

รายงานผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการฯ (PA) ของผู้ตรวจราชการกระทรวงฯ-สาธารณสุขนิเทศก์ ไตรมาส 1 เดือน 1 ต.ค.61 - 31 ธ.ค. 61 จังหวัด พิจิตร

แผนงาน	ตัวชี้วัดที่	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2562	Small Success 3 เดือน	คำอธิบาย (ระบุกิจกรรมที่ดำเนินการ)	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ	หมายเหตุ
แผนงานที่ 1 การพัฒนา ชีวิตคนไทย ทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)	1. อัตราส่วนการตายมารดา	ไม่เกิน 17 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน	-	1. ประชุมคณะกรรมการBoard MCH 2. ประกาศนโยบาย มหรรศจรรย์ 100 วัน 3. นิเทศติดตามเสริมพลัง 4. ปรับปรุงคู่มือการทำงาน สูติ ทารก กุมาร (Gide line) 5. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน แก่ผู้รับผิดชอบงานกลุ่มวัย (การลงบันทึก รายงาน ตามแนวทาง สปสช HDC. ระยะเวลาการจัดทำรายงาน ข้อผิดพลาด ที่พบบ่อย) ตรวจสอบการลงรายงาน	627	0	0.00	ผ่าน
	2. ระดับความสำเร็จของ พัฒนาการเด็กตามเกณฑ์ มาตรฐาน			ส่ง จนท.ผู้รับผิดชอบเข้ารับการอบรม TIDA 4 โดยศูนย์สุขภาพจิตที่ 3				ไม่ผ่าน
	2.1 เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการ คัดกรองพัฒนาการ		ร้อยละ 90		3,089	1,445	46.78	
	2.2 เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการ คัดกรองพัฒนาการ พบสงสัย ล่าช้า		ร้อยละ 20		1,445	155	10.73	
	2.3 เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มี พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการ ติดตาม/ส่งต่อ		ร้อยละ 90		152	70	46.05	
	2.4 เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับ การกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA 41		ร้อยละ 60		5	0	0.00	อยู่ระหว่าง การติดตาม
	2.5 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสมวัย		ร้อยละ 85		1,445	1,358	93.98	

แผนงาน	ตัวชี้วัดที่	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2562	Small Success 3 เดือน	คำอธิบาย (ระบุกิจกรรมที่ดำเนินการ)	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ	หมายเหตุ
แผนงานที่ 2 การพัฒนา คุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ	3. ร้อยละของอำเภอผ่าน เกณฑ์การประเมินการพัฒนา คุณภาพชีวิต (พชอ.) ที่มี คุณภาพ	ร้อยละ 60	- มีการประชุม คัดเลือก ประเด็นที่สำคัญตามบริบทใน พื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนา คุณภาพชีวิตมาดำเนินการ พัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่าง น้อย 2 ประเด็น	-ทุกอำเภอมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ ส่วนใหญ่ใช้คำสั่งเดิมปี 2561(ตาม ระเบียบสำนักนายก) แต่มี 2 อำเภอ(อ. ทับคล้อ/อ.บึงนาราง)ได้มีการแต่งตั้ง กกก.ใหม่เนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนตัว บุคคลตามองค์ประกอบของคณะ กรรมการฯ และบางอำเภอมีการแต่งตั้ง คณะอนุกรรมการชุดย่อย เพื่อดำเนินการ ขับเคลื่อนในระดับปฏิบัติ - มีอำเภอ 6 อำเภอจะมีการลงนาม MOU ร่วมกันระหว่างคณะอนุกรรมการ ในแต่ละประเด็นในช่วงเดือน มกราคม 2562 ส่วนอีกอีก 6 อำเภอที่เหลือ มีแผน ที่จะ MOU ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2562 -มีการประชุมคณะกรรมการฯในการ กำหนดประเด็นร่วมกันของแต่ละอำเภอ อย่างน้อย 2-6 ประเด็น พร้อมทั้งได้นำ เรียนผู้ว่าราชการจังหวัดตามระบบ รายงานครบทุกอำเภอ -มีการจัดทำแผนงาน/โครงการพัฒนา คุณภาพชีวิตของอำเภอตามงบที่ได้รับ	12	12	100.00	ผ่าน

แผนงาน	ตัวชี้วัดที่	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2562	Small Success 3 เดือน	คำอธิบาย (ระบุกิจกรรมที่ดำเนินการ)	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ	หมายเหตุ
	6.3 ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69)	น้อยกว่าร้อยละ 7	-		442	53	11.99	ไม่ผ่าน
	6.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit (%SU)	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40	-		227	96	42.30	ผ่าน
	6.5 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) (%DTN)	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50	-		241	15	6.22	ไม่ผ่าน
	6.6 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time) (%DTOR)	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60	-		131	NA	NA	

แผนงาน	ตัวชี้วัดที่	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2562	Small Success 3 เดือน	คำอธิบาย (ระบุกิจกรรมที่ดำเนินการ)	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ	หมายเหตุ
	7. อัตราความสำเร็จ การรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ 85	- วิเคราะห์สถานการณ์ ขนาด และความรุนแรงของปัญหา กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่เป้าหมาย ช่องว่างและปัญหาอุปสรรค	1. เร่งรัดการคัดกรองผู้ป่วยในประชากรกลุ่มเป้าหมาย เพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่ ให้เข้าถึงการรักษาอย่างครอบคลุมทุกราย โดยในไตรมาสที่ 1 มีผลงานการคัดกรอง ร้อยละ 42.88 (เป้าหมาย 17,268 ราย คัดกรอง 7,404 ราย), ผู้ป่วยวัณโรคในปอดรายใหม่ขึ้นทะเบียน 92 ราย, ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คิดเป็น ร้อยละ 14.56 (เป้าหมาย 934 ราย ผู้ป่วย All Form 136 ราย)	92	0	0.00	ยังไม่ครบ ระยะเวลา ประเมิน
	8. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการใช้ยาสมเหตุผล (RDU)	RDU ขั้นที่ 2 80%	RDU ขั้นที่ 1 > ร้อยละ 80	1. ติดตามกำกับโดยผู้บริหารระดับทุกเอน	12	12	100.00	ผ่าน
RDU ขั้นที่ 2 > ร้อยละ 10			2. แต่ละ คบสอ. จัดทำแผนงานโครงการ	12	1	8.33	ไม่ผ่าน	
	9. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)	ร้อยละ 20 ของ รพศ./รพท. มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (intermediate)	-	1. คณะทำงาน AMR ประเมินตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด และวางรูปแบบกิจกรรม ส่วนขาด 2. นำเสนอในคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของ รพ.	1	1	100.00	ผ่าน
	10. อัตราตายของผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสเลือด แบบรุนแรง ชนิด community-acquired	< ร้อยละ 30	-	1. จัดประชุมวิชาการ Sepsis Day ในเครือข่าย 2. จัดประชุมคณะกรรมการ Service Plan 3. ประชุมแกนนำ Sepsis(ร.พ.พิจิตร) 4. จัดทำระบบ Fast Track (ร.พ.พิจิตร)	190	52	ร้อยละ 27.37	ผ่าน

แผนงาน	ตัวชี้วัดที่	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2562	Small Success 3 เดือน	คำอธิบาย (ระบุกิจกรรมที่ดำเนินการ)	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ	หมายเหตุ
	11. ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)	ร้อยละ 20	-	1.ประชุมชี้แจงนโยบายแนวทางการขับเคลื่อนงานยาเสพติดและตัวชี้วัดให้แก่ ผรช งานSPสาขาเสพติด 2.สร้างกระแสประชาสัมพันธ์ผ่านสถานีวิทยุ และเครือข่าย อสม.ในการเข้าถึงระบบบำบัด 3.ประสานงานกับศอ.ปส.จังหวัดในการขับเคลื่อนงานCBTx และกำหนดพื้นที่เป้าหมายพร้อมทั้งส่งบุคลากรเข้าร่วมพัฒนาศักยภาพการดำเนินงาน	24	2	8.33	ยังไม่ครบระยะเวลาประเมิน
	12. ร้อยละของผู้ใช้และผู้เสพยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 month remission rate)	ร้อยละ 40	-	4.ติดตามการประเมินมาตรฐานศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเรือนจำให้มีการประเมินตนเอง	156	49	31.41	ยังไม่ครบระยะเวลาประเมิน
<u>แผนงานที่ 7</u> การพัฒนา ระบบบริการ การแพทย์ ฉุกเฉินครบ วงจรและ ระบบการส่งต่อ	13. อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมงในโรงพยาบาล A, S, M1	ร้อยละ 80		ประชุมให้ความรู้แนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินครบวงจรกับแพทย์พยาบาลจากโรงพยาบาลทุกแห่ง จำนวน 80 คน	726	33	4.55	ผ่าน
<u>แผนงานที่ 10</u> การพัฒนา ระบบบริหารจัดการ กำลังคนด้าน สุขภาพ	14. ร้อยละของเขตสุขภาพ ที่มี การบริหารจัดการกำลังคนที่มี ประสิทธิภาพ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	เขตสุขภาพมีระบบการบริหารจัดการข้อมูลด้านกำลังคน อย่างมีประสิทธิภาพ	จังหวัดมีระบบการบริหารจัดการฯ 1. การวางแผนผลิตและพัฒนากำลังคน 2. การสร้างความร่วมมือผลิตและพัฒนา 3. การบริหารงบประมาณ 4. การบริหารจัดการ 5. การประเมินผล	ขั้นตอน 1,2	ขั้นตอน 1,2	100.00	ผ่าน

แผนงาน	ตัวชี้วัดที่	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2562	Small Success 3 เดือน	คำอธิบาย (ระบุกิจกรรมที่ดำเนินการ)	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ	หมายเหตุ
	15. จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization)	ร้อยละ 70	1. ร้อยละ 70 ของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer)	1 การประเมินHappinometer และ HPI 2 การวิเคราะห์และประเมินผล 3 การจัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรความสุข 4 ดำเนินการตามแผน 5 ความก้าวหน้าการขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรม	3,592 คน	2,732 คน	77.55	ผ่าน
			2. ร้อยละ 70 ของหน่วยงานในจังหวัด/กรม มีการประเมินสุขภาวะองค์กร (HPI)	(เหมือนข้างต้น)	25 หน่วยงาน	9 หน่วยงาน	36.00	ไม่ผ่าน
แผนงานที่ 11 การพัฒนา ระบบธรรมาภิบาลและ องค์กรคุณภาพ	16. ระดับความสำเร็จของส่วนราชการในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐที่ผ่านเกณฑ์กำหนด	1. กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง ระดับ 5 (ร้อยละ 70) 2.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ระดับ 5 (ร้อยละ 70) 3.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ระดับ 5 (ร้อยละ 40)	1. ส่วนราชการจัดทำรายงานลักษณะสำคัญขององค์กรครบ 13 คำถามภายในระยะเวลาที่กำหนด	-ทบทวนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระดับจังหวัด / อำเภอ	สสจ.ผ่านเกณฑ์ระดับ 5	อยู่ระหว่างดำเนินการ	0.00	รอประเมิน
			2. ส่วนราชการมีผลประเมินองค์กร (Self Assessment) เทียบกับเกณฑ์ฯ หมวด 2 กับ หมวด 4 ภายในระยะเวลาที่กำหนดและคงรักษาสภาพ (Maintain) หมวด 1 กับ หมวด 5	-ประกาศนโยบายและชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามเกณฑ์	สสจ.ผ่านเกณฑ์ระดับ 5ร้อยละ 40 จำนวน 5 แห่ง(ตพ./พล./บร./สง./เมือง)	อยู่ระหว่างดำเนินการ	0.00	รอประเมิน

แผนงาน	ตัวชี้วัดที่	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2562	Small Success 3 เดือน	คำอธิบาย (ระบุกิจกรรมที่ดำเนินการ)	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ	หมายเหตุ
			3. ส่วนราชการจัดทำแผนพัฒนาองค์กรหมวด 2 กับหมวด 4 ได้ครบถ้วน(หมวดละ 1 แผน) ภายในระยะเวลาที่กำหนด	ทบทวนและจัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร และประเมินตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ปี58		อยู่ระหว่างดำเนินการ	(ไปรตระบุร้อยละ)	รอประเมิน
			4. ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัดหมวด 2 กับ หมวด 4 ได้ครบถ้วน (บังคับหมวดละ 2 ตัวชี้วัด และกำหนดเองหมวดละ 3 ตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับ OFI) ภายในระยะเวลาที่กำหนด	จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการคือหมวด2 และ 4 ได้ครบถ้วน (ผลลัพธ์หมวด 7)		อยู่ระหว่างดำเนินการ	(ไปรตระบุร้อยละ)	รอประเมิน
	17. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต ร้อยละ 100	โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต ร้อยละ 97	-จัดทำแผนพัฒนาแบบเครือข่ายจังหวัด -จัดทีมพี่เลี้ยงพัฒนาคุณภาพ (PM) ระดับจังหวัด -สมัครเข้าร่วมโครงการ QLN กับ สรพ. และประชุมทีมพี่เลี้ยงร่วมกับ สรพ.	รพท. 1 แห่ง	ผ่าน Re-accredit ครั้งที่ 2 (เตรียมรอรับ Re-accredit ครั้งที่ 3 เดือน ธค.62)	100.00	ผ่าน
		2. โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 90	โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 87		รพท. 8 แห่ง	ผ่าน Re-accredit ครั้งที่ 1-3	100.00	ผ่าน
	18. ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ดีดดาว	ร้อยละ 60	1. ประชุมชี้แจงนโยบาย (kickoff) ระดับประเทศ	-ประชุมชี้แจงนโยบายการพัฒนาคุณภาพ ใน รพ.สต.แก่ผู้บริหาร ส่วนชี้แจงเกณฑ์หรือความชัดเจนระดับเขต	เพิ่ม 56 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 79.81	ระหว่างดำเนินการ	31 แห่ง (สะสมปี 60 - 62) คิดเป็น 28.44	รอประเมิน
			2. ประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาทีมประเมินระดับเขต (ครู ก)	-รอกการจัดอบรมร่วมกับเวทีระดับเขต - จัดอบรมการฝึกทักษะการเขียนโปรไฟล์ให้ รพ.สต.เป้าหมาย ปี 2562		ระหว่างดำเนินการ		
			3. มีคู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ดีดดาว ปี 2562	-สนับสนุนคู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ดีดดาว ปี 2562 แก่ รพ./สสอ./รพสต เป็นไฟล์ electronic	109	109	100.00	

แผนงาน	ตัวชี้วัดที่	เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2562	Small Success 3 เดือน	คำอธิบาย (ระบุกิจกรรมที่ดำเนินการ)	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ	หมายเหตุ
แผนงานที่ 12 การพัฒนา ระบบข้อมูล สารสนเทศ ด้านสุขภาพ	19. เขตสุขภาพมีการ ดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่ การเป็น Smart Hospital	- รพศ./รพท จังหวัด ละ 1 แห่ง - ร้อยละ 50 ของ รพช - ร้อยละ 50 ของ รพ. สังกัดกรมวิชาการ	รพ.กลุ่มเป้าหมายคือ 1. รพ.สังกัด สป. คือ - รพศ/รพท 116 แห่ง - รพช 781 แห่ง	1. ประชุมถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ ไปยัง รพท และ รพช 2. รพท และ รพช จัดทำแผนปฏิบัติการ 3. รพท และ รพช เริ่ม ดำเนินการในบาง ประเด็น	12	0	(โปรดระบุร้อยละ)	รอประเมิน
			2. รพ.สังกัดกรมวิชาการ ทุก แห่งรับทราบ แนวทางการ ดำเนินงาน และการ ประเมินผล ตามเกณฑ์ Smart hospital	ไม่มีเป้าหมาย	ไม่มีเป้าหมาย	ไม่มีเป้าหมาย	ไม่มีเป้าหมาย	
	20. มีการใช้ Application สำหรับ PCC ในหน่วยบริการ ปฐมภูมิ	ทีม PCC ทั้งหมด ที่ ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอ ครอบครัวตามเกณฑ์ ของ สสป. ปี 2562 ใช้ app. PCC ในการ ปฏิบัติงาน	1. มีการจัดทำข้อสรุปแนว ทางการพัฒนา Application PCC รายงานเสนอ CIO สป.สธ. ทราบ	รอส่วนกลางในการพัฒนา Application PCC	15	NA	NA	รอประเมิน
			2. มีการคัดเลือกทีม PCC เป้าหมาย อย่างน้อยเขต สุขภาพละ 1 ทีม เป็น PCC นำร่อง					
			3. มีการจัดทำ Work Shop การพัฒนา Application PCC					
แผนงานที่ 13 การบริหาร จัดการด้าน การเงินการ คลังสุขภาพ	21. ร้อยละของหน่วยบริการที่ ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	ไม่เกินร้อยละ 4	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ไม่เกินร้อยละ 4	1. วิเคราะห์การจัดทำแผนทางการเงิน (Planfin) ของหน่วยบริการ 2. ควบคุมกำกับแผนทางการเงินของ หน่วยบริการ 3. เฝ้าระวังสถานการณ์การเงินหน่วย บริการ	12	0	ร้อยละ 0	ผ่าน