



ที่ พจ ๐๐๓๒.๐๐๒/๑๐๕๗๑

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
ถนนคลองคะเชนทร์ พจ ๖๐๐๐

๑๗ กันยายน ๒๕๖๑

เรื่อง ส่งรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด PA รอบ ๑๒ เดือน (ไตรมาส ๔ : ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑)

เรียน ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๓

อ้างถึง หนังสือ ที่ สธ ๐๒๒๘/๑๕๘๒ ลงวันที่ ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๑

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบรายงานรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด PA รอบ ๑๒ เดือน ฯ จำนวน ๑ ฉบับ
ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๓ ติดตามความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน (Small Success) ตามข้อตกลงการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (PA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ รอบ ๙ เดือน (ไตรมาส ๔ : ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑) นั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ได้ดำเนินการรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด PA รอบ ๑๒ เดือน เรียบร้อยแล้ว ขอส่งรายงานดังกล่าวข้างต้น ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายณรงค์ ตั้งตรงไพโรจน์)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

โทร. ๐ ๕๖๙๙ ๐๓๕๒-๘ ต่อ ๑๒๒ , ๑๒๓

โทรสาร ๐ ๕๖๙ ๐๓๕๓

รายงานผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ(PA) ของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขนิเทศก์ ไตรมาส 4 เดือน 1 ต.ค.60 - 30 ก.ย. 61 จังหวัดพิจิตร เขตสุขภาพที่ 3

นโยบายสำคัญ	ตัวชี้วัดที่	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2561	Small Success 12 เดือน	คำอธิบาย (ระบุกิจกรรมที่ดำเนินการ)	หน่วย ร้อยละ	หมายเหตุ
การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	1. ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ	ร้อยละ 50	- มีการสรุปผลการดำเนินการทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยกระบวนการที่ชื่นชมและเสริมพลัง ร้อยละ 50	1.อำเภอมี คกก.พชอ.ที่มีคุณภาพทุกแห่ง มีการประชุมคัดเลือกประเด็นพัฒนา ODOP อย่างน้อย 2 ประเด็น และดำเนินการตามแผนแบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน 2.ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง AI พชอ./พชต.โดยทีมเยี่ยมระดับจังหวัด (เลือกตัวแทน 1 พชต.ที่เป็น service center) ทุกอำเภอ รอบ 2 3.สรุปผลการดำเนินงาน/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชื่นชมเสริมพลังในเวที คบสจ./จังหวัด	100	ครบทั้ง 12 อำเภอ
การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ	2. ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน(EOC) และทีมตระหนักรู้อุบัติการณ์ (SAT)ที่สามารถปฏิบัติการได้จริง	ร้อยละ 85	ขั้นตอนที่ 5 ร้อยละ 85 ของจังหวัด ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด มีการซ้อมแผน หรือมีการยกระดับเปิดปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่	จังหวัดมีการซ้อมแผนโรคไข้หวัดนก ร่วมกับ สنجปศุสัตว์จังหวัดพิจิตร, ท้องถิ่นจังหวัดพิจิตร, จนท.สาธารณสุขระดับอำเภอ(สสอ./รพ.) เมื่อวันที่ 14 ก.พ.61 ณ ห้องประชุมหลวงพ่อเพชร จังหวัดพิจิตร เป้าหมาย 80 คน โดยมี สคร.3 เป็นทีมวิพากษ์	100	

อ.นบ

อ.นบ

นโยบายสำคัญ	ตัวชี้วัดที่	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2561	Small Success 12 เดือน	คำอธิบาย (ระบุกิจกรรมที่ดำเนินการ)	หน่วย ร้อยละ	หมายเหตุ
การบริหารจัดการ สิ่งแวดล้อม	3. ร้อยละของ โรงพยาบาลที่พัฒนา อนามัยสิ่งแวดล้อม ได้ ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	- ร้อยละ 20 ผ่านเกณฑ์ระดับ ดีมาก - โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ระดับ ดีมากอย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง	1.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก ร้อยละ 20	1.กำหนดเป็นตัวชี้วัดสำคัญ (PA) 2.ประเมิน/วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน ปี 2560 จัดทำแผนปฏิบัติการ 2561 3. กำหนดเป้าหมายพัฒนา (QUICK WINS) ไตร มาส 2(ยกระดับพัฒนาโรงพยาบาลของรัฐ 12 แห่ง/ระดับดีมาก คงสภาพ 2 แห่ง/ ยกระดับ จาก ดี เป็น ดีมาก 7 แห่ง/ยกระดับ จาก พื้นฐาน เป็น ดี 1 แห่ง และพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์พื้นฐาน 2 แห่ง 4. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานผ่าน VIDEO Conferrence แก่ผู้รับผิดชอบ/ผู้เกี่ยวข้องของ คบ สอ.เมื่อ 19 ตุลาคม 2560 5. ร่วมกับศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ตรวจสอบ ติดตาม เสนอแนะ รพ.สาทเหล็ก และ รพ.ตง เจริญ ในการขับเคลื่อนพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์ขั้น พื้นฐาน เมื่อวันที่ 13 ธันวาคม 2560 6. เยี่ยมเสริมพลังเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ รับทราบปัญหาส่วนขาด และร่วมหาแนว ทางแก้ไขพัฒนา เดือนมีนาคม 2561 7. ประเมินผลการดำเนินงาน GREEN&CLEAN hospital ของโรงพยาบาล 23 พฤษภาคม 2561 ถึง 31 พฤษภาคม 2561 8. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 8 สิงหาคม 2561	66.66	ระดับพื้นฐาน 12 แห่ง(ร้อยละ100) ระดับดี 10 แห่ง(ร้อยละ 83.33) ระดับดีมาก 8 แห่ง(ร้อยละ 66.66) <u>ระดับดีมาก</u> รพ.พิจิตร รพ.ระพพานหิน รพ.ทับคล้อ รพ.วังทรายพูน รพ.บางมูลนาก รพ.โพทะเล รพ.วชิรบริหารมี รพ.โพธิ์ประทับช้าง <u>ระดับดี</u> รพ.บึงนาราง รพ.สามง่าม <u>ระดับพื้นฐาน</u> รพ. สาทเหล็ก รพ.ตงเจริญ
			2.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง		8 แห่ง	

1
66.66

1
66.66

นโยบายสำคัญ	ตัวชี้วัดที่	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2561	Small Success 12 เดือน	คำอธิบาย (ระบุกิจกรรมที่ดำเนินการ)	หน่วย ร้อยละ	หมายเหตุ
การพัฒนาระบบ การแพทย์ปฐมภูมิ	4. ร้อยละของคลินิก หมอครอบครัวที่เปิด ดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)	ร้อยละ 36 (1,170 ทีม (เป้าหมายสะสม) เป้าหมาย ดำเนินการในปี 61 จำนวน 574 ทีม	845 ทีม (สะสม) (ตามมติที่ประชุมเมื่อวันที่ 28 ก.พ. 2561 รมต. เห็นควรให้มีการทบทวน เป้าหมายตัวชี้วัด ของปี 2561 โดยเน้น" คุณภาพ" มากกว่า "ปริมาณ"และคลินิกหมอ ครอบครัวที่จะเปิดดำเนินการในช่วง 5 ปี แรกสามารถเป็นพื้นที่ต้นแบบ เพื่อให้พื้นที่ อื่นได้เรียนรู้พัฒนา)	- แผนเปิดดำเนินการ PCC ปี 60 - 69 จำนวน 17 cluster 54 ทีม - ปี 2560 PCC เปิดดำเนินการ PCC 5 ทีม - ปี 2561 จังหวัดพิจิตรมีแผน PCC เปิด ดำเนินการ 7 ทีม เปิดดำเนินการครบแล้ว 7 ทีม (100%) 1.ทีมไม่หลง อ.ตะพานหิน เปิด 1 ตค.60 2. ทีมป่ามะคาบ อ.เมืองพิจิตร เปิด 5 มค.61 3.ทีม สำนักขุนเณร อ.ตจเจริญ เปิด 1 เมย.61 4. ทีมสากเหล็ก อ.สากเหล็ก เปิด 1 กค.61 5. ทีมเนินมะกอก อ.บางมูลนาก เปิด 1 กค.61 6. ทีมท่าบัว อ.โพทะเล เปิด 1 กค.61 7. ทีมบัวยาง อ.วชิรบำรุง เปิด 1 กย.61 รวมดำเนินการแล้วปี 60 และ 61 จำนวน 12 ทีม คิดเป็น ร้อยละ 22.22 (จาก54ทีม)	22.22	
การพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ	5. ร้อยละของ รพ. ที่ใช้ ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	- RDU ชั้นที่ 1 ร้อยละ 80	- RDU ชั้นที่ 1 ร้อยละ 80	1. ติดตามกำกับโดยผู้บริหาร	100	12แห่งจาก 12 แห่ง
		- RDU ชั้นที่ 2 ร้อยละ 20	- RDU ชั้นที่ 2 ร้อยละ 20	2. สรุปผลงานและวางแผนการดำเนินงานปี 2562	0	0 แห่งจาก 12 แห่ง
		- AMR : ร้อยละ 70 ของ รพ. ที่ มีระบบการ จัดการ AMR อย่าง บูรณาการ	- AMR: ร้อยละ 70 ของโรงพยาบาลที่มี ระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ		100	รพท. 1 แห่ง จาก 1 แห่ง
การพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ	6. ร้อยละของผู้ป่วยที่ เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	ร้อยละ 15	ร้อยละ 15	ประชุมชี้แจงเกณฑ์ให้กับแพทย์/พยาบาลใน โรงพยาบาลพิจิตรและรพช.ชนทุกแห่ง	5.53	ODS ได้ 27 ราย จากยอดผู้ป่วย ทั้งสิ้น 488 ราย

12.22

100

0

100

5.53

นโยบายสำคัญ	ตัวชี้วัดที่	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2561	Small Success 12 เดือน	คำอธิบาย (ระบุกิจกรรมที่ดำเนินการ)	หน่วย ร้อยละ	หมายเหตุ
การพัฒนาระบบ บริการการแพทย์ ฉุกเฉินครบวงจร และระบบการส่งต่อ	7. อัตราการเสียชีวิตของ ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ใน โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit) (ECS)	น้อยกว่า ร้อยละ 12	1. ระบบข้อมูล - จำนวน รพ. F2 ขึ้นไป ส่งข้อมูลเพิ่ม Accident ร้อยละ 80	จำนวน รพ. F2 9 แห่ง ส่งข้อมูลเพิ่ม Accident ทั้ง 9 แห่ง	100.00	ผลงานร้อยละ 2.92 (เสียชีวิตภายใน 24 ชม)
			2. การจัดการสาธารณภัยในสถานพยาบาล - จำนวนโรงพยาบาลตั้งแต่ F2 ขึ้นไปที่ ประเมิน Hospita Safety Index ร้อยละ 80	การจัดการสาธารณภัยในโรงพยาบาลระดับ F2 ประเมินโดยใช้แบบ ECS คุณภาพมิติที่ 2 หัวข้อ MCI and Disaster management ผ่าน เกณฑ์ 5 รพ.ไม่ผ่าน 4 รพ.	56.00	
			3. ER คุณภาพ - จำนวนโรงพยาบาลระดับ M1, S, A มี TEA unit ที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 80	มี TEA unit ที่โรงพยาบาลระดับ S (พิจิตร) 1 แห่ง	100.00	
การพัฒนาตาม โครงการเฉลิมพระ เกียรติและพื้นที่ เฉพาะ	8. อัตราความสำเร็จการ รักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด รายใหม่ (TB)	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	มีการประเมินความเสี่ยงผู้ป่วย (สูง/กลาง/ต่ำ) และ ดำเนินการตาม CPG โดยเน้นในกลุ่มเสี่ยงสูงต้อง Admit ทุกราย	70.70	
อุตสาหกรรมทาง การแพทย์	9. จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด (Herbal City)	12 เขตสุขภาพ (13 จังหวัด)	จังหวัดน่าน			
			1. มีพื้นที่เพาะปลูกสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน จากแปลงปลูกมาตรฐาน GAP/GACP / Organic จำนวนรวม 1,000 ไร่/ปี			
			2. มีโรงงานแปรรูปและผลิตผลิตภัณฑ์ สมุนไพรผ่านการรับรองมาตรฐาน GMP อย่างน้อย 1 แห่ง (ทั้งภาครัฐและเอกชน)			
			3. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้าน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 20			
			4. มูลค่าของการใช้สมุนไพรในสถานบริการ สาธารณสุข เพิ่มขึ้นร้อยละ 15			

หน้า 6

หน้า 6

>

นโยบายสำคัญ	ตัวชี้วัดที่	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2561	Small Success 12 เดือน	คำอธิบาย (ระบุกิจกรรมที่ดำเนินการ)	หน่วย ร้อยละ	หมายเหตุ
			5. มูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพร รวมเพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 15			
			จังหวัดสว่นขยาย 1. มีพื้นที่เพาะปลูกสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน จากแปลงปลูกมาตรฐานGAP/GACP/ Organic จำนวนรวม 1,000 ไร่/ปี			
			2. มีโรงงานแปรรูปและผลิตผลิตภัณฑ์ สมุนไพรเตรียมการเข้าสู่มาตรฐาน GMP อย่างน้อย 1 แห่ง (ทั้งภาครัฐและเอกชน)			
			3. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้าน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 20			
			4. มูลค่าของการใช้สมุนไพรในสถานบริการ สาธารณสุขเพิ่มขึ้น ร้อยละ 15			
			5. มูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพร รวมเพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 10			
	10. อัตราการคงอยู่ของ บุคลากร สาธารณสุข (Retention rate)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	- อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	- วิเคราะห์ข้อมูลการสูญเสียบุคลากร - จัดทำแผนเสริมสร้างความผูกพัน - ดำเนินตามแผน(ระดับ 4+ - การสรุป/ประเมินผล	96.06	
			- หน่วยงานมีการนำคู่มือการปฏิบัติงาน ด้าน HR ไปใช้	HRP = วางแผนอัตรากำลังที่เหมาะสมตามกรอบ HRD = วิเคราะห์ปัญหาความต้องการราย หน่วยงาน/จังหวัดเต็มในภาพรวม HRM = กำหนดหลักเกณฑ์วิธีการประเมินผลการ ปฏิบัติงานและสร้างแรงจูงใจ	50	

1
ส่วน

นโยบายสำคัญ	ตัวชี้วัดที่	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2561	Small Success 12 เดือน	คำอธิบาย (ระบุกิจกรรมที่ดำเนินการ)	หน่วย ร้อยละ	หมายเหตุ
การพัฒนาระบบ ธรรมาภิบาลและ องค์กรคุณภาพ	11. ระดับความสำเร็จ ของการพัฒนาคุณภาพ การบริหารจัดการ ภาครัฐของส่วนราชการ ในสังกัดสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข	- ร้อยละ 60 ของสำนัก/กอง ใน สังกัด สป. ส่วนกลาง ระดับ 5 - ร้อยละ 60 ของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด ระดับ 5 - ร้อยละ 20 ของสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ ระดับ 5	2. ร้อยละของสำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 60)	1. สสจ./สสอ. ประเมินตนเอง (Self Assessment) ตามเกณฑ์ประเมิน และประเมินพร้อมส่งผลงาน ตามตัวชี้วัดหมวดผลลัพธ์ รอบ 1 ปี 2. ติดตามเยี่ยมเสริมพลังบูรณาการร่วมกับ พชอ. 3. ประชุมติดตามผลงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง เครือข่าย	100%	1 แห่ง
			3. ร้อยละของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 20)	ทุก สสอ. ดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนา คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ทั้ง 12 แห่ง แต่ ได้รับการประเมินผ่านระดับ 5 จำนวน 3 แห่ง (ร้อยละ 25) ส่วนอำเภอที่เหลือ 9 แห่ง ไม่ได้รับ การประเมินเนื่องจากไม่ได้จัดส่งรายงานในระบบ online ของ สป. ในไตรมาส 1-2 จึงไม่อยู่ใน เป้าหมายการประเมิน	25%	3 แห่ง
การพัฒนาระบบ ธรรมาภิบาลและ องค์กรคุณภาพ	12. ร้อยละของ โรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุขมี คุณภาพมาตรฐานผ่าน การรับรอง HA ชั้น 3	- ร้อยละ 100 ของ รพศ. รพท. รพ. สังกัดกรมการแพทย์, กรม ควบคุมโรค และกรม สุขภาพจิต - ร้อยละ 80 ของ รพช.	1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรง พยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุม โรค และกรมสุขภาพจิต ร้อยละ 100 (164 แห่ง จาก 164 แห่ง)	สถานการณ์รับรอง Re-accredit ครั้ง 3 อายุการ รับรอง 3 ปี (60-62) - แก๊ไข ปรับปรุง Profile และประเมินหน่วยงาน ตนเองภายใน (Internal survey) เพื่อเตรียมส่ง แบบประเมินตนเองเพื่อขอ re -accredit ปี 2562	100%	1 แห่ง
			2. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 80.00 (624 แห่ง จาก 780 แห่ง)	1. รพช. เป้าหมาย Re-accredit 3 แห่ง ประเมิน แล้ว 1 แห่ง (รพ. วชิรธรรม) เหลือ 2 แห่ง คือ รพ. โพธิ์ประทับช้าง และ รพ. ตะพานหิน (ช่วงปลายปี) 2. รพ. ทุกแห่งประเมินระดับคะแนนตนเองเพื่อ ประเมินผลพัฒนาเทียบกับเป้าหมายระดับ 3. สรุปผลการตรวจเยี่ยมแลกเปลี่ยนข้อมูลผลการ ดำเนินงานดีเด่นด้านคุณภาพ	100%	8 แห่ง

ผ่าน

ผ่าน

ผ่าน

ผ่าน

นโยบายสำคัญ	ตัวชี้วัดที่	เป้าหมาย ปีงบฯ 2561	Small Success 12 เดือน	คำอธิบาย (ระบุกิจกรรมที่ดำเนินการ)	หน่วย ร้อยละ	หมายเหตุ
การพัฒนาระบบ ธรรมาภิบาลและ องค์กรคุณภาพ	13. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนา คุณภาพ รพ.สต. ตีตดาว	ร้อยละ 25	ร้อยละ 25 (สะสม)	ปี 2560 มี รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ 5 ดาว 11 แห่ง คิด เป็น 10.09% ปี 2561 จ.พิจิตร ประเมิน รพ.สต. ตีตดาว โดยผู้ประเมินระดับจังหวัด (ครู ข) จำนวน 26 แห่ง ผ่านเกณฑ์ระดับ 5 ดาว จำนวน 20 แห่ง รวม ปี 2560 และ 2561 ผ่านเกณฑ์ระดับ 5 ดาวสะสมรวม 31 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 28.44	28.44	
การบริหารจัดการ ด้านการเงินการ คลังสุขภาพ	14. ร้อยละของหน่วย บริการที่ประสบภาวะ วิกฤติทางการเงิน	ไม่เกินร้อยละ 6	- ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะ วิกฤติทางการเงินไม่เกินร้อยละ 6	- ปรับแผน planfin ครึ่งปีหลัง และกำกับติดตาม ผลการดำเนินงาน planfin ทุกเดือน - ประชุมคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) ระดับจังหวัด และนำเสนอ คบสจ.ทุกเดือน เพื่อเฝ้าระวังการเงินการคลังและช่วยเหลือกรณีมี ภาวะวิกฤติ	0	12 รพ. ประสบปัญหา 0 รพ.

ผ่าน

ผ่าน

รายงานผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (PA) ตามประเด็นบริบทของเขตสุขภาพที่ 1-12 ไตรมาส 4 เดือน 1 ต.ค. 60 - 30 ก.ย. 61

เขตสุขภาพที่	ตัวชี้วัดที่	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2561	Small Success 12 เดือน	คำอธิบาย (ระบุกิจกรรมที่ดำเนินการ)	หน่วย ร้อยละ	หมายเหตุ
3	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ $\geq 40\%$	- ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ \geq ร้อยละ 40	พัฒนาระบบงานสำคัญสำหรับการดำเนินการ DM HT 1. DATA center 2. การแบ่งกลุ่มผู้ป่วย DM HT เป็น 4 กลุ่ม (เสี่ยงต่ำ เสี่ยงปานกลาง เสี่ยงสูงมาก เสี่ยงสูงอันตราย) เพื่อจัดกลุ่มผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาได้เหมาะสมกับระดับของสถานบริการ และสอดคล้องกับสภาวะโรคและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย 3. กำหนด Guide Line / Service Delivery 4. กำหนดกรอบ ยา เวชภัณฑ์ 5. จัดระบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับ DM HT 6. ระบบ Refer เกณฑ์การ refer ของระบบ F2 ขอช่องทาง Consult Endocrine 7. สมุดคู่มือประจำตัวผู้ป่วย ต้องลงประวัติ ระบบนัดผู้ป่วย 8. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หลัก 3อ 3ส 9. Intermedia Care , Sub acute 10. ประชาสัมพันธ์	31.81	เป้าหมาย 30,000 ราย คุมได้ 9,543 ราย ข้อมูล ณ 14 ก.ย.2561

เขตสุขภาพที่	ตัวชี้วัดที่	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2561	Small Success 12 เดือน	คำอธิบาย (ระบุกิจกรรมที่ดำเนินการ)	หน่วย ร้อยละ	หมายเหตุ
		ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ $\geq 50\%$	- ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ ควบคุมได้ \geq ร้อยละ 50	กำหนดแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง 1. แบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยง เสี่ยงต่ำ เสี่ยงปานกลาง เสี่ยงสูงมาก เสี่ยงสูงอันตราย 2. ประเมินความตั้งใจในการเปลี่ยนพฤติกรรม : Stage of change 3. ให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรม : Motivation Interview * กิจกรรมกลุ่ม * กลุ่มเพื่อน เพื่อให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองตามหลัก 3 อ 3 ส (Health Literacy) และเลือกใช้บริการสุขภาพ ภายใต้งบรับท พุทธศาสนิกชน สติปัญญา 4 ภูมิปัญญาท้องถิ่นและแพทย์แผนไทย	40.33	เป้าหมาย 73,170 ราย คุมได้ 29,512 ราย ข้อมูล ณ 14 ก.ย.2561