายไม่ผ่าน  
หลังจากใช้เครื่อง EDC

( 1 กันยายน 2561 - ปัจจุบัน

มียอดคงค้าง 66 ล้านบาท )

## จัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุข

ปัญหา สาธารณสุข	ขนาดปัญหา		ความรุนแรง		ความง่าย		ความร่วมมือ		นโยบาย		คะแนนรวม	จัดลำดับ
	R	W = 5	R	W = 5	R	W = 5	R	W = 5	R	W = 5		
☐ แม่ตาย	4	20	5	25	2	10	3	15	5	25	95	1
☐ เด็กป่วยตายด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้	2	10	5	25	2	10	4	20	5	25	90	2
☐ ความคุมระดับ DM / HT ไม่ได้	4	20	4	20	2	10	3	15	5	25	90	3
☐ ความคุมโรคเบาหวาน	3	15	5	25	3	15	2	10	4	20	85	4
☐ ปช.ติดยาเสพติด	5	25	4	20	1	5	1	5	5	25	80	5

### สถานการณ์/ปัญหา

- ▶ จังหวัดยะลาปีแรกเสียชีวิต (ย้อนหลัง 5 ปี) จำนวน 21 ราย สาเหตุ 1 Sepsis 2 PIH 3 PPH
- ▶ อ.เมือง มีมารดาเสียชีวิต (ย้อนหลัง 5 ปี) จำนวน 7 ราย สาเหตุส่วนใหญ่ คือ PIH ในจำนวน 7 ราย No ANC/ANC ไม่ครบ 3 ราย (ร้อยละ 42.86) เสียชีวิตหลังคลอด (post-Hos) 1 ราย (ร้อยละ 14.29)
- ▶ ในปี 2562 มารดาคลอด 2,105 คน ได้รับการเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 98.86 (ติดตามไปพบ 24 ราย)
- ▶ กลุ่มเสี่ยงหลังคลอด: GDM จำนวน 34 คน PIH 20 ราย Pre-eclampsia 35 ราย PPH 6 ราย sepsis 1 ราย (เสียชีวิต) ได้รับการเยี่ยมบ้านร้อยละ 100  
 GRB : ผู้ป่วย no ANC/ANC ไม่ครบ  
 ไปรับ CPG ที่จุดพบในการเยี่ยมบ้านหลังคลอด

### แม่คลอดปลอดภัย



#### กลไกการขับเคลื่อน

- กลไก MCH Board อำเภอ
- ชิงเคสเรียนกระบวนการ PNC
- MCH manager, MCH nurse ใน สบสศ/ทส



#### มาตรการ/กลยุทธ์

- Pre-Hos
  - ค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่โดยสนศ./เครื่องช่วย
  - ประสานผู้นำศาสนาประชาสัมพันธ์ให้หญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์
  - ประสานคลินิกสูติศาสตร์หญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้พื้นที่ลงเยี่ยมบ้าน
  - ติดตามเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง 5 โรค
  - ส่งเสริมหญิงตั้งครรภ์การใช้ Line Group: Yala Health Alert
- Post-Hos
  - พัฒนา CPG การเยี่ยมบ้านหลังคลอดอย่างมีคุณภาพครอบคลุมโรค HT, DM, infection, PPH

### Small success

	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
Pre-Hos	Early ANC ≥ ร้อยละ: 75 ANC 5 ครั้ง ≥ ร้อยละ: 75	Early ANC ≥ ร้อยละ: 75 ANC 5 ครั้ง ≥ ร้อยละ: 75	Early ANC ≥ ร้อยละ: 75 ANC 5 ครั้ง ≥ ร้อยละ: 75	Early ANC ≥ ร้อยละ: 75 ANC 5 ครั้ง ≥ ร้อยละ: 75
Post-Hos	สร้าง CPG เยี่ยมบ้านหลังคลอดคุณภาพ	ทดลองใช้ CPG และพัฒนา CPG ให้นำไปใช้ได้จริง	มารดาหลังคลอดปลอดภัย ร้อยละ: 100	มารดาหลังคลอดปลอดภัย ร้อยละ: 100

### งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (EPI)

#### สถานการณ์/ปัญหา

อัตราการครอบคลุมวัคซีนเข็มแรกตามระยะเวลา  
ตั้งแต่ปี 2560-2562

ระยะเวลา	2560	2561	2562
1 ปี	91.43	89.43	93.37
5 ปี	89.4	85.89	87.04

#### มาตรการ/กลยุทธ์

1. ให้ความรู้ประชาชน เรื่องวัคซีน 2 ภาษา ตามนิสยิต / หอกระจายข่าว
2. ติดตามและให้บริการวัคซีนเชิงรุก แก่กลุ่มเป้าหมายที่ยังขาดวัคซีน/เข้าไม่ถึง โดยสสค. /ภาคเครือข่าย
3. แลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนการดำเนินงานโดย รพ.สต./ศสม. ที่มีผลงานเด่น
4. ประสานสมาคมจันทรีย์เข้าร่วมดำเนินการงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

#### กลไกขับเคลื่อน

- EPI Meeting
- นิเทศงานตามมาตรฐาน 3 ด้าน ปีละ 2 ครั้ง

#### Small success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
เป้าหมาย ร้อยละ 100 สสค./ศสม. เข้าร่วมกลุ่มเป้าหมายได้ถูกต้อง	เป้าหมาย นิเทศงาน/EPI Meeting	เป้าหมาย ความครอบคลุมวัคซีน 1, 5 ปี เพิ่มขึ้นร้อยละ 2	เป้าหมาย ความครอบคลุมวัคซีน 1, 5 ปี เพิ่มขึ้นร้อยละ 3 จากปี 62

แหล่งที่มา

**ประเด็น :** การส่งเสริมสนับสนุนภาคีเครือข่ายให้มีความเข้มแข็งด้านสุขภาพ  
 เป้าหมายต่อระดับ : ร้อยละของสถานบริการ ที่บริการตามเกณฑ์ NCD Clinic คุณภาพ  
 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานควบคุมโรคได้ดี (ร้อยละ 40)

---

**สถานการณ์** จังหวัดลำปาง ทั่วประเทศ 14,369 คน ได้รับการตรวจ HbA1c 11,000 คน (76.55 %) ควบคุมโรคได้ 3,934 คน คิดเป็นร้อยละ 27.38  
 เฉพาะจังหวัดลำปางมีผู้ป่วยเบาหวาน 5,411 คน ภาย HbA1c 3,953 คน (ร้อยละ 73.05) ควบคุมโรคได้ 1,352 คน (24.99%)

**ปัญหา** ผู้ป่วยควบคุมโรคไม่ได้ ขาดทักษะในการตรวจวัดตาม วิธีการโปรแกรมผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายมีน้อย ไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะในเขตเทศบาล

#### ผลการดำเนินงานที่พัฒนา

1. ผู้ป่วยเบาหวานอำเภอเมือง 5,439 คน ค่า HbA1c 4,061 คน ร้อยละ 74.56  
 เบาหวานคุมได้จำนวน 1,407 คน ร้อยละ 25.87
2. ผู้ป่วยเบาหวานในเขตเทศบาลอำเภอเมือง จำนวน 13,829 คน ควบคุมได้ 7,448 คน  
 ควบคุมได้ร้อยละ 53.89
3. ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีระดับเบา ได้รับการประเมินโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง  
 สหะระดัดเลือด (CVD Risk) จำนวน 5,323 คน ได้รับการประเมิน จำนวน 4,842 คน  
 ร้อยละ 90.96
4. ผู้ป่วยเบาหวานอำเภอเมือง 5,439 คน คิดครองภาวะแทรกซ้อนตามตา จำนวน  
 3,981 คน ร้อยละ 73.19
5. ผู้ป่วยเบาหวานอำเภอเมือง 5,439 คน คิดครองภาวะแทรกซ้อนตามเท้า จำนวน 4,610 คน  
 ร้อยละ 84.765 ผู้ป่วยเบาหวานอำเภอเมือง 5,439 คน
6. ผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง จำนวน 12,979 คน คิดครองภาวะแทรกซ้อนตามไต  
 จำนวน 6,292 คน ร้อยละ 48.01

#### ปัญหา/อุปสรรค/จุดอ่อน

ผู้ป่วยขาดความรู้-ทัศนคติในการดูแลตนเอง และการควบคุมโรค

#### เป้าหมายที่คาดหวัง 60

☛ การควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

#### มาตรการ/กลยุทธ์

- จัดระบบการดูแลผู้ป่วยตามเกณฑ์ NCD Clinic คุณภาพ
- กำหนดผู้เชี่ยวชาญเข้าในกลุ่มที่คาดว่าจะควบคุมโรคได้ดี โดยนิยาม HbA1c < 7 - 11 / dl
- จัดกลุ่มผู้ป่วยในชุมชน เพื่อติดตามการกำเริบตนเอง

#### แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

- ตามเอกสารแนบ (แผนปฏิบัติการปี 63) ระดับเครือข่ายและหน่วยงาน สสค. เทศบาลนครลำปาง

#### กลไกการขับเคลื่อน

NCD Clinic คุณภาพ

#### ระดับการขับเคลื่อน (จังหวัด-อำเภอ-ตำบล) ผู้รับผิดชอบ

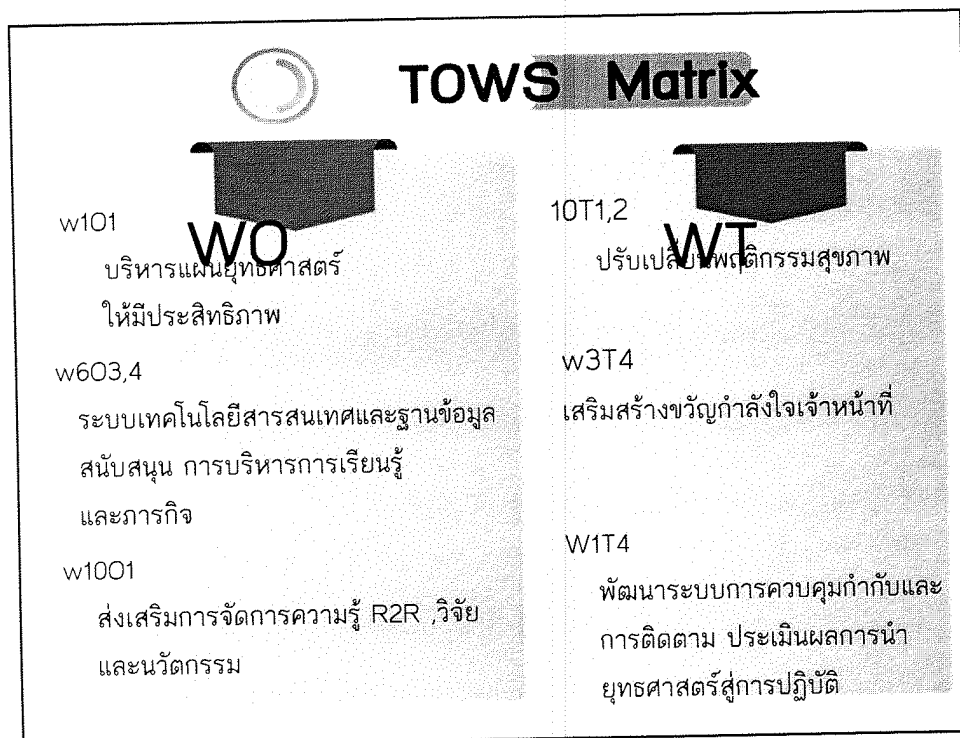
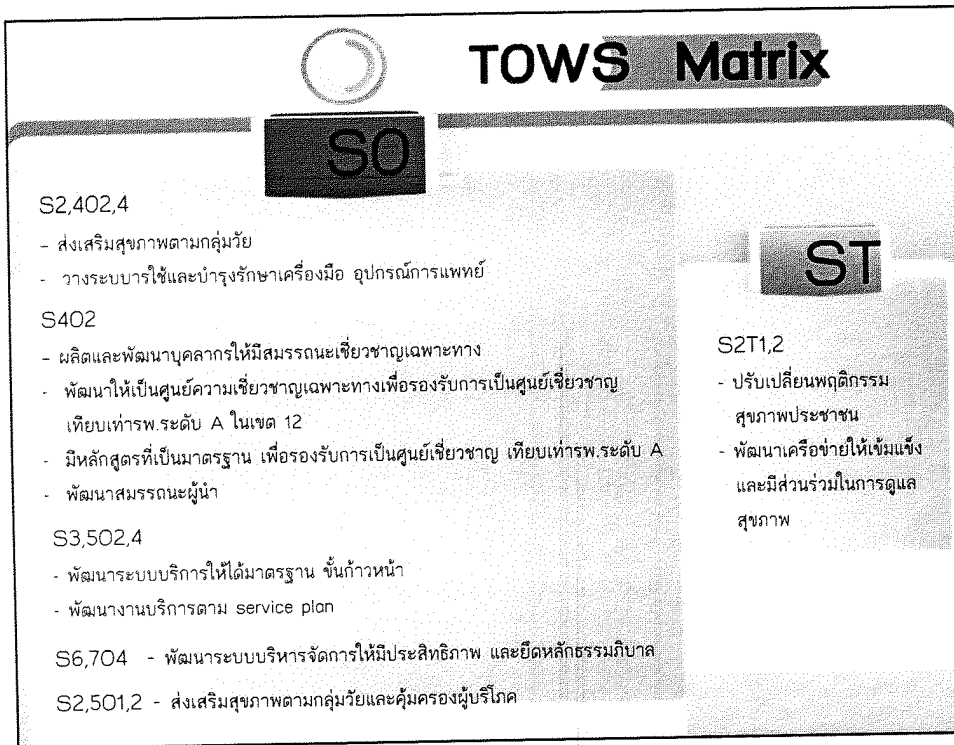
- หน่วยงานผู้บังคับกองตรีและชุมชน กลุ่มเบาหวานระบบสังคม โรงพยาบาลพะเยา
- หน่วยงานควบคุมโรคในเขตเมือง อำเภอเมืองพะเยา

#### ปัจจัยความสำเร็จ/จุดเด่น

NCD CLINIC คุณภาพ 6 องค์ประกอบ

- ☛ องค์ประกอบที่ 1 ทัศนคติและนโยบาย
- ☛ องค์ประกอบที่ 2 ระบบสารสนเทศ
- ☛ องค์ประกอบที่ 3 การปรับระบบและกระบวนการบริการ

- ☛ องค์ประกอบที่ 4 ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง
- ☛ องค์ประกอบที่ 5 ระบบสนับสนุนการคัดสรรผู้นำ
- ☛ องค์ประกอบที่ 6 วัฒนธรรมเชิงนโยบายชุมชน



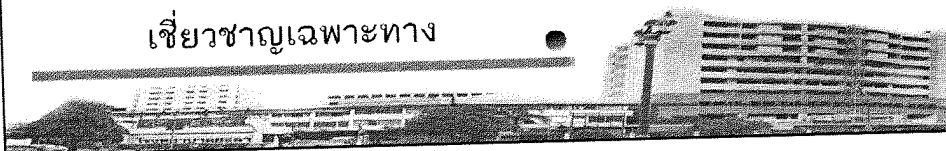


# วิสัยทัศน์

เป็นโรงพยาบาลคุณภาพ  
มีศักยภาพเชี่ยวชาญเฉพาะทาง  
ในเขตบริการสุขภาพที่ 12  
ภายใต้เครือข่ายที่เข้มแข็ง  
และผลิตบุคลากรทางการแพทย์

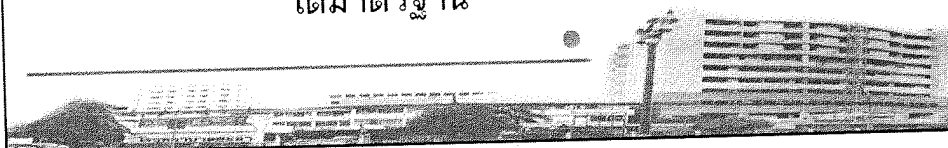
## พันธกิจ

1. พัฒนาระบบบริการที่ได้มาตรฐานขั้นก้าวหน้า
2. พัฒนาศักยภาพ ให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง  
ในเขตบริการสุขภาพที่ 12
3. ส่งเสริม สนับสนุนภาคีเครือข่าย ให้มีความ  
เข้มแข็งด้านสุขภาพ
4. สนับสนุน และพัฒนา ให้มีการผลิตแพทย์  
เชี่ยวชาญเฉพาะทาง



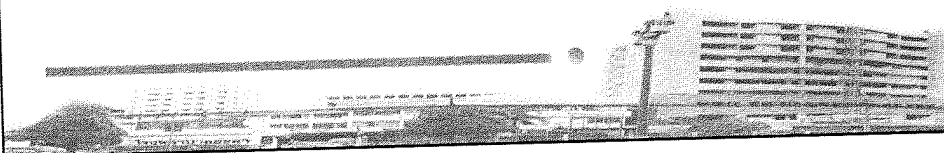
## เป้าประสงค์

2. ผู้รับบริการปลอดภัย
3. ระบบสุขภาพยั่งยืน
4. เครือข่ายสุขภาพเข้มแข็ง
5. เจ้าหน้าที่มีความสุข
6. บุคลากรทางการแพทย์ที่ผลิต  
ได้มาตรฐาน



## ค่านิยมองค์กร

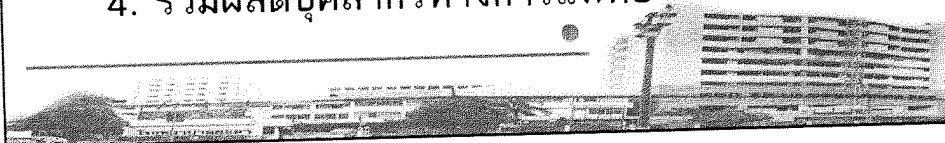
1. บริการด้วยความเต็มใจ สร้างความประทับใจในงานบริการ  
Service Mind
2. รับผิดชอบ ผลของการปฏิบัติงาน พร้อมทั้งจะตรวจสอบ  
การทำงาน ..... Accountability
3. ประสานงานกัน ร่วมมือกัน สามัคคี มีเป้าหมายร่วมกัน  
และเชื่อใจกัน ..... Teamwork



## ประเด็นยุทธ

### ศาสตร์

1. การให้บริการที่ได้มาตรฐานขั้นก้าวหน้า
2. พัฒนาศักยภาพการรักษาพยาบาล  
เชี่ยวชาญระดับสูง
3. การส่งเสริมสนับสนุนภาคีเครือข่าย  
ให้มีความเข้มแข็งด้านสุขภาพ
4. ร่วมผลิตบุคลากรทางการแพทย์



## เข็มมุ่ง

1. แม่คลอดปลอดภัย
2. EPI
3. ยาเสพติด
4. ER คุณภาพ
5. องค์การคุณภาพ
6. Smart Hospital
7. ประสิทธิภาพการเรียกเก็บเงินสิทธิเบิกตรง

## ตัวชี้วัดเข็มมุ่ง

ประเด็นยุทธศาสตร์/กลยุทธ์	ประเด็นเข็มมุ่ง	ตัวชี้วัดเข็มมุ่ง	ค่าเป้าหมาย
สนับสนุน ส่งเสริม ภาคีเครือข่าย ให้มีความเข้มแข็ง ด้านสุขภาพ	แม่คลอดปลอดภัย	ร้อยละ มารดาคลอดปลอดภัย	83 ต่อแสน การเกิดมีชีวิต
	ความครอบคลุม การได้รับวัคซีน ในเด็กอายุครบ 1 และ 5 ปี	ความครอบคลุม การได้รับวัคซีน ในเด็กอายุครบ 1 และ 5 ปี	อย่างน้อย ร้อยละ 90 (ยกเว้น MMR ร้อยละ 95)
	ยาเสพติด	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติด เข้ารับการบำบัดรักษาและ ติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี	ร้อยละ 50
การให้บริการ ที่ได้มาตรฐาน ขั้นก้าวหน้า	ER คุณภาพ	รพ.ผ่านเกณฑ์ มาตรฐาน ER	ผ่านเกณฑ์



## ตัวชี้วัดเชิงมุ่ง

ประเภทตัวชี้วัดตามระดับ/กลยุทธ์	ป้ายเส้นเชิงมุ่ง	ตัวชี้วัดเชิงมุ่ง	ค่าเป้าหมาย
การให้บริการที่ได้มาตรฐาน ชั้นก้าวหน้า	องค์กรคุณภาพ	- รพ.ศต.เกณฑ์มาตรฐาน รพ.ศต.ติดดาว 5 ดาว	- ร้อยละ ๑๐๐
		- สสอ.ผ่านเกณฑ์ สสอ.ติดดาว	- ผ่านเกณฑ์
การบริหารจัดการ และระบบสนับสนุน ด้วยหลักธรรมาภิบาล	ประสิทธิภาพ การเรียกเก็บเงิน	- รพ.ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน HA ชั้น 3	- ผ่านเกณฑ์
		มีการใช้โปรแกรม Data Check Monitor ในการ จัดเก็บรายได้ผู้ป่วยนอก	ร้อยละ 60
ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และฐานข้อมูล สนับสนุนการ เรียนรู้ และการกิจ	Smart IT	- ผ่าน Smart Place	1 ข้อ
		- ผ่าน Smart tools	2 ข้อ
		- ผ่าน Smart Service	4 ข้อ

### ปรารถนาเชิงมุ่ง ปี 2563 บนหลักคุณธรรม

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	เป้าหมายปี 63 - หาราคาคอปปอลอดคัย เกิน 83 ต่อแผนการเกิดมีชีพ			
สถานการณ์	ตัวชี้วัด อัตราส่วนมารดาตาย ไม่เกิน 17 ต่อแผนการเกิดมีชีพ			
ยุทธศาสตร์/มาตรการหลัก	การบริหารจัดการที่มีคุณภาพ	มาตรการที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพ	มาตรการที่ 2 พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และสถานบริการ	มาตรการที่ 3 กำกับติดตามผลการเกิด
<b>S-ระดับอำเภอ</b>	- naIn MCH Board อำเภอ - ขับเคลื่อนกระบวนการ PNC - PCT และ service plan สู่ชุมชน	- จัดบริการการเยี่ยมบ้าน High risk Care ตั้งแต่ตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด - พัฒนางาน ANC LR PP คุณภาพ - พัฒนาระบบการส่งต่อ และเกณฑ์การส่งต่อตามกลุ่มเสี่ยง 5 โรค	- ประเมินสมรรถนะ - จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้เจ้าหน้าที่ "การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงจนถึงหลังคลอด" - มีแผนการจัดอัตราค่าจ้างคน จัดclass ให้เพียงพอเหมาะสมกับงาน	- นิเทศติดตามงาน ประเมินผล - ติดตามระบบการบันทึกข้อมูลจาก HDC โดยเอา PNC และ MCH manager
<b>S-ระดับตำบล</b>	- naIn MCH Board ระดับตำบล	- คัดนำหญิงตั้งครรภ์เชิงรุก ติดตามและส่งต่อ	- จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้ "การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง"	- บันทึกข้อมูลให้ ถูกต้อง ครบถ้วน และส่งข้อมูลให้ทันเวลา
<b>Small Success</b>	ไตรมาส 1 (3 เดือน) 1 นำ CPG ลงสู่ผู้ปฏิบัติ 2. จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการ 3. Update ความรู้แพทย์ รพช. 4. ประชุม Near Miss	ไตรมาส 2 (6 เดือน) 1. พักภาคศึกษาศาสนาบริการ 2. ประชุม Near Miss 3. ติดตามผลการประเมินโครงการ PNC	ไตรมาส 3 (9 เดือน) 1 จัดทำระบบข้อมูลระดับจังหวัด/เขต 2. ประชุม Near Miss	ไตรมาส 4 (12 เดือน) 1 Update ความรู้แพทย์ รพช. ครั้งที่ 2 2 ประชุม Near Miss 3. สรุปวิเคราะห์การดำเนินงาน

ประเด็น / เป้าหมาย ปี 2563 ตามระบบบริหารคุณภาพ ISO 9001:2015									
<b>Standard</b> มาตรฐานการดำเนินงาน 3 ด้าน  <b>Team work</b> ได้ทีมดำเนินงานในเชิงรุก ร่วมกับทีมรักษา	1. ฝึกศป.ระบบมาตรฐาน EPI 3 ด้าน ปีละ 2 ครั้ง 2. ตรวจสอบฐานข้อมูลผู้เจ็บป่วยจากห้อง HDC ทุกเดือนเพื่อติดตามเด็กที่เข้าเวกซิ่นเพื่อทราบสาเหตุปัญหา  1.สำรวจกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ได้รับวัคซีนและกลุ่มที่ขาดเข็ม 2.ระดมกำลังเจ้าหน้าที่เพื่อช่วยกันระมัดระวังการฉีดวัคซีนซึ่งรักในพื้นที่ - ทำแผน ให้บริการ ติดตามเยี่ยมบ้าน - ติดตามประวัติวัคซีนเด็กที่ฉีดวัคซีนก่อนและบันทึกในระบบ JHCIS - ให้ออม /งบ.ติดตามกลุ่มเป้าหมายก่อนถึงวันนัดฉีด								
<b>Activate by motivation</b> การสร้างแรงจูงใจ	สร้างแรงจูงใจพ่อแม่/ผู้ปกครองโดยแรงของกำลัศมาการบริการของพื้นที่								
<b>Risk communication</b> การสื่อสารความเสี่ยง	1.รวบรวมรายชื่อผู้ปกครอง/พ่อแม่เด็กที่ไม่ยินยอมฉีดวัคซีนให้ผู้นำชุมชน 2.ให้ความรู้เรื่องวัคซีนตามมสสิด หอกร-จ่ายข่าวในหมู่บ้าน โดยใช้สื่อต่างๆ ที่เหมาะสม								
<b>Small Success</b>	<table border="1"> <tr> <th>ไตรมาส 1 (3 เดือน)</th> <th>ไตรมาส 2 (6 เดือน)</th> <th>ไตรมาส 3 (9 เดือน)</th> <th>ไตรมาส 4 (12 เดือน)</th> </tr> <tr> <td>1.ร้อยละ 100 ของรพ.สค/สสน.สำรวจกลุ่มเป้าหมายได้ถูกต้อง</td> <td>1.บันทึกตามมาตรฐาน 3 ด้าน 2.EPI Meeting</td> <td>สรุปผลงานความครอบคลุมการได้รับวัคซีน 1,5 ปีเพิ่มขึ้นร้อยละ 2 จากปี 62</td> <td>1.บันทึกตามมาตรฐาน 3 ด้าน 2.EPI Meeting 3.ผลจากความครอบคลุมวัคซีน เครือข่าย 1,5 ปีเพิ่มขึ้นร้อยละ 3จาก</td> </tr> </table>	ไตรมาส 1 (3 เดือน)	ไตรมาส 2 (6 เดือน)	ไตรมาส 3 (9 เดือน)	ไตรมาส 4 (12 เดือน)	1.ร้อยละ 100 ของรพ.สค/สสน.สำรวจกลุ่มเป้าหมายได้ถูกต้อง	1.บันทึกตามมาตรฐาน 3 ด้าน 2.EPI Meeting	สรุปผลงานความครอบคลุมการได้รับวัคซีน 1,5 ปีเพิ่มขึ้นร้อยละ 2 จากปี 62	1.บันทึกตามมาตรฐาน 3 ด้าน 2.EPI Meeting 3.ผลจากความครอบคลุมวัคซีน เครือข่าย 1,5 ปีเพิ่มขึ้นร้อยละ 3จาก
ไตรมาส 1 (3 เดือน)	ไตรมาส 2 (6 เดือน)	ไตรมาส 3 (9 เดือน)	ไตรมาส 4 (12 เดือน)						
1.ร้อยละ 100 ของรพ.สค/สสน.สำรวจกลุ่มเป้าหมายได้ถูกต้อง	1.บันทึกตามมาตรฐาน 3 ด้าน 2.EPI Meeting	สรุปผลงานความครอบคลุมการได้รับวัคซีน 1,5 ปีเพิ่มขึ้นร้อยละ 2 จากปี 62	1.บันทึกตามมาตรฐาน 3 ด้าน 2.EPI Meeting 3.ผลจากความครอบคลุมวัคซีน เครือข่าย 1,5 ปีเพิ่มขึ้นร้อยละ 3จาก						

ประเด็น/เข็มมุ่ง ปี 2563 ER คลงแก้ว				
<b>เป้าหมาย/ตัวชี้วัด</b>	(1)รพ.เอกชนนำเกณฑ์ ER คุณภาพ (2) จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ถูกฉีดยาในโรงพยาบาล 4 และ 5 (non trauma) ผลสำเร็จร้อยละ 10 (3) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level) 1ภายใน 24 ชม.ไม่เกินร้อยละ 12 (trauma <12%, Non trauma <12 %) (4) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับห้องฉุกเฉินในการอดมิ อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2ชม.(2 hr- target) > ร้อยละ 50 (5) ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินนำส่ง EMS ไม่เกินค่าร้อยละ 24 (6) ความครอบคลุมหน่วย EMS ในพื้นที่รับผิดชอบไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (7) Response Time ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (8นาที) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (8) อัตราการส่งต่อผู้ป่วย 4 สาขาหลักลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 10			
<b>สถานการณ์</b>	1. จำนวนผู้ป่วยที่ฉุกเฉินในโรงพยาบาล 4 และ 5 ร้อยละ 37.4 2. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level) 1ภายใน 24 ชม.ไม่เกินร้อยละ 5.82 3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับห้องฉุกเฉินในการอดมิ อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2ชม. ร้อยละ 77.40 4. ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินนำส่ง EMS ร้อยละ 18.59 5. ความครอบคลุมหน่วย EMS ในพื้นที่รับผิดชอบร้อยละ 81 6. Response Time ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (8 นาที) ร้อยละ 85 7. อัตราการส่งต่อผู้ป่วย 4 สาขาหลัก คลงร้อยละ 30.77			
<b>กิจกรรมหลัก</b>	<b>ยุทธศาสตร์/มาตรการหลัก</b>	<b>จัดระบบบริการที่มีมาตรฐาน</b>	<b>จัดระบบสนับสนุน</b>	<b>การพัฒนาและบำรุงรักษากำลังคน</b>
	<b>ระดับองค์กร</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ประสานงานสนับสนุนร่วมมาตรฐาน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>จัดทำเกณฑ์ ER คุณภาพ, จัดทำแผนพัฒนา AOC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>จัดทำแผนอัตราค่าส่ง, จัดอบรม</li> </ul>
	<b>ระดับหน่วยงาน</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1.เพิ่มคุณภาพการส่งต่อ MOPH ED triage และระดับนิเทศติดตามการดำเนินงาน</li> <li>2.เสริมประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินโดยการให้บริการเชิงรุกตั้งแต่จุดเริ่มถึงการประสาน ER service delivery</li> <li>3.2 P safety โดยจัดทำแนวทางตาม Violence workshop</li> <li>4.เพิ่มหน่วย CMS ครอบคลุมทุกตำบล</li> <li>5.เปิดโอกาสศึกษาฝึกประสบการณ์สหวิชาชีพของหน่วยเฉพาะทางบุคลากร เพื่อส่งผู้ป่วยที่มีฉุกเฉินในมือฉุกเฉิน ช่วงเวลา 17.00 - 24.00</li> <li>6.ขยายการบริการและจัดส่งไปโรงพยาบาลเพื่อบริการ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1.พัฒนาอาคารสถานที่โดยจัดให้มี double door with access control ห้องรอตรวจ (wait area) ห้องแยกโรค (isolation room) Decontamination area</li> <li>2. จัดทำเกณฑ์ ER คุณภาพ</li> <li>3.เชื่อมโยงส่วนการแพทย์ฉุกเฉิน การส่งต่อ โดยทีมสารสนเทศ Telemedicine</li> <li>4.ส่งข้อมูลผู้ป่วยรับบริการห้องฉุกเฉินที่ทราบผ่านระบบ accident ในพื้นที่ 43พื้นที่ และจัดทำ Nation Emergency Core Information system</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1.วางแผนพัฒนาบุคลากรวิชาชีพฉุกเฉิน (ENP), และจัดอบรมเชิงปฏิบัติการทางแพทย์ (paramedic)</li> <li>2.อบรมหลักสูตร ER คุณภาพ</li> <li>3.อบรมหลักสูตร BLS, ACLS, ATLS, PHTLS, Mini MERT</li> <li>4.พัฒนาคนรับปฏิบัติงานฉุกเฉินในโรงพยาบาลและจังหวัดมีการเชื่อมโยงอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</li> </ul>
	<b>ระดับเครือข่าย</b>	ไตรมาส 1 (3 เดือน) 1.ผลสัมฤทธิ์การบริการฉุกเฉิน ผลการรับโรงพยาบาล 2.บันทึกทำเกณฑ์ ER คุณภาพ 3.มีแผนพัฒนาเกณฑ์ ER คุณภาพ รวมทั้งจัดระบบบริหารการฉุกเฉินที่มี คุณภาพและระบบจัดการ ER triage time 2-hr triage 4. ร้อยละการส่งต่อ over triage < 15% and under triage < 8%	ไตรมาส 2 (6 เดือน) 1.จำนวนผู้ป่วยที่ฉุกเฉินในโรงพยาบาล 4 และ 5 (non trauma) ผลความสำเร็จร้อยละ 5 2.ผู้ป่วยที่ได้รับห้องฉุกเฉินในการอดมิ อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2 ชม. > ร้อยละ 30 3. มีแผนพัฒนาเกณฑ์ ER คุณภาพ 4. ร้อยละการส่งต่อ over triage < 15% and under triage < 8%	ไตรมาส 3 (9 เดือน) 1.จำนวนผู้ป่วยที่ฉุกเฉินในโรงพยาบาล 4 และ 5 (non trauma) ผลความสำเร็จร้อยละ 5 2.ผู้ป่วยที่ได้รับห้องฉุกเฉินในการอดมิ อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2 ชม. > ร้อยละ 30 3. บันทึกทำเกณฑ์ ER คุณภาพ 4. ร้อยละการส่งต่อ over triage < 15% and under triage < 8%
<b>Small Success</b>	1. รพ.ทุกแห่งนำเกณฑ์ ER คุณภาพร้อยละ 100 2. จำนวนผู้ป่วยที่ฉุกเฉินในโรงพยาบาล 4 และ 5 (non trauma) ผลสำเร็จร้อยละ 10 3. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level) 1ภายใน 24 ชม.ไม่เกินร้อยละ 12 4. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับห้องฉุกเฉินในการอดมิ อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2ชม.(2 hr- target) > ร้อยละ 50 5. ความครอบคลุมหน่วย EMS over triage < 15% and under triage < 8%			

ประเมิน/เข็มนา ปี 2563 Smart Hospital				
<b>เป้าหมาย/ตัวชี้วัด</b>	โรงพยาบาลละลาคำเนินงาน Smart Hospital (ผ่าน Smart Place 1 ข้อ , Smart tools 2 ข้อ, Smart Service 4 ข้อ)			
<b>สถานการณ์</b>	โรงพยาบาลฯ จำเป็นต้องมีการพัฒนาการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการบริการภายในโรงพยาบาล ตลอดจนการปฏิบัติ และเพื่อความสอดคล้องคล่องตัวในการให้บริการที่มีคุณภาพดี มีความปลอดภัยและทันสมัยอย่างไม่มีที่ติต่อสังคมด้วย ซึ่งได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2562 ในการพัฒนาระบบข้อมูลภายในด้วยคลาวด์และระบบเชื่อม HIS Gateway			
<b>ยุทธศาสตร์/มาตรการหลัก</b>	การพัฒนา Smart Hospital ตามเกณฑ์ที่กำหนด ตามบริบทของโรงพยาบาล			
<b>กิจกรรมหลัก</b>	1.) ทบทวนคณะกรรมการ 2) ประชุมและดำเนินการตามแผนที่วางไว้ ด้วยอาศัย IT MAN 3) ควบคุม กำกับ ติดตาม ผ่านคณะกรรมการบริหาร 4.) ประชุมย่อย ระดับกรทรวง/เขตฯ 5) ประเมินผลและติดตามโดยราย ปีละ 1 ครั้ง			
<b>ระดับหน่วยงาน</b>	1) ปรับปรุงคณะกรรมการ CIO ระดับร.ให้เป็นปัจจุบัน 2) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ และแผนพัฒนา 3) พัฒนาศักยภาพบุคลากร 4) ดำเนินงานตามแผน 5) ประเมินผล			
<b>ระดับ</b>	1) ถ่ายทอดแนวทาง Smart IT ผู้ปฏิบัติไปยังหน่วยงานย่อย (IT MAN) 2) ดำเนินงานตามแผน 3) สหกรณ์ปัญหาและอุปสรรค Smart			
<b>Small Success</b>	ไตรมาส 1 (3 เดือน)	ไตรมาส 2 (6 เดือน)	ไตรมาส 3 (9 เดือน)	ไตรมาส 4 (12 เดือน)
	1. มีคณะทำงานระดับโรงพยาบาล 2. มีแผนการพัฒนา 3. ประชุมคณะทำงาน 4. จัดทำแผน	1. ประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2. ควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผล 3. รายงานผลการประจําไตรมาส	1. ประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2. ควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผล 3. รายงานผลการประจําไตรมาส	ประเมินผลการดำเนินงาน

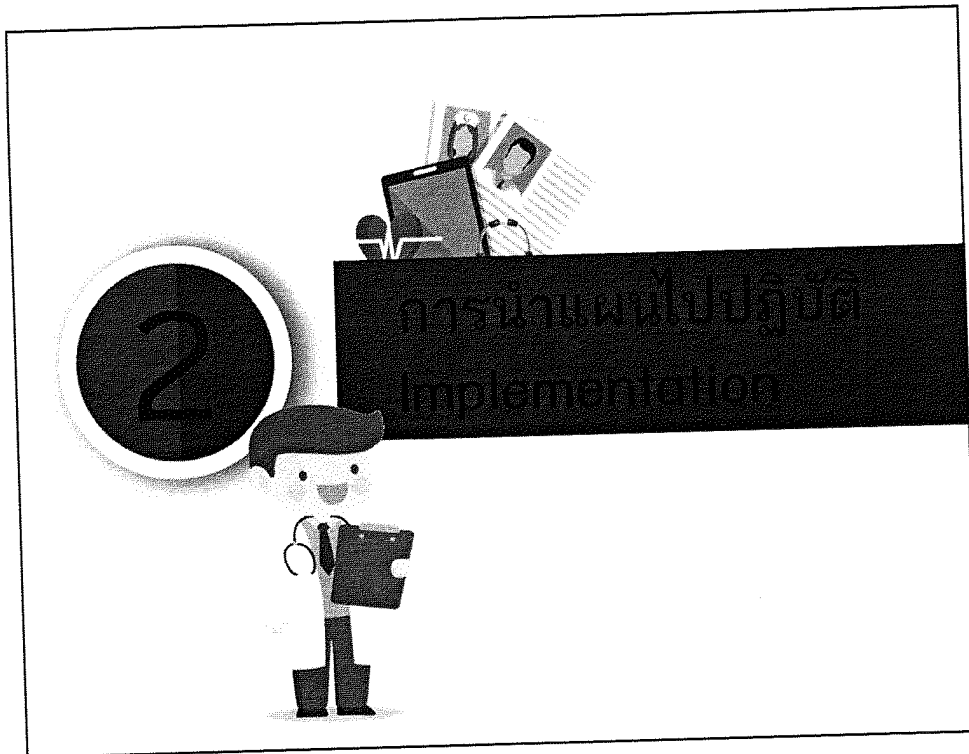
ประเมิน/เข็มนา ปี 2563 Smart Hospital				
<b>เป้าหมาย/ตัวชี้วัด</b>	1. โรงพยาบาลละลาผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (HAIT) ระดับ 1 2. โรงพยาบาลละลาผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (HAIT) ผ่านการประเมิน TMI -โรงพยาบาลละลา มีการประเมินตนเอง - โรงพยาบาลละลาฯ 12 กำหนดรวมโครงการ 4 แห่ง (SW,ฮ.ส.ก/ ร.ตม/ ร.ท.บ/ ร.ร.ร.บ) และได้รับการประเมิน (ค่าเฉลี่ยของรางวัลโอกาสพัฒนา)			
<b>สถานการณ์</b>	- โรงพยาบาลละลาฯ มีการประเมินตนเอง			
<b>ยุทธศาสตร์/มาตรการหลัก</b>	<b>มาตรการที่ 1 การสนับสนุนและการติดตาม</b>	<b>มาตรการที่ 2 ประเมิน/วิเคราะห์ผลการประเมิน</b>	<b>มาตรการที่ 3 แลกเปลี่ยนเรียนรู้</b>	
<b>กิจกรรมหลัก</b>	- ถ่ายทอดนโยบาย/ตัวชี้วัดผู้ปฏิบัติไปยังคณะกรรมการ - ทบทวนคณะกรรมการ HAIT - จัดทำแผนการพัฒนา HAIT - ประชุมคณะกรรมการ - ติดตามไปประชุมคณะกรรมการ	- นำมาตรวจ HAIT อย่างผู้ปฏิบัติ - ประเมินตนเอง ปีละ 1 ครั้ง	- จัดทำแผนแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่อง HAIT ในหมวดที่ไม่ผ่านการประเมินเป็นอันดับต่อไป - จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพบุคลากรส่วนหน้าของรพ. - ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรในรพ. เข้าร่วมประชุมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้/เข้าร่วมโครงการพัฒนาคุณภาพตามพันธกิจ หรือมีโครงการบูรณาการตามหลักสูตร TMI/ ศักยภาพงาน	
<b>ระดับหน่วยงาน</b>	- จัดทำคณะกรรมการหน่วยงาน (IT MAN) - ถ่ายทอดแผนไปยังหน่วยงาน - นำแผนผู้ปฏิบัติ - กำกับตาม IS , HA อบรม	- ทีม Surveyor อบรมบูรณาการกับสหภค - ๕ 1 ครั้ง - ประเมินตนเอง ปีละ 1 ครั้ง	- ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมตามพันธกิจที่กำหนด - มีผลงานด้าน IT ข้างส่งงานมาที่กรรจนารพ.ละลา	
<b>Small Success</b>	ไตรมาส 1 (3 เดือน)	ไตรมาส 2 (6 เดือน)	ไตรมาส 3 (9 เดือน)	ไตรมาส 4 (12 เดือน)
	1. มียุทธศาสตร์/แผนการพัฒนาคุณภาพ HAIT 2. คณะกรรมการ HAIT SW,ฮ.ส.ก. เป็นปัจจุบัน 3. ประชุมคณะกรรมการ HAIT	1. ประชุมคณะกรรมการ HAIT SW,ฮ.ส.ก. 2. ดำเนินการตามแผน 3. แลกเปลี่ยนเรียนรู้/พัฒนาการประเมินตนเองครั้งที่ 1 4. Surveyor อบรมครั้งที่ 1	1. ประชุมคณะกรรมการ HAIT SW,ฮ.ส.ก. 2. ทบทวน/พัฒนา 3. เตรียมรับการประเมินจากเขต/TMI	1. ประชุมคณะกรรมการ HAIT SW,ฮ.ส.ก. 2. เตรียมรับการประเมินจากเขต/TMI 3. การประเมินตนเองครั้งที่ 1 4. มีผลงานจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ประเมิน/สัมฤทธิ์ ปี 2563 องค์กรคุณภาพ (QA)				
<b>เป้าหมาย/ตัวชี้วัด</b>	จำนวนการรายงานอุบัติการณ์ในโปรแกรม HRMS มากกว่าปีที่ผ่านมา			
<b>สถานการณ์</b>	โรงพยาบาลธสาเป็นโรงพยาบาลติดอยู่กับผ่านการประเมิน Hospital Accreditation ชั้นที่ 3 ครั้งที่ 4 จากสพท. เมื่อวันที่ 14 สิงหาคม 2561 และครบกำหนดระยะเวลาการรับรองการประเมินวันที่ 13 สิงหาคม 2564			
<b>กิจกรรมหลัก</b>	<b>ส่งเสริมสนับสนุน</b>	<b>ควบคุมติดตาม</b>	<b>ประเมินผล</b>	
	1. สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยโดยไร้ผลึกการ No blame No shame 2. ชี้แจง ทบทวนการใช้โปรแกรมการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่หัวหน้างานและผู้เกี่ยวข้อง	ติดตามความก้าวหน้าการใช้โปรแกรม	- ติดตามการใช้งานโปรแกรมการรายงานอุบัติการณ์ - จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้	
<b>ระดับหน่วยบริหาร</b>	แจ้งให้หัวหน้างานนำโปรแกรมไปชี้แจงแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานรับทราบ	หน่วยงานดำเนินการส่งข้อมูลและแก้ไขอุบัติการณ์ตามกรอบเวลาที่กำหนด	- การนำรายงานจากอุบัติการณ์มาพัฒนา - มีผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากรายงานอุบัติการณ์ (KM)	
<b>Small Success</b>	ไตรมาส 1 (3 เดือน)	ไตรมาส 2 (6 เดือน)	ไตรมาส 3 (9 เดือน)	ไตรมาส 4 (12 เดือน)
	เจ้าหน้าที่ทุกระดับทราบและเข้าใจการใช้โปรแกรม	หน่วยงานมีการใช้โปรแกรมและลงข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยง	หน่วยงาน/หัวหน้างานนำข้อมูลจากโปรแกรมเพื่อจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ	- หน่วยงาน/ประธาน PCT มีแผนพัฒนาคุณภาพ - มีผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ประเมิน/สัมฤทธิ์ ปี 2563 ประสิทธิภาพการดำเนินงาน				
<b>เป้าหมาย/ตัวชี้วัด</b>	มีการใช้โปรแกรม Data Check Monitor ในการจัดเก็บรายได้ผู้ป่วยนอกสิทธิเบิกตรง ร้อยละ 60			
<b>สถานการณ์</b>	ปี 2562 สถานการณ์รื้อฟื้นกำลังรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก สิทธิเบิกตรงทำรายได้จากพยาบาลไม่ผ่านร้อยละ 50, ตั้งแต่ 1 กันยายน 2561 - 30 กันยายน 2562 ยอดค้างประมาณ 66 ล้านบาท ปี 2563 มีการนำโปรแกรมมาใช้ในการจัดเก็บรายได้ โดยอยู่ระหว่างพัฒนาโปรแกรมให้สอดคล้องกับการคิดรหัสปฏิญะผลการจ่ายของโรงพยาบาลธสา เพื่อความถูกต้องของข้อมูลส่งเบิก			
<b>กิจกรรมหลัก</b>	<b>สนับสนุน</b>	<b>ควบคุม กำกับ ติดตาม</b>	<b>ประเมินผล</b>	
	กำหนดกรอบเวลาการใช้งานโปรแกรม	ติดตามความก้าวหน้าในการใช้โปรแกรมตามกรอบเวลาที่กำหนด	ประเมินผลการใช้ประโยชน์จากโปรแกรม ประเมินการเรียกเก็บเงินชดเชยคืนกับสภาได้เพิ่มขึ้น	
<b>ระดับหน่วยบริหาร</b>				
<b>Small Success</b>	ไตรมาส 1 (3 เดือน)	ไตรมาส 2 (6 เดือน)	ไตรมาส 3 (9 เดือน)	ไตรมาส 4 (12 เดือน)
	ติดตั้งและใช้โปรแกรมร่วมกับการส่งข้อมูลส่งเบิก เพื่อความถูกต้องของข้อมูลส่งเบิก ร้อยละ 20	ใช้โปรแกรมร่วมกับการส่งข้อมูลส่งเบิก เพื่อความถูกต้องของข้อมูลส่งเบิก ร้อยละ 40	ใช้โปรแกรมร่วมกับการส่งข้อมูลส่งเบิก เพื่อความถูกต้องของข้อมูลส่งเบิก ร้อยละ 40	ใช้โปรแกรมร่วมกับการส่งข้อมูลส่งเบิก เพื่อความถูกต้องของข้อมูลส่งเบิก ร้อยละ 60

ประเด็น/เทรนด์ ปี 2563 การพัฒนาโปรแกรมผลิตภัณฑ์สุขภาพที่จับต้องได้			
<b>เป้าหมาย/ตัวชี้วัด</b> <b>สถานการณ์</b>	ตัวชี้วัด : ร้อยละ 100 ของ SW.สส. ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ SW.สส.คิดดาวระดับ 5 ดาว สถานการณ์ของสาขา มีการพัฒนาการบูรณาการระบบสารสนเทศกับ SW.สส.คิดดาว ผ่านโปรแกรม โดยโปรแกรม (2560) ในปี SW.สส.ส่วนกลางมี SW.สส.คิดดาวจึงได้ดำเนินการวิเคราะห์และพัฒนามาตามลำดับ จากผลการพัฒนาครั้งแล้ว ส่งผลให้ ปี 2561 มี SW.สส. ส่วนกลาง SW.สส.คิดดาวระดับ 5 ดาว จำนวน 7 แห่ง คิดเป็น 50% 36.88 และ ได้ดำเนินการวิเคราะห์และพัฒนามาตามลำดับของปี 2561อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ ปี 2562 มี SW.สส.ส่วนกลางที่ประเมินได้ 11 แห่ง ปี 7 แห่ง ร้อยละเพิ่มขึ้น 14 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 77.78		
<b>ยุทธศาสตร์/มาตรการหลัก</b>	<b>มาตรการ การพัฒนาคุณภาพบุคลากร</b>	<b>มาตรการ พัฒนาการ-ระบบสนับสนุน</b>	<b>มาตรการ ติดตามประเมิน</b>
<b>ระดับอำนาจ</b>	1. ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งทีมที่เชี่ยวชาญ/ทีมประเมินระดับชำนาญ และเข้ารับโครงการฯ จากจังหวัด 2. จัดระบบการประเมินเชิงพื้นที่ผ่านงานเพื่อพัฒนาบุคลากรและกำหนดแนวทางการพัฒนา 3. จัดประชุมชี้แจง SW.สส. ทุกแห่งในเครือข่าย 4. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการบูรณาการระบบสารสนเทศ ใน SW.สส.คิดดาว 5. พิจารณา และพัฒนา SW.สส. ที่ผ่านเกณฑ์แล้วให้เป็น SW.สส.คิดดาวต้นแบบ และเป็นแหล่งเรียนรู้ให้กับ SW.สส.อื่น	1. กำหนดแนวทาง/การประเมินโดยทีมชำนาญ 2. สนับสนุนงบประมาณของคณะ SW.สส. ในจังหวัด (ค่าตอบแทน, เงิน, ของ และวัสดุการ) 2. สรุป/วิเคราะห์ผลการประเมินราย SW.สส. ในภาคของชำนาญ รายงานจังหวัด 3. เก็บข้อมูลผลการประเมินฯ SW.สส. ทุกแห่งในจังหวัด โดยทีมที่เชี่ยวชาญ/ทีมประเมินระดับชำนาญประจำ SW.สส.	1. ประเมิน SW.สส. ในจังหวัด ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ฯ โดยทีมที่เชี่ยวชาญระดับชำนาญ 2. ประเมิน SW.สส. ในจังหวัด ที่ผ่านเกณฑ์ฯ แล้ว โดยส่งผลการประเมินราย 5 ดาว 3. ติดตามผลการดำเนินงาน และประเมินผลระบบรายงานของ สสอ.
<b>Small Success</b>	1. ประเมินผ่านเกณฑ์ SW.สส.คิดดาว ปี 2563 ไตรมาส 1 (3 เดือน) 1. มีคำสั่งแต่งตั้งทีมที่เชี่ยวชาญ/ทีมประเมิน ระดับชำนาญที่เพียงพอ 2. มีการประชุมชี้แจง/ทีมประเมิน เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาโปรแกรมฯ ตามที่ผู้เกี่ยวข้อง 3. มีการส่งมอบผลการประเมิน SW.สส. คิดดาว ปี 2563 ให้กับ SW.สส. ทุกแห่งที่ทราบ 4. มีการประเมินตนเองของ SW.สส.	1. จัดระบบข้อมูลการประเมิน และพัฒนาไปไดตามเกณฑ์ ไตรมาส 2 (6 เดือน) 1. มีการประเมินโดยทีมระดับชำนาญ และมีสรุปผลการประเมิน ส่ง สสอ. 2. มีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนา/ทีมผู้บูรณาการระบบ CPG ในเกณฑ์ SW.สส. คิดดาว 3. SW.สส. เก็บข้อมูลผลการประเมินฯตนเองเข้าสู่ระบบ Gishealth 4. สรุปประเมิน SW.สส. ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ฯของทีมประเมินจังหวัด	1. SW.สส. ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ฯ ด้านการพัฒนายาว ไตรมาส 4 (12 เดือน) 1. มีการประเมินผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด SW.สส. ส่วนกลางฯ SW.สส.คิดดาว ระดับ 5 ดาว 50% 36.88 (8:8) 2. SW.สส. คิดดาว ระดับ 5 ดาว 50%

ประเด็น/เทรนด์ ปี 2563 การดำเนินงานสนับสนุนลูกค้า			
<b>เป้าหมาย/ตัวชี้วัด</b> <b>สถานการณ์</b>	เป้าหมาย ปี 63 ผู้ใช้ ผู้ดูแล ผู้ติดตาม ความสำเร็จได้รับการบำบัดฟื้นฟูและติดตามดูแลหลังผ่านการบำบัดอย่างต่อเนื่อง ตัวชี้วัด ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี ( Retention Rate ) ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพยาต่อเนื่อง 3 เดือนหลังเข้ารับการรักษาบำบัด ( Remission Rate ) ค่าเฉลี่ยของสาขา ปี 2560-2562 เท่ากับ 65.45 - 65.67 และ 76.8 คนฆ่าตัวตาย		
<b>ยุทธศาสตร์/มาตรการหลัก</b>	<b>ค้นหา ทดกรอง ผู้ป่วยยาเสพติดและกลุ่มเสี่ยง</b>	<b>การบำบัดฟื้นฟูและติดตาม</b>	<b>ผลการประเมินข้อมูล</b>
<b>ระดับอำนาจ</b>	1. กำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินงานด้านยาเสพติดในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัด 2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการบำบัดรักษา โดย BA/BI และทักษะในการดูแลผู้สูง เสี่ยงต่อปัญหาผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติดโดยไม่ให้กลับไปเสพยา	1. สนับสนุนการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยให้ทุนสนับสนุน (CoTx) ทุนค่าดูแล หรือพัฒนา Ocm และ Take care Team ในการติดตามดูแลผู้ผ่านการบำบัด 2. ประสานงานและส่งต่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดในระดับอำเภอ ชม.ร.ม.เมือง ฯลฯ 3. จัดทำแผนติดตามการบำบัดฟื้นฟูและติดตามดูแลค่าบำบัดภายหลังการบำบัดฟื้นฟูเพื่อส่งผลการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพมายังต้น 4. สนับสนุนแหล่งในการประยุกต์ใช้กับผู้ผ่านการบำบัดที่ได้รับติดตามดูแลไม่กลับไปเสพยา	- ติดตามอย่างต่อเนื่องและส่งต่อข้อมูลผู้ผ่านการบำบัดการรับเข้าตัวควบคุมและติดตามการดำเนินงานของ SW.สส.ให้ถูกต้อง ครบถ้วน และสมบูรณ์
<b>Small Success</b>	1. จัดทำคู่มือการประเมินผู้บำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดอย่างชัดเจน 2. ค้นหา ทดกรอง ประชาชนผู้เสี่ยงและต้องการบำบัดรักษาเสพติดด้วยตนเอง และ รับยาชม.ร.ม.เมือง ฯลฯ ตาม 3. ส่งมอบ SW.สส. ให้แก่ผู้บำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด 4. ส่งมอบ SW.สส. ให้แก่ผู้บำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด	1. ได้รับการบำบัดฟื้นฟูในชุมชนผู้ให้ และผู้ดูแลที่มีทักษะระบบ V2 โดยนำ 14 โดยผู้ดูแล BA/BI 2. ส่งมอบ SW.สส. ให้แก่ผู้บำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ หรือ ประวัติการตีความรุนแรง แก่ SW.สส. 3. ผู้ใช้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด 4. ผู้ดูแล SW.สส. ให้แก่ผู้บำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด	1. บันทึกข้อมูลในระบบ SW.สส. กรณีที่บำบัด SW.สส. ให้ได้รับการบำบัด และ SW.สส. ส่วนจังหวัด สนับสนุนการติดตาม 2. บันทึกข้อมูล SW.สส. ที่รับการบำบัดของ SW.สส. ไตรมาส 3 (9 เดือน) 1. ร้อยละ ของจำนวนผู้ที่มีประวัติกลับไปเสพยา CoTx 2. ผู้ได้รับการบำบัดครบตามเกณฑ์ใน ปีงบประมาณ 2562 ได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี 50% 50 3. ร้อยละ 50 ของผู้ผ่านการบำบัดได้รับการติดตามโดย Take Care Team



### ขั้นตอนการนำยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ

- มีการสื่อสารแผนยุทธศาสตร์ ในที่ประชุมจัดทำแผน, ที่ประชุมคป.สอ. (วันที่ 15 ตุลาคม 2562) , ที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล , ทางเอกสาร , Line และทาง mail
- มีการกำหนดตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ ของคป.สอ. และค่าเป้าหมาย
- มีการมอบหมายตัวชี้วัดแก่หน่วยงาน และผู้รับผิดชอบงาน
- ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์บางตัว นำไปการประเมินผล

### ขั้นตอนการนำยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ

- มีการจัดทำแผนปฏิบัติราชการ ตอบสนองยุทธศาสตร์
- มีการนำเสนอแผนปฏิบัติราชการ แก่คณะกรรมการ  
กสั๊นกรองแผนงาน และงบประมาณและผู้มีส่วนได้ส่วน  
เสีย

(ผอ.รพ.สต และหัวหน้า คสม.)

- อนุมัติแผนปฏิบัติราชการ
- เขียนโครงการเพื่อขออนุมัติโครงการ
- ดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ

### จำนวนแผนปฏิบัติราชการและงบประมาณ จำแนกตามยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์ที่ 1	ส่งเสริม ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ	จำนวน	8	แผนงาน	เป็นเงิน	378,200	บาท
ยุทธศาสตร์ที่ 2	บริการเป็นเลิศ	จำนวน	21	แผนงาน	เป็นเงิน	1,082,215	บาท
ยุทธศาสตร์ที่ 3	บุคลากรเป็นเลิศ	จำนวน	4	แผนงาน	เป็นเงิน	1,080,360	บาท
ยุทธศาสตร์ที่ 4	บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล	จำนวน	12	แผนงาน	เป็นเงิน	1,717,000	บาท
รวมทั้งสิ้น		จำนวน	45	แผนงาน	เป็นเงิน	4,264,775	บาท





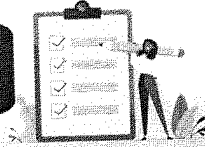
## การควบคุมกำกับ

1. ควบคุมกำกับการถ่ายทอดยุทธศาสตร์สู่ผู้ปฏิบัติ ระดับหน่วยบริการ
2. ระดับหน่วยงานมีการมอบหมายตัวชี้วัดถึงผู้ปฏิบัติระดับพื้นที่
3. ควบคุมกำกับให้เขียนและส่งโครงการตามแผนปฏิบัติราชการที่ได้รับอนุมัติ
4. ควบคุมกำกับให้ดำเนินงานตามผังควบคุมกำกับโครงการ  
ต้องแล้วเสร็จ ก่อน 31 กรกฎาคม 2563  
และวางเบิกจ่ายงบประมาณ ก่อน 15 สิงหาคม 2663

## การควบคุมกำกับ

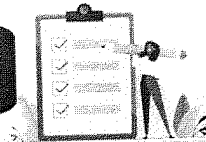
5. ติดตามตัวชี้วัดทุก 3 เดือน
6. ลงนิเทศ รพ.สต./ศสม. ปีละ 2 ครั้ง ตามแผน
  - ครั้งที่ 1  
ติดตามเรื่องการถ่ายทอดยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ  
ระดับหน่วยงาน
  - ครั้งที่ 2  
ติดตามผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดสำคัญ  
ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค  
และสิ่งที่ต้องการให้เครือข่ายสนับสนุน

## การประเมินผล



- ประเมินจำนวนโครงการที่ได้รับอนุมัติ  
กับจำนวนแผนปฏิบัติราชการที่ได้รับอนุมัติ
- ประเมินจำนวนโครงการที่ส่งภายในเดือนธันวาคม 2562
- ประเมินโครงการ/กิจกรรมที่วางดำเนินการ  
ก่อนวันที่ 31 กรกฎาคม 2562 และวางเบิก
- งบประมาณ ก่อนวันที่ 15 สิงหาคม 2562
- ประเมินตัวชี้วัดตัวชี้วัดเชิงมุ่งและตัวชี้วัดที่สำคัญ  
และนำผลเข้าที่ประชุม คป.สอ.ทุก 3 เดือน

## การประเมินผล



- ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ แจ้งผู้รับผิดชอบงาน  
วิเคราะห์ผลการดำเนินงานถึงระดับพื้นที่  
เพื่อทบทวนกระบวนการปฏิบัติงาน ปรับแผนการปฏิบัติงาน  
ปัจจัยความสำเร็จ และโอกาส พัฒนา และติดตามในที่ประชุม  
และคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ทุกเดือน
- สรุปลงรายงานผลการดำเนินงาน ต่อผู้บริหารทุก 3 เดือน
- ประเมินผลจากสรุปรายงานผลโครงการ เมื่อดำเนินโครงการแล้วเสร็จ