คำนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ตามนโยบายการปฏิรูปประเทศไทยของรัฐบาล เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยที่กำลังสู่สังคมผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพประชาชนที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น โรคติดต่ออุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ การบาดเจ็บจากการจราจร การคุ้มครองผู้บริโภค และสิ่งแวดล้อม นั้น

เขตสุขภาพที่ 4 มีการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติภายใต้ **วิสัยทัศน์ "เป็นเขตสุขภาพชั้นนำโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งสู่สุขภาวะที่ดีของประชาชนอย่างยั่งยืน"** มียุทธศาสตร์สำคัญในการขับเคลื่อนได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืนด้วยกระบวนการประชารัฐ ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกระดับให้มีคุณภาพมาตรฐานสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นปัจจุบัน โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาศักยภาพและเพิ่มสมรรถนะบุคลากรในเขตสุขภาพเพื่อมุ่งมั่นสู่เขตสุขภาพชั้นนำ และยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพเพื่ออภิบาลระบบสุขภาพนำประชาชนสู่สุขภาวะที่ดี โดยมีเข็มมุ่งในการแก้ไขปัญหาสำคัญระดับเขต 5 ประเด็น : ประเด็นที่ 1 โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) ประเด็นที่ 2 หน่วยบริการปฐมภูมิแบบเบ็ดเสร็จ และการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว(Primary Care Cluster plus Long Term Care) ประเด็นที่ 3 การบาดเจ็บทางถนน (Road Traffic Injuries) ประเด็นที่ 4 พัฒนาการเด็ก และประเด็นสุดท้าย อาหารปลอดภัย

แผนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ 20 ปี ด้านสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 4 จึงมีความสำคัญต่อหน่วยงานระดับจังหวัดในการขับเคลื่อนวิสัยทัศน์และพันธกิจภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ เพื่อมุ่งมั่นพัฒนาระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมนำไปสู่เป้าหมาย "ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน โดยยึดค่านิยมองค์กร MOPH : Mastery ความเป็นนายตนเอง Originality สร้างสรรค์นวัตกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อระบบสุขภาพ People centered approach ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง Humility อ่อนน้อมถ่อมตน เป็นหลักในการทำงาน

เขตสุขภาพที่ 4
พฤศจิกายน 2559

สารบัญ

หน้า

คำนำ

สารบัญ

ทำเนียบผู้บริหาร 4

ข้อมูลทั่วไป 10

- บริบทพื้นที่ 10
- จำนวนประชากรรายจังหวัดและสิทธิการรักษา 11
- สถิติชีพสำคัญ 12

การบริหารทรัพยากรสาธารณสุข 14

- สถานบริการภาครัฐและเอกชน 14
- บุคลากร 14
- อัตราครองเตียง 15
- สถานการณ์การเงินการคลัง 17

ผลการดำเนินงานที่สำคัญ 18

- สถานการณ์ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ 18

วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม ยุทธศาสตร์ 19

กลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานระดับเขต 20

แนวทางการกำกับ ติดตาม ประเมินผล 20

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ 20 ปี เขตสุขภาพที่ 4 24

เข็มมุ่งแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ 25

1. หน่วยบริการปฐมภูมิแบบเบ็ดเสร็จ และการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Primary Care Cluster plus Long Term Care) 55
2. โรคหัวใจและหลอดเลือด(Cardiovascular disease) 56
3. การบาดเจ็บทางถนน(Road Traffic Injuries) 58
4. พัฒนาการเด็ก 59
5. อาหารปลอดภัย 60

สารบัญ

หน้า

เป้าหมาย มาตรการ ความสำเร็จ สู่ความเป็นเลิศ : 4 Excellence 61

- การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ(Prevention & Promotion Excellence) 62
- การบริการเป็นเลิศ(Service Excellence) 68
- การพัฒนาบุคลากรเป็นเลิศ(People Excellence) 70
- การบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล(Governance Excellence) 72
- การกำกับติดตามประเมินผล(Monitoring & Evaluation) 78

เป้าหมาย มาตรการ ความสำเร็จ
ระบบบริการสุขภาพสู่ความเป็นเลิศ Service Plan 80

เป้าหมาย มาตรการ ความสำเร็จ การบริหารจัดการของ Chief Officer 101

โครงสร้างการบริหารงานเขตสุขภาพที่ 4

นายแพทย์มรุต จิรเศรษฐสิริ
ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 4

นายแพทย์สมยศ ศรีจารนัย
สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 4

นายแพทย์นพพร พงศ์ปลื้มปิติชัย
ผู้อำนวยการเขตสุขภาพที่ 4 (COO)

นางสาวอังคณา จรรยากุลวงศ์
ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
เขตสุขภาพที่ 4

นายแพทย์ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร
รองผู้อำนวยการเขตสุขภาพที่ 4

นางวรรณลักษณ์ ดุลยากุล
รองผู้อำนวยการเขตสุขภาพที่ 4

บริหารงบประมาณ (CFO)
นายแพทย์ไพโรจน์ สุรัตนวนิช

บริหารจัดการความรู้ (CKO)
นายแพทย์พิเชษฐ พัวพันกิจเจริญ

บริหารกำลังคน (CHRO)
นายแพทย์อนันต์ กมลเนตร

พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (CSO)
นายแพทย์สุรโชค ต่างวิวัฒน์

บริหารเทคโนโลยี (CHTA)
แพทย์หญิงดารารัตน์ รัตนรักษ์

บริหารข้อมูลสารสนเทศ (CIO)
นายแพทย์มณเฑียร คณาสวัสดิ์

ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 4

นายแพทย์ชูวิทย์ ลิขิตยิ่งวรา
ประธานคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพเขต 4

นายแพทย์ชลอ ศานติวรางคณา
ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 จังหวัดสระบุรี

ทำเนียบผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 4

นายแพทย์มรุต จิรเศรษฐสิริ
หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

นายแพทย์สมยศ ศรีจารนัย
สาธารณสุขนิเทศก์

นายแพทย์วัฒนา โรจนวิจิตรกุล
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

นายแพทย์ณรงค์ ตั้งตรงไพโรจน์
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี

นายแพทย์พิทยา ไพบูลย์ศิริ
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

นายแพทย์นพพร พงศ์ปลื้มปิติชัย
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

นายแพทย์ไพโรจน์ สุรัตนวนิช
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

นายแพทย์มณเฑียร คณาสวัสดิ์
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี

นายแพทย์วรงค์ รุ่งเรือง
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

นายแพทย์สาโรจน์ มะรุมดี
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครนายก

นายแพทย์สุรโชค ต่างวิวัฒน์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี

นายแพทย์ธานินทร์ สีวราภรณ์สกุล
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

นายแพทย์วิรุฬห์ พรพัฒน์กุล
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

นายแพทย์นิพัธ กิตติมานนท์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

นายแพทย์ประสิทธิ์ มานะเจริญ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมธานี

นายแพทย์พงษ์นรินทร์ ชาติรังสรรค์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอ่างทอง

แพทย์หญิงวนิดา สาดตระกูลวัฒนา
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงห์บุรี

นายแพทย์อนันต์ กมลเนตร
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครนายก

นายแพทย์ทศพร ศิริโสภิตกุล
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระพุทธบาท

นายแพทย์สมศักดิ์ สุทธิพงศ์เกียรติ์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านหมี่

แพทย์หญิงดารารัตน์ รัตนรักษ์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอินทร์บุรี

แพทย์หญิงโศรยา ธรรมรักษ์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนา

แพทย์หญิงนันทพร เมฆสวัสดิชัย
ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4

นายแพทย์เกษม เวชสุทธานนท์
ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี

แพทย์หญิงหทัยชนนี บุญเจริญ
ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 นนทบุรี

นางเลขา ปราสาททอง
ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 4 นนทบุรี

นายแพทย์เกรียงไกร นามไธสงฆ์
ผู้อำนวยการสำนักตรวจราชการ เขต 4
กรมการแพทย์

นายแพทย์สมภพ แสงกิตติไพบูลย์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็ง ลพบุรี

นายแพทย์ธนเดช สินธุเสก
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณ ธัญบุรี

แพทย์หญิงวิพรรณ สังคหะพงศ์
ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก

นายแพทย์วิโรจน์ วีรชัย
ผู้อำนวยการสถาบันธัญญารักษ์

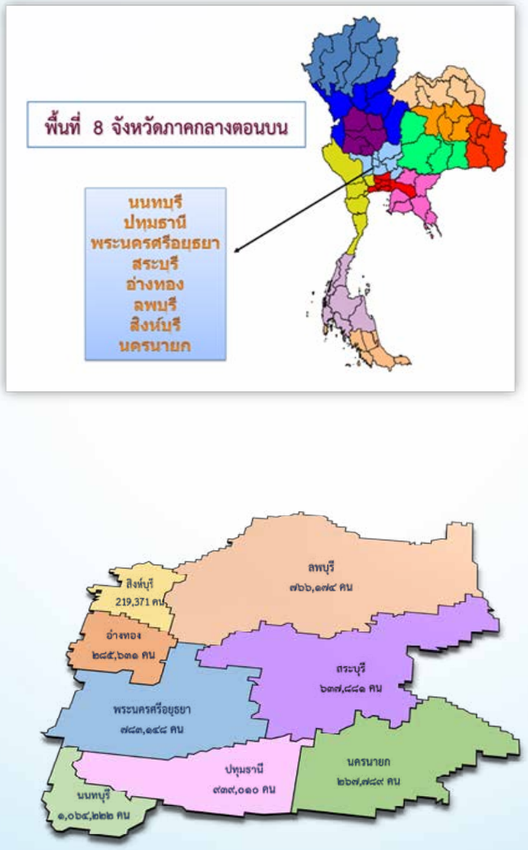
นายแพทย์ศิริศักดิ์ ธิติดิลกรัตน์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา

นายแพทย์ชลอ ศานติวรางคณา
ผู้อำนวยการ สปสช.เขต 4 สระบุรี

1. ข้อมูลทั่วไป

➢ บริบทพื้นที่

เขตสุขภาพที่ 4 ประกอบไปด้วย 8 จังหวัด ซึ่งอยู่ในภาคกลางตอนบน ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี จังหวัดปทุมธานี จังหวัดสระบุรี จังหวัดลพบุรี จังหวัดนครนายก จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดสิงห์บุรี และจังหวัดอ่างทอง มีพื้นที่ 18,393.89 ตารางกิโลเมตร คิดเป็นร้อยละ 3.58 ของพื้นที่ประเทศไทย มีอำเภอทั้งสิ้น 70 อำเภอ 713 ตำบล 6,057 หมู่บ้านและ 1,987,420 หลังคาเรือน สภาพโดยทั่วไปในพื้นที่ 8 จังหวัดของภาคกลางส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ราบลุ่ม และมีภูเขาสูงครอบคลุมอยู่ในพื้นที่จังหวัดสระบุรี จังหวัดลพบุรี และจังหวัดนครนายก มีลำคลองอยู่เป็นจำนวนมาก และแม่น้ำไหลผ่านอยู่หลายสาย ได้แก่ แม่น้ำเจ้าพระยา แม่น้ำป่าสัก แม่น้ำน้อย และแม่น้ำนครนายก ประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม และมีโรงงานอุตสาหกรรมกระจายอยู่เกือบทุกจังหวัด



แผนภาพที่ 1 แผนที่จังหวัดและประชากร

➢ จำนวนประชากรรายจังหวัดและสิทธิการรักษา

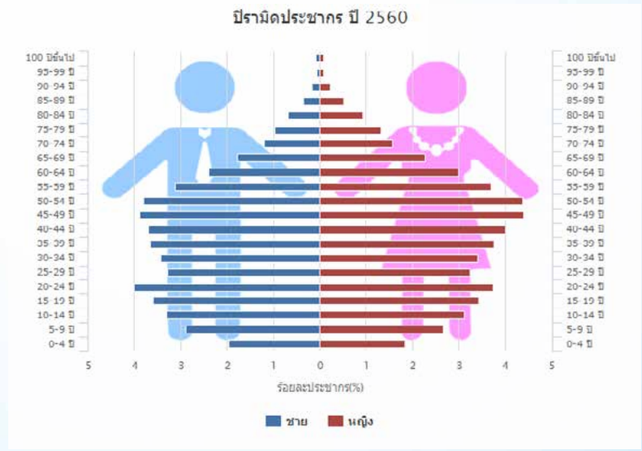
ตารางที่ 1 ข้อมูลประชากรและสิทธิการรักษาพยาบาลรายจังหวัด

จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4	จำแนกตามทะเบียนบ้าน	จำแนกตามสิทธิรักษา						
		บัตรทอง	ข้าราชการ	ประกันสังคม	อปท.	ต่างด้าว	อื่นๆ	รวม
	คน	คน	คน	คน	คน	คน	คน	คน
นนทบุรี	1,064,222	761,658	133,504	313,930	6,934	3,985	19,479	1,239,490
ปทุมธานี	939,010	699,120	80,565	523,941	6,379	3,924	20,990	1,334,919
พระนครศรีอยุธยา	783,148	521,670	57,057	260,100	7,915	919	12,995	860,656
อ่างทอง	285,631	195,022	24,046	33,170	3,677	151	3,381	259,447
ลพบุรี	766,174	521,677	76,085	87,232	7,054	566	19,778	712,392
สิงห์บุรี	219,371	146,142	23,334	27,018	2,780	134	2,576	201,984
สระบุรี	637,881	438,921	42,774	213,279	6,944	725	14,037	716,680
นครนายก	267,789	175,976	26,303	36,733	2,475	431	3,178	245,096
รวม	4,963,226	3,460,186	463,668	1,495,403	44,158	10,835	96,414	5,570,664

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่ 11 พฤศจิกายน 2559

ประชากรอายุ ≥ 60 ปี
ร้อยละ 17.69

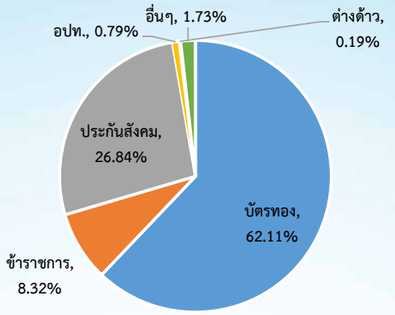
ประชากรอายุ 0-19 ปี
ร้อยละ 22.79



ที่มา: ข้อมูลประชากร Health data center กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 30 พฤศจิกายน 2559

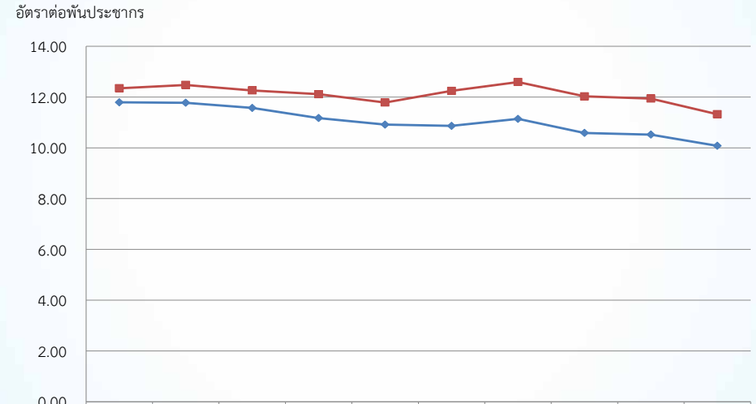
เขตตรวจราชการที่ 4 มีประชากรรวมทั้งสิ้น 4,963,226 คน (ไม่รวมประชากรต่างด้าวและอื่นๆ) คิดเป็นร้อยละ 7.48 ของประชากรในประเทศไทย โดยมีจังหวัดนนทบุรี มีประชากรมากที่สุด ร้อยละ 21.44 รองลงมาคือจังหวัดปทุมธานี ร้อยละ 18.90 มีประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุร้อยละ 17.69 ส่วนสัดส่วนสิทธิการรักษา ส่วนใหญ่มีสิทธิบัตรทองมากที่สุด ร้อยละ 62.11 รองลงมาคือ ประกันสังคม และข้าราชการ ร้อยละ 26.84 และร้อยละ 8.32 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

แผนภูมิที่ 1 สัดส่วนสิทธิการรักษาพยาบาล



➢ สถิติชีพที่สำคัญ

แผนภูมิที่ 2 แนวโน้มอัตราการเกิดของประชากร 10 ปี ระหว่างปี 2549 - 2558

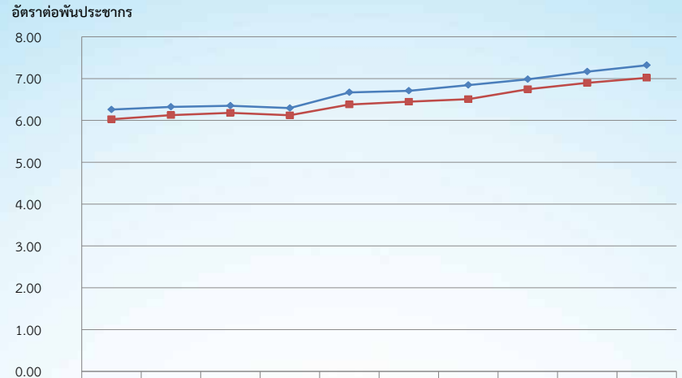


	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58
เขต	11.79	11.77	11.57	11.17	10.91	10.86	11.14	10.59	10.52	10.08
ประเทศ	12.35	12.48	12.26	12.11	11.79	12.24	12.59	12.03	11.94	11.32

ที่มา กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ปี 2558

จากแผนภูมิอัตราการเกิดของประชากร ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา (ปี 2549 - 2558) พบว่า เขตสุขภาพที่ 4 แนวโน้มอัตราการเกิดของประชากรลดลง อยู่ระหว่าง 11.79 – 10.08 ต่อพันประชากร และเมื่อเปรียบเทียบอัตราเกิดของประเทศ เขตสุขภาพที่ 4 มีอัตราเกิดต่ำกว่าระดับประเทศ อัตราเกิดของประชากรมีผลโดยตรงกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของเขตสุขภาพที่ 4 ในอนาคต

แผนภูมิที่ 3 แนวโน้มอัตราการตายของประชากร 10 ปี ระหว่างปี 2549 - 2558



	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58
เขต	6.26	6.32	6.35	6.29	6.67	6.71	6.84	6.98	7.17	7.32
ประเทศ	6.03	6.13	6.18	6.12	6.38	6.45	6.51	6.75	6.90	7.02

ที่มา กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ปี 2558

จากแผนภูมิอัตราการตายของประชากร ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา (ปี 2549 - 2558) พบว่า เขตสุขภาพที่ 4 มีแนวโน้มอัตราการตายของประชากรเพิ่มขึ้น อยู่ระหว่าง 6.26 – 7.32 ต่อพันประชากร และเมื่อเปรียบเทียบอัตราการตายของประเทศ เขตสุขภาพที่ 4 มีอัตราการตายต่ำกว่าระดับประเทศ

➢ สถานะสุขภาพ

ตารางที่ 2 สาเหตุการป่วยผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน 10 อันดับแรก (อัตราต่อประชากรพันคน)

ลำดับ	ผู้ป่วยนอก			ผู้ป่วยใน		
	กลุ่มโรค	จำนวน	อัตรา	กลุ่มโรค	จำนวน	อัตรา
1	โรคระบบไหลเวียนเลือด	2,143,714	33.00	ต้อกระจกและความผิดปกติของเลนส์อื่น ๆ	21,485	0.330766
2	โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการ และเมตาบอลิซึม	2,061,378	31.74	ปอดบวม	20,098	0.309413
3	โรคระบบหายใจ	1,592,658	24.52	การเกิดของทารกตามสถานที่เกิด	19,042	0.293155
4	โรคระบบกล้ามเนื้อ รวมโครงร่าง และเนื้อยึดเสริม	1,289,998	19.86	อาการท้องร่วง กระเพาะและลำไส้อักเสบ ซึ่งสันนิษฐานว่าเกิดจากการติดเชื้อ	16,712	0.257285
5	โรคระบบย่อยอาหาร รวมโรคในช่องปาก	1,216,839	18.73	อาการ อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่พบจากการตรวจทางคลินิกและตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มิได้มีรหัสระบุไว้	12,270	0.188899
6	โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	382,346	5.89	โลหิตจางอื่น ๆ	9,714	0.149549
7	โรคตารวมส่วนประกอบของตา	310,350	4.78	การคลอดของครรภ์เดี่ยว	9,398	0.144684
8	โรคติดเชื้อและปรสิต	306,420	4.72	Heart failure (I50) หัวใจล้มเหลว	8,818	0.135755
9	โรคระบบสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ	290,836	4.48	ภาวะอื่น ๆ ในระยะปริกำเนิด	8,302	0.127811
10	โรคระบบประสาท	223,820	3.45	โรคหัวใจขาดเลือดอื่น ๆ	7,445	0.114617

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2557

ตารางที่ 3 โรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 10 อันดับโรค

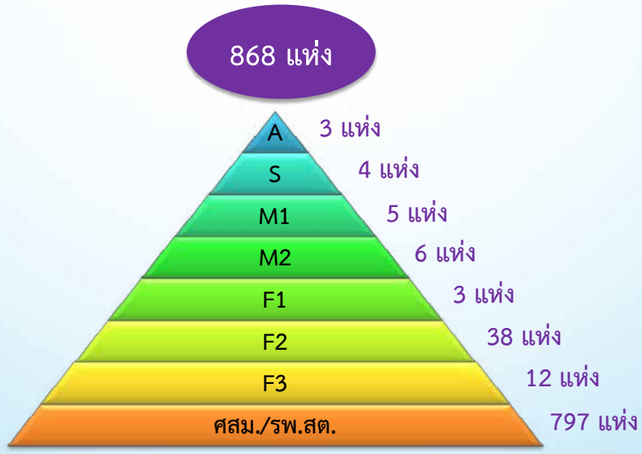
ลำดับประเทศ	ลำดับโรค	โรค	อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน		อัตราตายต่อประชากรแสนคน		ร้อยละป่วยตาย	
			ประเทศ	เขต 4	ประเทศ	เขต 4	ประเทศ	เขต 4
8	1	Diarrhea	1382.28	1367.75	0.01	0.00	0.00	0.00
8	2	Pyrexia	554.26	395.43	0.00	0.00	0.00	0.00
9	3	Pneumonia	269.76	238.05	0.42	0.15	0.16	0.06
8	4	Influenza	165.79	130.22	0.03	0.00	0.02	0.00
9	5	Food Poisoning	150.92	121.70	0.00	0.00	0.00	0.00
9	6	H.conjunctivitis	146.23	117.41	0.00	0.00	0.00	0.00
5	7	Hand foot and mouth disease	103.19	115.82	0.00	0.00	0.00	0.00
9	8	Chickenpox	57.69	54.18	0.00	0.00	0.00	0.00
13	9	D.H.F Total	70.83	37.77	0.06	0.00	0.08	0.00
11	10	S.T.D. Total	49.11	32.18	0.00	0.00	0.00	0.00

ที่มา : รายงาน 506 สำนักระบาดวิทยา ณ วันที่ 7 ตุลาคม 2559

2.การบริหารทรัพยากรสาธารณสุข

➢ **ระดับสถานบริการภาครัฐและเอกชน**

ระดับสถานบริการภาครัฐ เขตสุขภาพที่ 4 มีจำนวน 868 แห่ง ดังนี้ ระดับโรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 5 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 63 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 797 แห่ง ดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 ระดับสถานบริการภาครัฐ

โรงพยาบาลรัฐบาลนอกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่

1. โรงพยาบาลอานันทมหิดล
2. โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
3. ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ฯ
4. โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณ ธัญบุรี
5. โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
6. สถาบันโรคทรวงอก

➢ บุคลากร

ตารางที่ 4 ข้อมูลสถานการณ์กำลังคน จำแนกรายจังหวัด

จังหวัด	แพทย์			ทันตแพทย์			เภสัชกร			พยาบาลวิชาชีพ			อื่นๆ		
	อัตรามีคนครอง	อัตราว่าง	อัตรากำลังแพทย์: ประชากร	อัตรามีคนครอง	อัตราว่าง	อัตรากำลังทันตแพทย์: ประชากร	อัตรามีคนครอง	อัตราว่าง	อัตรากำลังเภสัชกร: ประชากร	อัตรามีคนครอง	อัตราว่าง	อัตรากำลังพยาบาล: ประชากร	อัตรามีคนครอง	อัตราว่าง	อัตรากำลังสายงานอื่นๆ: ประชากร
นครนายก	62	87	4,319	27	32	9,918	32	36	8,368	531	557	504	953	1,126	281
นนทบุรี	225	299	4,730	81	89	13,139	107	111	9,946	1,013	1,177	1,051	1,824	2,258	583
ปทุมธานี	120	175	7,825	57	66	16,474	79	87	11,886	815	869	1,152	1,587	1,798	592
พระนครศรีอยุธยา	225	311	3,481	70	82	11,188	96	109	8,158	1,380	1,500	567	2,947	3,457	266
ลพบุรี	170	234	4,507	58	65	13,210	83	112	9,231	1,260	1,357	608	2,352	2,814	326
สระบุรี	279	347	2,286	61	72	10,457	100	125	6,379	1,531	1,725	417	3,161	3,743	202
สิงห์บุรี	85	111	2,581	25	32	8,775	41	47	5,351	760	791	289	1,203	1,363	182
อ่างทอง	90	117	3,174	30	41	9,521	46	57	6,209	679	755	421	1,422	1,614	201
รวม	**1,256**	**1,681**	**3,952**	**409**	**479**	**12,135**	**584**	**684**	**8,499**	**7,969**	**8,731**	**623**	**15,449**	**18,173**	**321**

ที่มา : ระบบบริหารงานบุคคลใหม่ HROPS ณ วันที่ 13 พฤศจิกายน 2559

➢ **อัตราครองเตียง**

ตารางที่ 5 ข้อมูลอัตราครองเตียง จำแนกรายจังหวัด

จังหวัด	จำนวน (เตียง)	ผู้ป่วยใน (คน)	วันนอน (วัน)	อัตราครองเตียง
นนทบุรี	732	40,050	194,131	91.05
ปทุมธานี	643	48,453	200,656	78.16
พระนครศรีอยุธยา	1,112	4,742	16,223	73.96
อ่างทอง	699	43,359	360,530	67.49
ลพบุรี	1,238	73,914	328,294	80.78
สิงห์บุรี	618	210,518	134,468	79.41
สระบุรี	1,409	92,844	456,774	75.92
นครนายก	427	420,635	131,480	78.70
รวมทั้งหมด	**6,878**	**934,515**	**1,822,556**	**78.19**

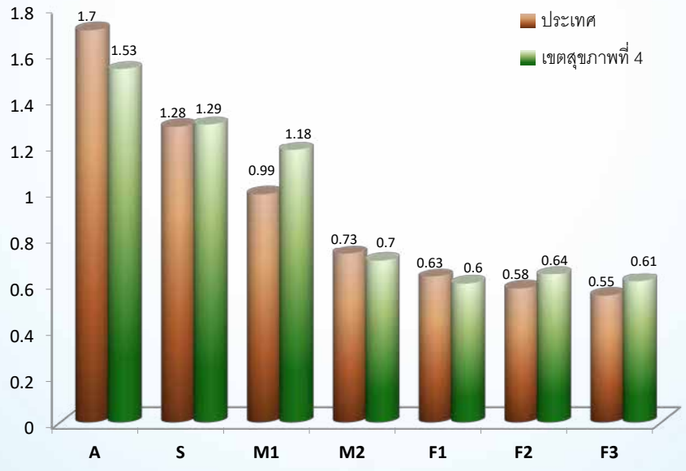
ที่มา : สำนักบริหารการสาธารณสุข ปี 2558

ตารางที่ 6 ข้อมูลสถานบริการจำแนกประเภท จำแนกรายจังหวัด

จังหวัด	A		S		M1		M2		F1		F2		F3		รวม	
	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง
นนทบุรี	1	515	-	-	-	-	2	77	2	65	1	65	1	-	7	722
ปทุมธานี	-	-	1	380	-	-	1	66	-	-	5	167	1	30	8	643
พระนครศรีอยุธยา	1	524	-	-	1	180	1	48	-	-	10	330	3	30	16	1112
อ่างทอง	-	-	1	324	-	-	-	-	1	106	4	233	1	36	7	699
ลพบุรี	-	-	1	428	1	258	2	277	-	-	5	215	2	60	11	1238
สิงห์บุรี	-	-	1	280	1	218	-	-	-	-	3	92	1	28	6	618
สระบุรี	1	700	-	-	1	315	-	-	-	-	8	358	2	36	12	1409
นครนายก	-	-	-	-	1	314	-	-	-	-	2	103	1	10	4	427
รวมทั้งหมด	3	1739	4	1412	5	1285	6	468	3	171	38	1563	12	230	71	6868

ที่มา : สำนักบริหารการสาธารณสุข ปี 2558

แผนภูมิที่ 4 Case Mixed Index (CMI) จำแนกตามระดับโรงพยาบาล



ค่าดัชนีผู้ป่วยใน (Case Mixed Index : CMI) ของแต่ละระดับสถานบริการสุขภาพตาม Service Plan พบว่า โรงพยาบาลศูนย์ (A) มีค่า CMI เท่ากับ 1.53 ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด และต่ำกว่าประเทศ ซึ่งโรงพยาบาลศูนย์ (A) ควรมีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 1.6 และค่า CMI เมื่อเทียบกับเป้าหมาย 5 ปี พบว่าโรงพยาบาลทั่วไป มีค่าใกล้เคียงกับเป้าหมาย

➢ สถานการณ์การเงินการคลัง

ตารางที่ 7 สถานการณ์ทางการเงินวิกฤติ ระดับ 7

ระดับวิกฤติ	ปี 2557		ปี 2558		ปี 2559	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
วิกฤติระดับ 7	1	1.47	13	18.57	7	9.86
วิกฤติระดับ 6	0	0.00	0	0.00	4	5.63
วิกฤติระดับ 5	0	0.00	2	2.87	1	1.41
รวมระดับ 5-7	**1**		**15**		**12**	
วิกฤติระดับ 4	8	11.76	8	11.43	11	15.49
วิกฤติระดับ 3	4	5.88	9	12.85	10	14.08
วิกฤติระดับ 2	3	4.41	10	14.29	8	11.26
วิกฤติระดับ 1	30	44.12	19	27.14	20	28.17
ระดับปกติ	22	32.35	9	12.85	10	14.08
รวมทั้งสิ้น	**68***	**100.00**	**70**	**100.00**	**71****	**100.00**

ที่มา : กลุ่มประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 9 ธันวาคม 2559

หมายเหตุ : * ปี 2557 จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด 70 แห่ง (ขาด 2 แห่ง จังหวัดนนทบุรี รพ.บางกรวย รพ.บางใหญ่)

** ปี 2559 จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด 71 แห่ง (เพิ่ม 1 แห่ง จังหวัดนนทบุรี รพ.บางบัวทอง 2)

ตารางที่ 8 สถานการณ์ทางการเงินวิกฤติ ระดับ 7 ปีงบประมาณ 2559 จำแนกรายจังหวัด

ระดับวิกฤติการเงิน	จังหวัด เขตสุขภาพที่ 4								รวม
	นครนายก	นนทบุรี	ปทุมธานี	พระนครศรีอยุธยา	ลพบุรี	สระบุรี	สิงห์บุรี	อ่างทอง	
7		2			4	1			7
6			1			3			4
5				1					1
4	1	1		2		1	1	5	11
3			1	4	3		1	1	10
2	2			1		3	2		8
1		1	4	5	4	4	2		20
ปกติ	1	3	2	3				1	10
รวม	4	7	8	16	11	12	6	7	71

ที่มา : กลุ่มประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 9 ธันวาคม 2559

ตารางที่ 9 หน่วยบริการที่มีวิกฤติการเงินระดับ 7

ปีงบประมาณ	จำนวน	โรงพยาบาล
2556	1	อินทร์บุรี
2557	1	อินทร์บุรี
2558	13	อินทร์บุรี, พรหมบุรี, หนองเสือ , บางบาล , บางปะหัน, มหาราช, บ้านแพรก, ไชโย, หนองแค, บ้านหมอ, ดอนพุด , เสาไห้ , องครักษ์
2559 (Q3)	1	หนองเสือ
2559 (ส.ค.)	9	รพ.อินทร์บุรี , มวกเหล็ก , หนองเสือ , บางบัวทอง, ไทรน้อย , พัฒนานิคม , โคกสำโรง , ชัยบาดาล,ท่าวุ้ง
2559 (Q4)	7	บางบัวทอง, ไทรน้อย, พัฒนานิคม, โคกสำโรง, ชัยบาดาล, ท่าวุ้ง, มวกเหล็ก

ที่มา : กลุ่มประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 9 ธันวาคม 2559

3. ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

➢ ผลการดำเนินงานที่สำคัญของปีงบประมาณ 2559 พบปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ดังนี้

- ผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน พื้นฐาน (กลุ่มพึ่งพิง) ต่ำกว่าเป้าหมาย ร้อยละ 6.9 (เป้าหมายร้อยละ 15)
- จำนวนคลินิกหมอครอบครัว 26 แห่ง (สระบุรี 3 แห่ง อ่างทอง 2 แห่ง พระนครศรีอยุธยา 2 แห่ง นนทบุรี 7 แห่ง ปทุมธานี 2 แห่ง สิงห์บุรี 3 แห่ง นครนายก 2 แห่ง)
- อัตราตายอุบัติเหตุท้องถนน 19.73 ต่อแสนประชากร (เป้าหมายไม่เกิน 24.29 ต่อประชากรแสนคน)
- อัตราตายโรคหัวใจและหลอดเลือด เท่ากับ 41.85 ต่อแสนประชากร (เป้าหมาย 27.4 ต่อแสนประชากร)
- อัตราส่วนมารดาตาย 33 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน (เป้าหมาย 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)
- หญิงตั้งครรภ์ ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ12 สัปดาห์ ร้อยละ 47
- อาหารปลอดภัย ยังพบสถานที่ผลิตน้ำบริโภคและน้ำแข็ง ณ สถานที่ผลิตไม่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (ด้านเชื้อจุลินทรีย์) ไม่ครบ ร้อยละ 100

4. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม ยุทธศาสตร์

เป้าประสงค์	ประชาชนสุขภาพดีพึ่งตนเองทางสุขภาพ		เจ้าหน้าที่และภาคีเครือข่ายมีความสุข	ระบบสุขภาพยั่งยืน
ยุทธศาสตร์	ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืนด้วยกระบวนการประชารัฐ	พัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกระดับให้มีคุณภาพมาตรฐานสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นปัจจุบันโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง	พัฒนาศักยภาพและเพิ่มสมรรถนะบุคลากรในเขตสุขภาพเพื่อมุ่งมั่นสู่เขตสุขภาพชั้นนำ	พัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพเพื่ออภิบาลระบบสุขภาพนำประชาชนสู่สุขภาวะที่ดี
มาตรการ	1. เสริมสร้างภาคีเครือข่ายและพันธมิตร 2. สร้างความแตกฉานทางสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3. สร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพอำเภอ(DHS) 4. เสริมสร้างความเข้มแข็งระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ	1. พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (PCC) 2. ยกระดับขีดความสามารถของหน่วยบริการทุกระดับ 3. พัฒนาระบบบริการตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพและระบบส่งต่อ 4. พัฒนาความร่วมมือกับมหาวิทยาลัย 5. พัฒนาคุณภาพการให้บริการ	1. พัฒนาระบบและกลไกการขับเคลื่อนการบริหารจัดการ 2. เร่งผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ 3. สร้างกลไกการสื่อสารองค์กรเพื่อส่งเสริมการรับรู้และความเข้าใจในทิศทางเดียวกัน 4. พัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ	1. สนับสนุนให้เกิดองค์กรคุณธรรม 2. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพเพื่อการบริหารจัดการ 3. พัฒนาการบริหารจัดการระบบการเงินการคลัง 4. สนับสนุนให้เกิดงานวิจัยและการจัดการความรู้เพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่

5. เข็มมุ่งเขตสุขภาพที่ 4 การแก้ไขปัญหาในพื้นที่

- โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease)
- หน่วยบริการปฐมภูมิแบบเบ็ดเสร็จ และการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Primary Care Cluster plus Long Term Care)
- การบาดเจ็บทางถนน (Road Traffic Injuries)
- พัฒนาการเด็ก
- อาหารปลอดภัย

6. การขับเคลื่อน

- ระบบธรรมาภิบาลและบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ
- ระบบข้อมูลข่าวสารและ สารสนเทศ
- ระบบกำกับ ติดตาม ประเมินผล

7. กลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานระดับเขต

ระดับเขต

1 คณะกรรมการเขตสุขภาพ .

2 .คณะกรรมการ Chief Officer ต่างๆ

3. คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ และคณะทำงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์

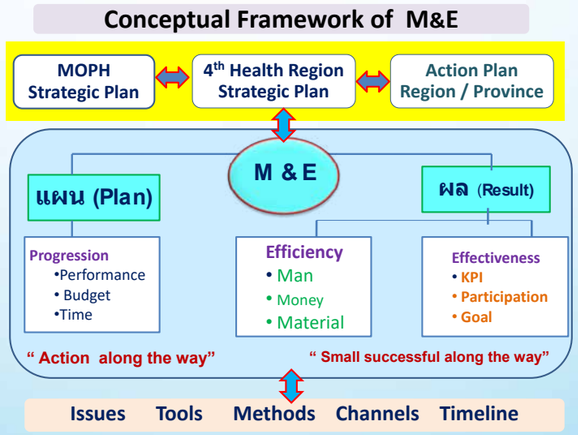
ระดับจังหวัด

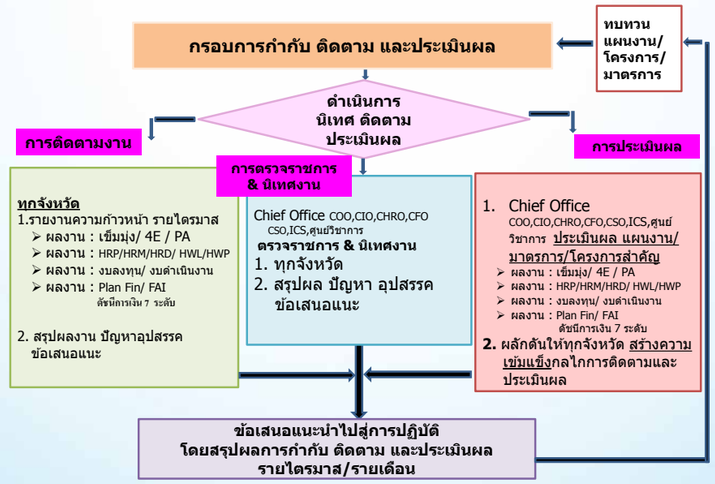
คณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.)

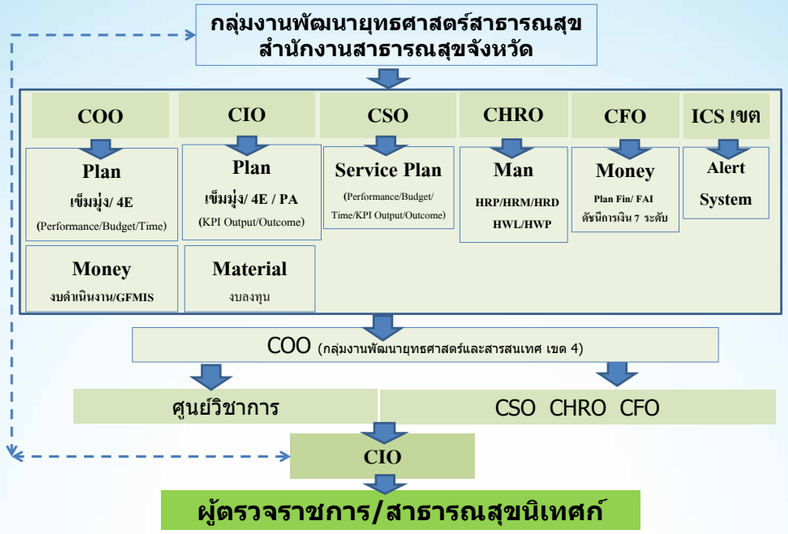
ระดับอำเภอ

คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ (คปสอ.)

8. แนวทางการกำกับ ติดตาม ประเมินผล







กระบวนการ M & E

- Action เขต / จังหวัด
- ชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติ
  - แนวทางติดตามและประเมิน
  - เครื่องมือ
  - การรายงาน ช่องทาง
- ติดตามประเมินตามกรอบ
- สังเคราะห์ผลเชิงปริมาณ&คุณภาพ
- รายงานผลต่อพื้นที่ / ผู้บริหาร เพื่อการปรับปรุงพัฒนา

กรณีศึกษา:สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจของ ปชช. เขตสุขภาพที่ 4

ผู้ที่เป้าดู

- ผู้รับผิดชอบงาน
- ผู้บริหารทุกระดับ
- กวป. /คกก.เขต/C ต่างๆ
- ศูนย์วิชาการ
- เครือข่ายมหาวิทยาลัย

M&E Driven and Assignment (Method/Tool)

M&E	Issue	Method/Tool	Assignment
- เข็มมุ่ง - 4E - Service Plan	-Performance -Budget -Time	- ตรวจราชการและนิเทศงาน - Dash Board (สนย.)	COO / CSO/ ศูนย์วิชาการ
	- KPI Output/Outcome	- ตรวจราชการและนิเทศงาน - HDC/KEY IN - Cockpit	CIO / CSO/ ศูนย์วิชาการ
Man	-HRP/HRM/HRD -HWL -HWP	-ตรวจราชการและนิเทศงาน - Electronic File - Hard copy	CHRO
Money & Material	-งบดำเนินงาน -GFMIS	- ตรวจราชการและนิเทศงาน - Electronic File -Hard copy	COO
	-Plan Fin/ FAI -ดัชนีการเงิน 7 ระดับ	- ตรวจราชการและนิเทศงาน - ระบบบริหารการเงินการคลัง กลุ่มประกัน (สป)	CFO
	-งบลงทุน	-โปรแกรมบริหารงบลงทุน	CIO
Alert System		- ICS	ICS เขต

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ 20 ปี เขตสุขภาพที่ 4

ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ Prevention & Promotion Excellence

ประเด็นยุทธศาสตร์	เข็มมุ่ง	กลยุทธ์	KPI	เป้าหมาย (ร้อยละ/อัตรา/อื่นๆ)						โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
				ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64	20 ปี		
1. ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน ด้วยกระบวน การประชารัฐ	CVD	**1. สนับสนุนการมีส่วนร่วมเชื่อมโยงชุมชน** *(P partner and build alliance)*								งบประมาณจังหวัด	จังหวัด
		1.1 พัฒนาความแตกฉานทางสุขภาพ (Health Literacy) ให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขครอบครัว ให้มีส่วนร่วมในการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย	ร้อยละ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขครอบครัว ได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะในการสร้างความแตกฉานด้านสุขภาพ	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	1. โครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขครอบครัว, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เรื่อง Health Literacy	
		1.2 การจัดตั้งเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการส่งต่อ - จัดทำ MOU ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง - พัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการส่งต่ออย่างมีคุณภาพและทันเวลา - สนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (ท้องถิ่น,FR,ตำรวจ,ผู้นำชุมชน,ผู้นำท้องถิ่น, อปพร.) ซ้อมแผนสถานการณ์จำลอง	ร้อยละของตำบลที่มีการจัดตั้งเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการส่งต่อ	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	2. โครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพชุมชน ในการส่งต่อ	

ประเด็นยุทธศาสตร์	เข็มมุ่ง	กลยุทธ์	KPI	เป้าหมาย (ร้อยละ/อัตรา/อื่นๆ)						โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
				ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64	20 ปี		
1. ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืนด้วยกระบวน การประชารัฐ	CVD	**2.พัฒนาความแตกฉานทางสุขภาพ(Health Literacy)กลุ่มเสี่ยง ในการเฝ้าระวังป้องกันโรคและดูแลตนเองเรื่อง Stroke และ ACS (Advocate)**									
		2.1 พัฒนาความแตกฉานทางสุขภาพ (Health Literacy) กลุ่ม Pre DM-HTและ CVD highrisk ในการควบคุม ป้องกันปัจจัยเสี่ยง/โอกาสเสี่ยง - Warning signs แก่ผู้ป่วย Stroke Stemi, Non Stemi - ความรู้ในด้านการรักษาต่อเนื่อง, 3อ 2ส, การใช้ยา	อัตราป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่	อัตราเพิ่มผู้ป่วยรายใหม่ลดลงร้อยละ 0.25	อัตราเพิ่มผู้ป่วยรายใหม่ลดลงร้อยละ 0.50	อัตราเพิ่มผู้ป่วยรายใหม่ลดลงร้อยละ 0.75	อัตราเพิ่มผู้ป่วยรายใหม่ลดลงร้อยละ 1	อัตราเพิ่มผู้ป่วยรายใหม่ลดลงร้อยละ 1.25	อัตราเพิ่มผู้ป่วยรายใหม่ลดลงร้อยละ 1.50	3. โครงการพัฒนาศักยภาพกลุ่มเสี่ยง เรื่อง Health Literacy	คณะกรรมการปฐมภูมิเขตสุขภาพที่ 4
			ร้อยละของกลุ่ม PreDMHTและ CVD highrisk มีความรู้ความเข้าใจและสามารถจัดการตนเองได้ถูกต้อง	50 %	60 %	65 %	75 %	80 %	80 %	4. โครงการพัฒนารูปแบบสื่อประชาสัมพันธ์ และช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสม	
			ร้อยละของกลุ่ม PreDMHTและ CVD highriskเลิกบุหรี่/สุรา	50 %	60 %	65 %	75 %	80 %	80 %		

ประเด็นยุทธศาสตร์	เข็มมุ่ง	กลยุทธ์	KPI	เป้าหมาย (ร้อยละ/อัตรา/อื่นๆ)						โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
				ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64	20 ปี		
1. ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืนด้วยกระบวน การประชารัฐ	CVD	**3.พัฒนาคุณภาพระบบบริการการดูแลจัดการโรค และการส่งต่อ(I Invest ,B Build capacity)**									
		3.1 คัดกรอง กลุ่มเสี่ยง DM HT ในประชากร 35 ปีขึ้นไป /คัดกรองCVD risk ในผู้ป่วย DM HT	ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD Risk)	90 %	90 %	90 %	90 %	90 %	90 %		
		3.2 พัฒนาคลีนิกNCD คุณภาพ ,คลินิกช่วยเลิกบุหรี่และสุรา,มาตรฐานงานสุขศึกษา	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	ร้อยละผู้ป่วยควบคุม DM-HT ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 5	ร้อยละผู้ป่วยควบคุม DM-HT ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 5	ร้อยละผู้ป่วยควบคุม DM-HT ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 5	ร้อยละผู้ป่วยควบคุม DM-HT ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 5	ร้อยละผู้ป่วยควบคุม DM-HT ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 5	DM ร้อยละ 40 HT ร้อยละ 50	5. โครงการพัฒนามาตรฐานงานสุขศึกษา เรื่องโรค ACS และ Stroke ของหน่วยบริการทุกระดับ	
		3.3 จัดระบบส่งต่อเชื่อมโยงเครือข่ายได้อย่างมีคุณภาพ/ทันเวลา - จัดทำ Flow การส่งต่อ, ระบบ Consult ทีม FCT - จัดระบบ EMS ให้ได้มาตรฐาน (คน, ทักษะ, อุปกรณ์เวชภัณฑ์, Telemed)	อัตราการเข้าถึงบริการใน Golden Period ร้อยละ ECS คุณภาพในโรงพยาบาล ทุกระดับ	30 % กำหนดข้อตกลงร่วมเกี่ยวกับเกณฑ์ECS ในโรงพยาบาลF2	40 % โรงพยาบาลF2 มีECS คุณภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 25	50 % โรงพยาบาลF2 มีECS คุณภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 25	60 % โรงพยาบาลF2 มีECS คุณภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 25	70 % ร้อยละ 95 ของโรงพยาบาลF2 มีECS คุณภาพ	80 % มีระบบECS คุณภาพในโรงพยาบาล ทุกระดับ		

ประเด็นยุทธศาสตร์	เข็มมุ่ง	กลยุทธ์	KPI	เป้าหมาย (ร้อยละ/อัตรา/อื่นๆ)						โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
				ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64	20 ปี		
1. ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน ด้วยกระบวน การประชารัฐ	CVD	3.4 พัฒนาศักยภาพ SM CM ทีม FCT เรื่อง Health Literary *(B Build capacity)*								6. โครงการพัฒนาศักยภาพ SM CM ทีม FCT เรื่อง Health Literary (120 คน 360,000 บาท)	
		- การจัดการตนเอง - การฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ	- ร้อยละบุคลากรได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะในการสร้างความแตกฉานด้านสุขภาพ - อัตราการ Re-admit								
			อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ไม่เกินร้อยละ 7	ไม่เกินร้อยละ 7	ไม่เกินร้อยละ 7	ไม่เกินร้อยละ 7	ไม่เกินร้อยละ 7	ไม่เกินร้อยละ 7		
			อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10		

ประเด็นยุทธศาสตร์	เข็มมุ่ง	กลยุทธ์	KPI	เป้าหมาย (ร้อยละ/อัตรา/อื่นๆ)						โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
				ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64	20 ปี		
1. ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน ด้วยกระบวน การประชารัฐ	CVD	**4.การพัฒนาระบบข้อมูลและการเชื่อมโยงเครือข่าย(I Invest)**									คณะกรรมการปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 4
		4.1 นำร่องระบบการส่งต่อผู้ป่วยในชุมชนโดยใช้การ Mapping และ GPSเพื่อจัดระบบส่งต่อได้อย่างคุณภาพและทันเวลา	ความสำเร็จในการจัดการเป้าหมายนำร่องในพื้นที่พิเศษ จ.นนทบุรี ,ปทุมธานี ปี2560	2 จังหวัด	5 จังหวัด	8 จังหวัด	8 จังหวัด	8 จังหวัด	8 จังหวัด	โครงการพัฒนาศักยภาพการบันทึกข้อมูลการเชื่อมโยงเครือข่าย (200,000บาท)	
		4.2 ติดตั้งโปรแกรม Chronic link	ความสำเร็จในการขยายผล เป้าหมายครอบคลุมทั้ง 8 จังหวัด	8 จังหวัด	8 จังหวัด	8 จังหวัด	8 จังหวัด	8 จังหวัด	8 จังหวัด		
		4.3 พัฒนาคุณภาพข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา น่าเชื่อถือ	- ร้อยละของหน่วยบริการได้รับการ Audit ข้อมูลและมีร้อยละคุณภาพข้อมูลถูกต้องตามเกณฑ์มากกว่า 75%	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %	100 %	รวมทั้งสิ้น 680,000 บาท	

ประเด็นยุทธศาสตร์	เข็มมุ่ง	กลยุทธ์	KPI	เป้าหมาย (ร้อยละ/อัตรา/อื่นๆ)						โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
				ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64	20 ปี		
1.ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืนด้วยกระบวนการประชารัฐ	พัฒนาการเด็ก	1. พัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาเด็กโดยประชารัฐ	1.ร้อยละของศูนย์ดูแลเด็กปฐมวัยได้รับการพัฒนาเด็กโดยกระบวนการประชารัฐ	10 %	15 %	20 %	25 %	30 %	100 %	1. โครงการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยประชารัฐด้วยกลไกการขับเคลื่อนของคณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด	คณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด
			2.ร้อยละเด็ก0-5ปีสูงดีสมส่วน	51 %	54 %	57 %	60 %	63 %	90 %		
			3.เด็ก0-5ปี มีระดับเชาวน์ปัญญาดี	100 %	105 %	106 %	107 %	108 %	120 %		
		2. ส่งเสริมการเจริญ เติบโต และพัฒนาการสมวัยโดยเร่งรัดความครอบคลุม การคัดกรองและเฝ้าระวังเด็กกลุ่มเสี่ยง	1.ความครอบคลุมร้อยละ90	80 %	90 %	100 %	100 %	100 %	100 %	2. โครงการส่งเสริมการเจริญเติบโต พัฒนาการ และการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย	ศูนย์วิชาการ ภาคท้องถิ่น และภาคเอกชน
			2.เด็ก0-5ปี พัฒนาการสมวัยร้อยละ 85	85 %	85 %	90 %	90 %	90 %	90 %		
		3. พัฒนากระบวนการกระตุ้นติดตามและแก้ไขกลุ่มเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าอย่างต่อเนื่องด้วยระบบส่งต่อ	1.ร้อยละ100ของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตาม	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	3. โครงการพัฒนากระบวนการกระตุ้น ติดตามแก้ไขกลุ่มเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าด้วยระบบระบบส่งต่อ	คณะอนุกรรม-การส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัย ระดับจังหวัด

ประเด็นยุทธศาสตร์	เข็มมุ่ง	กลยุทธ์	KPI	เป้าหมาย (ร้อยละ/อัตรา/อื่นๆ)						โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
				ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64	20 ปี		
2. พัฒนาศักยภาพและเพิ่มสมรรถนะบุคลากรในเขตสุขภาพเพื่อมุ่งมั่นสู่เขตสุขภาพชั้นนำ	พัฒนาการเด็ก	2.1. พัฒนาศักยภาพการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กสำหรับจนท.สธ./อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ครู ศพด./ครูอนุบาล)	1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญพัฒนาการเด็กตำบลละ 1 คน							4. โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านพัฒนาการเด็ก	ศูนย์วิชาการและหน่วยบริการ
			2. ครูศพด.ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100		
		2.2 การกระตุ้นและแก้ไขพัฒนาการเด็ก (แพทย์/พยาบาล/นักจิตวิทยา)									MCH Board เขต 4/ศูนย์อนามัย 4 + 13+เขตสุขภาพที่ 4/จังหวัด
		-หลักสูตรนักส่งเสริมพัฒนาการเด็ก หลักสูตรเร่งรัด5 วัน (พยาบาล อำเภอละ 2 คน)	พยาบาลได้รับการอบรมหลักสูตรนักส่งเสริมพัฒนาการเด็ก	อภ.ละ 2 คน	อภ.ละ 2 คน	อภ.ละ 2 คน	อภ.ละ 2 คน	อภ.ละ 2 คน			
3. พัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพเพื่ออภิบาลระบบสุขภาพนำประชาชนสู่สุขภาวะที่ดี		1. การบริหารจัดการระบบข้อมูลพัฒนาการเด็ก (ปีละ 1 ครั้ง) -HDC -ระบบส่งต่อ									
		2. นิเทศติดตาม - สุ่มประเมินโดยทีมเขต(ปีละ 1 ครั้ง) " -Standardized (ทุก 3 ปี)"	ปีละ 1 ครั้ง ทุก 3 ปี	1 1	1 -	1 -	1 1	1 -	1 ทุก 3 ปี		
		3. M&E ระดับเขต	2 ครั้ง/ปี	2	2	2	2	2	2		

ประเด็นยุทธศาสตร์	เข็มมุ่ง	กลยุทธ์	KPI	เป้าหมาย (ร้อยละ/อัตรา/อื่นๆ)						โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
				ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64	20 ปี		
1. ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน ด้วยกระบวน การประชารัฐ	RTI	1.สร้างกลไกการบริหารจัดการ RTI ระดับเขต - ตั้งศูนย์ป้องกันและแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บทางถนนระดับเขต (ศูนย์อำนวยความสะดวกทางถนนเขต)	มี ศูนย์อำนวยความสะดวกทางถนนระดับเขต	1						1.โครงการพัฒนาศูนย์ป้องกันและแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บทางถนนระดับเขต (ศูนย์อำนวยความสะดวกทางถนนเขต)	คณะกรรมการ PPเขต
		2.พัฒนาระบบข้อมูลด้าน RTI ให้มีคุณภาพโดยใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย	มีและใช้ข้อมูลตายบูรณาการจาก 3 ฐาน ระดับเขต	8 จังหวัด	80% อำเภอ	90% อำเภอ	100% อำเภอ	100% อำเภอ	100% อำเภอ	2.โครงการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ RTI	เขต/จังหวัด
		3.สนับสนุน/สร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายเช่น DHS / DC ให้มีส่วนร่วมในการป้องกัน RTI	1.จุดเสี่ยงได้รับการแก้ไขปัญหาแบบบูรณาการผ่านศูนย์อำนวยความสะดวกทางถนนจังหวัด/อำเภอ	๘ จังหวัด	80% อำเภอ	90% อำเภอ	100% อำเภอ	100% อำเภอ	100% อำเภอ	3.โครงการพัฒนาความร่วมมือภาคีเครือข่ายเสริมความเข้มแข็งระบบสุขภาพอำเภอ /อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง	จังหวัด
			2.ภาคีเครือข่ายให้ความร่วมมือจัดกิจกรรมส่งเสริมวินัยจราจรและความปลอดภัยบนท้องถนนในเขตพื้นที่	๘ จังหวัด	80% อำเภอ	90% อำเภอ	100% อำเภอ	100% อำเภอ	100% อำเภอ		
			3.กลุ่มเป้าหมายมีวินัยจราจรเหมาะสมและถูกต้อง(เน้นการสวมหมวกนิรภัยในกลุ่มวัยเรียนวัยรุ่นวัยทำงาน)	70% อำเภอ	80% อำเภอ	90% อำเภอ	100% อำเภอ	100% อำเภอ	100% อำเภอ		

ประเด็นยุทธศาสตร์	เข็มมุ่ง	กลยุทธ์	กิจกรรมสำคัญ	KPI	เป้าหมาย (ร้อยละ/อัตรา/อื่นๆ)						โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
					ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64	20 ปี		
1.ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืนด้วยกระบวนการประชารัฐ	PCC&LTC	1.ส่งเสริม Health Literacy) ในผู้สูงอายุ	1. ผลักดันให้เกิดชมรมผู้สูงอายุ หรือโรงเรียนผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ	1. ร้อยละของผู้สูงอายุมีสุขภาพดี Health Ageing และความสุข 5 มิติ	50	52	54	56	58	80	1 .โครงการพัฒนาศักยภาพการจัดการสุขภาพตนเองและชุมชนของผู้สูงอายุ	จังหวัด/ศูนย์วิชาการ/อปท
			2. ประเมินสภาวะผู้สูงอายุ (คัดกรองสุขภาพกายช่องปากและสุขภาพจิต 8Q,9Q)	2. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพกายช่องปาก และสุขภาพจิต	50	52	54	56	58	80		
			3. สร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (3อ 2ส)	3. ร้อยละของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	50	52	54	56	58	80		

ประเด็นยุทธศาสตร์	เข็มมุ่ง	กลยุทธ์	กิจกรรมสำคัญ	KPI	เป้าหมาย (ร้อยละ/อัตรา/อื่นๆ)						โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
					ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64	20 ปี		
1.ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืนด้วยกระบวนการประชารัฐ	PCC&LTC	2. ขับเคลื่อนให้เกิดตำบลจัดการสุขภาพ LTC แบบบูรณาการ	1. เพิ่มและพัฒนาศักยภาพ CM และ CG ให้ครอบคลุมกลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิง 2. สร้างระบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการ 3. จัดทำฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย CM CG FCT อาสาสมัครสาธารณสุขครอบครัวอื่นๆ 4. จัดตั้งศูนย์ COC ศูนย์ให้ยืมเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ 5. จัดทำ Care plan รายบุคคล	1. จำนวน CM 1: 40 ผู้มีภาวะพึ่งพิง และ CG 1: 10 ผู้มีภาวะพึ่งพิง 2. ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส และการดูแลระยะยาวในชุมชน (LTC) ผ่านเกณฑ์ 3. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการการดูแลตามCare plan 4. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและได้รับการดูแลตาม Care plan มีภาวะสุขภาพ/คุณภาพชีวิต ดีขึ้น	270 1,080 360 80 10	240 1,000 460 85 15	560 1,000 240 90 20	640 1,000 240 95 20	710 210 920 95 20		2. โครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ 3.โครงการพัฒนาระบบฐานข้อมูลและเทคโนโลยีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	จังหวัด/องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เขต/จังหวัด/ศูนย์วิชาการ

ประเด็นยุทธศาสตร์	เข็มมุ่ง	กลยุทธ์	กิจกรรมสำคัญ	KPI	เป้าหมาย (ร้อยละ/อัตรา/อื่นๆ)						โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
					ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64	20 ปี		
1.ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืนด้วยกระบวนการประชารัฐ	PCC&LTC	3. ขับเคลื่อนให้เกิดการดำเนินงานตำบล LTC โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น, องค์การบริหารส่วนจังหวัด)	1. สร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ/ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาส โดยใช้ยุทธศาสตร์ PIRAB 2. สนับสนุนให้ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นออกนโยบายสาธารณะ	1. ร้อยละขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ดำเนินงาน LTC 2. ร้อยละขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีนโยบายสาธารณะหรือแผนด้านสุขภาพผู้สูงอายุ	อย่างน้อยอำเภอละ 1 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	เพิ่มขึ้นร้อยละ 5	เพิ่มขึ้นร้อยละ 7	เพิ่มขึ้นร้อยละ 10	เพิ่มขึ้นร้อยละ 15	ร้อยละ 100	4.โครงการพัฒนากลไกความร่วมมือท้องถิ่นในการอภิบาลสุขภาพผู้สูงอายุ/ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาส	จังหวัด/องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
		4.การพัฒนาความเข้มแข็งระบบบริการปฐมภูมิ	1.จัดตั้งPCCในเขตเมือง/ชนบท	1.ความครอบคลุมของPCCในพื้นที่	29pcc 48ทีม	40pcc 68ทีม	29pcc 42ทีม	22pcc 33ทีม	20pcc 27ทีม	193pcc281 ทีม	โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพด้านเวช-ศาสตร์ครอบครัว	เขต/จังหวัด/ศูนย์วิชาการ /อปท
			2.จัดหา/พัฒนาบุคลากรจำเป็น -แพทย์เวชศาสตร์ฯ -พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว	2.จำนวนบุคลากรเพียงพอตามกรอบการทำงาน -แพทย์FM -พยาบาล								

ประเด็นยุทธศาสตร์	เข็มมุ่ง	กลยุทธ์	กิจกรรมสำคัญ	KPI	เป้าหมาย (ร้อยละ/อัตรา/อื่นๆ)						โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
					ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64	20 ปี		
1.ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืนด้วยกระบวนการประชารัฐ	PCC&LTC	5. M&E	1. แต่งตั้งคณะกรรมการระดับเขต/จังหวัด	1. มีคณะกรรมการระดับเขต/จังหวัด	1 / 8	1 / 8	1 / 8	1 / 8	1 / 8			ทีมนิเทศเขต/ศูนย์วิชาการ/จังหวัด
			2. ประชุมคณะกรรมการฯ ติดตามความก้าวหน้ารายไตรมาส	2. ร้อยละคณะกรรมการฯ ที่เข้าประชุม	80	80	80	80	80			
			3. รายงานผลการปฏิบัติงานรายไตรมาส	3. จำนวนจังหวัดที่รายงานผลการปฏิบัติงาน	8	8	8	8	8			

บริการเป็นเลิศ Service Excellence

ประเด็นยุทธศาสตร์	เข็มมุ่ง	กลยุทธ์	KPI	เป้าหมาย (ร้อยละ/อัตรา/อื่นๆ)						โครงการ	ผู้รับผิดชอบ	PA ข้อที่
				ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64	20 ปี			
2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกระดับให้มีคุณภาพมาตรฐานสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นปัจจุบัน โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง	เข็มมุ่ง 1 PCC&LTC	1. พัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่ครอบคลุมประชาชนและการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนด้วยกระบวนการ PCCสู่ Service plan ทุกสาขาครอบคลุมทุกมิติ	1. ร้อยละของพื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)	10%	20%	30%	40%	50%	100%	1. จัดทำโครงสร้างพื้นฐาน 2. จัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวให้ครอบคลุมเขตบริการสุขภาพที่ 4 3. พัฒนาบุคลากรจำเป็นพื้นฐานในการจัดตั้งทีมคลินิกหมอครอบครัว 4. พัฒนาระบบสารสนเทศและเทคโนโลยีเพื่อช่วยในการลงทะเบียนประชาชนในคลินิกหมอครอบครัว เช่น Application	cso	12
			2. อัตราการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ในทุก Service plan ไม่เกิน	20%	15%	10%	9%	8%	5%	1. โครงการมหกรรมสุขภาพดีด้วยคลินิคหมอครอบครัวเขตบริการสุขภาพที่ 4 (คัดกรองส่งเสริม ป้องกัน)		12

ประเด็นยุทธศาสตร์	เข็มมุ่ง	กลยุทธ์	KPI	เป้าหมาย (ร้อยละ/อัตรา/อื่นๆ)						โครงการ	ผู้รับผิดชอบ	PA ข้อที่
				ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64	20 ปี			
			3. ผู้ป่วยในแต่ละสาขา SP เข้าถึงบริการร้อยละ	30%	40%	50%	60%	70%	100%	1. พัฒนาระบบในการเข้าถึงบริการจากชุมชนสู่คลินิกหมอครอบครัวผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น Appication Line 2. จัดโครงการซ้อมแผนประชาชนในการเตรียมความพร้อมเมื่อเกิดเหตุภาวะฉุกเฉิน 3. พัฒนาบุคลากรในพื้นที่รับผิดชอบคลินิกหมอครอบครัวให้มีความรู้ เรื่อง ALS ทุกชนิดและการเข้าถึงระบบ EMS		12
			4. อัตราตายในผู้ป่วยแต่ละ SP ไม่เกิน	25%	20%	15%	10%	5%	5%			12
			5. อัตราการเกิดภาวะ แทรกซ้อนในผู้ป่วยติดเตียงไม่เกิน	20%	15%	10%	5%	5%	5%	1. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาว LTC ในชุมชนให้ได้มาตรฐานคุณภาพด้วยคลินิกหมอครอบครัวโครงการ Service Delivery เชิงรุก 1. ส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัย (การคัดกรองกลุ่ม LTC) 2. เฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค 3. ดูแลด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพอาหารปลอดภัย 4. สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม 5. ให้ข้อมูลประชาสัมพันธ์ด้านการดูแลส่งเสริมสุขภาพด้วย TI ที่เหมาะสม (ทุกที่ทุกเวลา)		12

ประเด็นยุทธศาสตร์	เข็มมุ่ง	กลยุทธ์	KPI	เป้าหมาย (ร้อยละ/อัตรา/อื่นๆ)						โครงการ	ผู้รับผิดชอบ	PA ข้อที่
				ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64	20 ปี			
										เชิงรับ 1. ให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ (ตามกลุ่มวัย) 2. การให้บริการฟื้นฟูทั้งในหน่วยบริการ/ชุมชน เช่น Homeand, Homevisit 3. การดูแลอย่างต่อเนื่องไร้รอยต่อ HomeandRehap (ผู้สูงอายุ, ผู้พิการ,ผู้ป่วยติดเตีย,Pallativecare และพัฒนาการเด็กล่าช้า 0-5 ปี) 4. ร่วมมือกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในการจัดบริการสุขภาพในชุมชน		
	เข็มมุ่ง 3 CVD	2.พัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อ										
		2.1พัฒนาระบบบริการโรคหัวใจขาดเลือด	1.อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	32/แสน	30/แสน	28/แสน	26/แสน	24/แสน		1. พัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยโรคหัวใจให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน		14
		2.1.1 พัฒนาการดูแลผู้ป่วย STEMI	1. อัตราตายผู้ป่วย STEMI	10%	9%	8%	7.5%	7.5%		1.1 พัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยโรคหัวใจ STEMI 1.2 พัฒนาระบบการให้ยาละลายลิ่มเลือด ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน		14

ประเด็นยุทธศาสตร์	เข็มมุ่ง	กลยุทธ์	KPI	เป้าหมาย (ร้อยละ/อัตรา/อื่นๆ)						โครงการ	ผู้รับผิดชอบ	PA ข้อที่
				ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64	20 ปี			
			2. อัตรา STEMI ได้รับการเปิดหลอดเลือด (ยาละลายลิ่มเลือดหรือPPCI)	90%	92%	94%	95%	96%		1.3 พัฒนาการเข้าถึงการรักษาพยาบาล PCI ในผู้ป่วย STEMI ที่มีข้อบ่งชี้		
		2.1.2 พัฒนาการดูแลผู้ป่วย Non-STEMI	1. อัตราตายผู้ป่วย Non -STEMIใน1ปี	20%	18%	16%	14%	12%		พัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยโรคหัวใจ Non-STEMI		14
			2. อัตรา High Risk Non-STEMI ได้รับการสวนหัวใจภายในเวลาที่กำหนด	50%	60%	70%	80%	90%		ประสานบริการการสวนหัวใจในกลุ่มUrgency		14
			3.ระยะเวลารอคอยการสวนหัวใจในกลุ่ม Elective	5 เดือน	4 เดือน	3 เดือน	2 เดือน	1 เดือน		เพิ่มศักยภาพรพ.สระบุรีและรพ.พระนั่งเกล้าในการให้บริการสวนหัวใจ		14
		2.1.3 เพิ่มการเข้าถึงการบริการผ่าตัดหัวใจ	1.ระยะเวลารอคอยการผ่าตัด	4 เดือน	3 เดือน	2 เดือน	2 เดือน	1 เดือน		ประสานสร้างเครือข่าย ร่วมบริการผ่าตัด หัวใจ		14

ประเด็นยุทธศาสตร์	เข็มมุ่ง	กลยุทธ์	KPI	เป้าหมาย (ร้อยละ/อัตรา/อื่นๆ)						โครงการ	ผู้รับผิดชอบ	PA ข้อที่
				ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64	20 ปี			
		2.1.4 พัฒนา Heart Failure Clinic	1. อัตราผู้ป่วย HF Clinic ต้องAdmit ใน 1 ปี	25%	24%	23%	22%	21%		เพิ่มศักยภาพ รพศ/รพท.ในการเปิดบริการ Heart Failure Clinic		14
		2.2 พัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง	อัตราตายหลอดเลือดสมอง	7%	6.5%	6%	5.5%	5%		พัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยIschemic Stroke		13
		2.2.1 จัดบริการ Stroke Unit/Corner ใน รพ. M1 ขึ้นไป	1. อัตรา รพ. M1 ขึ้นไป มี Stroke Unit/Corner	100%	100%	100%	100%	100%		เพิ่มศักยภาพ รพท.ในการเปิดบริการ Heart Stroke Unit/Corner		13
		2.2.2 เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย Ischemic Stroke	1. อัตราการเข้าถึงบริการ ทันเวลา	30%	35%	40%	45%	50%		พัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่ม CVD. Risk		13
			2. อัตราการได้รับ r-tPA	6%	8%	10%	12%	14%		พัฒนาเครือข่ายและมาตรฐานการบริการโรคหลอดเลือดสมอง		13
		2.3 พัฒนาระบบการคัดกรอง CKD	ร้อยละของผู้ป่วย CKDที่มีอัตรา	65%	70%	75%	80%	80%		โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในคลินิกโรคไตเรื้อรัง		

ประเด็นยุทธศาสตร์	เข็มมุ่ง	กลยุทธ์	KPI	เป้าหมาย (ร้อยละ/อัตรา/อื่นๆ)						โครงการ	ผู้รับผิดชอบ	PA ข้อที่
				ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64	20 ปี			
			ลดลงของ eGFR<4ml/min/1.73 m2/yrร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk)							เขตสุขภาพที่ 4		
	เข็มมุ่ง 2 RTI	3.พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ										21
		3.1. การพัฒนาระบบภาคีเครือข่ายการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน	1. อัตราตายผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนนต่อแสนประชากร	20	19	18	17	16	100	1. โครงการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนระดับจังหวัดและระดับอำเภอในการสอบสวนสาเหตุและดำเนินงานแก้ไข		21
		3.2. การพัฒนาระบบ	2. ร้อยละของโรงพยาบาล	60	70	80	90	100	100	2. โครงการพัฒนาโรงพยาบาลทุกระดับให้มีระบบ ECS คุณภาพ		21

ประเด็นยุทธศาสตร์	เข็มมุ่ง	กลยุทธ์	KPI	เป้าหมาย (ร้อยละ/อัตรา/อื่นๆ)						โครงการ	ผู้รับผิดชอบ	PA ข้อที่
				ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64	20 ปี			
		การแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร	ทุกระดับมีระบบ ECS คุณภาพ									
		3. 3. การพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินครบวงจร	3.อัตราตายผู้ป่วยในอุบัติเหตุที่มีค่าPS Score >0.75 ในโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป	<1 %	<0.95 %	<0.90 %	<0.85 %	<0.80 %	<0.5 %	3.โครงการพัฒนาTEA Unit ในโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป		21
		3.4. การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน	4. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินออกนอกเขตสุขภาพลดลงจากปีก่อนหน้า	10	10	10	10	10	10	4.โครงการพัฒนาเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน		21
		3.5. การพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ	5. ร้อยละของจังหวัดที่มีEOCและทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT)	4	8	8	8	8	8	5. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ		21
		4.พัฒนาระบบการส่งต่อ	การส่งต่อออกนอกเขตลดลง									

ประเด็นยุทธศาสตร์	เข็มมุ่ง	กลยุทธ์	KPI	เป้าหมาย (ร้อยละ/อัตรา/อื่นๆ)						โครงการ	ผู้รับผิดชอบ	PA ข้อที่
				ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64	20 ปี			
		5.พัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ 5 excellence	ร้อยละการส่งออกผู้ป่วยนอกศูนย์ความเป็นเลิศเขตสุขภาพลดลงแยกรายสาขา (4 สาขา ไม่นับ Transplant)							โครงการพัฒนาบุคลากรเพื่อรองรับการเป็นศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ 5 ด้าน		15
		6.พัฒนาระบบบริการปลูกถ่ายอวัยวะ	จำนวนดวงตาที่ รพ.ระดับ M1 ขึ้นไป จัดเก็บได้	100%	100%	100%	100%	100%	100%	โครงการพัฒนาศักยภาพ รพ.ระดับ M1 ขึ้นไป เป็น Coner Center ด้านConea		
	เข็มมุ่ง 6 ยาเสพติด	7.พัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยยาเสพติด	ร้อยละรพ.สต.ที่บุคลากรได้รับการอบรมอย่างน้อยรพ.สต.ละ 1 คน	100%	-	-	-	-		1.พัฒนาคุณภาพระบบคัดกรองและการช่วยเหลือเบื้องต้น 2.เสริมสร้างศักยภาพในการบำบัดรักษา ฟื้นฟูและติดตามผู้ป่วยยาเสพติด 3.สนับสนุน(Empowerment) การดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูของภาคีเครือข่าย เช่น ค่ายฯ ศูนย์ฯ กรมพินิจ กรมราชทัณฑ์ (การส่งเสริมป้องกันเชื่อมโยงไปยัง PP วัยเรียน/วัยรุ่นและวัยทำงาน		
			ร้อยละ รพศ./รพท./รพช มีอัตรากำลังตามกรอบ									
			บุคลากร รพศ./รพท./รพช.ได้รับการอบรม									

ประเด็นยุทธศาสตร์	เข็มมุ่ง	กลยุทธ์	KPI	เป้าหมาย (ร้อยละ/อัตรา/อื่นๆ)						โครงการ	ผู้รับผิดชอบ	PA ข้อที่
				ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64	20 ปี			
			การเข้าถึงบริการของกลุ่มเป้าหมายในระบบสมัครใจตามเกณฑ์ที่กำหนด	100%	100%	100%	100%	100%	-			
			ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาตามเกณฑ์ที่กำหนด	74%	78%	82%	86%	90%	-			
			อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง							โครงการส่งเสริม EQ ทักษะชีวิตโรงเรียนพ่อแม่โครงการคัดกรอง/การให้ความช่วยเหลือ(2Q/9Q/8Q)		
		8.การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ	ร้อยละของรพ.สต.ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ	20%	40%	60%	80%	100%		1.โครงการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว		23

ประเด็นยุทธศาสตร์	เข็มมุ่ง	กลยุทธ์	KPI	เป้าหมาย (ร้อยละ/อัตรา/อื่นๆ)						โครงการ	ผู้รับผิดชอบ	PA ข้อที่
				ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64	20 ปี			
			ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA)	70%	75%	80%	85%	90%		2.โครงการพัฒนาและรักษาคุณภาพตามมาตรฐาน (HA) สำหรับพัฒนาสถานบริการ		22
			ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	20%						3.โครงการ ASU 4.โครงการ RDU Hospital Responsible Use Of Antibiotic (RUA)		20

บุคลากรเป็นเลิศ People Excellence

ประเด็นยุทธศาสตร์	เข็มมุ่ง	กลยุทธ์	KPI	เป้าหมาย (ร้อยละ/อัตรา/อื่นๆ)						โครงการ	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
				ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64	20 ปี			
3.พัฒนาศักยภาพและเพิ่มสมรรถนะบุคลากรในเขตสุขภาพเพื่อมุ่งมั่นสู่เขตสุขภาพชั้นนำ		1. พัฒนาบริหารทรัพยากรบุคคลเขตสุขภาพที่ 4 (HRP,HRM,HRD)	ข้อ 71 ระดับความสำเร็จในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %		1.พัฒนาการวางแผนกำลังคนเขตสุขภาพที่ 4 **<u>กิจกรรม</u>** 1.1 ประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยวิทยากรภายนอก จำนวน 3 ครั้ง กลุ่มเป้าหมาย : ผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 4 และผู้รับผิดชอบงาน HR รวม 100 คน 1.2 ประชุมเชิงปฏิบัติการในระดับจังหวัด โดยผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงาน HR ของจังหวัด 1.3 ประชุมเชิงปฏิบัติการวิเคราะห์อัตรากำลังในสถานบริการทุกระดับ 1.4 นำเสนอและแลกเปลี่ยนผลการวิเคราะห์อัตรากำลัง ภายในจังหวัด 1.5 นำเสนอและแลกเปลี่ยนผลการวิเคราะห์อัตรากำลัง ระดับเขต	300,000 บาท (งบประมาณงบเงินอุดหนุนจากสำนักนโยบายและแผน ปี 59-60)	-CHRO -สาธารณสุขจังหวัด -ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์, -โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง

ประเด็นยุทธศาสตร์	เข็มมุ่ง	กลยุทธ์	KPI	เป้าหมาย (ร้อยละ/อัตรา/อื่นๆ)						โครงการ	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
				ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64	20 ปี			
3. พัฒนาศักยภาพและเพิ่มสมรรถนะบุคลากรในเขตสุขภาพเพื่อมุ่งมั่นสู่เขตสุขภาพชั้นนำ		1. พัฒนาบริหารทรัพยากรบุคคล เขตสุขภาพที่ 4 (HRP,HRM,HRD)	ข้อ 72 ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	80 %	85 %	90 %	95 %	100 %		2. พัฒนาบุคลากรตามปัญหาและความจำเป็นของพื้นที่ Service Plan **กิจกรรม** 2.1 ประชุมร่วมกับทีม CSO เพื่อวิเคราะห์ปัญหาตามความจำเป็นการพัฒนาบุคลากรตาม Service Plan 2.2 วางแผนร่วมกับสถาบันการศึกษาในเขตเพื่อจัดหลักสูตรรองรับการพัฒนาบุคลากร (เน้นหลักสูตร 10 วันขึ้นไป) 2.3 ร่วมกับทีม CSO และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อจัดอบรมตามหลักสูตรที่วิเคราะห์ความต้องการไว้	3,000,000 บาท	-สาธารณสุขนิเทศก์
			ข้อ 73 ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	80 %	85 %	90 %	95 %	100 %		3. ร่วมผลิตบุคลากรทางสุขภาพกับสถาบันการศึกษาในเขตสุขภาพที่ 4 **กิจกรรม** 3.1 วางแผนการผลิตนักเรียนทุนสาขาต่างๆ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาลร่วมกับสถาบันการศึกษา ในเขตสุขภาพที่ 4		-สาธารณสุขนิเทศก์

ประเด็นยุทธศาสตร์	เข็มมุ่ง	กลยุทธ์	KPI	เป้าหมาย (ร้อยละ/อัตรา/อื่นๆ)						โครงการ	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
				ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64	20 ปี			
										4. การพัฒนา HR มืออาชีพ เขตสุขภาพที่ 4 **กิจกรรม** 4.1 พัฒนาหลักสูตร HR มืออาชีพ เขตสุขภาพที่ 4 ร่วมกับวิทยากรเอกชน 4.2 จัดอบรมตามหลักสูตรที่วางแผน - รุ่นที่ 1 ผู้บริหาร - รุ่นที่ 2 ผู้ปฏิบัติงาน HR 4.3 กำกับติดตามการนำความรู้ไปปฏิบัติ	60,000 บาท 250,000 บาท	- CHRO
3.พัฒนาศักยภาพและเพิ่มสมรรถนะบุคลากรในเขตสุขภาพเพื่อมุ่งมั่นสู่เขตสุขภาพชั้นนำ		2. พัฒนาการจัดการข้อมูลกำลังคน (HROPS) เขตสุขภาพที่ 4	ระดับความสำเร็จในการจัดการข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %		1. พัฒนาฐานข้อมูลโปรแกรม HROPS เพื่อใช้ประโยชน์ในการบริหารกำลังคน(พัฒนาผู้ใช้และจัดการข้อมูลให้เป็นปัจจุบันและการติดตามกำกับ) **กิจกรรม** 1.1 ประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยวิทยากรจากกลุ่มงานบริหารบุคคล กลุ่มเป้าหมาย ผู้รับผิดชอบงาน HR และผู้รับผิดชอบงานพัฒนาข้อมูล สำนักงานเขตสุขภาพ รวม 60 คน 1.2 กำหนดนโยบายการ อัพเดตข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน ทุก 2 สัปดาห์ 1.3 กำกับติดตาม การนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์รายงานในที่ประชุมผู้บริหารเขต 4ทุกเดือน	50,000 บาท	- CHRO - สำนักงานเขต - ผู้รับผิดชอบด้านบุคลากรของทุกหน่วยงาน -สาธารณสุขจังหวัด - ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง

ประเด็นยุทธศาสตร์	เข็มมุ่ง	กลยุทธ์	KPI	เป้าหมาย (ร้อยละ/อัตรา/อื่นๆ)						โครงการ	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
				ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64	20 ปี			
3.พัฒนาศักยภาพและเพิ่มสมรรถนะบุคลากรในเขตสุขภาพเพื่อมุ่งมั่นสู่เขตสุขภาพชั้นนำ		3.พัฒนาการปลูกฝังค่านิยมในเขตสุขภาพที่ 4	ข้อ 74 ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) และนำ Core Value “MOPH” ไปใช้	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %		1. ปลูกฝังค่านิยม MOPH เขตสุขภาพที่ 4 **กิจกรรม** 1.1 สัมมนาผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 4 เพื่อกำหนด แนวทางขับเคลื่อนค่านิยม MOPH สู่การปฏิบัติ 1.2 จัดประชุมเพื่อสื่อสารแนวทางการขับเคลื่อนในระดับจังหวัด 1.3 กำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดในหน่วยบริการทุกระดับ 1.4 จัดกิจกรรมส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรมีการปฏิบัติตามค่านิยม 2. ส่งเสริมการนำดัชนีชี้วัดความสุข Happino meter สู่การปฏิบัติ ในหน่วยบริการทุกระดับ	30,000 บาท 100,000 บาท	- CHRO -สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการ -โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป -สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการ -โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป
		4. การพัฒนาภาคีเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ	ข้อ 75ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุขคนทำงาน (Happy Work Life Index) ไปใช้	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %		1. สานสัมพันธ์ภาคีเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ (ส่งเสริมความสุขของผู้ปฏิบัติงาน) **กิจกรรม** 1.1 สัมมนาผู้บริหารพร้อมผู้แทน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (นายกสันนิบาตเทศบาล/ประธานนายก องค์การบริหารส่วนตำบลแต่ละจังหวัด) ผู้แทน สพฐ/ประธาน อสม. แต่ละจังหวัด	100,000 บาท	-รองฯ สาธารณสุขจังหวัด

ประเด็นยุทธศาสตร์	เข็มมุ่ง	กลยุทธ์	KPI	เป้าหมาย (ร้อยละ/อัตรา/อื่นๆ)						โครงการ	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
				ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64	20 ปี			
										ในการจัดทำกรอบความร่วมมือในการผลักดันองค์กรต้นแบบของภาคีเครือข่ายระดับเขต		
										1.2 ประกวดองค์กรภาคีเครือข่ายต้นแบบด้านสุขภาพสุขภาพแต่ละภาคี องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต/โรงเรียนมัธยม/ประถม/อสค.ต้นแบบ	100,000 บาท	-รองฯ สาธารณสุขจังหวัด

บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล Governance Excellence

ประเด็นยุทธศาสตร์	เข็มมุ่ง	กลยุทธ์	KPI	เป้าหมาย(ร้อยละ / อัตราอื่นๆ)						โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
				ปี 2560	ปี2561	ปี2562	ปี2563	ปี2564	20 ปี		
พัฒนาศักยภาพและเพิ่มสมรรถนะบุคลากรในเขตสุขภาพเพื่อมุ่งมั่นสู่เขตสุขภาพชั้นนำ	หน่วยงานในเขตสุขภาพมีการวิจัยเชิงนโยบายเพื่อการบริหารจัดการที่เป็นเลิศ	ส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้และสนับสนุนให้มีการวิจัยHTA เพื่อนำสู่การตัดสินใจด้านการบริหาร บริการ และการรักษา	จำนวนผลงานวิจัยที่มีการนำไปใช้	1	2	3	4	8	100	โครงการอบรม HTA	คณะกรรมการ CHTA คณะกรรมการ HRD
Service Excellence		ส่งเสริมการบูรณาการสหสาขาวิชาอย่างเป็นระบบ ส่งเสริมให้มีการนำHTA มาใช้	ผลลัพท์ด้านการรักษาพยาบาลที่ดีขึ้นจากการนำผลHTAมาใช้	10%	20%	50%	75%	90%	100%	โครงการบูรณาการ HTAสู่ Service Excellent	คณะกรรมการ CHTA คกก.service plane ทุกสาขา
เพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพเพื่ออภิบาลระบบสุขภาพนำประชาชนสู่สุขภาวะที่ดี		สนับสนุนให้มีการใช้ผลการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพประกอบการกำหนดนโยบายการพัฒนาสุขภาพระดับเขต ส่งเสริมและสนับสนุนการจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ สร้างระบบการประเมิน/ตรวจสอบผลที่เกิดจากการนำเทคโนโลยี่ด้านสุขภาพมาใช้	ผลลัพท์ด้านการบริหารมีประสิทธภาพขึ้นจากการนำผลHTAมาใช้ (เช่นต้นทุนลดลง ขั้นตอนลดลง)	10%	20%	50%	75%	90%	100%	โครงการพัฒนาผู้นำด้าน HTA โครงการนิเทศและประเมินผลการนำ HTA ไปใช้ในด้านต่างๆ	คณะกรรมการ CHTA คณะกรรมการ HRD คณะกรรมการ CHTA
		พัฒนาฐานข้อมูลการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพระดับเขต	ระดับความสำเร็จของระบบข้อมูล HTA	1	2	3	4	5	5	โครงการพัฒนาฐานข้อมูล HTA	คณะกรรมการ CHTA คณะกรรมการ CIO

หมายเหตุ
ระดับความสำเร็จ
ระดับ 1 มีการวางแผน
ระดับ 2 มีการนำไปใช้
ระดับที่ 3 มีการตรวจสอบทบทวน
ระดับที่ 4 มีการพัฒนาต่อเนื่อง
ระดับที่ 5 มีการเผยแพร่เพื่อนำไปใช้อย่างกว้างขวาง

ผลงานดีเด่นของ สคร.ที่ 12 สงขลา ปี 2560

1. หน่วยบริการปฐมภูมิแบบเบ็ดเสร็จ และการดูแลผู้ป่วยอายุรยุยืนยาว (Primary Care Cluster plus Long Term Care)
2. โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardio vascular disease)
3. การบาดเจ็บทางถนน (Road Traffic Injuries)
4. พัฒนาการเด็ก
5. อาหารปลอดภัย

คลินิกหมอครอบครัว:Primary Care Cluster(PCC)

เป้าหมาย : ร้อยละ 90 ของพื้นที่มีคลินิกหมอครอบครัว : PCC (ปี 2560)	KPI : ร้อยละของพื้นที่มีคลินิกหมอครอบครัว : PCC (ปี 2560)

	พื้นที่เป้าหมาย	กรอบแนวทาง	การดำเนินงาน	การประเมินผล
มาตรการหลัก	ปี 2560 จัดตั้ง PCC ในเขตโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 31 PCC 48 ทีม	1. PCC: การรวมกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นเครือข่ายการดูแลประชาชนในเขตในเขตรับผิดชอบ ร่วมกันเป็นการประจำต่อเนื่องด้วยทีมสหวิชาชีพ(ทีมหมอครอบครัว)	1.โครงสร้างคณะทำงานระดับเขต จังหวัด 2.สนับสนุนการจัดการ (คน เงิน ของ) 3. กำกับติดตาม กระตุ้น	ติดตามเยี่ยมใน PCC และชุมชน - เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างPCC
		2. 1 ทีม : ประชากร 10,000 คน 1 cluster : ประชากร 30,000 คน โดยมีทีมหมอครอบครัว 3 ทีม	ระดับพื้นที่ 1. จัดตั้ง PCC 2.จัดและสนับสนุน บุคลากรประจำPCC 3.จัดทำแผนพัฒนาศักยภาพทีม และแผนการดำเนินงาน	
		ทีม 1 ทีม : แพทย์ FM 1 คน /NPหรือRN 4 คน /นักวิชาการหรือเจ้าพนักงาน 4 คน / แพทย์แผนไทย 1 คน/ทันตาภิบาล 1 คน / เจ้าพนักงานเภสัช 1 คน : (ทีมชุมชน) (ทันตแพทย์/เภสัช/นักกายภาพ : 3 ทีม)	4. ระบบข้อมูล โครงสร้างที่ตั้ง ,ทีมครอบคลุม ครบถ้วน : สำนักบริหารการสาธารณสุข	
Quick Win	**3 เดือน**	**6 เดือน**	**9 เดือน**	**12 เดือน**
	• ข้อมูลโครงสร้าง จำนวน PCC • ข้อมูลบุคลากรประจำ PCC • เปิด PCC • โครงสร้างทีมชัดเจน • แผนการดำเนินงานแต่ละ • PCC	• บุคลากรที่ประจำ PCC ได้รับการพัฒนาศักยภาพ • อบรมแพทย์ FP / หลักสูตร FPL ให้ทีมสหสาขา /หลักสูตร VISUAL ACCOUNT	• ทีมสหสาขา มีความรู้ทักษะ Family practice • ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เข้าถึงบริการ ครอบคลุมทุกมิติ	• PCC 31 PCC / 48 ทีม • PCC เป็นที่รู้จัก / ยอมรับของชุมชน • คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของประชาชน • บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ : เชิงรับ รุก ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี ; ปรึกษา สื่อออนไลน์

ตำบลมีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน

เป้าหมาย 1. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ50) 2. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตาม Care plan มีภาวะสุขภาพดีขึ้น (ร้อยละ 20) (ประเมิน ADL)	KPI : 1. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ 2. ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตาม Care plan มีภาวะสุขภาพดีขึ้น

	P: Partners การสร้างภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ	I: Invest การลงทุนเพื่อสุขภาพ	R: Regulation การออกกฎหมายที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี	A: Advocacy การสร้างความรู้ให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเองขั้นพื้นฐานได้	B: Building capacity การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร
มาตรการหลัก	1. สร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายในการจัดการปัญหาสุขภาพแบบบูรณาการ 2. พัฒนาฐานข้อมูล 5 กลุ่มวัย ให้ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน	1. หาแหล่งทุนและวิธีการเข้าถึงแหล่งทุน 2. หาแนวทางและวิธีการบริหารจัดการงบประมาณของแหล่งทุน 3. บริหารจัดการงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ	1. ส่งเสริมให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นออกนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ 2. ส่งเสริมให้องค์การปกครองออกเทศบัญญัติ/ข้อบัญญัติที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี 3. กำหนดแนวทางและวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้อง ตรงกันทุกภาคีเครือข่าย 4. ติดตาม กำกับ และประเมินผลการดำเนินงาน	1. ประกาศเป็นนโยบายสำคัญ 2. ทำบันทึกความร่วมมือภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง 3. ส่งเสริม Health Literacy 4. สร้างความตระหนัก ในการส่งเสริมสุขภาพและลด ละ เลิก พฤติกรรมเสี่ยงที่มีผล กระทบต่อการส่งเสริมสุขภาพ 5. รับฟังความเห็นและความต้องการของผู้ป่วย และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง	1. พัฒนาศักยภาพบุคลากร CM,CG,FCT,อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, องค์การส่งเสริมกิจการโคนมแห่งประเทศไทย 2. จัดระบบการเรียนรู้ที่เน้นการเรียนรู้จากการปฏิบัติและประสบการณ์จริง 3. มีการจัดการความรู้เพื่อค้นหา Good/Best Practice และ Model การดำเนินงาน LTC

Quick Win	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	1. มีผลการประเมินสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุตาม ADL 4 กลุ่ม 2. มีการพัฒนาศักยภาพ CM และ CG ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามสัดส่วน 3. มีองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมดำเนินงาน LTC	1. มีแนวทางการดำเนินงาน LTC 2. มีฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย CM CG 3. มีแผนการดูแลกลุ่มเป้าหมายรายบุคคล (Care plan) ร้อยละ 100 4. กลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลตาม Care plan ร้อยละ 30	1. กลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลตาม Care plan ร้อยละ 60 2. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีนโยบายสาธารณะหรือแผนด้านสุขภาพผู้สูงอายุ 3. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นออกเทศบัญญัติ/ข้อบัญญัติที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี	1. กลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลตาม Care plan ร้อยละ 90 2. กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลมีภาวะสุขภาพดีขึ้น ร้อยละ 20 (ประเมิน ADL) 3. มี Good / Best Practice และ Model การดำเนินงาน LTC

Cardio Vascular disease หัวใจ

เป้าหมาย : 1. ประชาชนป่วยและตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจลดลง 2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว และมีคุณภาพ 3. ครอบครัวและชุมชน มีความเข้มแข็งในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ	KPI : 1. อัตราการตายด้วยหลอดเลือดหัวใจ 32 ต่อแสนประชากร (ปี59 37ต่อแสน) 2. อัตราการตายในผู้ป่วย STEMI ร้อยละ 10 (ปี59ร้อยละ10.4) 3. อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดหลอดเลือดร้อยละ 90 (ปี59ร้อยละ84) 4. อัตราผู้ป่วย NSTEMI ได้รับการสวนหัวใจภายใน72ชั่วโมง

	เพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและดูแลผู้ป่วย	พัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจให้ได้ตามมาตรฐาน	พัฒนาระบบการส่งต่อ
มาตรการหลัก	- คัดกรอง Mapping ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง - เพิ่มศักยภาพผู้ป่วย ครอบครัวชุมชนและท้องถิ่น (Health Literacy) - เพิ่มความตระหนักในการเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็ว - ร่วมกับPCC. โรงพยาบาลส่วนตำบล ชุมชน และท้องถิ่น ในการติดตามผู้ป่วย	- พัฒนา Fast tract ACS./ STEMI/NSTEMI - พัฒนาคุณภาพ Warfarin Clinic ของรพ.ชุมชน - เพิ่มศักยภาพ รพ.สระบุรีและ รพ.พระนั่งเกล้าในการ บริการสวนหัวใจนอกเวลาราชการ - เพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลทั่วไป ในการเปิดบริการ Heart Failure Clinic	- จัดระบบการส่งต่อเพื่อสวนหัวใจภายในเขตสุขภาพ - จัดระบบการส่งต่อผ่าตัดหัวใจ
มาตรการสนับสนุน	HR พัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้อง Information พัฒนาระบบเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลในเขตสุขภาพ Finance /Health Technology สนับสนุนงบดำเนินการ ครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง วัสดุที่จำเป็น Governance สนับสนุน กำกับ ติดตามการดำเนินงาน		

	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
Quick win	อัตราการตายด้วยหลอดเลือดหัวใจ 9 ต่อแสนประชากร	อัตราการตายด้วยหลอดเลือดหัวใจ 17 ต่อแสนประชากร	อัตราการตายด้วยหลอดเลือดหัวใจ 25 ต่อแสนประชากร	อัตราการตายด้วยหลอดเลือดหัวใจ 32 ต่อแสนประชากร
	84%STEMIได้รับการเปิดหลอดเลือด	86%STEMIได้รับการเปิดหลอดเลือด	88%STEMIได้รับการเปิดหลอดเลือด	90%STEMIได้รับการเปิดหลอดเลือด
	30%NSTEMI ได้สวนหัวใจภายใน72ชั่วโมง	35%NSTEMI ได้สวนหัวใจภายใน72 ชั่วโมง	40%NSTEMI ได้สวนหัวใจภายใน72 ชั่วโมง	50%NSTEMI ได้สวนหัวใจภายใน72 ชั่วโมง

Cardio Vascular disease หลอดเลือดสมอง

เป้าหมาย : 1. ประชาชนป่วยและตายด้วยหลอดเลือดสมองลดลง 2. ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน	KPI : 1. อัตราตายโรคหลอดเลือดสมอง ≤ 7% (ปี59 = 7%) 2. อัตรา Ischemic Stroke มาทันเวลา 270 นาที ≥ 45% (ปี59 = 30%) 3. อัตรา Ischemic Stroke ได้ rt-PA ≥ 10% (ปี59 = 7%)

	1ry care	2nd,3rd care	Referrals system
มาตรการหลัก	- คัดกรอง Mapping กลุ่มเสี่ยง - เพิ่มความตระหนัก(Stroke Alert) - ให้ความรู้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย (Health Literacy)	- พัฒนา Fast tract โรคหลอดเลือดสมอง - พัฒนาโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป สามารถให้ rt-PA 24 ชั่วโมง - จัดบริการ Stroke Conner/Unit ในโรงพยาบาลทั่วไป	- จัดระบบส่งต่อที่รวดเร็ว - พัฒนาระบบ EMS ให้ได้มาตรฐาน
มาตรการสนับสนุน	HR อบรมผู้เกี่ยวข้อง Information พัฒนาระบบข้อมูล และโปรแกรม Chronic Link Governance กำกับติดตาม และสนับสนุนการปฏิบัติงาน Finance Health Technology สนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์		

	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
Quick win	อัตราตาย ≤ 7%	อัตราตาย ≤ 7%	อัตราตาย ≤ 7%	อัตราตาย ≤ 7%
	อัตรา Ischemic stroke มาทันเวลา 270 นาที ≥ 30%	อัตรา Ischemic stroke มาทันเวลา 270 นาที ≥ 35%	อัตรา Ischemic stroke มาทันเวลา 270 นาที ≥ 40%	อัตรา Ischemic stroke มาทันเวลา 270 นาที ≥ 45%
	อัตรา Ischemic stroke ได้ rt-PA ≥ 7%	อัตรา Ischemic stroke ได้ rt-PA ≥ 8%	อัตรา Ischemic stroke ได้ rt-PA ≥ 9%	อัตรา Ischemic stroke ได้ rt-PA ≥ 10%

การบาดเจ็บทางถนน Road Traffic Injury

เป้าหมาย : อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน น้อยกว่า 18 ต่อแสนประชากร

KPI : 1.อัตราตายจากอุบัติเหตุจราจร น้อยกว่า 18 ต่อแสนประชากร
2.ร้อยละของรพ.ระดับ M 1ขึ้นไปที่มีอัตราตายผู้ป่วยPS score>0.75 น้อยกว่าร้อยละ 1 มีมากกว่าร้อยละ 80 ของรพ. M1 ขึ้นไปทั้งหมดในเขต
3.ร้อยละของรพ.ระดับ M1 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ Fast track abdominal injury มากกว่าร้อยละ 80 ของรพ. M1 ขึ้นไปทั้งหมดในเขต

	ระบบข้อมูล	การป้องกัน	การรักษา	การบริหารจัดการ
มาตรการหลัก	• บูรณาการข้อมูลผู้ป่วยเสียชีวิตจากฐานข้อมูล 3 ฐานจำแนกเป็นการตายที่เกิดเหตุและตายในสถานพยาบาล • พัฒนาการใช้ประโยชน์จากข้อมูล 3 ฐาน, IS, ITEMS และข้อมูล จากศูนย์ TEA unit	• มาตรการองค์กรด้านความปลอดภัยทางถนนและรถพยาบาลปลอดภัย • การสอบสวนอุบัติเหตุและดำเนินการป้องกันจุดเสี่ยง • ให้มีการดำเนินการส่งเสริมการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนทุกจังหวัด	• การดูแลรักษาภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์(ECS คุณภาพ) • EMS คุณภาพ • ER คุณภาพ • ระบบส่งต่อคุณภาพ • การรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลอย่างมีคุณภาพ • การฟื้นฟู	• มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุทุกจังหวัดและบูรณาการในระดับเขต • มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทุกจังหวัดและบูรณาการในระดับเขต • ขับเคลื่อนTEA Unit ในโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป
Quick Win	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	• อัตราตายจากอุบัติเหตุจราจร น้อยกว่า 4.5 ต่อแสนประชากร • จำแนกข้อมูลตายจากอุบัติเหตุจราจรจาก 3 ฐานข้อมูลโดยแยกข้อมูลตาย ณ จุดเกิดเหตุ ออกจากตายในโรงพยาบาลเพื่อประกอบการพัฒนาการป้องกันและการรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนน • จัดทำคู่มือพร้อมกับชี้แจงแนวทางการพัฒนาECSคุณภาพในโรงพยาบาลทุกระดับ • ระดับโรงพยาบาลทุกแห่งเขตสุขภาพที่ 4 ได้รับการประเมินคุณภาพ ECS	• อัตราตายจากอุบัติเหตุจราจร น้อยกว่า 9 ต่อแสนประชากร • โรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไปทุกแห่งมีระบบการจัดการและการรวบรวมข้อมูล TEA unit • มีการนำเสนอข้อมูลผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (ข้อมูล 3 ฐาน, IS, ITEMS และข้อมูล จากศูนย์ TEA unit) และแนวทางป้องกัน แก้ไขในที่ประชุมศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนทุกจังหวัด • เกิด fast track ER–to-OR อย่างเป็นรูปธรรมและเป็นระบบ	• อัตราตายจากอุบัติเหตุจราจร น้อยกว่า 13.5 ต่อแสนประชากร • TEA unit สามารถนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการ Monitorการทำงานของ Trauma Team	• อัตราตายจากอุบัติเหตุจราจร น้อยกว่า 18 ต่อแสนประชากร • ระบบฐานข้อมูลของ TEA unitเรียบร้อยและ Cover ทั้ง Emergency และ Trauma • ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M 1ขึ้นไปที่มีอัตราตายผู้ป่วยPS score>0.75 น้อยกว่าร้อยละ 1 มีมากกว่าร้อยละ 80 ของโรงพยาบาล M1 ขึ้นไปทั้งหมดในเขต • ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ Fast track abdominal injury มากกว่าร้อยละ 80 ของโรงพยาบาล M1 ขึ้นไปทั้งหมดในเขต

พัฒนาการเด็กสมวัย

เป้าหมาย : 1. เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย
2. เด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน

KPI : 1.ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ≥ 85 (ภายในปี64)
2.ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ≥ 51 และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี (เด็กชาย 113 เซนติเมตร และเด็กหญิง 112 เซนติเมตร)

	ระบบข้อมูล	การส่งเสริม	การป้องกันและรักษา	การบริหารจัดการ
มาตรการหลัก	1. วิเคราะห์ ติดตามข้อมูลจาก HDC 2. จัดทำระบบข้อมูลการรับส่งต่อเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า	1.สร้างความตระหนักรู้ (Health Literacy) การเลี้ยงดูเด็ก โดยใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก : เด็กไทย 4.0 2.สนับสนุนนมแม่ (Code Milk) 3.ส่งเสริมพัฒนาการด้วยกิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า เฝ้าดูช่องปาก นอน (Heart ดี มีวินัย) 4.สร้างการมีส่วนร่วมภาคีภาครัฐ เอกชน ชุมชน กระตุ้นการใฝ่เรียนรู้ของเด็กด้วยการอ่าน เล่านิทาน การเล่น ศิลปะ ดนตรี และฝึกภาษาที่ในศูนย์เด็กเล็ก และ โรงเรียนอนุบาล (Head ใฝ่เรียนรู้) 5.ส่งเสริมการเข้าถึงสื่อสาธารณะ ในรูปแบบที่หลากหลาย เช่น SMS , E-book , Application เป็นต้น	1. มีการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ 2. ระบบการส่งต่อเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าเชื่อมโยงทุกระดับจนถึงชุมชน 3. ติดตามประเมินเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้าภายใน 1 เดือน 4. มีการตรวจประเมินและรักษาการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัยในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ	1. ประสานการดำเนินงานร่วมกับ 4 กระทรวงหลัก ภายใต้คณะอนุกรรมการส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัย ระดับจังหวัด 2.พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับ และเครือข่ายจนถึงชุมชน 3. Coaching ด้วยระบบการติดตามและส่งเสริมมาตรฐานการคัดกรองและการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก 4. สนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 5. ประสานความร่วมมือภาครัฐ เอกชน ชุมชน สนับสนุนงานพัฒนาการเด็ก 6. เครือข่ายแพทย์พัฒนาการ เอกชนและรัฐบาล
มาตรการสนับสนุน	1.ประสานความร่วมมือเพื่อพัฒนารูปแบบโรงเรียนพ่อแม่ , ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ 2.การมีสื่อสาธารณะในรูปแบบที่หลากหลาย เช่น SMS , E-book , Application เป็นต้น			
Quick Win	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	1.ประสานงานการดำเนินงานร่วมกับ 4 กระทรวงหลัก 2.ส่งเสริมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประกาศ code milk 3.พัฒนาบุคลากร อบรมหลักสูตรPG เด็ก 4.ใช้ข้อมูลจาก HDC ในการกำกับติดตามการดำเนินงานและวิเคราะห์วางแผนอย่างมีประสิทธิภาพ	1.สร้างความตระหนักรู้ (Health Literacy) ให้กับพ่อแม่/ผู้ปกครอง (ลพบุรีนำร่อง) ในชุมชนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 2.โรงเรียนพ่อแม่ เน้นการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก การเฝ้าระวังส่งเสริมพัฒนาการเด็กไทย 4.0 (4 H : health, head, hand, heart) 3.สุ่มประเมินมาตรฐาน (Standardization) เด็กอายุ 42 เดือน 5.เสริมสร้างพลังใจเครือข่ายสร้างเด็กปฐมวัย 4.0 4.Coaching เสริมพลังในพื้นที่	1.ประชุมติดตามความก้าวหน้าขับเคลื่อนพัฒนาการระดับเขต 1 ครั้ง 2.เด็กปฐมวัย (4 กลุ่มอายุ)ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 70 3.เด็กปฐมวัยที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตาม 1 เดือน ร้อยละ 80 4.เด็กพัฒนาการไม่สมวัย ได้รับการส่งต่อเพื่อรักษาฟื้นฟูตามระบบ ร้อยละ 90 5.เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 75 6.เด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วน ร้อยละ 50	1.พยาบาลเข้ารับการอบรมหลักสูตร PG เด็ก จำนวน .... คน 2.เด็กปฐมวัย (4 กลุ่มอายุ)ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 80 3.เด็กปฐมวัยที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตาม 1 เดือน ร้อยละ 100 4.พัฒนาการไม่สมวัย ได้รับการส่งต่อเพื่อรักษาฟื้นฟูตามระบบ ร้อยละ 100 5.เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 80 6.เด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วน ร้อยละ 51

อาหารปลอดภัย

เป้าหมาย : 1. ผู้บริโภคได้รับความปลอดภัยและเป็นธรรมในการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ และได้รับบริการสุขภาพ 2. ระบบบริหารจัดการงานคุ้มครองผู้บริโภคเขตสุขภาพที่ 4 มีการขับเคลื่อนตามสถานการณ์อย่างมีประสิทธิภาพ	KPI : ร้อยละ 80 ของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย ร้อยละ 95 ของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

	บริหารจัดการระบบ	ระบบข้อมูล	การเฝ้าระวัง	การจัดการความเสี่ยง
มาตรการหลัก	1.เสริมสร้างความเข้มแข็งของคณะอนุกรรมการและทีมเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคระดับเขต 2.สร้างการสื่อสารผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม 3.มีคู่มือปฏิบัติการของระบบฯ 4.ส่งเสริมระบบการนิเทศ ติดตาม กำกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคอย่างต่อเนื่อง	1.มีโครงสร้างระบบข้อมูลสำคัญในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ 2.ระบบเตือนภัยความเสี่ยงของผลิตภัณฑ์สุขภาพ 3.ส่งเสริมการจัดการระบบฐานข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศ	1.มีแผน Surviellance 2.ขับเคลื่อนและดำเนินการตามแผน Surviellance 3.ถ่ายทอดและกำกับ ติดตามการดำเนินงานตามแผน Surviellance	1.นำแผน Surviellance มาดำเนินการตามแผนการจัดการความเสี่ยงแบบบูรณาการ 2.การบังคับใช้กฎหมาย
มาตรการสนับสนุน	1.พัฒนาระบบการบริหารจัดการงานคุ้มครองผู้บริโภคที่ทันสถานการณ์	2.สร้างระบบการควบคุม กำกับ เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ สถานประกอบการ และบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงและเป็นมาตรฐานเดียวกัน	3.พัฒนากระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนที่มีประสิทธิภาพและการแก้ปัญหาแบบครบวงจร	4.สนับสนุนความเข้มแข็งเครือข่ายประชารัฐในการทำงนคุ้มครองผู้บริโภค
Quick Win	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	1.มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพระดับเขตและระดับจังหวัด 2.มีผลวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความเสี่ยงของปี2559 เพื่อใช้เป็นสถานการณ์ปี 2560 3.มีแผนการจัดการความเสี่ยงแบบบูรณาการ 4.มีแนวทางการปฏิบัติงานและข้อมูลที่สำคัญในการเฝ้าระวัง ฐานข้อมูลและช่องทางการรายงาน	1.มีการดำเนินการตามแผนร้อยละ 50 2.สรุปผลการดำเนินงานและสถานการณ์การเฝ้าระวังด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพรอบ 6 เดือน 3.สื่อสารความเสี่ยงระหว่างกันในเขตสุขภาพเพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหา	1.มีการดำเนินการตามแผนร้อยละ 80 2.สรุปผลการดำเนินงานและสถานการณ์การเฝ้าระวังด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพรอบ 9 เดือน 3.สื่อสารความเสี่ยงระหว่างกันในเขตสุขภาพเพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหา	1.มีการดำเนินการตามแผนร้อยละ 100 2.ทบทวนสรุปผลการดำเนินงานและสถานการณ์การเฝ้าระวังด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อจัดทำแผนปี 2561

เป้าหมาย มาตรการ สู่ความสำเร็จของ การส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคเป็นเลิศ

(Prevention & Promotion Excellence)

ปี 2560

ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ
Prevention & Promotion Excellence

เป้าหมาย : 1.ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ 2.ลดการเจ็บป่วยของประชาชน	KPI : อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดไม่น้อยกว่า 80 ปี

มาตรการ					
	P: สร้างการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายอย่างบูรณาการ/ผลักดันให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่าน Best practices ทั้งเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพการจัดการสิ่งแวดล้อมและคุ้มครองผู้บริโภค	I: สนับสนุนให้เกิดการบูรณาการการใช้ทรัพยากรในการพัฒนา/ขับเคลื่อนงาน โดยใช้แหล่งทุนจากทุกแหล่งที่เป็นไปได้	R: สนับสนุนมาตรการทางกฎหมายและกลไกการบริหารจัดการเชิงนโยบายที่เข้มแข็ง เพื่อผลักดันให้เกิดกระบวนการจัดการด้านส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย ป้องกันควบคุมโรค ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ คุ้มครองผู้บริโภคอย่างเป็นรูปธรรม	A: รณรงค์/สร้างกระแสขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนาด้านส่งเสริม ป้องกันทุกกลุ่มวัย ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ คุ้มครองผู้บริโภค	B: เสริมสร้างทักษะความเชี่ยวชาญ สนับสนุนองค์ความรู้ด้านการจัดการด้านส่งเสริมป้องกันทุกกลุ่มวัย ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ คุ้มครองผู้บริโภคแก่บุคลากรและเครือข่าย

Quick Win	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	1. มีแผนยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน P&P Excellence 2. มีระบบกำกับ และติดตามผลการดำเนินงาน (CIO+M&E) 3. ร้อยละ 50 ของภาคีเครือข่ายให้การสนับสนุนทรัพยากร/การดำเนินงาน	1. ทุกจังหวัดมีมหกรรมสร้างกระแสสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนในวงกว้าง 2. ตัวชี้วัดร้อยละ 50 ของ P&P Excellence ผ่านเกณฑ์	1. ตัวชี้วัดร้อยละ 80 2. ของ P&P Excellence ผ่านเกณฑ์	1. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้น 2. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีสูงขึ้น

การตั้งครรภ์ในหญิงอายุ 15-19 ปี

เป้าหมาย : 1. ลดการตั้งครรภ์ในหญิง 15-19 ปี 2. อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมิน อภ.อนามัยเจริญพันธ์	KPI: 1. อัตราการคลอดในวัยรุ่นไม่เกิน 42:1,000 ประชากรหญิง 15-19 ปี 2. YFHS ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80, อำเภออนามัยเจริญพันธุ์ ผ่านร้อยละ 70

มาตรการ	P	I	R	A	B
	ประสานความร่วมมือภาคีเครือข่ายบูรณาการป้องกันแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	บูรณาการทรัพยากรและงบประมาณจากภาคีเครือข่าย	เร่งรัดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559	สร้างช่องทางการสื่อสารสาธารณะและส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบที่หลากหลายตรงตามความต้องการ	พัฒนาระบบบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยวัยเจริญพันธุ์(YFHS) พัฒนาศักยภาพแกนนำวัยรุ่น/ขยายหลักสูตรเพศศึกษารอบด้าน

Quick Win	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	• มีอนุกรรมการครบทุกจังหวัด • ทุกอำเภอมีแผนดำเนินงานอนามัยเจริญพันธุ์มีการร่วมกับภาคีเครือข่าย DHS • โรงพยาบาลทุกแห่งมีแผนการดำเนินงาน OHOS	• หน่วยบริการทุกแห่งได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้การดำเนินงาน YFHS อนามัยเจริญพันธุ์ • ร้อยละ 50 ของอำเภอเป้าหมายได้รับการประเมินและเยี่ยมเสริมพลังอำเภออนามัยเจริญพันธ์	• มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ • ร้อยละ100ของ รพ.ได้รับการประเมินมาตรฐาน YFHS • ร้อยละ 100 ของอำเภอเป้าหมายได้รับการประเมินและเยี่ยมเสริมพลังอำเภออนามัยเจริญพันธ์ • มีช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ที่หลากหลายตรงความต้องการ	• อัตราการคลอดมีชีพในหญิง 15 – 19 ปี ไม่เกิน 42:1000 • อำเภอผ่านการประเมินอำเภออนามัยเจริญพันธุ์ร้อยละ 70 / • โรงพยาบาลผ่าน YFHS ร้อยละ 80

งานวัณโรค

เป้าหมาย : ลดอัตราการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค	KPI : อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 85

	ระบบป้องกันโรค	การรักษา	ระบบข้อมูล/งบประมาณ	การบริหารจัดการ
มาตรการหลัก	ประสานภาคีเครือข่ายเร่งรัดการค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย/พื้นที่พิเศษ	การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยตามมาตรฐานให้หายและกินยาครบ	พัฒนาคุณภาพข้อมูลการบันทึกรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านโปรแกรม TBCM ๒๐๑๐/ โปรแกรม TBCM online	ติดตามกำกับ โรงพยาบาลเป้าหมายผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพและการดูแลรักษาวัณโรค(QTB)
	ประสานภาคีจัดระบบคัดกรองในพื้นที่พิเศษ (โรงงาน/คอนโด/เรือนจำ)	กำกับดูแลการกินยาที่บ้านด้วย อสค. ร่วมกับเจ้าหน้าที่	ประสานภาคีให้การสนับสนุนงบประมาณและด้านสังคมเศรษฐานะ	ติดตามกำกับ เรือนจำเป้าหมายผ่านเกณฑ์มาตรฐานการดูแลรักษาวัณโรคในเรือนจำ(QTBP)

	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
Quick Win	1.มีการกำหนดเป้าหมายอำเภอคัดกรองเชิงรุก (3 อำเภอ/จังหวัด) ประชากรกลุ่มเสี่ยง/พื้นที่พิเศษ 2.มีแผน/งบประมาณในการดำเนินงานคัดกรองเชิงรุกในอำเภอเป้าหมาย/ประชากรกลุ่มเสี่ยง/พื้นที่พิเศษ 3.กำหนดโรงพยาบาลเป้าหมายในการประเมินมาตรฐาน QTB (3 โรงพยาบาล/จังหวัด) 4.กำหนดเรือนจำเป้าหมายในการประเมินมาตรฐาน QTBP (1 แห่ง/จังหวัด)	1.ร้อยละ 50 ของอำเภอเป้าหมาย ได้รับการคัดกรองเชิงรุกในประชากรกลุ่มเสี่ยง/พื้นที่พิเศษ 2.ร้อยละ 80 ของ รพ.ในเขตมีการบันทึกและรายงานข้อมูล TB ผ่านโปรแกรม TBCM ๒๐๑๐/TBCM online 3.ร้อยละ 50 ของ รพ.เป้าหมาย ได้รับการประเมินมาตรฐาน QTB 4.ร้อยละ 40 ของเรือนจำเป้าหมายได้รับการประเมินมาตรฐาน QTBP	1.ร้อยละ 100 ของอำเภอเป้าหมาย ได้รับการคัดกรองเชิงรุกในประชากรกลุ่มเสี่ยง/พื้นที่พิเศษ *ร้อยละของการค้นพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่มากกว่าร้อยละ 80 (ของจำนวนที่คาดประมาณ) 2.ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลในเขตมีการบันทึกและรายงานข้อมูล TB ผ่านโปรแกรม TBCM2010/TBCM online 3.ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลเป้าหมาย ได้รับการประเมินมาตรฐาน QTB (24 รพ.) และผ่านเกณฑ์มาตรฐาน QTB ร้อยละ 80 (20 รพ.) 4.ร้อยละ 100 ของเรือนจำเป้าหมาย(8 แห่ง) ได้รับการประเมินมาตรฐาน QTBP และผ่านเกณฑ์มาตรฐาน QTBP ร้อยละ 50 (4 แห่ง)	อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 85 (ปี 2560 ไม่วัดผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำเนื่องจากยังรักษาไม่ครบตามกำหนด)

โรคความดันโลหิตสูง/เบาหวานรายใหม่

เป้าหมาย : ลดผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รายใหม่	KPI : อัตราผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง 0.25 %

	P พัฒนาความเข้มแข็งและสร้างการมีส่วนร่วม	I ลงทุนพัฒนาระบบงานให้ได้มาตรฐาน	R บริหารนโยบายสาธารณะและกฎหมาย	A สร้างความตระหนักเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	B พัฒนาสมรรถนะบุคลากร
มาตรการหลัก	สนับสนุนและส่งเสริมภาคีเครือข่าย ในการลดพฤติกรรมเสี่ยง (เนือยนิ่ง บุหรี่ สุรา บริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม) ในตำบลจัดการสุขภาพสถานที่ทำงาน/สถานประกอบการ	พัฒนา คลินิก NCD คุณภาพ Plus ติดตามการดำเนินงานระดับเขต โดยการใช้ SI_3M	การบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 อย่างจริงจังและต่อเนื่อง	เสริมทักษะให้ชุมชนสามารถจัดการลดปัจจัยเสี่ยง ใช้กระบวนการ MI (Motivation Interviewing) บริการให้คำปรึกษากลุ่มเสี่ยงปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บุหรี่ ลดหวาน มันเค็ม ออกกำลังกาย	อบรมพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Mini NCD Nurse Case Manager)
	ประสานภาคี (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ร้านยา/โรงพยาบาลรัฐนอกกระทรวงสาธารณสุข/โรงงาน) ให้บริการคัดกรอง DM HT ในประชากรเป้าหมาย	พัฒนาระบบฐานข้อมูลให้เชื่อมโยงภายในเขตด้วยโปรแกรม Chronic link	สนับสนุนการใช้มาตรการป้องกันปัญหาด้านโภชนาการ ตามประกาศกระทรวงฯ ฉบับที่ 374 พ.ศ.2559 อาหารที่ต้องแสดงฉลากโภชนาการ		สร้างความเข้มแข็งของ System manager ระดับอำเภอ

	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
Quick win	ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง DM HT 50%	ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง DM HT 95 %	กลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่มสงสัยป่วยใหม่ DM HT ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 100 %	อัตราผู้ป่วยโรค DM HT รายใหม่ ลดลง 0.25 %
	ทุกจังหวัด มีและใช้ โปรแกรม Chronic link	กลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่มสงสัยป่วยใหม่ DM HT ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 50 %	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน NCD คุณภาพ Plus 80%	
	มีการดำเนินกิจกรรม ลดพฤติกรรมเสี่ยง ในสถานที่ทำงาน/สถานประกอบการ/ตำบลจัดการสุขภาพ	โรงพยาบาลส่วนตำบลผ่านการอบรม mini CM ร้อยละ 25	โรงพยาบาลส่วนตำบลผ่านการอบรม mini CM ร้อยละ 50	

ยาเสพติด

เป้าหมาย : 1. ผู้ป่วยยาเสพติดหลังการบำบัดฟื้นฟู ไม่กลับมาเสพซ้ำ 2. ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction)			KPI: ร้อยละ 92 ของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาตามเกณฑ์กำหนด	
มาตรการหลัก	1.ด้านการส่งเสริมป้องกันไม่เสพสารเสพติด	2.ด้านคัดกรอง บำบัดฟื้นฟู ติดตามผู้ป่วยยาเสพติด อย่างมีคุณภาพมาตรฐาน ให้ครอบคลุม และทั่วถึง	3.การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction)	4.มีกลไกการดำเนินงาน การกำกับติดตามงานยาเสพติด
	1.รณรงค์สร้างความรู้ สร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันยาเสพติด ในสถานศึกษา สถานประกอบการและชุมชน ตามกลไกประชารัฐ	1.พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านยาเสพติดในกลุ่มโรงพยาบาลส่วนตำบล 2. พัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลด้านยาเสพติด (HA./พบยส.) 3.สถานพยาบาลทุกระบบ คัดกรองบำบัดฟื้นฟู และติดตามผู้ป่วยยาเสพติด	1.ประสานภาคีสถานพยาบาลทุกระบบ ร่วมดำเนินมาตรการ ลดอันตรายด้านยาเสพติด (Methadone,เข็ม,ถุงยาง)	1.จัดตั้งหน่วยงานยาเสพติดระดับเขตสุขภาพ จังหวัด อำเภอ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และกำกับ ดูแล มาตรฐาน การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ในทุกระบบ 2.กำกับคุณภาพระบบข้อมูลยาเสพติด (บสต.)
Quick Win	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	1.ร้อยละ100 สถานบริการระดับรพ.สต. ได้รับการพัฒนาให้สามารถบริการคัดกรองบำบัดฟื้นฟูแบบBA,BI,MI และติดตามผู้ป่วยยาเสพติ 2.คิดตัววัดส่งเสริมป้องกัน	1. ร้อยละ 25 ของรพ.ผ่านการรับรองคุณภาพงานยาเสพติด 2.ร้อยละ 50 ของค่ายศูนย์ขวัญฯ/ค่ายวิวัฒน์ฯ /ระบบต้องโทษ จัดบริการตามแนวทางกระทรวงสาธารณสุข	1. ร้อยละ 50 ของรพ.ผ่านการรับรองคุณภาพงานยาเสพติด 2.ร้อยละ 70 ของค่ายศูนย์ขวัญฯ/ค่ายวิวัฒน์ฯ /ระบบต้องโทษ จัดบริการตามแนวทางกระทรวงสาธารณสุข	1. ร้อยละ 75 ของรพ.ผ่านการรับรองคุณภาพงานยาเสพติด 2.ร้อยละ 92 ของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาตามเกณฑ์กำหนด

GREEN & CLEAN Hospital

เป้าหมาย : รพ.ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital			KPI : ร้อยละ 75 ของโรงพยาบาลในเขต 4 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน		
มาตรการหลัก	P: สร้างการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายอย่างบูรณาการ/ผลักดันให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่าน Best practices ทั้งเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน	I: สนับสนุนให้เกิดการบูรณาการการใช้ทรัพยากรในการพัฒนา/ขับเคลื่อนงาน โดยใช้แหล่งทุนจากทุกแหล่งที่เป็นไปได้	R: สนับสนุนมาตรการทางกฎหมาย เพื่อผลักดันให้เกิดกระบวนการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital อย่างเป็นรูปธรรม	A: ส่งเสริมให้เกิดกลไกการบริหารจัดการเชิงนโยบาย ที่เข้มแข็ง ระดับจังหวัดขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนา โรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN& CLEAN Hospital	B: เสริมสร้างทักษะความเชี่ยวชาญ สนับสนุนองค์ความรู้ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมแก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับ
Quick Win	3 เดือน		6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	1.มีการประกาศนโยบายการพัฒนา รพ.ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับเขตสุขภาพ 4 จังหวัด และโรงพยาบาล		1.มีการกำกับ และติดตามผลการดำเนินงานโดยผู้ตรวจราชการ และรายงานผลการดำเนินงานในการประชุมเขต	1.มีการกำกับ และติดตามผลการดำเนินงานโดยผู้ตรวจราชการ และรายงานผลการดำเนินงานในการประชุมเขต	1.มีการรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในการประชุมเขต
	2.ร้อยละ 80 ของจังหวัด มีกลไกการขับเคลื่อน และจัดทีมตรวจประเมินโรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital ที่มีความพร้อมและมีศักยภาพ		2.ร้อยละ 60 ของจังหวัด ดำเนินการขับเคลื่อนและประเมินโรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital	2.ร้อยละ 80 ของจังหวัด ดำเนินการขับเคลื่อน และประเมินโรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital	2.ร้อยละ 100 ของจังหวัดดำเนินการขับเคลื่อน และประเมินโรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital
	3.1 รพ.ประเมินตนเอง100% 3.2 ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลมีแผนพัฒนาโรงพยาบาลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN hospital		3.ร้อยละ 30 ของโรงพยาบาล พัฒนาได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ระดับพื้นฐาน	3.ร้อยละ 60 ของโรงพยาบาล พัฒนาได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ระดับพื้นฐาน	3.ร้อยละ 75 ของโรงพยาบาล พัฒนาได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ระดับพื้นฐาน

แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

(Service Excellence)

ปี 2560

เป้าหมาย : 1.ลดอัตราตายผู้ป่วยโรคหัวใจ
2.ลดอัตราตายผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน
3.ลดอัตราไตเสื่อมทุกระยะ
4.ผู้ป่วยนอกรับบริการที่สถานบริการระดับปฐมภูมิเพิ่มขึ้น
5.เพิ่มจำนวนคลินิกหมอครอบครัวครอบคลุมประชากรในเขต
6.ลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยมะเร็ง
7.ลดค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพ(RDU)
8.เพิ่มศักยภาพของหน่วยบริการและพัฒนาระบบส่งต่อภายในเขตสุขภาพที่ 4

KPI : 1.ร้อยละของอัตราตายผู้ป่วยโรคหัวใจไม่เกิน 32 ต่อแสนประชากร
2.อัตราตายผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน น้อยกว่า ร้อยละ 18 ต่อแสนประชากร
3.ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m2/yr มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ65
4. สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ OP visit มากกว่าหรือเท่ากับ 1.5
5.ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ ร้อยละ 100 (31 PCC 48 ทีม)
6.ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งได้รับการฉายแสงภายใน 6 สัปดาห์ มากกว่าร้อยละ 80
7.Unit cost ค่ายาลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 5
8.ลดการส่งต่อออกนอกเขตร้อยละ 10

	การพัฒนาฐานข้อมูล	การพัฒนากำลังคน	การบริหารจัดการ	การกำกับและประเมินผล
มาตรการหลัก	1.CSOจังหวัดตรวจสอบและรายงานให้ CSO เขต รายไตรมาส 2.พัฒนาฐานข้อมูล CSO ระดับเขต 3.การนำฐานข้อมูล CSO ระดับเขตเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางแก้ไข	1.วิเคราะห์ส่วนขาด(Gap Analysis) จำนวนและศักยภาพบุคลากร SP แต่ละสาขา และจัดลำดับความสำคัญของส่วนขาด 2.การเชื่อมโยงข้อมูลกับ CHRO เพื่อการผลิตและพัฒนาบุคลากรตามส่วนขาด	1.วิเคราะห์และวางแผนการพัฒนาสถานบริการให้สอดคล้องกับแผน SP แต่ละสาขา 2.จัดทำแผนงบประมาณ(งบลงทุน) 3.มีกลไกสร้างความเชื่อมโยงกับสถานบริการสาธารณสุขสังกัดนอกกระทรวงสาธารณสุข 4.มีกลไกสร้างความเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการเงินการคลัง(ค่าใช้จ่ายการบริการ)	1.ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยบูรณาการร่วมกับคณะทำงานกำกับติดตามและประเมินผลของเขต 4 (M&E) , CSO จังหวัด และ SP ทุกสาขา 2.กำกับติดตามแผนยุทธศาสตร์ เขต 4 ตามกรอบระยะเวลาที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด 3.เร่งรัด ติดตามกำกับการดำเนินงาน PAของจังหวัดในเขต 4
มาตรการสนับสนุน	ผลักดันและสร้างความเข้มแข็ง CSO จังหวัดและคณะกรรมการ SP (มีกรรมการ แผนปฏิบัติการ การประชุมคณะกรรมการ)	การรวบรวมหลักสูตรและสถาบันที่จะผลิตและพัฒนาบุคลากรตามลำดับความสำคัญของส่วนขาด	1.ทุกจังหวัดทำแผนพัฒนาสถานบริการให้สอดคล้อง SP แต่ละสาขา 2.มีโครงสร้างคณะทำงานขับเคลื่อนการบูรณาการกับสถานบริการนอกกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง	1.มีการประชุมคณะกรรมการ CSO ระดับเขตทุกไตรมาส 2.มีการประชุมและรายงานผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ SP ทุกสาขา
Quick Win	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	• อัตราตายด้วยหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน 9ต่อแสนประชากร • อัตราตายผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน น้อยกว่า ร้อยละ 4.5 ต่อแสนประชากร • ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m2/yr มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ65 • มีการจัดทำฐานข้อมูล SP ของแต่ละสาขา • มีการจัดทำฐานข้อมูลส่วนขาด(Gap Analysis) จำนวนและศักยภาพบุคลากร SP แต่ละสาขา และจัดลำดับความสำคัญของส่วนขาด • มีการประชุมคณะกรรมการ CSO ระดับเขต	• อัตราตายด้วยหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน 17ต่อแสนประชากร • อัตราตายผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน น้อยกว่า ร้อยละ 9 ต่อแสนประชากร • ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m2/yr มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ65 • Unit cost ค่ายาลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 • ลดการส่งต่อออกนอกเขตร้อยละ 10 • มีการประชุมคณะกรรมการ CSO ระดับเขต • มีทำเนียบหลักสูตรและสถาบันที่จะผลิตและพัฒนาบุคลากร • การประชุมและรายงานผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ SP ทุกสาขา	• อัตราตายด้วยหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน 25ต่อแสนประชากร • อัตราตายผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน น้อยกว่าร้อยละ 13.5 ต่อแสนประชากร • ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m2/yr มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ65 • มีการประชุมคณะกรรมการ CSO ระดับเขต • มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	• อัตราตายด้วยหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน 32ต่อแสนประชากร • อัตราตายผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน น้อยกว่า ร้อยละ 18 ต่อแสนประชากร • ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m2/yr มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ65 • Unit cost ค่ายาลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 • ลดการส่งต่อออกนอกเขตร้อยละ 10 • มีการประชุมคณะกรรมการ CSO ระดับเขต

เป้าหมาย มาตรการ
สู่ความสำเร็จของ
การพัฒนาบุคลากรเป็นเลิศ
(People Excellence)
ปี 2560

People Excellence

เป้าหมาย : เจ้าหน้าที่และภาคีเครือข่ายมีความสุข

KPI : 1.ร้อยละของความสำเร็จในการจัดการข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ
2.ร้อยละเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด
3.ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด
4.ร้อยละหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข คนทำงาน (Happy Work Life Index) ไปใช้
5.ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

มาตรการหลัก	1. พัฒนาฐานข้อมูลโปรแกรม HROPS เพื่อใช้ประโยชน์ในการบริหารกำลังคน(พัฒนาผู้ใช้และจัดการข้อมูลให้เป็นปัจจุบันและการติดตามกำกับ) 1.1 ประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยวิทยากรจากกลุ่มงานบริหารบุคคล กลุ่มเป้าหมายผู้รับผิดชอบงาน HR และผู้รับผิดชอบงานพัฒนาข้อมูล สำนักงานเขตสุขภาพ รวม 60 คน 1.2 กำหนดนโยบายการ อัพเดตข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน ทุก 2 สัปดาห์ 1.3 กำกับติดตาม การนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์รายงานในที่ประชุมผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 4 ทุกเดือน	2. พัฒนาบุคลากรตามปัญหาและความจำเป็นของพื้นที่ Service Plan 2.1 ประชุมร่วมกับทีม CSO เพื่อวิเคราะห์ปัญหาตามความจำเป็นการพัฒนาบุคลากรตาม Service Plan 2.2 วางแผนร่วมกับสถาบันการศึกษาในเขตเพื่อจัดหลักสูตรรองรับการพัฒนาบุคลากร (เน้นหลักสูตร 10 วันขึ้นไป) 2.3 ร่วมกับทีม CSO และผู้เกี่ยวข้องเพื่อจัดอบรมตามหลักสูตรที่วิเคราะห์ความต้องการไว้	3. ร่วมผลิตบุคลากรทางสุขภาพกับสถาบันการศึกษาในเขตสุขภาพที่ 4 3.1 วางแผนการผลิตนักเรียนทุนสาขาต่างๆ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล ร่วมกับสถาบันการศึกษา ในเขตสุขภาพที่ 4 4. การพัฒนา HR มืออาชีพ เขตสุขภาพที่ 4 4.1 พัฒนาหลักสูตร HR มืออาชีพ เขตสุขภาพที่ 4 ร่วมกับวิทยากรเอกชน 4.2 จัดอบรมตามหลักสูตรที่วางแผน - รุ่นที่ 1 ผู้บริหาร - รุ่นที่ 2 ผู้ปฏิบัติงาน HR 4.3 กำกับติดตามการนำความรู้ไปปฏิบัติ	5. ปลูกฝังค่านิยม MOPH เขตสุขภาพที่ 4 5.1 สัมมนาผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 4 เพื่อกำหนด แนวทางขับเคลื่อนค่านิยม MOPH สู่การปฏิบัติ 5.2 จัดประชุมเพื่อสื่อสารแนวทางการขับเคลื่อนในระดับจังหวัด 5.3 กำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดในหน่วยบริการทุกระดับ 5.4 จัดกิจกรรมส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรมีการปฏิบัติตามค่านิยม 6. ส่งเสริมการนำดัชนีชี้วัดความสุข Happino meter สู่การปฏิบัติ ในหน่วยบริการทุกระดับ	7.สานสัมพันธ์ภาคีเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ (ส่งเสริมความสุขของผู้ปฏิบัติงาน) 7.1 สัมมนาผู้บริหารพร้อมผู้แทน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น(นายกสันนิบาต เทศบาล/ประธานนายก องค์การบริหารส่วนตำบลแต่ละจังหวัด) ผู้แทน สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน/ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่ละจังหวัด ในการจัดทำกรอแบความร่วมมือในการผลักดันองค์กรต้นแบบของภาคีเครือข่ายระดับเขต 7.2ประกวดองค์กรภาคีเครือข่ายต้นแบบด้านสุขภาพสุขภาพแต่ละภาคี องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล/โรงเรียนมัธยม/ประถม/อาสาสมัครประจำครอบครัวต้นแบบ
Quick Win	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
	1.มีการประชุมชี้แจงทีม HR เขตสุขภาพที่ 4 เพื่อวางแผนขับเคลื่อนงาน People Excellence 2.แต่งตั้งกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคลเขตสุขภาพที่ 4 และวางแผนประชุมติดตามงาน 3.จัดทำโครงการตามแผนที่กำหนดไว้ รวมถึงประสานวิทยากรเพื่อเตรียมจัดอบรมตามแผน 4.ประชุมวางแผนการจัดกิจกรรมร่วมกับผู้เกี่ยวข้องได้แก่ ทีม Service plan สถาบันการศึกษาในเขต4 5.ดำเนินการจัดกิจกรรมตามแผนในไตรมาสแรก 6.ประชุมชี้แจงการลงข้อมูลและการทำรายงานข้อมูลกำลังคนจากโปรแกรม HROPS	1.ประชุมกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคลและทีมHR เขตสุขภาพที่ 4 เพื่อติดตามการดำเนินงาน 2.ประชุมเชิงปฏิบัติการการวิเคราะห์อัตรากำลังในระดับจังหวัดครบทุกแห่ง 3.ประชุมเชิงปฏิบัติการการวิเคราะห์อัตรากำลังในสถานบริการทุกระดับในแต่ละจังหวัด 4.เก็บข้อมูลเพื่อวิเคราะห์อัตรากำลังตามภาระงานในสถานบริการทุกระดับ 5.จัดอบรมตามหลักสูตรที่วางแผนร่วมกับผู้เกี่ยวข้องให้แล้วเสร็จภายในเดือนมีนาคม 2560	1.ประชุมกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคลและทีม HR เขตสุขภาพที่ 4 เพื่อติดตามการดำเนินงาน 2.ประชุมเชิงปฏิบัติการการวิเคราะห์อัตรากำลังในระดับจังหวัดครบทุกแห่ง 3.ประชุมเชิงปฏิบัติการการวิเคราะห์อัตรากำลังในสถานบริการทุกระดับในแต่ละจังหวัด 4.เก็บข้อมูลเพื่อวิเคราะห์อัตรากำลังตามภาระงานในสถานบริการทุกระดับ 5.จัดอบรมตามหลักสูตรที่วางแผนร่วมกับผู้เกี่ยวข้องให้แล้วเสร็จภายในเดือนมีนาคม 2560	1.ประชุมกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคลและทีม HR เขตสุขภาพที่ 4 เพื่อติดตามการดำเนินงาน 2.สรุปภาพรวมการวิเคราะห์อัตรากำลังตามภาระงานของหน่วยงานในเขตสุขภาพที่ 4 3.จัดทำแผนกำลังคนจากข้อมูลการวิเคราะห์อัตรากำลังเพื่อนำเสนอผู้บริหารในเขตพิจารณา 4.สรุปผลการดำเนินงานโครงการต่างๆที่ได้ดำเนินการไปแล้ว	

เป้าหมาย มาตรการ สู่ความสำเร็จของ การบริหารเป็นเลิศ ด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ปี 2560

Governance Excellence

ระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

เป้าหมาย : หน่วยงานสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 4 มีการดำเนินงานอย่างโปร่งใส มีคุณธรรม ไม่มีการทุจริต คอรัปชั่น			KPI: ร้อยละของหน่วยงานที่ผ่าน ITA ร้อยละ 85	
	Planning	Organizing	Directing	Control
มาตรการหลัก	1.สสจ./สสอ./รพศ./รพท./รพช. ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดการทุจริต คอรัปชั่นจากผลการประเมินของ ปปท. ปี 2559 2.ทุกหน่วยงานจัดทำแผนปรับปรุง/ป้องกันการเกิดการทุจริตคอรัปชั่นในองค์กร	1.กำหนดเจ้าภาพ ITA ระดับ สสจ. / สสอ./รพศ./รพท./รพช. 2.แต่งตั้งคณะทำงานประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสฯ ระดับจังหวัด/สสอ./รพศ./รพท./รพช.	1.การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดการทุจริตคอรัปชั่น 2.การปลูกจิตสำนึกบุคลากรทุกระดับในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการทุจริตคอรัปชั่น 3.ให้ความรู้ในการดำเนินงานตาม เกณฑ์การประเมิน ITA แก่บุคลากรทุกระดับและพัฒนาศักยภาพคณะทำงานและเครือข่าย	1.การประเมินตนเองของ สสจ. สสอ. รพศ. รพท.และรพช.ทุกไตรมาส 2.สสจ.ทั้ง 8 จังหวัดเตรียมรับการประเมินจากหน่วยงานภายนอก (สำนักงาน ปปท.) 2.ตรวจราชการและนิเทศงานปกติ ปีละ 2 ครั้ง/จังหวัด
Quick Win	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	1.สสจ./สสอ./รพศ./รพท./รพช.มีการกำหนดเจ้าภาพและคณะทำงาน 2.มีการวิเคราะห์ปัญหาและจัดทำแผน 3.หน่วยงานเป้าหมายมีการดำเนินงานตามแผน และมีผลการประเมินตนเองตามแบบ EB1 - EB3 ได้ระดับ 3	1.หน่วยงานเป้าหมายมีการดำเนินงานตามแผน 2.มีผลการประเมินตนเองตามแบบ EB1 – EB 11 ได้ร้อยละ 85	1.หน่วยงานเป้าหมายมีการดำเนินงานตามแผน 2.มีผลการประเมินตนเองตามแบบ EB1 – EB11 ได้ร้อยละ 85	1.หน่วยงานเป้าหมายมีการดำเนินงานตามแผน 2.มีผลการประเมินตนเองตามแบบ EB1 – EB11 ได้ร้อยละ 85 3.มีการสรุปและวิเคราะห์ปัญหาความเสี่ยงเพื่อจัดทำแผนปรับปรุงปี 2561

Governance Excellence
พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

เป้าหมาย	KPI
เป้าหมาย : 1.คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายสอดคล้องตามมาตรฐานของ WHO 2.ข้อมูลบริการสุขภาพในสถานพยาบาลมีคุณภาพ	KPI: 1.ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการมีข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุไม่เกิน ร้อยละ 25 ของการตายทั้งหมด 2.ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการมีข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรค มีความครบถ้วนถูกต้องไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80

มาตรการหลัก	1.พัฒนาศักยภาพเครือข่าย/ทีมงาน สร้างความรู้ความเข้าใจในกระบวนการดำเนินการเดียวกัน	2.จัดหา สนับสนุนอุปกรณ์ที่ใช้ในการบริหารจัดการข้อมูล เพื่อการกำกับติดตามประเมินผล	3. ประสานงานเครือข่าย	4. พัฒนาระบบประมวลผล กำกับติดตามผลการดำเนินงาน
Quick Win	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	• พัฒนาระบบ cockpit เพื่อติดตามผลงาน • ปรับปรุงเว็บไซต์เขตสุขภาพ • ประชุมคณะกรรมการCIOและคณะทำงาน7 คณะ • ประชุมคณะกรรมการย่อย แบ่งเป็น 5 ยุทธศาสตร์ • จัดประชุมเพื่อหารือการนำเข้าข้อมูลและตัวชี้วัดที่จะนำเสนอต่อผู้บริหาร • การจัดทำระบบ Alert System เรื่องอุบัติเหตุหมู่/หรืออุบัติภัยที่เร่งด่วน • อบรมการใช้งานระบบติดตามตัวชี้วัดทุกระดับ • ขอพื้นที่สำหรับ server บน Clound กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 2 site ขนาดหน่วยความจำ 32 GB harddisk 500 GB • จดทะเบียนโดเมนเนม Server เขตสุขภาพ • ติดตามผลการพัฒนาคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพให้ได้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 • ติดตามผลการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายให้ได้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10	• พัฒนาระบบ cockpit เพื่อติดตามผลงาน • ประชุมคณะกรรมการ CIO และคณะทำงาน 7 คณะ • ประชุมคณะกรรมการย่อย แบ่งเป็น 5 ยุทธศาสตร์ • จัดประชุมเพื่อหารือการนำเข้าข้อมูลและตัวชี้วัดที่จะนำเสนอต่อผู้บริหาร • ปรับปรุงพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูล คณะที่ 2 Service Plan • การจัดทำระบบ Alert System เรื่องอุบัติเหตุหมู่/หรืออุบัติภัยที่เร่งด่วน • จดทะเบียนโดเมนเนม Server เขตสุขภาพ • ติดตามผลการพัฒนาคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพให้ได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 • ติดตามผลการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายให้ได้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 15	• ประชุมคณะกรรมการ CIO และคณะทำงาน 7 คณะ • ประชุมคณะกรรมการย่อย แบ่งเป็น 5 ยุทธศาสตร์ • จัดประชุมเพื่อหารือการนำเข้าข้อมูลและตัวชี้วัดที่จะนำเสนอต่อผู้บริหาร • ติดตามผลการพัฒนาคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพให้ได้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 • ติดตามผลการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายให้ได้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20	• ประชุมคณะกรรมการ CIO และคณะทำงาน 7 คณะ • ประชุมคณะกรรมการย่อย แบ่งเป็น 5 ยุทธศาสตร์ • จัดประชุมเพื่อหารือการนำเข้าข้อมูลและตัวชี้วัดที่จะนำเสนอต่อผู้บริหาร • ติดตามผลการพัฒนาคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพให้ได้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 • ติดตามผลการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายให้ได้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25

Governance Excellence
บริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

เป้าหมาย	KPI
เป้าหมาย : ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 4 มีคุณภาพและการบริหารจัดการการเงินการคลังมีประสิทธิภาพ	KPI: 1.ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน

มาตรการหลัก	1.การจัดสรรเงินอย่างพอเพียง (Sufficient Allocation)	2.ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management)	3.สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)	4.พัฒนาคุณภาพข้อมูลบัญชี (Accounting Audit)	5.สร้างเครือข่ายด้านการเงินการคลังและศักยภาพบุคลากร (Network & Capacity Building)
มาตรการเสริม	1.1 พัฒนาเกณฑ์การจัดสรรที่เหมาะสมเพื่อช่วยเหลือหน่วยบริการภายในเขต 1.2 พัฒนากระบวนการปรับปรุงด้านประสิทธิภาพสำหรับหน่วยบริการที่ได้รับการช่วยเหลือ (LOI) จากเขต	2.1 พัฒนาระบบการจัดทำแผนทางการเงิน ปี 2560 2.2 พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ตามแผนทางการเงินหน่วยบริการ (รายเดือน) 2.3 ควบคุมกำกับด้วยเปรียบเทียบแผนการเงินกับผลการดำเนินงาน (ไตรมาส)	3.1 พัฒนาระบบบริหารจัดการด้านต้นทุนบริการจำแนกตาม หน่วยบริการกลุ่มระดับเดียวกัน 20 กลุ่ม 3.2 พัฒนาและใช้ดัชนีประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน 7 ตัวในการกำกับ ติดตาม แระเมินผลการดำเนินงาน	4.1 พัฒนาคุณภาพบัญชีทางอิเล็กทรอนิกส์ ตามเกณฑ์การตรวจสอบ เกณฑ์การบันทึกข้อมูลทางการเงิน	5.1 พัฒนาศักยภาพ CFO ทุกระดับ 5.3 พัฒนาศักยภาพทีม Auditor การตรวจสอบภายในระดับเขต ระดับจังหวัด
Quick Win	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
	• ร้อยละหน่วยบริการ • ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 < ร้อยละ 15 • มีเกณฑ์การจัดสรรงบ UC ที่ช่วยเหลือหน่วยบริการสุขภาพภายในเขต ๔ • มีการจัดทำ LOI ของหน่วยบริการที่รับการช่วยเหลือ หรือมีความเสี่ยงวิกฤตทางการเงิน • และการกำกับติดตามรายงานผล	• ร้อยละหน่วยบริการ • ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 < ร้อยละ 10 • คุณภาพข้อมูลทางบัญชีผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ ๙๐	• ร้อยละหน่วยบริการ • ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 < ร้อยละ 5 • คุณภาพข้อมูลทางบัญชีผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ ๑๐๐	• ไม่มีหน่วยงานที่ประสบปัญหาวิกฤตทางการเงินระดับ 7	

การพัฒนาการวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ

เป้าหมาย : มีผลงานวิจัย/R2R นวัตกรรม และองค์ความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ตามเข็มมุ่งเขตสุขภาพที่ 4	KPI : ร้อยละผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่เผยแพร่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์ร้อยละ 20

มาตรการหลัก	บุคลากร	ระบบสารสนเทศ/เครือข่าย	KM
	พัฒนาศักยภาพบุคลากรและงานวิจัย/R2R นวัตกรรม และการจัดการความรู้ด้านสุขภาพ	พัฒนาระบบฐานข้อมูลและคลังความรู้ ด้านการวิจัย/R2R นวัตกรรม และการจัดการความรู้ด้านสุขภาพ	ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้(KM Sharing) ระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ
มาตรการเสริม	• พัฒนาศักยภาพนักวิจัย • พัฒนาทีมสนับสนุนนักวิจัย/R2R / นวัตกรรม/KM ระดับจังหวัดและเขตสุขภาพที่ 4	• พัฒนาระบบฐานข้อมูลและคลังความรู้ผลงานวิชาการงานวิจัย/R2R /นวัตกรรม/KM เพื่อเผยแพร่ตามช่องทางต่างๆ • พัฒนาเครือข่ายความร่วมมือนักวิจัย/นักจัดการความรู้/นวัตกรรม เขตสุขภาพที่ 4 กับสถาบันการศึกษา • พัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงานจริยธรรมการวิจัยระดับจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	• ส่งเสริมการขับเคลื่อน และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้งานวิจัย /R2R / นวัตกรรม/KM ระดับจังหวัด • ส่งเสริมการนำผลงานวิจัย/R2R ไปใช้ประโยชน์และกำหนดเป็นนโยบายระดับเขตสุขภาพ

Quick Win	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	1.มีแผนงานพัฒนางานวิจัย/R2R นวัตกรรมระดับจังหวัดและเขต (คน เงิน การจัดการ หัวข้อวิจัย) 2.มีทีมพี่เลี้ยงและนักวิจัย/KM ระดับจังหวัดและเขต 3.มีเครือข่ายความร่วมมือกับสถาบันการศึกษา	1.มีฐานข้อมูลและคลังความรู้ผลงานวิชาการ 2.มีการขับเคลื่อนงานวิจัย/R2R นวัตกรรมระดับจังหวัด เขต 3.มีคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ระดับจังหวัด เขต 4.หน่วยงานระดับจังหวัด เขต มีงานวิจัย/R2R นวัตกรรม 5.มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระดับจังหวัด	1.มีเวทีแลกเปลี่ยนผลงานวิจัย /R2R /นวัตกรรม/KM ระดับเขต (โครงการมหกรรมเขตสุขภาพ 4.0 Forum (พ.ค. 2560))	1.หน่วยงานมีการเผยแพร่ผลงานในช่องทางต่างๆ และนำไปใช้ประโยชน์ ร้อยละ 20

การบังคับใช้กฎหมายครบองค์ประกอบที่กำหนดของสาธารณสุขจังหวัด

เป้าหมาย : จังหวัดและหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 4 ทั้ง 8 จังหวัด มีการบังคับใช้กฎหมายครบอย่างถูกต้องและมีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงกฎหมาย	KPI : ร้อยละของการบังคับใช้กฎหมายครบองค์ประกอบที่กำหนดของสาธารณสุขจังหวัด

มาตรการหลัก	1.สร้างเครือข่ายนักกฎหมาย	2. พัฒนาองค์ความรู้บุคลากรด้านกฎหมาย	3. ศูนย์ข้อมูลและช่องทางการเข้าถึงข้อมูลด้านกฎหมาย	4. ติดตามให้การสนับสนุน

Quick Win	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	• มีเครือข่ายนักกฎหมายที่ประกอบด้วยนิติกรของสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยบริการในเขต • มีการจัดทำแผนพัฒนาด้านกฎหมายของเขต • มีช่องทางสื่อสารและมีการให้ความรู้ด้านกฎหมายแก่บุคลากร • มีการบังคับใช้กฎหมายครบองค์ประกอบร้อยละ 60	• มีการสรุปผลการดำเนินการรอบ 6 เดือน • นิเทศติดตามร่วมกับการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ • มีการบังคับใช้กฎหมายครบองค์ประกอบร้อยละ 70	• มีการสรุปผลการดำเนินการรอบ 6 เดือน • มีการบังคับใช้กฎหมายครบองค์ประกอบร้อยละ 80	• มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กรณีการบังคับใช้กฎหมายและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนการพัฒนาปี 2561 • มีการบังคับใช้กฎหมายครบองค์ประกอบร้อยละ 90

การประเมิน : ข้อมูลรายงานจากกลุ่มกฎหมายของสาธารณสุขจังหวัด (จังหวัดที่ผ่าน 4 องค์ประกอบ คือ มีการวางแผน พัฒนาความรู้ด้านกฎหมาย สร้างเครือข่าย บังคับใช้และติดตามผล)

แผนการดำเนินงานโครงการ
ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน
(Monitoring & Evaluation)
ปี 2560

M&E

มาตรการหลัก	มาตรการ 1. ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยการบูรณาการงานร่วมกับ Chief Office (COO,CIO,CHRO,CFO,CSO) ICS, ศูนย์วิชาการ มาตรการ 2. กำกับ ติดตาม แผนยุทธศาสตร์ เขตสุขภาพที่ 4 ตามกรอบระยะเวลาที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด มาตรการ 3. ผลักดันให้ทุกจังหวัด สร้างความเข้มแข็งกลไกการติดตามและประเมินผล มาตรการ 4. จัดทำระบบ Cockpit นำเสนอผลการดำเนินงานเขตสุขภาพที่ 4 และประสาน สนับสนุนการจัดทำระบบ Alert System มาตรการ 5. เร่งรัด ติดตามกำกับการดำเนินงาน PA ของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4			
Quick Win	**3 เดือน**	**6 เดือน**	**9 เดือน**	**12 เดือน**
	• มอบหมายผู้รับผิดชอบขับเคลื่อนการดำเนินงานกำกับ ติดตามประเมินผลให้กับ Chief Office (COO,CIO,CHRO,CFO) ICS ศูนย์วิชาการ • Chief Office (COO,CIO,CHRO,CFO,cso) ศูนย์วิชาการ ส่งความต้องการการจัดเก็บข้อมูล ทำรายละเอียดตัวชี้วัดเพื่อการกำกับ ติดตาม ประเมินผล (2 ธันวาคม 59) • ชี้แจงระบบกำกับติดตามประเมินผลให้จังหวัดในเขตทราบ • วางระบบโครงสร้างระบบ Cockpit นำเสนอผลการดำเนินงานเขตสุขภาพที่ 4 และประสาน สนับสนุนการจัดทำระบบ ระบบ Alert System • รายงานสรุปผลงานความก้าวหน้าเข็มมุ่ง/4E/ HRP/HRM/HRD/ HWL/ HWP/Plan Fin/ FAI ดัชนีการเงิน 7 ระดับ ไตรมาสที่ 1 ปี 2560 • สรุปผลงานความก้าวหน้า PA ปี 2560/งบลงทุน/งบดำเนินงานทุกเดือน	• รายงานสรุปผล ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการและนิเทศงาน รอบที่ 1 ปี 2560 • รายงานสรุปผลงานความก้าวหน้าเข็มมุ่ง/4E/HRP/HRM/HRD/HWL/HWP/Plan Fin/ FAI ดัชนีการเงิน 7 ระดับ ไตรมาสที่ 1 ปี 2559 • มีระบบ Cockpit นำเสนอผลการดำเนินงานเขตสุขภาพที่ 4 และ ระบบ Alert System • ทุกจังหวัด กลไกการติดตาม และประเมินผลที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม • รายงานสรุปผลงานความก้าวหน้า PA ปี 2560/งบลงทุน/งบดำเนินงานทุกเดือน	• รายงานสรุปผล ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการและนิเทศงาน รอบที่ 2 ปี 2560 • รายงานสรุปผลงานความก้าวหน้าเข็มมุ่ง/4E/ HRP/HRM/HRD/ HWL/HWP/Plan Fin/ FAI ดัชนีการเงิน 7 ระดับ ไตรมาสที่ 3 ปี 2560 • รายงานสรุปผลงานความก้าวหน้า PA ปี 2560/งบลงทุน/งบดำเนินงานทุกเดือน	• รายงานสรุปผล ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ รอบ 12 เดือน • รายงานสรุปผลงานความก้าวหน้าเข็มมุ่ง/4E/ HRP/HRM/HRD /HWL/HWP/Plan Fin/ FAI ดัชนีการเงิน 7 ระดับ ไตรมาสที่ 3 ปี 2560 • รายงานสรุปผลงานความก้าวหน้า PA ปี 2560/งบลงทุน/งบดำเนินงานทุกเดือน

เป้าหมาย มาตรการ
สู่ความสำเร็จของ
ระบบบริการสุขภาพเป็นเลิศ
(Service Plan)
ปี 2560

โรคหลอดเลือดหัวใจ

เป้าหมาย :
1.ประชาชนป่วยและตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจลดลง
2.เพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
3.ครอบครัวและชุมชนมีความเข้มแข็งในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

KPI :
1.อัตราการตายด้วยหลอดเลือดหัวใจ 32 ต่อแสนประชากร (ปี 2557 , 2558 , 2559 อัตราตาย 44 , 42 , 37 ต่อแสนประชากร)
2.อัตราการตายในผู้ป่วย STEMI ร้อยละ 10 (ปี 2557 , 2558 , 2559 อัตราตายร้อยละ 15.4 , 12.5 , 10.4)
3.อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดหลอดเลือดร้อยละ 90 (ปี 2557 , 2558 , 2559 อัตราเปิดหลอดเลือดร้อยละ 72 , 82 , 84)
4.อัตราผู้ป่วย NSTEMI ได้รับการสวนหัวใจภายใน 72 ชั่วโมง

	1.เพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	2.พัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจให้ได้ตามมาตรฐาน	3.พัฒนาระบบการส่งต่อ	4.การพัฒนาระบบฐานข้อมูล
มาตรการหลัก	1.คัดกรอง Mapping ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ 2.เพิ่มศักยภาพผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น ในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ (Health Literacy) 3.เพิ่มความตระหนักในการเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็ว ในกลุ่มหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 4.ร่วมกับ PCC โรงพยาบาลส่วนตำบล ชุมชน และท้องถิ่นในการติดตามผู้ป่วยโรคหัวใจ	1.พัฒนาคุณภาพการให้บริการ STEMI 2.พัฒนาคุณภาพ Warfarin Clinic ของโรงพยาบาลชุมชน 3.เพิ่มศักยภาพ โรงพยาบาลสระบุรี และโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ให้ขยายเวลาบริการสวนหัวใจ 4.เพิ่มศักยภาพ โรงพยาบาลทั่วไป ในการเปิดบริการ Heart Failure Clinic	1.พัฒนาระบบการเข้าถึง PPCI ของผู้ป่วย STEMI 2.พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย Urgency NSTEMI เพื่อเข้ารับบริการสวนหัวใจ 3.สร้างเครือข่ายร่วมบริการผ่าตัดหัวใจ	1.ใช้ระบบฐานข้อมูลเดียวกันในการเก็บรวบรวมข้อมูลโรคหลอดเลือดหัวใจ 2.มีระบบพัฒนาเชื่อมโยงข้อมูลในเขตบริการสุขภาพ
มาตรการสนับสนุน	1.พัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้อง 2.สนับสนุนงบดำเนินการ บุคลากร ครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง วัสดุที่จำเป็น 3.เพิ่มการเข้าถึงบริการ 1669 EMS. ในกลุ่มผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน			
Quick Win	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	1.อัตราการตายด้วยหลอดเลือดหัวใจ 9 ต่อแสนประชากร 2.84% STEMI ได้รับการเปิดหลอดเลือด 3.30% NSTEMI ได้สวนหัวใจภายใน 72 ชั่วโมง	1.อัตราการตายด้วยหลอดเลือดหัวใจ 17 ต่อแสนประชากร 2.86% STEMI ได้รับการเปิดหลอดเลือด 3.35% NSTEMI ได้สวนหัวใจภายใน 72 ชั่วโมง	1.อัตราการตายด้วยหลอดเลือดหัวใจ 25 ต่อแสนประชากร 2.88% STEMI ได้รับการเปิดหลอดเลือด 3.40% NSTEMI ได้สวนหัวใจภายใน 72 ชั่วโมง	1.อัตราการตายด้วยหลอดเลือดหัวใจ 32 ต่อแสนประชากร 2.90% STEMI ได้รับการเปิดหลอดเลือด 3.50% NSTEMI ได้สวนหัวใจภายใน 72 ชั่วโมง

พัฒนาระบบรักษาโรคมะเร็ง

เป้าหมาย : ลดระยะเวลารอคอยการรักษา	KPI : ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ,เคมีบำบัดและรังสีรักษา ภายในระยะเวลา 4 ,6, 6 สัปดาห์ = 80%

มาตรการหลัก	ระบบบริการ	ระบบเทคโนโลยี ทางการแพทย์	อัตรากำลัง	ระบบสารสนเทศ
	พัฒนาระบบการรักษาและระบบส่งต่อ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งตั้งแต่แรกรับ จนถึงระยะสุดท้าย ให้ได้ตามมาตรฐาน และเชื่อมโยงเครือข่ายการดูแลรักษาสู่ชุมชน	บริหารจัดการเครื่องมือทางการแพทย์ในการรักษาโรคมะเร็งให้เพียงพอและเกิดประโยชน์สูงสุด	พัฒนาเครือข่ายกำลังคน ให้เพียงพอต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็ง	สร้างกลไกการจัดทำฐานข้อมูลเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงเครือข่ายการดูแลรักษา

มาตรการสนับสนุน	Screening Prevention	Cancer Diagnosis	Cancer treatment	Cancer Research	Cancer informatics
	1.พัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งเต้านม ปากมดลูก ลำไส้ใหญ่ และ มะเร็งตับ&ท่อน้ำดี	1.มาตรการ การรายงานผลชิ้นเนื้อภายใน 2 สัปดาห์ 2.คู่มือ แนวทางปฏิบัติ รักษาส่งต่อ	1.สนับสนุนให้เกิดเครือข่ายการให้คำปรึกษา การรักษาด้านการผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา 2.สนับสนุนการจัดตั้งศูนย์ประสานงานโรคมะเร็ง ในโรงพยาบาลระดับ A,S และ M1 3.พัฒนาความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยในการส่งต่อรักษา	1.จัด KM	1.พัฒนาระบบทะเบียนมะเร็ง โดย.ใช้โปรแกรม Thai Cancer Base 2.พัฒนาระบบ Refer Online 3. พัฒนาศักยภาพ Cancer Nurse Co-ordinator

Quick Win	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	1.โรงพยาบาลระดับ A , S , M1 มี ศูนย์ประสานงานโรคมะเร็งส่งต่อ ร้อยละ 80 2.อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด, เคมีบำบัดและรังสีรักษาภายในระยะเวลา 4 , 6 , 6 สัปดาห์ เขตสุขภาพที่ 4 ≥ 50%	1.โรงพยาบาลระดับดับ A ,S ,M1 มีการใช้ระบบ Refer Online และ Thai Cancer baseร้อยละ 80 2.อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด เคมีบำบัดและรังสีรักษาภายในระยะเวลา 4 , 6 , 6 สัปดาห์ เขตสุขภาพที่ 4 ≥ 60%	1.โรงพยาบาลระดับ A , S มีระดับความสำเร็จของการทำทะเบียนมะเร็งขั้นตอนที่ 4 ร้อยละ 80 2.อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด , เคมีบำบัดและรังสีรักษาภายในระยะเวลา 4 , 6 , 6 สัปดาห์ เขตสุขภาพที่ 4 ≥ 70% 3.โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย Mammogram เคลื่อนที่	1.อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด , เคมีบำบัดและรังสีรักษาภายในระยะเวลา 4 , 6 , 6 สัปดาห์ เขตสุขภาพที่ 4 ≥ 80%

ทารกแรกเกิด

เป้าหมาย : 1.อัตราตายทารกแรกเกิด (Neonatal mortality rate) ≤ 28 วัน ≤ 4 : 1,000 การเกิดมีชีพ 2. การส่งออกนอกเขตเครือข่ายลดลง 10% 3. เพิ่มเตียง NICU ให้เพียงพอต่อการบริบาลทารกป่วย 1 เตียงต่อจำนวนคลอด 500ราย (1:500)	KPI : ทารกแรกเกิดสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ลดป่วย ลดตาย ลดภาวะแทรกซ้อน มีเครือข่ายส่งต่อรวดเร็ว ปลอดภัย

มาตรการหลัก	1. มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการในเขตบริการให้มีคุณภาพ มาตรฐาน	2. บริหารจัดการให้เกิดระบบ Refer ได้มาตรฐาน ไร้รอยต่อ	3. สร้างเสริมศักยภาพบุคลากรให้ทันกับความต้องการ

Quick Win		3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	Health Outcome				
	• อัตราตายทารกแรกเกิด (NMR)	4.5/1000 LB	4.2/1000 LB	4/1000 LB	< 4/1000 LB
	• การ Refer Out นอกเขตลดลง	5 %(19ราย)	5 %(36ราย)	7.5%(52ราย)	10%(68ราย)
	- ระบบ Refer Node	✓			
	- แนวทาง CPG หลักเกณฑ์	✓			
	- รายงานเตียงว่าง	3 แห่ง	12 แห่ง		
	Service Outcome				
	• เพิ่มจำนวนเตียง NICU/SNB ตามมาตรฐาน		พระนั่งเกล้า(4เตียง) พระนารายณ์(1เตียง)	สระบุรี(4เตียง) นครนายก(2เตียง)	
	• เพิ่มศักยภาพการดูแลรักษาพยาบาลทารกแรกเกิด				
	- LASOR ROP				
	- Cooling system		โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า(รับRefer)		
	- มีการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด	50% (6แห่ง)	75% (9แห่ง)	100%(12แห่ง)	โรงพยาบาลสระบุรี
	• HRD				
	- อบรม NCPR	25%(2จังหวัด)	75%(6จังหวัด)	100%(8จังหวัด)	พร้อมเปิดหลักสูตร 4 เดือน
	- NNP		มีหลักสูตรของเขต		

สุขภาพจิต จิตเวช

เป้าหมาย : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ < 6.3 ต่อแสนประชากรไทย	KPI : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ < 6.3 ต่อแสนประชากรไทย

มาตรการหลัก	1.พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยจิตเวช/ยาเสพติดภาวะเร่งด่วน(acute care)ในสถานบริการ 2.กลุ่มเสี่ยง 3 กลุ่ม(โรคจิต/โรคซึมเศร้า โรคสุราสารเสพติด โรคเรื้อรัง) ได้รับการคัดกรอง ประเมินอาการและภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย รวมทั้งให้ suicide intervention และการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม 3.พัฒนามาตรฐานระบบบริการจิตเวชและระบบการเยี่ยมติดตามผู้ที่มีความเสี่ยงโดยบูรณาการร่วมกับพื้นที่ 4.การพัฒนาฐานข้อมูลระบบรายงาน โรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นสูงและการเยี่ยมติดตามต่อเนื่องของผู้ป่วย 5.การบูรณาการระบบการส่งเสริม ป้องกันการฆ่าตัวตายที่เชื่อมกับ DHS ในเขตสุขภาพ

Quick Win	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	1.ร้อยละ 40 ของหน่วยบริการระดับ A-M2 ที่มีระบบบริการจิตเวชเร่งด่วนตามบริบทและแนวทางของการจัดบริการ acute care 2.ร้อยละ 60 ของหน่วยบริการระดับ M2-F2 ที่มีการบริหารจัดการให้มีการให้ยาจิตเวชอย่างน้อย 15 รายการ 3.ร้อยละ 60 ของหน่วยบริการในเขตมีระบบเฝ้าระวังช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 4.ร้อยละ 50 ของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่มีบริการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ที่ฆ่าตัวตายและมีการบันทึกข้อมูลในรายงาน 506-S	1.ร้อยละ 70 ของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่มีบริการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ที่ฆ่าตัวตายและมีการบันทึกข้อมูลในรายงาน 506-S 2.ร้อยละ 50 ของหน่วยบริการทุกระดับ ที่มีการคัดกรองความเสี่ยงฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า/โรคจิต โรคทางกายเรื้อรัง โรคจากการใช้สุราสารเสพติด	1.ร้อยละ 80 ของสถานพยาบาลมีบริการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ที่ฆ่าตัวตายและบันทึกข้อมูลในรายงาน 506 2.ร้อยละ 60 ของหน่วยบริการระดับ A-M2 ที่มีระบบบริการจิตเวชเร่งด่วนตามบริบทและแนวทางการจัดบริการ acute care 3.ร้อยละ 10 ของหน่วยบริการระดับ A,S,M1 ที่มีการพัฒนาระบบบริการตามแนวทางกรมสุขภาพจิตที่ผ่านขั้นที่ 1 4.ร้อยละ 100 ของอำเภอสุขภาพดี ที่บูรณาการกิจกรรมสร้างความตระหนักของประชาชนทั่วไปและญาติ แกนนำชุมชน ในเรื่องสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตายและการช่วยเหลือเบื้องต้น	1.ร้อยละ 70 ของจังหวัดในเขตสุขภาพที่มีอัตราการเข้าถึงบริการโรคจิตและโรคซึมเศร้าที่ผ่านค่าเป้าหมาย(โรคจิต 65%/ โรคซึมเศร้า 49%) 2.ร้อยละ 80 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน 1 3.ร้อยละของจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา

การดูแลผู้ป่วยเข่าเสื่อมอย่างมีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย : 1.การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมตามข้อบ่งชี้ > 80% 2.ลดการส่งผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าเทียมออกนอกเขตอย่างน้อย 30% 3.ชะลอการเสื่อมของข้อเข่าในกลุ่มอายุ <= 55 ปี	KPI : สามารถให้การดูแลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

	P&P Excellence	Service Excellence	People Excellence	Governance Excellence
มาตรการหลัก	1.บูรณาการการประชาสัมพันธ์ให้องค์ความรู้ด้านการป้องกันการเกิดข้อเข่าเสื่อม 2.การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา NSAID/COX-2 3.ดำเนินการคลินิกข้อเสื่อมและกระดูกพรุน	1.การตรวจคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดข้อเข่าเทียม 2.จัดทำ Guide line การส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์	1.พัฒนาบุคลากรด้านการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วย 2.พัฒนาบุคลากรด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อการดูแลก่อนและหลังผ่าตัด 3.บูรณาการทีมสหสาขาวิชาชีพในเรื่องการชะลอการเสื่อมของข้อเข่า	1.การบริหารจัดการผู้ป่วยให้ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมตามข้อบ่งชี้และระยะเวลาที่เหมาะสม 2.การพิจารณาเลือกใช้อุปกรณ์ข้อเข่าเทียมที่เหมาะสม

Quick Win	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	1.จัดทำ Guide line การผ่าตัดข้อเข่าเทียม(ทุกจังหวัดในเขตได้ 50%) 2.ทำข้อตกลงเงื่อนไขสัดส่วนของผู้ป่วยที่จะผ่าตัดในแต่ละจังหวัดในเขตได้ 50%	1.จัดทำ Guide line การผ่าตัดข้อเข่าเทียม(ทุกจังหวัดในเขตได้ 100%) 2.ทำข้อตกลงเงื่อนไขสัดส่วนของผู้ป่วยที่จะผ่าตัดในแต่ละจังหวัดในเขตได้ 100% 3.จัดอบรมบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมได้ >=70% 4.ลดการส่งต่อการผ่าตัดข้อเข่าเทียมนอกเขตได้อย่างน้อย 10%	1.จัดอบรมบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมได้ 100% 2.ลดการส่งต่อการผ่าตัดข้อเข่าเทียมนอกเขตได้อย่างน้อย 20%	ลดการส่งต่อการผ่าตัดข้อเข่าเทียมนอกเขตได้อย่างน้อย 30%

ลดความแออัด

เป้าหมาย : การส่งต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ/ผู้ป่วย on ventilator Refer out ไปโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไปลดลง (25%)	KPI : 1.ลดความแออัดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ(A,S)และส่งเสริมสุขภาพเด็ก 2.โรงพยาบาล M2 ลงไปสามารถดูแลรักษาผู้ป่วย Pneumoniaในเด็ก(1เดือน-5ปี) และตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็ก

	ประเด็นที่มุ่งเน้น	ระบบข้อมูล	การบริการ	การบริหารจัดการ
มาตรการหลัก	1.โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย(Node) ลงไปสามารถเข้าถึงบริการการดูแลผู้ป่วยเด็กระบบทางเดินหายใจได้มาตรฐาน ไร้รอยต่อโดยบริหารจัดการแบบเบ็ดเสร็จภายในเขตสุขภาพ 2.โรงพยาบาลในเขต4 สามารถให้การตรวจพัฒนาการได้	1.HDC การป่วย/การส่งต่อ/การตาย การคัดกรองพัฒนาการเด็ก 2.มีการจัดทำระบบข้อมูลแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญในระดับจังหวัด/เขต เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและร่วมกันแก้ไขปัญหาในจังหวัด/เขตสุขภาพ	1.การจัดระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน M2ลงไป - อัตราป่วยตายPneumonia (1เดือน-5ปี)<10% 2.มีการตรวจและคัดกรองพัฒนาการเด็กในโรงพยาบาลทุกระดับในเขต 4 - ร้อยละ 80 ของโรงพยาบาลในเขต 3.มีการตรวจพัฒนาการ	คณะกรรมการระดับจังหวัด/เขตสุขภาพสามารถบริหารจัดการ มีระบบและกลไกในการดำเนินงาน กำกับติดตาม ประเมินผลการพัฒนาที่เข้มแข็ง - มีการจัดทำแผน การบริการจัดการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อเป็นที่ปรึกษา/พี่เลี้ยง โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย(Node) - มีระบบสนับสนุนทรัพยากร คน เงิน ของเพื่อพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย(Node)และกำกับติดตามผลการพัฒนา - มีการอบรมพัฒนาบุคลากรแพทย์พยาบาล แต่ละสาขา
Quick Win	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	1.มีการกำหนดคณะกรรมการหลักระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ 2.มีการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลชุมชน M2	มีระบบสนับสนุนทรัพยากร คน เงิน ของเพื่อพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลชุมชน M2(Node)	ผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาลชุมชน M2 ลงไปได้รับการดูแลรักษาตามบริการที่กำหนดที่ได้มาตรฐาน	1.การส่งต่อผู้ป่วย ระบบทางเดินหายใจ จากโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย(Node)Refer out ไปโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปลดลง(25%) 2.ร้อยละ 80 ของโรงพยาบาลในเขต 4 มีการตรวจพัฒนาการ

สูติ-นรีเวชกรรม

เป้าหมาย : 1.ลดการส่งต่อผู้ป่วยสาขาสูติกรรมจากโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย(Node)ไปรับการรักษาต่อในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป 2.เพิ่มการผ่าตัดคลอดในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 ลงไป 3.ลดการเสียชีวิตของมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด	KPI : 1.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลระดับ M2 ลงไปลดลงร้อยละ 25 2.อัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 0 3.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลระดับM2ลงไป ลดลงร้อยละ 25

	ประเด็นที่มุ่งเน้น	ระบบข้อมูล	การบริการ	การบริหารจัดการ
มาตรการหลัก	ประชาชนในพื้นที่ของโรงพยาบาลชุมชน แม่ข่าย(Node) ลงไปสามารถเข้าถึงบริการสาขาสูติ-นรีเวชกรรมที่ได้มาตรฐาน ไร้รอยต่อโดยบริหารจัดการแบบเบ็ดเสร็จภายในเขตสุขภาพ	1.HDC การป่วย/การส่งต่อ/การตาย 2.มีการจัดทำระบบข้อมูลแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญในระดับจังหวัด/เขต เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและร่วมกันแก้ไขปัญหาในจังหวัด/เขตสุขภาพ	การจัดระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยสาขาสูติ-นรีเวชกรรมในโรงพยาบาลชุมชน M2 ลงไป	1.คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสาขาสูติ-นรีเวชกรรมจังหวัด/เขตสุขภาพสามารถบริหารจัดการ มีระบบและกลไกในการดำเนินงาน การกำกับ ติดตามประเมินผลการพัฒนา 2.มีการจัดทำแผน การบริหารจัดการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อไปปฏิบัติงาน/อยู่ประจำโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย 3.มีระบบสนับสนุนทรัพยากร คน เงิน ของ เพื่อพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย(Node)และกำกับติดตามผลการพัฒนา 4.มีการอบรมพัฒนาบุคลากรแพทย์พยาบาล สาขาสูติ-นรีเวชกรรม
Quick Win	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	1.มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสูติ-นรีเวชกรรมระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ 2.มีการจัดทำแผนพัฒนาระบบพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสูติ-นรีเวชกรรมในโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2	1.มีระบบสนับสนุนทรัพยากร คน เงิน ของเพื่อพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลชุมชน M2 2.มีระบบกำกับ ติดตามผลการพัฒนา	1.ประชาชนในโรงพยาบาลชุมชนM2 ลงไปได้รับการดูแลรักษาตามบริการ สาขาสูติ-นรีเวชกรรมที่ได้มาตรฐาน 2.มีระบบข้อมูลผู้เชี่ยวชาญ และเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญในระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ 3.มีรายงานสรุปผลการวิเคราะห์และการดำเนินงาน	1.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลระดับM2 ลงไป ร้อยละ 25 2.อัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 0 3.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลระดับ M2ลงไป ร้อยละ 25

Chronic Kidney Disease : CKD

เป้าหมาย :	KPI :
1.ลดจำนวนผู้ป่วยไตเสื่อมรายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง DM,HT 2.คลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพ 3.ลดจำนวนผู้ป่วย ESRD 4.ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลเหมาะสม 5.เพิ่มบริการระบบทดแทนไตให้ครอบคลุม	1.ลดจำนวนผู้ป่วยไตเสื่อมรายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง DM,HT 1.1 การคัดกรองภาวะ CKD ในกลุ่มเสี่ยง 90% 1.2 การลดจำนวนผู้ป่วย CKD รายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง 40% 2.คลินิกชะลอไตเสื่อมผ่านการประเมินคุณภาพ 90% 3.อัตราการลดลง eGFR < 4 ml/min/1.73 m2/yr ร้อยละ 65 4.พัฒนาระบบ Palliative care ที่เป็นระบบและรูปแบบชัดเจน 5.PD ใน M2 50% และ Hemodialysis Unit ผ่านมาตรฐาน ตรต. 100%

มาตรการหลัก	เพิ่มการมีส่วนร่วมของประชาชน ครอบครัว ชุมชน ในการป้องกัน ดูแลรักษาโรค	พัฒนาคุณภาพการดูแลคลินิกชะลอไตเสื่อม	การดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย
	1.ลดพฤติกรรมเสี่ยง การบริโภคหวาน มัน เค็ม 2.การคัดกรอง CKD ในกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป 3.การตรวจ serum Creatinine enzymatic method	1.คลินิกชะลอไตเสื่อมได้รับการประเมินคุณภาพ 2.คนไข้ CKD stage 3 เป็นต้นไปได้รับการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3.พัฒนา CKD Clinic ควบคู่กับ NCD คุณภาพ	1.พัฒนา Palliative care 2.สนับสนุนการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะใน ESRD ระยะสุดท้าย

มาตรการสนับสนุน	
	1.การพัฒนาบุคลากร อบรม และพัฒนาต่อเนื่อง 2.พัฒนาระบบข้อมูล และเชื่อมโยงข้อมูลในเขตสุขภาพ 3.การถอดบทเรียนการดูแลผู้ป่วย CKD ในหน่วยงานที่ทำได้ดี 4.การกำกับและติดตามประเมินผล

Quick win	3เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	1.การคัดกรอง CKD 50% 2.CKD Clinic ผ่านการประเมินคุณภาพ 30% 3.การลดจำนวนผู้ป่วย CKD รายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง 10%	1.การคัดกรอง CKD 70% 2.CKD Clinic ผ่านการประเมินคุณภาพ 50% 3.การลดจำนวนผู้ป่วย CKD รายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง 20%	1.การคัดกรอง CKD 80% 2.CKD Clinic ผ่านการประเมินคุณภาพ 70% 3.การลดจำนวนผู้ป่วย CKD รายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง 30%	1.การคัดกรอง CKD 90% 2.CKD Clinic ผ่านการประเมินคุณภาพ 90% 3.การลดจำนวนผู้ป่วย CKD รายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง 40% 4.พัฒนาระบบ Palliative care ชัดเจน 30% 5.PD ใน M2 50% และ HD ผ่านตรต. 100%

สุขภาพช่องปาก

เป้าหมาย :	KPI :
1.ลดอัตราการเกิดโรคฟันผุ – เด็ก 3 ปีปราศจากฟันผุร้อยละ 50(48) - เด็ก 12 ปีฟันดีไม่มีผุร้อยละ 50(48) - ผู้สูงอายุมีฟันแท้อย่างน้อย 20 ซี่และ4คู่สบร้อยละ 40(37) 2.เพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรม – ประชาชนทุกกลุ่มวัยเข้าถึงบริการทันตกรรมทุกด้านร้อยละ 25(19) 3.พัฒนาระบบบริการทันตสุขภาพ – โรงพยาบาลส่วนตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองจัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพร้อยละ 60(54)	1.ลดอัตราการเกิดโรคฟันผุ – เด็ก 3 ปีปราศจากฟันผุร้อยละ 50(48) - เด็ก 12 ปีฟันดีไม่มีผุร้อยละ 50(48) - ผู้สูงอายุมีฟันแท้อย่างน้อย 20 ซี่และ4คู่สบร้อยละ 40(37) 2.เพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรม – ประชาชนทุกกลุ่มวัยเข้าถึงบริการทันตกรรมทุกด้านร้อยละ 25(19) 3.พัฒนาระบบบริการทันตสุขภาพ – โรงพยาบาลส่วนตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองจัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพร้อยละ 60(54)

มาตรการหลัก	กลุ่มวัย	ตั้งค่า	ระบบบริการ	ระบบบริหารจัดการ	ระบบข้อมูล
	• กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย • กลุ่มเด็กวัยเรียน • กลุ่มวัยรุ่น • กลุ่มวัยทำงาน • กลุ่มผู้สูงอายุ	• ANC คุณภาพ: เพิ่มประสิทธิภาพการแปรงฟันหญิงมีครรภ์ • WBC คุณภาพ:Hand on, F Vanish,การบริโภค • NCD Clinic : Oral H DM uncontrolled • ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก:Hand on, F Vanish,การบริโภค • โรงเรียน:ตรวจ,Sealant,การบริโภค • สถานประกอบการ:ต้นแบบ • ชมรมผู้สูงอายุ:ส่งเสริมป้องกัน,ฟันเทียมพระราชทาน	• PCC:รุก,รับ,ดูแลต่อเนื่อง,สร้างเครือข่าย,ส่วนร่วมชุมชน • ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง/โรงพยาบาลส่วนตำบล คุณภาพ:ครอบคลุม5กลุ่มวัย 14 กิจกรรม • โรงพยาบาล:CUP Manager,คลินิกทันตกรรมคุณภาพ(ทันตแพทย์สภา) • ศูนย์เชี่ยวชาญ:Oral Cancer,Cleft,Pedriatric, Geriatric	• คณะกรรมการService plan สาขาสุขภาพช่องปากระดับจังหวัด/เขต • ทรัพยากรทันตสาธารณสุข(คน เงิน ของ) • ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ ตัวชี้วัด • งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์ทันตสุขภาพ • งานเฝ้าระวังF ในน้ำบริโภค	• ข้อมูลสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมอนามัยช่องปาก • ข้อมูลตามระบบรายงาน ท01 ท02 • ข้อมูลจาก 43 แฟ้มตามระบบHDC

Quick Win	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	ตรวจสุขภาพช่องปากเฝ้าระวัง ANC/WBC/NCD Clinic/ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/โรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุร้อยละ 50	โรงพยาบาลส่วนตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพร้อยละ 60	ประชาชนทุกกลุ่มวัยเข้าถึงบริการทันตกรรมทุกด้านร้อยละ 25	เด็ก 3 ปีปราศจากฟันผุร้อยละ 50 เด็ก12ปีฟันดีไม่มีผุร้อยละ 50 ผู้สูงอายุมีฟันแท้อย่างน้อย 20ซี่และ4คู่สบร้อยละ 40

ต้อกระจกในผู้สูงอายุ

เป้าหมาย	KPI
เป้าหมาย : 1.75%ของผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสายตา 2.80% Blinding cataract ได้รับการผ่าตัดใน 30 วัน 3.80% severe low vision cataract ได้รับการผ่าตัดใน 90 วัน	KPI : ลดความชุกของภาวะตาบอดจากต้อกระจกในผู้สูงอายุ

	Service	information	Training & support	Management Monitoring & Evaluation
มาตรการหลัก	• จัดระบบการคัดกรองต้อกระจกในผู้สูงอายุ • จัดให้มีการตรวจวินิจฉัยโดยทีมจักษุสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง • ขึ้นทะเบียนผ่าตัด • ให้บริการผ่าตัดรักษาโรคต้อกระจก	• บันทึกข้อมูลใน vision 2020 Thailand • ออกใบ Visa ผ่าตัด	• อบรมครู ก.(แพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติ) • อบรมครู ข.(แพทย์/พยาบาล/Paramedics/Eye Nurse(ในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง)) • อบรมvisiom 2020 • Primary eye care for primary physicians • RAAB Thailand	• จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด • จำนวน Visa ผ่าตัด • จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกทั้งหมดที่ได้รับการผาตัด • ระยะเวลารอคอยผ่าตัด • ผลงานผ่าตัดเทียบกับเป้าหมายจากสปสช. • Referral data
Quick Win	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	1.อัตราการคัดกรองสายตาผู้สูงอายุ=30% 2.ผู้ป่วยBlinding Cataract ได้รับการผ่าตัดตามเป้าหมาย =20% 3.ผู้ป่วย Blinding Cataract ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน =80% 4.ทบทวนเป้าหมาย	1.อัตราการคัดกรองสายตาผู้สูงอายุ = 60% 2.ผู้ป่วยBlinding Cataract ได้รับการผ่าตัดตามเป้าหมาย =40% 3.ผู้ป่วย Blinding Cataract ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน =80% 4.ทบทวนเป้าหมาย	1.อัตราการคัดกรองสายตาผู้สูงอายุ=75% 2.ผู้ป่วยBlinding Cataract ได้รับการผ่าตัดตามเป้าหมาย =60% 3.ผู้ป่วย Blinding Cataract ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน =80% 4.ทบทวนเป้าหมาย	1.ทบทวนผลงานผ่าตัดจริงกับเป้าหมายของสปสช. 2.ผู้ป่วยBlinding Cataract ได้รับการผ่าตัดตามเป้าหมาย =80% 3.ผู้ป่วย Blinding Cataract ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน =80%

โรคไม่ติดต่อ

เป้าหมาย : 1.DM/HT Control 40/50%หรือเพิ่มขึ้น 5% จากปี 2559 2.Screening CVD>=80% 3.ลดอัตราตาย Stroke <= 7% 4.ลดอัตราการกำเริบ COPD ไม่เกิน 130 ครั้ง/แสนประชากร	เป้าหมาย : 1.DM/HT Control 40/50%หรือเพิ่มขึ้น 5% จากปี 2559 2.Screening CVD>=80% 3.ลดอัตราตาย Stroke <= 7% 4.ลดอัตราการกำเริบ COPD ไม่เกิน 130 ครั้ง/แสนประชากร

	การป้องกัน	การคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยง/ป่วย	การจัดการโรค	ระบบบริหารจัดการ	ระบบข้อมูล
มาตรการหลัก	• ลดพฤติกรรมเสี่ยงในตำบล จัดการสุขภาพ สถานที่ทำงาน/สถานประกอบการ • อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว/FCT เป็นผู้นำการจัดการสุขภาพ	• DM HT ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย • CVD ตา เท้า ในผู้ป่วย DM HT	• อ้วน,Pre-DM,Pre-HT ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม • DM HT ได้รับการดูแลปรับเปลี่ยนพฤติกรรม • CVD Risk>30% ได้รับการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มข้น • NCD Clinic ผ่านเกณฑ์ในระดับดีเยี่ยมร้อยละ 90 • COPD Clinic จัดตั้งในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง	• ขับเคลื่อนโดยยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย • บริหารจัดการในจังหวัดโดยNCD Board และใช้SIM3 ในการติดตามระดับเขต • คลินิก NCD คุณภาพ ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งผ่านเกณฑ์การประเมิน • ผู้ป่วย COPD ได้รับการขึ้นทะเบียนเข้ารับการรักษาในCOPD Clinic • ผู้ป่วยStroke ได้รับการดูแลตามมาตรฐานและมีการดูแลผู้ป่วยที่สิ้นสุดกระบวนการกลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชน	• ศูนย์ข้อมูลกลุ่มเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยงระดับจังหวัด ระดับเขต HDC,Chronic Link • Med Res net

	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
Quick Win	• ผู้ป่วย DM HT ได้รับการประเมินCVD Risk 50% • ทุกจังหวัด/เขตมี Standard data set • วางแนวทางการจัดตั้ง COPD Clinic ในโรงพยาบาลชุมชน • วางแนวทางการจัดเตียงรับ Refer Back ผู้ป่วย Stroke ในโรงพยาบาลชุมชน	• ผู้ป่วย DM HT ได้รับการประเมินCVD Risk 80%(เพิ่มขึ้นเดือนละ 10%) • ผู้ป่วย DM HT ควบคุมน้ำตาล/ความดันได้ดีร้อยละ 40/50 หรือเพิ่มขึ้น 3% จากปี 2559 • มีการจัดตั้ง COPD Clinic ในโรงพยาบาลชุมชน>=50% • โรงพยาบาลชุมชนมีการสำรองเตียงStroke bed 100%	• ผู้ป่วย DM HT ได้รับการประเมินCVD Risk 80% • ผู้ป่วย DM HT ควบคุมน้ำตาล/ความดันได้ดีร้อยละ 40/50 หรือเพิ่มขึ้น 5% จากปี 2559 • อัตราตาย Stroke <=7% • COPD ไม่เกิน 130 ครั้งต่อแสนประชากร • มีการจัดตั้ง COPD Clinic ในโรงพยาบาลชุมชน >=80% • โรงพยาบาลชุมชนมีการสำรองเตียง Stroke bed 100%	• ผู้ป่วย DM HT ได้รับการประเมินCVD Risk 80% • ผู้ป่วย DM HT ควบคุมน้ำตาล/ความดันได้ดี ร้อยละ 40/50 หรือเพิ่มขึ้น 5% จากปี 2559 • อัตราตาย Stroke <=7% • COPD ไม่เกิน 130 ครั้งต่อแสนประชากร • คลินิก NCD คุณภาพในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชนผ่านเกณฑ์การประเมินระดับดีเยี่ยม >= 90% • มีการจัดตั้งCOPD Clinic ในโรงพยาบาลชุมชน >80% • โรงพยาบาลชุมชนมีการสำรองเตียง Stroke bed 100%

การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

เป้าหมาย : ร้อยละผู้ป่วยนอกได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานร้อยละ 18.5	KPI : ผู้ป่วยนอกได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน

	ระบบข้อมูล	การบริการ	การบริหารจังหวัด	วิชาการ/วิจัย	สมุนไพร
มาตรการหลัก	• พัฒนาระบบคุณภาพข้อมูลพื้นฐานสุขภาพด้านกรแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการสาธารณสุขภาครัฐ	• บูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยระยะสุดท้าย(Palliative)กับทีมสหวิชาชีพอื่นๆ • โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์มีบริการคลินิกครบวงจรที่รักษาโรคทั่วไปและเฉพาะโรค เช่นไมเกรน ข้อเข่าเสื่อม ภูมิแพ้และอัมพฤกษ์อัมพาต ร้อยละ 100	• คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาแพทย์แผนไทยเขตสุขภาพที่ 4 • คณะกรรมการด้านการแพทย์แผนไทยระดับจังหวัด • ทีมงานแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการสาธารณสุข • แผนพัฒนาระบบคุณภาพ(Service Plan) ด้านการบริการ/คน/การลงทุน/งานวิจัย	• เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และคัดเลือก นวัตกรรมด้านการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกของหน่วยบริการสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 4 เพื่อส่งเข้าร่วมการประกวดในระดับภาค/ประเทศ	• ขับเคลื่อนแผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนายาสมุนไพรด้วยการส่งเสริมสนับสนุนการใช้ยาสมุนไพรในระบบสุขภาพโดยการส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบาย การใช้ยาสมุนไพรทดแทน ยาแผนปัจจุบันในระดับโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์

	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
Quick Win	• พัฒนาระบบคุณภาพข้อมูลพื้นฐานสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทย ในหน่วยบริการสาธารณสุขภาครัฐ • มีแผน Service plan ระดับจังหวัด/ระดับเขตสุขภาพที่ 4 • โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ มีบริการคลินิกครบวงจรที่รักษาโรคทั่วไปและเฉพาะโรคทั่วไปและเฉพาะโรค เช่นไมเกรน ข้อเข่าเสื่อม ภูมิแพ้และอัมพฤกษ์ อัมพาต ร้อยละ 100	• มีแผนบูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยระยะสุขภาพ (Palliative)และทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ • ร้อยละผู้ป่วยนกได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานในเขตสุขภาพที่ 4 ร้อยละ 15	• มีนวัตกรรมด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4 ส่งเข้าร่วมการประกวดในระดับภาค/ประเทศ	• ร้อยละผู้ป่วยนอกได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานในเขตสุขภาพที่ 4 ร้อยละ 18.5 • มีจำนวนรายการยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันในระดับโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์เพิ่มขึ้นจากปี 2559

ระบบการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ

เป้าหมาย : โรงพยาบาลสระบุรี 2561 : โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า 2563	KPI : Deceased donor 1 ราย : 2 เดือน : โรงพยาบาล

	ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ	ปลูกถ่ายไต	ศูนย์ปลูกถ่ายกระจกตา	ระบบข้อมูล
มาตรการหลัก	QW ศูนย์รับบริจาคอวัยวะระดับ A, S, M1	โรงพยาบาล สระบุรี โรงพยาบาล พระนั่งเกล้า	โรงพยาบาล พระนั่งเกล้า โรงพยาบาล ปากเกร็ด โรงพยาบาล ธรรมศาสตร์ โรงพยาบาล สระบุรี	- ข้อมูลการรับบริจาคอวัยวะ - ข้อมูลผู้ป่วยปลูกถ่ายไต - ข้อมูลผู้ป่วยรอปลูกถ่ายไต
	ระบบบริการ	จัดทำ CPG การดูแลผู้ป่วยก่อน ขณะ และหลังทำ Kidney Transplant	จัดทำ CPG การดูแลผู้ป่วยก่อน ขณะ และหลังทำ Corneal Transplant	- ข้อมูลผู้ป่วยปลูกถ่ายกระจกตา - ข้อมูลผู้ป่วยรอปลูกถ่ายกระจกตา
	ระบบสารสนเทศ	จัดทำฐานข้อมูลเพื่อให้เชื่อมโยงเป็นระบบเดียวกัน โดยใช้ HDC	จัดทำฐานข้อมูลเพื่อให้เชื่อมโยงเป็นระบบเดียวกัน โดยใช้ HDC	
	ระบบเทคโนโลยี	แพทย์ - Cystoscope 1 เครื่อง - Dropper Ultrasound 1 เครื่อง - CRRT 1 เครื่อง พยาบาล - Infusion pump 4 เครื่อง เภสัชกร - ยากดภูมิคุ้มกัน / DDAVP	แพทย์ - ชุดผ่าตัด Corneal Transplant 1 เครื่อง - กล้องจุลทรรศน์ผ่าตัด 1 เครื่อง พยาบาล เภสัชกร	

ระบบการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ (ต่อ)

เป้าหมาย : โรงพยาบาลสระบุรี 2561 : โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า 2563	KPI : Deceased donor 1 ราย : 2 เดือน : โรงพยาบาล

	ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ	ปลูกถ่ายไต	ศูนย์ปลูกถ่ายกระจกตา	ระบบข้อมูล
มาตรการหลัก	อัตรากำลัง	แพทย์, ศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะ 3 คน ศัลยแพทย์หลอดเลือด 2 คน - อายุรแพทย์โรคไต 1 คน อายุรแพทย์ระบบทางเดินอาหาร 1 คน - วิสัญญีแพทย์ 1 คน รังสีแพทย์ 1 คน จิตแพทย์ 1 คน - ทันตแพทย์ 1 คน เทคนิคการแพทย์ 1 คน สังคมสงเคราะห์ 1 คน เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 คน โภชนากร 1 คน	แพทย์ - จักษุแพทย์ด้าน cornea เพิ่ม 1 คน โรงพยาบาลสระบุรี - ปัจจุบันโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า มีจักษุแพทย์ cornea 1 คน	
		- พยาบาลประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ 10 คน - พยาบาล ICU 30 คน	- พยาบาลเวชปฏิบัติด้านจักษุ 9 คน (ward 6 คน OR 2 คน) - มีพยาบาลจัดเก็บดวงตา 1 คน	
		- เภสัชกร 1 คน	เภสัชกร 1 คน	
Quick Win	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน

Rational Drug Use (RDU)

เป้าหมาย : 1. RDU Hospital ขั้นเริ่มต้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 2. PCU/CMU >ร้อยละ40ผ่านเกณฑ์ RUA (การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันไม่เกินร้อยละ 20) 3. Unit cost ค่ายาลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 5	เป้าหมาย : 1.ใช้ยาคุ้มค่าและปลอดภัย 2.ลดเชื้อดื้อยาและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา 3.ลดค่าใช้จ่ายด้านยา

	PTC	Labeling	Essential RDU Tool	Awareness	Special Population Care	Ethics
มาตรการหลัก	1. แต่งตั้งคณะกรรมการ PTC ระดับเขต/จังหวัด/โรงพยาบาลเพื่อพัฒนากลไกขับเคลื่อน และเร่งรัดการดำเนินงาน 2. แต่งตั้งคณะกรรมการ RDU ระดับเขต/จังหวัด/โรงพยาบาลเพื่อขับเคลื่อน RDU สู่การปฏิบัติ 3. กรรมการ PTC/RDU ติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องทุก 3 เดือน	พัฒนา Standard labeling และส่งเสริมให้ทุกหน่วยบริการจัดทำฉลากมาตรฐานเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น : ชื่อยาภาษาไทย : คำเตือน : ฉลากเสริม	1. หน่วยบริการทุกระดับปรับปรุงบัญชียาให้เหมาะสม 2. จัดทำแนวทางการใช้ยาสมเหตุผลในโรคเป้าหมาย/กลุ่มเสี่ยง 3. พัฒนาระบบสารสนเทศข้อมูลตัวชี้วัดและระบบรายงาน	สร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมเหตุผลให้กับบุคลากรทางการแพทย์และประชาชน ผ่านการจัดการความรู้ และสื่อสารสาธารณะผ่าน Social media และกิจกรรมต่างๆ	พัฒนาระบบการดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของประชากรกลุ่มพิเศษ • เด็ก • ผู้สูงอายุ • สตรีมีครรภ์/ให้นมบุตร • ผู้ป่วยโรคตับ/ไต • ผู้ป่วยโรค HIV/TB	1. จัดทำเกณฑ์จริยธรรมจัดซื้อ/สั่งจ่ายยา 2. .ติดตามการปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด
Quick Win	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน		
	1.มีนโยบาย/แนวทาง/แผนงาน เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน 2.หน่วยบริการมีความรู้/ความเข้าใจ เรื่องการใช้ยาสมเหตุสมผล 3.มีระบบสารสนเทศ และข้อมูล electronic ของ KPI และแนวทาง ในการรายงานข้อมูล ในระดับโรงพยาบาล/จังหวัด/เขต 4.มีระบบการจัดการด้านยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มโรคเป้าหมาย (COP ตามกลุ่มโรค/กลุ่มเสี่ยง) 5.มีสื่อสร้างความตระหนักรู้ระดับเขต อย่างน้อย 7 เรื่อง	1.โรงพยาบาลในเขต ร้อยละ 40 ผ่านเกณฑ์ RDU Hospital ขั้นที่ 1 2.ร้อยละ 20 ของ PCU/CMU มีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค URI และ AGE ไม่เกินร้อยละ 20 3.โรงพยาบาลในเขต ร้อยละ 50 มี Std.Labeling 13 กลุ่มยา - ชื่อภาษาไทย - คำเตือน - ฉลากเสริม 4.Unit cost ค่ายา ลดลงร้อยละ 2 5.มีสื่อสร้างความตระหนักรู้ระดับเขต 14 เรื่อง	1.โรงพยาบาลในเขต ร้อยละ 60 ผ่านเกณฑ์ RDU Hospital ขั้นที่ 1 2.ร้อยละ 30 ของ PCU/CMU มีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค URI และ AGE ไม่เกินร้อยละ 20 3.โรงพยาบาลในเขต ร้อยละ 75 มี Std.Labeling 13 กลุ่มยา - ชื่อภาษาไทย - คำเตือน - ฉลากเสริม 4.Unit cost ค่ายา ลดลงร้อยละ 3 5.มีสื่อสร้างความตระหนักรู้ระดับเขต 21 เรื่อง	1.โรงพยาบาลในเขต ร้อยละ 80 ผ่านเกณฑ์ RDU Hospital ขั้นที่ 1 2.ร้อยละ 40 PCU/CMU มีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค URI และ AGE ไม่เกินร้อยละ 20 3.ทุก โรงพยาบาลในเขตมี Std.Labeling 13 กลุ่มยา - ชื่อภาษาไทย - คำเตือน - ฉลากเสริม 4.Unit cost ค่ายาลดลงร้อยละ 5 5.มีสื่อสร้างความตระหนักรู้ระดับเขต 28 เรื่อง 6.เวที RDU sharing Best/Good practice	

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแล ช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง บรรเทาความเจ็บปวด จนถึงวาระสุดท้าย และจากไปอย่างสงบ

เป้าหมาย : โรงพยาบาลทุกระดับ (A, S, M,F) มีการดูแลแบบประคับประคองตามเกณฑ์	KPI : 1. โรงพยาบาลทุกระดับมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามเกณฑ์ ร้อยละ 100 2. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยร้อยละ 80

มาตรการหลัก	การรักษาพยาบาล	การพัฒนาบุคลากร	การบริหารจัดการ	ระบบข้อมูล
	พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยให้บรรเทาความทุกข์ทรมานอย่างเหมาะสมจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต	พัฒนาบุคลากรสหสาขาวิชาชีพให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ด้วย หัวใจความเป็นมนุษย์	พัฒนาระบบสนับสนุนให้เอื้อต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเหมาะสม	พัฒนาฐานข้อมูลให้เอื้อต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยเชื่อมโยงจากสถานบริการสู่ชุมชน/บ้าน
	1. จัดทำแนวทาง/ดำเนินการคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลรักษาระยะสุดท้าย 2. จัดทำ CPG/แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งในระดับสถาน บริการและชุมชน/บ้าน 3. สรรหา/พัฒนานวตกรรม/วิทยาการใหม่ๆ ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดทรมาน 4. พัฒนาระบบการส่งกลับผู้ป่วยจากสถานบริการสู่ชุมชน/บ้านตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ	1. อบรมแพทย์ด้าน Palliative และ Palliative Care Nurse Manager /Coordinator 2. พัฒนาความรู้และทักษะของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 3. ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้นวัตกรรม/วิทยาการใหม่ๆ/เรื่องเล่าดีๆ	1. จัดตั้งศูนย์/Palliative Care Unit ในโรงพยาบาลทุกระดับ 2. มีคณะกรรมการ ทีมดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ 3. จัดตั้ง Palliative Care Nurse Manager /Coordinator ประจำศูนย์เต็มเวลา 4. จัดทำคลังเครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยในชุมชน/บ้าน	1. พัฒนาระบบข้อมูล/จัดทำทะเบียนผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2. จัดระบบรายงานเข้าสู่ HDC 3. พัฒนาระบบการให้คำปรึกษา/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย

Quick Win	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	1.โรงพยาบาลทุกระดับประเมินผลผ่านเกณฑ์ขั้นตอนที่ 1 ข้อ 1.1 ดังนี้ ระดับ M1 ขึ้นไปมีศูนย์ดูแลผู้ป่วย มีคณะกรรมการสหสาขาวิชาชีพและแนวทางการดูแลผู้ป่วย ระดับ M2 ลงมามีกรรมการและแนวทางการดูแลผู้ป่วย 2. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างน้อยร้อยละ 80 (เทียบกับเป้าหมายในช่วงเวลาแต่ละไตรมาส)	1. โรงพยาบาลทุกระดับประเมินผลผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นจาก 3 เดือน คือ ข้อ 1.2 ระดับ M1 ขึ้นไป ศูนย์ฯ มีพยาบาลทำงานเต็มเวลา และ M2 ลงมามี PCNM/PCNCo ข้อ 1.3 คือ มีการคัดกรองผู้ป่วยสู่ระบบการดูแลอย่างน้อยร้อยละ 80 2. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างน้อยร้อยละ 80 (เทียบกับเป้าหมายในช่วงเวลาแต่ละไตรมาส)	1. โรงพยาบาลทุกระดับประเมินผลผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นจาก 6 เดือน คือ ข้อ 1.4 มีระบบการดูแลที่แสดงให้เห็นถึงการดูแลเชื่อมโยงต่อเนื่องที่บ้าน 2. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างน้อยร้อยละ 80 (เทียบกับเป้าหมายในช่วงเวลาแต่ละไตรมาส)	1. โรงพยาบาลทุกระดับประเมินผลผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นจาก 9 เดือน คือ ข้อ 1.5 มีการรักษาบรรเทาความเจ็บปวดด้วย Strong OpioidMedicatinและหรือแพทย์แผนไทย และหรือการแพทย์ทางเลือก 2. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างน้อยร้อยละ 80 (เทียบกับเป้าหมายในช่วงเวลาแต่ละไตรมาส)

ศัลยกรรม

เป้าหมาย : 1.มีศัลยแพทย์ประจำ โรงพยาบาลชุมชน อย่างน้อยแห่งละ 1 คน 2.โรงพยาบาล M2 สามารถผ่าตัด Apendectomy 25% ของจังหวัด	KPI : 1.อัตราการเกิด Rupture appendicitis < 20 % 2.อัตราการตาย Apendicitis <.....% 3.อัตราการผ่าตัด Apendectomy ภายใน 6 ชม หลังแพทย์ Staff วินิจฉัย > 80 % 4.อัตราการตายของโรคลำไส้อุดตันทั้ง 5 โรค<10 % 5.อัตราผู้ป่วย Limb ishemic ถูกตัดอวัยวะ <.....%

มาตรการหลัก	Service Excellence	People Excellence
	- มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการด้านศัลยกรรมในเขตให้มีคุณภาพมาตรฐาน - บริหารจัดการให้เกิดระบบ รับ- ส่ง refer ได้อย่างเหมาะสม รวดเร็ว	- นโยบายคัดเลือกแพทย์เพื่อเข้ารับการศึกษาอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยกรรม

Quick Win	3 เดือน	6-9 เดือน	12 เดือน
	1. กำหนดข้อมูลตัวชี้วัด 2. รวบรวมข้อมูลศัลยแพทย์ ทุกโรงพยาบาลของเขตสุขภาพที่ 4	กำหนดแนวทางปฏิบัติมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วย Acute abdomen ได้แก่ Acute Apendicitis Acute cholecytitis, Acute cholangitis, Acute pancreatitis, peptic ulcer perforation, smallbowel obstruction และ Limb ischemia(chronic & acute)	1. วางแผนอัตรากำลังศัลยแพทย์และทีมประจำโรงพยาบาลชุมชน 2. ทบทวน RCA ผู้ป่วยเสียชีวิตและปรับแผนพัฒนาคุณภาพการดูแล

ยาเสพติด

เป้าหมาย : 1.ผู้ป่วยยาเสพติด หลังการบำบัดฟื้นฟูไม่กลับมาเสพซ้ำ 2.ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด(Harm Reduction)	KPI : ร้อยละ 92 ของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาตามเกณฑ์กำหนด

มาตรการหลัก	1.ด้านการส่งเสริมป้องกันไม่เสพสารเสพติด	2.ด้านคัดกรอง บำบัดฟื้นฟู ติดตามผู้ป่วยยาเสพติดอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน ให้ครอบคลุมและทั่วถึง	3. การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด(Harm Reduction)	4.มีกลไกการดำเนินงาน การกำกับ ติดตามงานยาเสพติด
	1.ดำเนินการ โครงการ To BE Number One อย่างจริงจัง ต่อเนื่อง 2.รณรงค์สร้างความรู้ให้ประชาชน และเยาวชน เรื่องโทษของยาเสพติด 3.สร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันยาเสพติดในสถานศึกษา สถานประกอบการและชุมชนตามกลไกประชารัฐ	1.ร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ในการค้นหา เน้นกลไกประชารัฐ 2.โรงพยาบาลส่วนตำบล,โรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลธัญญารักษ์สังกัดกรมการแพทย์ และโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ดำเนินการคัดกรอง บำบัด ฟื้นฟู และติดตามผู้ป่วยยาเสพติด 3.กำกับ ดูแล มาตรฐาน ของหน่วยบริการภาคีเครือข่าย เช่น ค่ายฯ เป็นต้น	โรงพยาบาลส่วนตำบล,โรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลศูนย์,โรงพยาบาลธัญญารักษ์ สังกัดกรมการแพทย์และโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ดำเนินมาตรการ ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด	1.จัดตั้งหน่วยงานยาเสพติดระดับเขตสุขภาพ จังหวัด อำเภอ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน 2.ใช้กลไกศปส.อ.,ศปส.จ. 3.ร่วมกับคณะอนุกรรมการฟื้นฟูฯระดับจังหวัด กำกับ ดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ในระบบบังคับบำบัด
มาตรการสนับสนุน	1.ระบบข้อมูลยาเสพติด บสต.ใหม่ 2.พัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข 3.สนับสนุนงบดำเนินการ,บุคลากร,ครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้างและวัสดุที่จำเป็น			

Quick Win	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	ร้อยละ 100 ของสถานบริการระดับโรงพยาบาลส่วนตำบลขึ้นไปสามารถให้บริการคัดกรอง บำบัดฟื้นฟูและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดได้ตามที่กำหนด	ร้อยละ 50 ของค่ายศูนย์ขวัญฯค่ายวิวัฒน์ฯ ระบบต้องโทษ จัดบริการตามมาตรฐานกระรวงสาธารณสุข ร้อยละ 30 ของหน่วยบริการกระทรวงสาธารณสุขมีมาตรการลดอันตราย (Harm Reduction)	ร้อยละ 80 ของค่ายศูนย์ขวัญฯค่ายวิวัฒน์ฯ ระบบต้องโทษ จัดบริการตามมาตรฐานกระรวงสาธารณสุข ร้อยละ 40 ของหน่วยบริการกระทรวงสาธารณสุขมีมาตรการลดอันตราย (Harm Reduction)	ร้อยละ 92 ของค่ายศูนย์ขวัญฯค่ายวิวัฒน์ฯ ระบบต้องโทษ จัดบริการตามมาตรฐานกระรวงสาธารณสุข ร้อยละ 50 ของหน่วยบริการกระทรวงสาธารณสุขมีมาตรการลดอันตราย (Harm Reduction)

อายุรกรรม พัฒนาการดูแลผู้ป่วย Sepsis

เป้าหมาย : การวินิจฉัยรักษาที่รวดเร็ว ลดอัตราตาย ป้องกันภาวะแทรกซ้อน	KPI : อัตราตายผู้ป่วยSevere Sepsis/Septic shock : อัตราการได้รับATB ภายใน 1 ชั่วโมง

	ระบบบริการ	ระบบสารสนเทศ	ระบบเทคโนโลยีทางการแพทย์	อัตรากำลัง
มาตรการหลัก	-พัฒนาความพร้อมในการเปิด/ขยายงานICU ของโรงพยาบาลระดับM2 (บางบัวทอง/ บางใหญ่/ ธัญบุรี/บางประอิน/โคกสำโรง/ ชัยบาดาล)	ฐานข้อมูลเชื่อมโยงเป็นระบบเดียวกันโดยใช้ HDC	-Volume Control Ventilator -Endovascular monitor -Non invasive patient monitor	-แพทย์: แพทย์ ID (โรงพยาบาลศูนย์./โรงพยาบาลทั่วไป) :อายุรแพทย์(โรงพยาบาลระดับ M2) -พยาบาล : พยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต,พัฒนาศักยภาพโดยโรงพยาบาลแม่ข่าย
	-พัฒนาการบริหารยาATB อย่างสมเหตุสมผล	รวบรวมข้อมูลตามยุทธศาสตร์บันทึกรายงานใน HDC		เภสัชกร 1 คน /โรงพยาบาล รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย Sepsis
	-มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยSepsis ที่ครอบคลุมทั้ง CIและ NI Sepsis เหมาะสม กับบริบท ของแต่ละโรงพยาบาล -ปรับปรุงCPG และติดตามการนำสู่การปฏิบัติ -นิเทศพื้นที่ โรงพยาบาลชุมชน. ติดตามการปฏิบัติตามCPG ปัญหา -พัฒนาการคัดกรองระดับปฐมภูมิ			
	-มีการตรวจSerum Lactate ในโรงพยาบาลระดับM2 ขึ้นไป		เครื่องตรวจ Serum Lactate	

Quick Win	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	-อัตราตาย ผู้ป่วยSevere Sepsis/ Septic shock < 37 %	-อัตราตาย ผู้ป่วยSevere Sepsis/ Septic shock < 35 % -มีการตรวจ Serum lactate ในโรงพยาบาลศูนย์	--อัตราตาย ผู้ป่วยSevere Sepsis/ Septic shock < 33% -มีการตรวจ Serum lactate ในโรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลทั่วไป	-อัตราตาย ผู้ป่วยSevere Sepsis/ Septic shock< 30 % -มีการตรวจ Serum lactate ในโรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไปครบถ้วน

Emergency Care System (ECS)

เป้าหมาย : คนไข้ทุกคนพึงได้รับบริการทางการแพทย์ในยามวิกฤติ อย่างทั่วถึง - เท่าเทียม- ทุกเวลา- ทันท่วงที- ทุกสถานการณ์				KPI : 1. โรงพยาบาลทุกแห่งมีการประเมินคุณภาพ ECS 100% และผ่านเกณฑ์ประเมิน (ร้อยละ ๔๐ของเกณฑ์ประเมิน) มากกว่า ๔๓ โรงพยาบาล (ร้อยละ ๖๐ ของโรงพยาบาลทั้งหมด(๗๑ แห่ง)) และสามารถระบุสถานการณ์ปัจจุบันของระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้ 2.ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตที่ผู้ป่วย OHCA มี ROSC > ร้อยละ ๓๐ มากกว่าร้อยละ 60 3.ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตที่ผู้ป่วยอาการรุนแรง(ระดับ 1&2) เข้าถึงบริการ (มาโรงพยาบาลโดย EMS-ALS > ร้อยละ ๑๐) มากกว่าร้อยละ 60
มาตรการหลัก	การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน - พัฒนาเกณฑ์การประเมิน - ดำเนินการประเมินตามจริง (internal or external survey) - ระบุเป้าหมายการพัฒนา	พัฒนา HR & Input 1.พัฒนาตามเป้าหมายการพัฒนาที่ได้จากการประเมิน 2.เพิ่มศักยภาพบุคคล - ACLS/ATLS/CLS - Pre-hospital nurse - MERT/mini MERT 3.Disaster preparedness - ระดับเขต - ระดับจังหวัด 4.โครงสร้าง&กายภาพของ PHEOC ของแต่ละจังหวัด	Service delivery & Process 1.พัฒนารูปแบบระบบบริการ - EMS - ER - Refer 2. SAT (Situation Awareness Team) ทั้งระดับเขตและจังหวัด 3. การซ้อมแผนภัยพิบัติแบบบูรณาการทุกหน่วยในระดับจังหวัดที่ครอบคลุมถึง - Health (กระทรวงสาธารณสุข & นอกกระทรวงสาธารณสุข) - Non-health 4. รูปแบบนโยบาย 1 Province 1 ED 5. ระบบการให้คำปรึกษาทางไกล บนการปฏิบัติการบนรถพยาบาล	Information 1.กลไกและ Productivity ของ TEA Unit
Quick Win	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	1. มี คณะกรรมการ ECS & Trauma (SP) ระดับเขต, จังหวัด, โรงพยาบาล 2. มีคู่มือและหลักเกณฑ์เรียบร้อย พร้อมกับการชี้แจงแนวทางการพัฒนา ECS คุณภาพในทุกระดับ	1. จัดทำทะเบียนทีมที่เกี่ยวข้อง กับสถานการณ์ภัยพิบัติ (Disaster registry) 2. การประเมินคุณภาพ ECS และการเขียนแผนพัฒนาตามรายละเอียดที่ประเมินได้(มกราคม 60) 3. ติดตามตัวชี้วัดเป้าหมาย 3.1 โรงพยาบาลที่ผ่านการประเมิน ECS คุณภาพ ร้อยละ 40 3.2 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ผู้ป่วย OHCA มี ROSC ผ่านเกณฑ์ > 40 3.3 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การเข้าถึงบริการโดยระบบ EMS > 40	1. มีการฝึกซ้อม Disaster exercise ของแต่ละจังหวัดในเขต 4 และมีการประชุม revise disaster plan 2. พัฒนารูปแบบการทำงานของ SAT ทั้งระดับเขตและจังหวัด	1. ระบบฐานข้อมูล ได้รับการปรับปรุง เพื่อใช้ติดตาม กำกับวางแผนและบูรณาการเชื่อมโยงกับระบบ ICS/PHER/PHEOC ภายในจังหวัด/เขต/กระทรวงตลอดจนกับระบบของประเทศ 2. มีการจัดการข้อมูลของ TEA. Unit อย่างเป็นระบบ 3. ติดตามตัวชี้วัดเป้าหมายรอบที่ 2 3.1 โรงพยาบาลที่ผ่านการประเมิน ECS คุณภาพ ร้อยละ 60 3.2 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ผู้ป่วย OHCA มี ROSC ผ่านเกณฑ์ > 60 3.3 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การเข้าถึงบริการโดยระบบ EMS > 60

เป้าหมาย มาตรการ สู่ความสำเร็จของ การบริหารจัดการ Chief Officer ปี 2560

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ
(Chief Information Officer)

เป้าหมาย : พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสนเทศของเขตสุขภาพ	KPI : ร้อยละของการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสนเทศเขตสุขภาพ

มาตรการหลัก	1. พัฒนาศักยภาพเครือข่าย/ทีมงาน สร้างความรู้ความเข้าใจในกระบวนการดำเนินการเดียวกัน	2. จัดหา สนับสนุนอุปกรณ์ที่ใช้ในการบริหารจัดการข้อมูล เพื่อการกำกับติดตาม ประเมินผล	3. ประสานงานเครือข่าย	4. พัฒนาระบบประมวลผล กำกับติดตามผลการดำเนินงาน
Quick Win	**3 เดือน**	**6 เดือน**	**9 เดือน**	**12 เดือน**
	• พัฒนาระบบ cockpit เพื่อติดตามผลงาน • ปรับปรุงเว็บไซต์เขตสุขภาพ • ประชุมคณะกรรมการ CIO และคณะทำงาน 7 คณะ • ประชุมคณะกรรมการย่อย แบ่งเป็น5ยุทธศาสตร์ • จัดประชุมเพื่อหารือการนำเข้าข้อมูลและตัวชี้วัดที่จะนำเสนอต่อผู้บริหาร • การจัดทำระบบ Alert System เรื่องอุบัติเหตุหมู่/หรืออุบัติภัยที่เร่งด่วน • อบรมการใช้งานระบบติดตามตัวชี้วัดทุกระดับ • ขอพื้นที่สำหรับ server บน Clound กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 2 site ขนาดหน่วยความจำ 32 GB harddisk 500 GB • จดทะเบียนโดเมนเนม Server เขตสุขภาพ • ติดตามผลการพัฒนาคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพให้ได้ ไม่น้อยกว่า 50% • ติดตามผลการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายให้ได้ ไม่น้อยกว่า 10%	• พัฒนาระบบ cockpit เพื่อติดตามผลงาน • ประชุมคณะกรรมการ CIO และคณะทำงาน 7 คณะ • ประชุมคณะกรรมการย่อย แบ่งเป็น 5 ยุทธศาสตร์ • จัดประชุมเพื่อหารือการนำเข้าข้อมูลและตัวชี้วัดที่จะนำเสนอต่อผู้บริหาร • ปรับปรุงพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูล คณะที่ 2 Service Plan • การจัดทำระบบ Alert System เรื่องอุบัติเหตุหมู่/หรืออุบัติภัยที่เร่งด่วน • จดทะเบียนโดเมนเนม Server เขตสุขภาพ • ติดตามผลการพัฒนาคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพให้ได้ไม่น้อยกว่า 60% • ติดตามผลการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายให้ได้ ไม่น้อยกว่า 15%	• ประชุมคณะกรรมการ CIO และคณะทำงาน 7 คณะ • ประชุมคณะกรรมการย่อย แบ่งเป็น 5 ยุทธศาสตร์ • จัดประชุมเพื่อหารือการนำเข้าข้อมูลและตัวชี้วัดที่จะนำเสนอต่อผู้บริหาร • ติดตามผลการพัฒนาคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพให้ได้ ไม่น้อยกว่า 70% • ติดตามผลการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายให้ได้ ไม่น้อยกว่า 20%	• ประชุมคณะกรรมการ CIO และคณะทำงาน 7 คณะ • ประชุมคณะกรรมการย่อย แบ่งเป็น 5 ยุทธศาสตร์ • จัดประชุมเพื่อหารือการนำเข้าข้อมูลและตัวชี้วัดที่จะนำเสนอต่อผู้บริหาร • ติดตามผลการพัฒนาคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพให้ได้ ไม่น้อยกว่า 80% • ติดตามผลการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายให้ได้ ไม่น้อยกว่า 25%

กลุ่มงานการเงินการคลัง
(Chief Financial Officer)

เป้าหมาย : การเงินการคลังสุขภาพของหน่วยบริการ มีความมั่นคง ยั่งยืน อย่างมีประสิทธิภาพ	KPI : วิกฤติทางการเงินลดลงหรือหมดไป

มาตรการหลัก	พัฒนาข้อมูลบัญชี/ด้านการเงินถูกต้องน่าเชื่อถือทันต่อการใช้งาน	กลไกการขับเคลื่อนที่มีประสิทธิภาพ 1.แผนการเงินการคลัง (Planfin) 2.แผนปรับปรุงประสิทธิภาพ / LOI : letter of Intent 3.ระบบการควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยง เพื่อขับเคลื่อนสร้างกระบวนงานคุณภาพ ๔.พัฒนากลไกการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ เช่น 5 x 5	บุคลากรด้านการเงินการคลัง และเครือข่ายมีศักยภาพ	การบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์และการกำกับติดตาม
Quick Win	**3 เดือน**	**6 เดือน**	**9 เดือน**	**12 เดือน**
	วิกฤติการทางเงินน้อยกว่าร้อยละ 15	วิกฤติการทางเงินน้อยกว่าร้อยละ 10	วิกฤติการทางเงินน้อยกว่าร้อยละ 5	ไม่พบวิกฤติการทางเงิน

คณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคล
(Chief Human Resource Officer)

เป้าหมาย : เจ้าหน้าที่และภาคีเครือข่ายมีความสุข

KPI : 1.ร้อยละของความสำเร็จในการจัดการข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ
2.ร้อยละเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด
3.ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด
4.ร้อยละหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข คนทำงาน (Happy Work Life Index) ไปใช้
5.ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

มาตรการหลัก	1. พัฒนาฐานข้อมูลโปรแกรม HROPS เพื่อใช้ประโยชน์ในการบริหารกำลังคน(พัฒนาผู้ใช้และจัดการข้อมูลให้เป็นปัจจุบันและการติดตามกำกับ) 1.1 ประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยวิทยากรจากกลุ่มงานบริหารบุคคล กลุ่มเป้าหมายผู้รับผิดชอบงาน HR และผู้รับผิดชอบงาน พัฒนาข้อมูล สำนักงานเขตสุขภาพ รวม 60 คน 1.2 กำหนดนโยบายการ อัพเดตข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน ทุก 2 สัปดาห์ 1.3 กำกับติดตาม การนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์รายงานในที่ประชุมผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 4 ทุกเดือน	2. พัฒนาบุคลากรตามปัญหาและความจำเป็นของพื้นที่ Service Plan 2.1 ประชุมร่วมกับทีม CSO เพื่อวิเคราะห์ปัญหาตามความจำเป็นการพัฒนาบุคลากรตาม Service Plan 2.2 วางแผนร่วมกับสถาบันการศึกษาในเขตเพื่อจัดหลักสูตรรองรับการพัฒนาบุคลากร (เน้นหลักสูตร 10 วันขึ้นไป) 2.3 ร่วมกับทีม CSO และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อจัดอบรมตามหลักสูตรที่วิเคราะห์ความต้องการไว้	3. ร่วมผลิตบุคลากรทางสุขภาพกับสถาบันการศึกษาในเขตสุขภาพที่ 4 3.1 วางแผนการผลิตนักเรียนทุนสาขาต่างๆ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล ร่วมกับสถาบันการศึกษา ในเขตสุขภาพที่ 4 4. การพัฒนา HR มืออาชีพ เขตสุขภาพที่ 4 4.1 พัฒนาหลักสูตร HR มืออาชีพ เขตสุขภาพที่ 4 ร่วมกับวิทยากรเอกชน 4.2 จัดอบรมตามหลักสูตรที่วางแผน - รุ่นที่ 1 ผู้บริหาร - รุ่นที่ 2 ผู้ปฏิบัติงาน HR 4.3 กำกับติดตามการนำความรู้ไปปฏิบัติ	5. ปลุกฝังค่านิยม MOPH เขตสุขภาพที่ 4 5.1 สัมมนาผู้บริหารเขตสุขภาพที่ 4 เพื่อกำหนดแนวทางขับเคลื่อนค่านิยม MOPH สู่การปฏิบัติ 5.2 จัดประชุมเพื่อสื่อสารแนวทางการขับเคลื่อนในระดับจังหวัด 5.3 กำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดในหน่วยบริการทุกระดับ 5.4 จัดกิจกรรมส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรมีการปฏิบัติตามค่านิยม 6. ส่งเสริมการนำดัชนีชี้วัดความสุข Happino meter สู่การปฏิบัติ ในหน่วยบริการทุกระดับ	7.สานสัมพันธ์ภาคีเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ (ส่งเสริมความสุขของผู้ปฏิบัติงาน) 7.1 สัมมนาผู้บริหารพร้อมผู้แทน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น(นายกสันนิบาตเทศบาล/ประธานนายกองค์การบริหารส่วนตำบลแต่ละจังหวัด) ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน/ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่ละจังหวัด ในการจัดทำกรอบความร่วมมือในการผลักดันองค์กรต้นแบบของภาคีเครือข่ายระดับเขต 7.2ประกาศองค์กรภาคีเครือข่ายต้นแบบด้านสุขภาพ สุขภาพแต่ละภาคี องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล/โรงเรียนมัธยม/ประถม/อาสาสมัครประจำครอบครัวต้นแบบ

Quick Win	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	1.มีการประชุมชี้แจงทีม HR เขตสุขภาพที่ 4 เพื่อวางแผนขับเคลื่อนงาน People Excellence 2.แต่งตั้งกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคลเขตสุขภาพที่ 4 และวางแผนประชุมติดตามงาน 3.จัดทำโครงการตามแผนที่กำหนดไว้ รวมถึงประสานวิทยากรเพื่อเตรียมจัดอบรมตามแผน 4.ประชุมวางแผนการจัดกิจกรรมร่วมกับผู้เกี่ยวข้องได้แก่ ทีม Service plan สถาบันการศึกษาในเขต4 5.ดำเนินการจัดกิจกรรมตามแผนในไตรมาสแรก 6.ประชุมชี้แจงการลงข้อมูลและการทำรายงานข้อมูลกำลังคนจากโปรแกรม HROPS	1.ประชุมกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคลและทีมHR เขตสุขภาพที่ 4 เพื่อติดตามการดำเนินงาน 2.ประชุมเชิงปฏิบัติการการวิเคราะห์อัตรากำลังในระดับจังหวัดครบทุกแห่ง 3.ประชุมเชิงปฏิบัติการการวิเคราะห์อัตรากำลังในสถานบริการทุกระดับในแต่ละจังหวัด 4.เก็บข้อมูลเพื่อวิเคราะห์อัตรากำลังตามภาระงานในสถานบริการทุกระดับ 5.จัดอบรมตามหลักสูตรที่วางแผนร่วมกับผู้เกี่ยวข้องให้แล้วเสร็จภายในเดือนมีนาคม 2560	1.ประชุมกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคลและทีมHR เขตสุขภาพที่ 4 เพื่อติดตามการดำเนินงาน 2.ประชุมเชิงปฏิบัติการการวิเคราะห์อัตรากำลังในระดับจังหวัดครบทุกแห่ง 3.ประชุมเชิงปฏิบัติการการวิเคราะห์อัตรากำลังในสถานบริการทุกระดับในแต่ละจังหวัด 4.เก็บข้อมูลเพื่อวิเคราะห์อัตรากำลังตามภาระงานในสถานบริการทุกระดับ 5.จัดอบรมตามหลักสูตรที่วางแผนร่วมกับผู้เกี่ยวข้องให้แล้วเสร็จภายในเดือนมีนาคม 2560	1.ประชุมกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคลและทีม HR เขตสุขภาพที่ 4 เพื่อติดตามการดำเนินงาน 2.สรุปภาพรวมการวิเคราะห์อัตรากำลังตามภาระงานของหน่วยงานในเขตสุขภาพที่ 4 3.จัดทำแผนกำลังคนจากข้อมูลการวิเคราะห์อัตรากำลังเพื่อนำเสนอผู้บริหารในเขตพิจารณา 4.สรุปผลการดำเนินงานโครงการต่างๆที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

กลุ่มงานการพัฒนาการวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ
(Chief Knowledge Officer)

เป้าหมาย : มีผลงานวิจัย/R2R นวัตกรรม และองค์ความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ตามเข็มมุ่งเขตสุขภาพที่ 4

KPI : 1. ร้อยละผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม และองค์ความรู้ด้านสุขภาพ ที่เผยแพร่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์ ร้อยละ 20
2. ร้อยละหน่วยงานมีระบบ Knowledge management ผ่านเกณฑ์คุณภาพ

มาตรการหลัก	พัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายงานวิจัย/R2R นวัตกรรม และการจัดการความรู้ด้านสุขภาพ	พัฒนาระบบฐานข้อมูล คลังความรู้ ด้านการวิจัย/R2R/KM/นวัตกรรม และการจัดการความรู้ด้านสุขภาพ	ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ	
	• พัฒนาศักยภาพนักวิจัยและทีมสนับสนุน • พัฒนาเครือข่ายนักวิจัย/R2R/KM / นวัตกรรม เขตสุขภาพที่ 4 กับสถาบันการศึกษา • พัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงานจริยธรรมการวิจัยระดับจังหวัด/รพศ./รพท.	• พัฒนาระบบฐานข้อมูลและคลังความรู้ผลงานวิชาการงานวิจัย/R2R /KM / นวัตกรรมเพื่อเผยแพร่ตามช่องทางต่างๆ	• ส่งเสริมการขับเคลื่อน และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้งานวิจัย /R2R /KM /นวัตกรรมระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ • ส่งเสริมการนำผลงานวิจัย/R2R /KM /นวัตกรรมไปใช้ประโยชน์และกำหนดเป็นนโยบายระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ	

Quick Win	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	1.ทุกจังหวัดมีแผนงานพัฒนางานวิจัย/R2R/KM นวัตกรรม 2.มีทีมสนับสนุนนักวิจัย/R2R/KM/นวัตกรรมระดับจังหวัดและเขต 3.มีเครือข่ายความร่วมมือกับสถาบันการศึกษา	1.ทุกจังหวัดมีงานวิจัย/R2R/KM/นวัตกรรม 5 เรื่อง 2.ทุกจังหวัดจัดตั้งคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย 3.มีฐานข้อมูลและคลังความรู้ผลงานวิชาการ 4.ทุกจังหวัดมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้	1.มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานวิจัย /R2R /นวัตกรรม/KM ระดับเขต (โครงการมหกรรมเขตสุขภาพ 4.0 Forum)	1.หน่วยงานมีการเผยแพร่ผลงานในช่องทางต่างๆ และนำไปใช้ประโยชน์ ร้อยละ 20 2.จังหวัด/เขตสุขภาพนำผลงานวิจัย/R2R/KM/นวัตกรรม ไปใช้อย่างน้อย 1 เรื่อง

กลุ่มงาน Chief Health Technology Assessment(CHTA)

เป้าหมาย :หน่วยงานในเขตสุขภาพมีการวิจัยเชิงนโยบายเพื่อการบริหารจัดการที่เป็นเลิศ			KPI : 1.จำนวนผลงานวิจัยที่มีการนำไปใช้ 2.ผลลัพธ์ด้านการรักษาพยาบาลที่ดีขึ้นจากการนำผล HTA มาใช้ 3.ผลลัพธ์ด้านการบริหารมีประสิทธิภาพขึ้นจากการนำผล HTA มาใช้(เช่น ต้นทุนลดลง,ขั้นตอนลดลง) 4.ระดับความสำเร็จของระบบข้อมูล HTA	
มาตรการหลัก	1. ส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้และสนับสนุนให้มีการวิจัย HTA เพื่อนำสู่การตัดสินใจด้านการบริหาร บริการ และการรักษา	2. ส่งเสริมการบูรณาการสหสาขาวิชาอย่างเป็นระบบ 3. ส่งเสริมให้มีการนำ HTA มาใช้	4. สนับสนุนให้มีการใช้ผลการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพประกอบการกำหนดนโยบายการพัฒนาสุขภาพระดับเขต 5. ส่งเสริมและสนับสนุนการจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ	6. สร้างระบบการประเมิน / ตรวจสอบผลที่เกิดจากการนำเทคโนโลยีด้านสุขภาพมาใช้ 7. พัฒนาฐานข้อมูลการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพระดับเขต
	• ประชุมคณะกรรมการและผู้ที่เกี่ยวข้อง • เสนอโครงการ • ดำเนินโครงการอบรม HTA	• ประชุมคณะกรรมการและผู้ที่เกี่ยวข้อง • ดำเนินโครงการบูรณาการ HTA สู่ Service Excellence	• ประชุมคณะกรรมการและผู้ที่เกี่ยวข้อง • เสนอโครงการ • ดำเนินโครงการพัฒนาผู้นำด้านHTA	• ประชุมคณะกรรมการและผู้ที่เกี่ยวข้อง • ดำเนินการ
	นิเทศติดตามและประเมินผลการนำHTAไปใช้ในด้านต่างๆ			
Quick Win	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	• มีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน • มีการจัดประชุมคณะกรรมการ	• มีการดำเนินการอบรม • ผลลัพธ์ดานการรักษาพยาบาลที่ดีขึ้น 5% จากการนำผล HTA มาใช้ • ผลลัพธ์ด้านการบริหารมีประสิทธิภาพมากขึ้น 5%	• ผลลัพธ์ด้านการรักษาพยาบาลที่ดีขึ้น 8% จากการนำผล HTA มาใช้ • ผลลัพธ์ด้านการบริหารมีประสิทธิภาพมากขึ้น 8%	• จำนวนผลงานวิจัยที่มีการนำไปใช้อย่างน้อย 1 ผลงาน • ผลลัพธ์ด้านการรักษาพยาบาลที่ดีขึ้น 10 %จากการนำผลHTAมาใช้ • ผลลัพธ์ด้านการบริหารมีประสิทธิภาพขึ้น 10%