**รายงานผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560**

**ไตรมาส 1 (รอบ 3 เดือน : 1 ตุลาคม 2559 – 31 ธันวาคม 2559)**

เข็มมุ่ง ปี 2560 : Primary Care Cluster (PCC)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ตัวชี้วัด | Quick Win 3 เดือน | ผลการดำเนินงาน | ผู้รายงาน | หมายเหตุ |
| 1 | ร้อยละของพื้นที่มีคลินิกหมอครอบครัว : PCC (ปี 2560) | 1. ข้อมูลโครงสร้าง จำนวน PCC  2. ข้อมูลบุคลากรประจำ PCC  3. เปิด PCC  4. โครงสร้างทีมชัดเจน  5. แผนการดำเนินงานแต่ละ  6. PCC |  |  |  |

**รายงานผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560**

**ไตรมาส 1 (รอบ 3 เดือน : 1 ตุลาคม 2559 – 31 ธันวาคม 2559)**

เข็มมุ่ง ปี 2560 : ตำบลมีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ตัวชี้วัด | Quick Win 3 เดือน | ผลการดำเนินงาน | ผู้รายงาน | หมายเหตุ |
| 2 | 1. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์  2. ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตาม Care plan มีภาวะสุขภาพดีขึ้น | 1. มีผลการประเมินสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุตาม ADL 4 กลุ่ม  2. มีการพัฒนาศักยภาพ CM และ CG ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามสัดส่วน  3. มีองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมดำเนินงาน LTC |  |  |  |

**รายงานผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560**

**ไตรมาส 1 (รอบ 3 เดือน : 1 ตุลาคม 2559 – 31 ธันวาคม 2559)**

เข็มมุ่ง ปี 2560 : Cardio Vascular disease หัวใจ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ตัวชี้วัด | Quick Win 3 เดือน | ผลการดำเนินงาน | ผู้รายงาน | หมายเหตุ |
| 3 | 1. อัตราการตายด้วยหลอดเลือดหัวใจ 32 ต่อแสนประชากร (ปี59 37ต่อแสน)  2. อัตราการตายในผู้ป่วย STEMI ร้อยละ 10 (ปี59ร้อยละ10.4)  3. อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับการเปิดหลอดเลือดร้อยละ 90 (ปี59ร้อยละ84)  4. อัตราผู้ป่วย NSTEMI ได้รับการสวนหัวใจภายใน72ชั่วโมง | 1. อัตราการตายด้วยหลอดเลือดหัวใจ 9 ต่อแสนประชากร  2. 84%STEMIได้รับการเปิดหลอดเลือด  3. 30%NSTEMI ได้สวนหัวใจภายใน72ชั่วโมง |  |  |  |

**รายงานผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560**

**ไตรมาส 1 (รอบ 3 เดือน : 1 ตุลาคม 2559 – 31 ธันวาคม 2559)**

เข็มมุ่ง ปี 2560 : Cardio Vascular disease หลอดเลือดสมอง

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ตัวชี้วัด | Quick Win 3 เดือน | ผลการดำเนินงาน | ผู้รายงาน | หมายเหตุ |
| 4 | 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%) | 1. อัตราตาย ≤ 7%  2. อัตรา Ischemic stroke มาทันเวลา 270 นาที ≥ 30%  3. อัตรา Ischemic stroke ได้ rt-PA ≥ 7% |  |  |  |

**รายงานผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560**

**ไตรมาส 1 (รอบ 3 เดือน : 1 ตุลาคม 2559 – 31 ธันวาคม 2559)**

เข็มมุ่ง ปี 2560 : การบาดเจ็บทางถนน Road Traffic Injury

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ตัวชี้วัด | Quick Win 3 เดือน | ผลการดำเนินงาน | ผู้รายงาน | หมายเหตุ |
| 5 | 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 | 1. อัตราตายจากอุบัติเหตุจราจร น้อยกว่า 4.5 ต่อแสนประชากร  2. จำแนกข้อมูลตายจากอุบัติเหตุจราจร จาก 3 ฐานข้อมูลโดยแยกข้อมูลตาย ณ จุดเกิดเหตุ ออกจากตายในโรงพยาบาล เพื่อประกอบการพัฒนาการป้องกันและการรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนน  3. จัดทำคู่มือพร้อมกับชี้แจงแนวทางการพัฒนาECSคุณภาพในโรงพยาบาลทุกระดับ  4. ระดับโรงพยาบาลทุกแห่งเขตสุขภาพที่ 4 ได้รับการประเมินคุณภาพ ECS |  |  |  |

**รายงานผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560**

**ไตรมาส 1 (รอบ 3 เดือน : 1 ตุลาคม 2559 – 31 ธันวาคม 2559)**

เข็มมุ่ง ปี 2560 : พัฒนาการเด็กสมวัย

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ตัวชี้วัด | Quick Win 3 เดือน | ผลการดำเนินงาน | ผู้รายงาน | หมายเหตุ |
| 6 | 1. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ≥ 85 ( ภายในปี64 )  2. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ≥ 51 และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี (เด็กชาย 113 เซนติเมตร และเด็กหญิง 112 เซนติเมตร) | 1. ประสานงานการดำเนินงานร่วมกับ 4 กระทรวงหลัก  2. ส่งเสริมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประกาศ code milk  3. พัฒนาบุคลากร อบรมหลักสูตรPG เด็ก  4. ใช้ข้อมูลจาก HDC ในการกำกับติดตามการดำเนินงานและวิเคราะห์วางแผนอย่างมีประสิทธิภาพ |  |  |  |

**รายงานผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560**

**ไตรมาส 1 (รอบ 3 เดือน : 1 ตุลาคม 2559 – 31 ธันวาคม 2559)**

เข็มมุ่ง ปี 2560 : อาหารปลอดภัย

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ตัวชี้วัด | Quick Win 3 เดือน | ผลการดำเนินงาน | ผู้รายงาน | หมายเหตุ |
| 7 | ร้อยละ 80 ของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย ร้อยละ 95 ของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด | 1. มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพระดับเขตและระดับจังหวัด  2. มีผลวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความเสี่ยงของปี2559 เพื่อใช้เป็นสถานการณ์ปี 2560  3. มีแผนการจัดการความเสี่ยงแบบบูรณาการ  4. มีแนวทางการปฏิบัติงานและข้อมูลที่สำคัญในการเฝ้าระวัง ฐานข้อมูลและช่องทางการรายงาน |  |  |  |

**รายงานผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560**

**ไตรมาส 1 (รอบ 3 เดือน : 1 ตุลาคม 2559 – 31 ธันวาคม 2559)**

การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (Promotion & Prevention Excellence)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ตัวชี้วัด | Quick Win 3 เดือน | ผลการดำเนินงาน | ผู้รายงาน | หมายเหตุ |
| 1 | อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดไม่น้อยกว่า 80 ปี | 1. มีแผนยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน P&P Excellence  2. มีระบบกำกับ และติดตามผลการดำเนินงาน (CIO+M&E)  3. ร้อยละ 50 ของภาคีเครือข่ายให้การสนับสนุนทรัพยากร/การดำเนินงาน |  |  |  |
| 2 | การตั้งครรภ์ในหญิงอายุ 15-19 ปี :  1. อัตราการคลอดในวัยรุ่นไม่เกิน 42:1,000 ประชากรหญิง 15-19 ปี  2. YFHS ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80, อำเภออนามัยเจริญพันธุ์ ผ่านร้อยละ 70 | 1. มีอนุกรรมการครบทุกจังหวัด  2. ทุกอำเภอมีแผนดำเนินงานอนามัยเจริญพันธุ์มีการร่วมกับภาคีเครือข่าย DHS  3. โรงพยาบาลทุกแห่งมีแผนการดำเนินงาน OHOS |  |  |  |
| 3 | งานวัณโรค :  อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 85 | 1.มีการกำหนดเป้าหมายอำเภอคัดกรองเชิงรุก (3 อำเภอ/จังหวัด) ประชากรกลุ่มเสี่ยง/พื้นที่พิเศษ  2.มีแผน/งบประมาณในการดำเนินงานคัดกรองเชิงรุกในอำเภอเป้าหมาย/ประชากรกลุ่มเสี่ยง/พื้นที่พิเศษ  3.กำหนดโรงพยาบาลเป้าหมายในการประเมินมาตรฐาน QTB ( 3 โรงพยาบาล/จังหวัด)  4.กำหนดเรือนจำเป้าหมายในการประเมินมาตรฐาน QTBP (1 แห่ง/จังหวัด) |  |  |  |
| ลำดับ | ตัวชี้วัด | Quick Win 3 เดือน | ผลการดำเนินงาน | ผู้รายงาน | หมายเหตุ |
| 4 | โรคความดันโลหิตสูง/เบาหวานรายใหม่ :  อัตราผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง 0.25 % | 1. ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง DM HT 50%  2. ทุกจังหวัด มีและใช้ โปรแกรม Chronic link  3. มีการดำเนินกิจกรรม ลดพฤติกรรมเสี่ยง ในสถานที่ทำงาน/สถานประกอบการ/ตำบลจัดการสุขภาพ |  |  |  |
| 5 | ยาเสพติด :  ร้อยละ 92 ของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาตามเกณฑ์กำหนด | 1.ร้อยละ100 สถานบริการระดับรพ.สต. ได้รับการพัฒนาให้สามารถบริการคัดกรอง บำบัดฟื้นฟูแบบBA,BI,MI และติดตาม ผู้ป่วยยาเสพติ  2.คิดตัววัดส่งเสริมป้องกัน |  |  |  |
| 6 | Green & Clean Hospital :  ร้อยละ 75 ของโรงพยาบาลในเขต 4 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน | 1.มีการประกาศนโยบายการพัฒนา รพ.ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับเขตสุขภาพ 4 จังหวัด และโรงพยาบาล  2.ร้อยละ 80 ของจังหวัด มีกลไกการขับเคลื่อน และจัดทีมตรวจประเมินโรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital ที่มีความพร้อมและมีศักยภาพ  3.1 รพ.ประเมินตนเอง100%  3.2 ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาล  มีแผนพัฒนาโรงพยาบาลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN hospital |  |  |  |

**รายงานผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560**

**ไตรมาส 1 (รอบ 3 เดือน : 1 ตุลาคม 2559 – 31 ธันวาคม 2559)**

การบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ตัวชี้วัด | Quick Win 3 เดือน | ผลการดำเนินงาน | ผู้รายงาน | หมายเหตุ |
| 1 | แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ :  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 | 1. อัตราตายด้วยหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน 9ต่อแสนประชากร  2. อัตราตายผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน น้อยกว่า ร้อยละ 4.5 ต่อแสนประชากร  3. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m2/yr มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ65  4. มีการจัดทำฐานข้อมูล SP ของแต่ละสาขา  5. มีการจัดทำฐานข้อมูลส่วนขาด(Gap Analysis) จำนวนและศักยภาพบุคลากร SP แต่ละสาขา และจัดลำดับความสำคัญของส่วนขาด  6. มีการประชุมคณะกรรมการ CSO ระดับเขต |  |  |  |

**รายงานผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560**

**ไตรมาส 1 (รอบ 3 เดือน : 1 ตุลาคม 2559 – 31 ธันวาคม 2559)**

การพัฒนาบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ตัวชี้วัด | Quick Win 3 เดือน | ผลการดำเนินงาน | ผู้รายงาน | หมายเหตุ |
| 1 | 1.ร้อยละของความสำเร็จในการจัดการข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ  2.ร้อยละเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด  3.ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด  4.ร้อยละหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข คนทำงาน (Happy Work Life Index) ไปใช้  5.ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด | 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 |  |  |  |

**รายงานผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560**

**ไตรมาส 1 (รอบ 3 เดือน : 1 ตุลาคม 2559 – 31 ธันวาคม 2559)**

การบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ตัวชี้วัด | Quick Win 3 เดือน | ผลการดำเนินงาน | ผู้รายงาน | หมายเหตุ |
| 1 | ระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ :  ร้อยละของหน่วยงานที่ผ่าน ITA ร้อยละ 85 | 1.สสจ./สสอ./รพศ./รพท./รพช.มีการกำหนดเจ้าภาพและคณะทำงาน  2.มีการวิเคราะห์ปัญหาและจัดทำแผน  3.หน่วยงานเป้าหมายมีการดำเนินงานตามแผน และมีผลการประเมินตนเองตามแบบ EB1 - EB3 ได้ระดับ 3 |  |  |  |
| 2 | พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ :  1.ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการมีข้อมูลสาเหตุการตายที่ ไม่ทราบสาเหตุไม่เกิน ร้อยละ 25 ของการตายทั้งหมด  2.ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการมีข้อมูลเวชระเบียนและ การวินิจฉัยโรค มีความครบถ้วนถูกต้องไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 | 1. พัฒนาระบบ cockpit เพื่อติดตามผลงาน  2. ปรับปรุงเว็บไซต์เขตสุขภาพ  3. ประชุมคณะกรรมการCIOและคณะทำงาน7 คณะ  4. ประชุมคณะกรรมการย่อย แบ่งเป็น 5 ยุทธศาสตร์  5. จัดประชุมเพื่อหารือการนำเข้าข้อมูลและตัวชี้วัดที่จะนำเสนอต่อผู้บริหาร  6. การจัดทำระบบ Alert System เรื่องอุบัติเหตุหมู่/หรืออุบัติภัยที่เร่งด่วน  7. อบรมการใช้งานระบบติดตามตัวชี้วัดทุกระดับ  8. ขอพื้นที่สำหรับ server บน Clound กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 2 site ขนาดหน่วยความจำ 32 GB harddisk 500 GB  9. จดทะเบียนโดเมนเนม Server เขตสุขภาพ  10. ติดตามผลการพัฒนาคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพให้ได้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50  11. ติดตามผลการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายให้ได้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 |  |  |  |
| ลำดับ | ตัวชี้วัด | Quick Win 3 เดือน | ผลการดำเนินงาน | ผู้รายงาน | หมายเหตุ |
| 3 | บริหารจัดการด้านการเงินการคลัง :  ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน | 1. ร้อยละหน่วยบริการ  2. ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 < ร้อยละ 15  3. มีเกณฑ์การจัดสรรงบ UC ที่ช่วยเหลือหน่วยบริการสุขภาพภายในเขต ๔  4. มีการจัดทำ LOI ของหน่วยบริการที่รับการช่วยเหลือ หรือมีความเสี่ยงวิกฤตทางการเงิน  5. การกำกับติดตามรายงานผล |  |  |  |
| 4 | การพัฒนาการวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ :  ร้อยละผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่เผยแพร่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์ร้อยละ 20 | 1.มีแผนงานพัฒนางานวิจัย/R2R นวัตกรรมระดับจังหวัดและเขต (คน เงิน การจัดการ หัวข้อวิจัย)  2.มีทีมพี่เลี้ยงและนักวิจัย/KM ระดับจังหวัดและเขต  3.มีเครือข่ายความร่วมมือกับสถาบันการศึกษา |  |  |  |
| 5 | การบังคับใช้กฎหมายครบองค์ประกอบที่กำหนดของสาธารณสุขจังหวัด :  ร้อยละของการบังคับใช้กฎหมายครบองค์ประกอบที่กำหนด ของสาธารณสุขจังหวัด | 1. มีเครือข่ายนักกฎหมายที่ประกอบด้วยนิติกรของสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยบริการในเขต  2. มีการจัดทำแผนพัฒนาด้านกฎหมายของเขต  3. มีช่องทางสื่อสารและมีการให้ความรู้ด้านกฎหมายแก่บุคลากร  4. มีการบังคับใช้กฎหมายครบองค์ประกอบร้อยละ 60 |  |  |  |

**รายงานผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560**

**ไตรมาส 1 (รอบ 3 เดือน : 1 ตุลาคม 2559 – 31 ธันวาคม 2559)**

การกำกับติดตามประเมินผล (Monitoring & Evaluation)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ตัวชี้วัด | Quick Win 3 เดือน | ผลการดำเนินงาน | ผู้รายงาน | หมายเหตุ |
| 1 | M&E | 1. มอบหมายผู้รับผิดชอบขับเคลื่อนการดำเนินงานกำกับ ติดตามประเมินผลให้กับ Chief Office (COO,CIO,CHRO,CFO) ICS ศูนย์วิชาการ  2. Chief Office (COO,CIO,CHRO,CFO,cso) ศูนย์วิชาการ ส่งความต้องการการจัดเก็บข้อมูล ทำรายละเอียดตัวชี้วัดเพื่อการกำกับ ติดตาม ประเมินผล (2 ธันวาคม 59)  3. ชี้แจงระบบกำกับติดตามประเมินผลให้จังหวัดในเขตทราบ  4. วางระบบโครงสร้างระบบ Cockpit นำเสนอผลการดำเนินงานเขตสุขภาพที่ 4 และประสาน สนับสนุนการจัดทำระบบ ระบบ Alert System  5. รายงานสรุปผลงานความก้าวหน้าเข็มมุ่ง/ 4E/ HRP/HRM/HRD/ HWL/ HWP/Plan Fin/ FAI ดัชนีการเงิน 7 ระดับ ไตรมาสที่ 1 ปี 2560  6. สรุปผลงานความก้าวหน้า PA ปี 2560/งบลงทุน/งบดำเนินงานทุกเดือน |  |  |  |

**รายงานผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560**

**ไตรมาส 1 (รอบ 3 เดือน : 1 ตุลาคม 2559 – 31 ธันวาคม 2559)**

ระบบบริการสุขภาพเป็นเลิศ (Service Plan)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ตัวชี้วัด | Quick Win 3 เดือน | ผลการดำเนินงาน | ผู้รายงาน | หมายเหตุ |
| 1 | โรคหลอดเลือดหัวใจ :  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. อัตราการตายด้วยหลอดเลือดหัวใจ 9 ต่อแสนประชากร  2. 84% STEMI ได้รับการเปิดหลอดเลือด  3. 30% NSTEMI ได้สวนหัวใจภายใน 72 ชั่วโมง |  |  |  |
| 2 | พัฒนาระบบรักษาโรคมะเร็ง :  ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ,เคมีบำบัดและรังสีรักษาภายในระยะเวลา 4 ,6, 6 สัปดาห์ = 80% | 1.โรงพยาบาลระดับ A , S , M1 มี ศูนย์ประสานงานโรคมะเร็งส่งต่อ ร้อยละ 80  2.อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด, เคมีบำบัดและรังสีรักษาภายในระยะเวลา 4 ,6 , 6 สัปดาห์ เขตสุขภาพที่ 4 ≥ 50% |  |  |  |
| ลำดับ | ตัวชี้วัด | Quick Win 3 เดือน | ผลการดำเนินงาน | ผู้รายงาน | หมายเหตุ |
| 3 | ทารกแรกเกิด :  ทารกแรกเกิดสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ลดป่วย ลดตาย ลดภาวะแทรกซ้อน มีเครือข่ายส่งต่อรวดเร็ว ปลอดภัย | Health Outcome  • อัตราตายทารกแรกเกิด (NMR) 4.5/1000 LB  • การ Refer Out นอกเขตลดลง 5 %(19ราย)  - ระบบ Refer Node ✓  - แนวทาง CPG หลักเกณฑ์ ✓  - รายงานเตียงว่าง 3 แห่ง  Service Outcome  • เพิ่มจำนวนเตียง NICU/SNB ตามมาตรฐาน  • เพิ่มศักยภาพการดูแลรักษาพยาบาลทารกแรกเกิด  - LASOR ROP  - Cooling system  - มีการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 50% (6แห่ง)  • HRD  - อบรม NCPR 25%(2จังหวัด)  - NNP |  |  |  |
| 4 | สุขภาพจิต จิตเวช :  อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ < 6.3 ต่อแสนประชากรไทย | 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 |  |  |  |
| ลำดับ | ตัวชี้วัด | Quick Win 3 เดือน | ผลการดำเนินงาน | ผู้รายงาน | หมายเหตุ |
| 5 | การดูแลผู้ป่วยเข่าเสื่อมอย่างมีประสิทธิภาพ :  สามารถให้การดูแลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ | 1.จัดทำ Guide line การผ่าตัดข้อเข่าเทียม (ทุกจังหวัดในเขตได้ 50%)  2.ทำข้อตกลงเงื่อนไขสัดส่วนของผู้ป่วยที่จะผ่าตัดในแต่ละจังหวัดในเขตได้  50% |  |  |  |
| 6 | ลดความแออัด :  1.ลดความแออัดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ(A,S)และส่งเสริมสุขภาพเด็ก  2.โรงพยาบาล M2 ลงไปสามารถดูแลรักษาผู้ป่วย Pneumoniaในเด็ก(1เดือน-5ปี) และตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็ก | 1.มีการกำหนดคณะกรรมการหลักระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ  2.มีการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลชุมชน M2 |  |  |  |
| 7 | สูติ – นรีเวชกรรม :  1.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลระดับ M2 ลงไปลดลงร้อยละ 25  2.อัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 0  3.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลระดับM2ลงไป ลดลงร้อยละ 25 | 1.มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสูติ-นรีเวช  กรรมระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ  2.มีการจัดทำแผนพัฒนาระบบพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสูติ-นรีเวช  กรรมในโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 |  |  |  |
| ลำดับ | ตัวชี้วัด | Quick Win 3 เดือน | ผลการดำเนินงาน | ผู้รายงาน | หมายเหตุ |
| 8 | Cardio Vascular Disease (CKD) :  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% | 1.การคัดกรอง CKD 50%  2.CKD Clinic ผ่านการประเมินคุณภาพ 30%  3.การลดจำนวนผู้ป่วย CKD รายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง 10% |  |  |  |
| ลำดับ | ตัวชี้วัด | Quick Win 3 เดือน | ผลการดำเนินงาน | ผู้รายงาน | หมายเหตุ |
| 9 | สุขภาพช่องปาก :  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) | ตรวจสุขภาพช่องปากเฝ้าระวังANC/WBC/NCD Clinic/ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/โรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุร้อยละ 50 |  |  |  |
| 10 | ต้อกระจกในผู้สูงอายุ :  ลดความชุกของภาวะตาบอดจากต้อกระจกในผู้สูงอายุ | 1.อัตราการคัดกรองสายตาผู้สูงอายุ=30%  2.ผู้ป่วยBlinding Cataract ได้รับการผ่าตัดตามเป้าหมาย =20%  3.ผู้ป่วย Blinding Cataract ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน =80%  4.ทบทวนเป้าหมาย |  |  |  |
| ลำดับ | ตัวชี้วัด | Quick Win 3 เดือน | ผลการดำเนินงาน | ผู้รายงาน | หมายเหตุ |
| 11 | โรคไม่ติดต่อ :  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 | 1. ผู้ป่วย DM HT ได้รับการประเมินCVD Risk 50%  2. ทุกจังหวัด/เขตมี Standard data set  3. วางแนวทางการจัดตั้ง COPD Clinic ในโรงพยาบาลชุมชน  4. วางแนวทางการจัดเตียงรับ Refer Back ผู้ป่วย Stroke ในโรงพยาบาลชุมชน |  |  |  |
| 12 | การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก :  ผู้ป่วยนอกได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน | 1. พัฒนาระบบคุณภาพข้อมูลพื้นฐานสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทย ในหน่วยบริการสาธารณสุขภาครัฐ  2. มีแผน Service plan ระดับจังหวัด/ระดับเขตสุขภาพที่ 4  3. โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ มีบริการคลินิกครบวงจรที่รักษาโรคทั่วไปและเฉพาะโรคทั่วไปและเฉพาะโรค เช่นไมเกรน ข้อเข่าเสื่อม ภูมิแพ้และอัมพฤกษ์ อัมพาต ร้อยละ 100 |  |  |  |
| 13 | ระบบการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ : Deceased donor 1 ราย : 2 เดือน : โรงพยาบาล |  |  |  |  |
| 14 | Rational Drug Use (RDU) :  1.ใช้ยาคุ้มค่าและปลอดภัย  2.ลดเชื้อดื้อยาและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา  3.ลดค่าใช้จ่ายด้านยา | 1.มีนโยบาย/แนวทาง/แผนงาน เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน  2.หน่วยบริการมีความรู้/ความเข้าใจ เรื่องการใช้ยาสมเหตุสมผล  3.มีระบบสารสนเทศ และข้อมูล electronic ของ KPI และแนวทาง ในการรายงานข้อมูล ในระดับ โรงพยาบาล/จังหวัด/เขต  4.มีระบบการจัดการด้านยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มโรคเป้าหมาย (COP ตามกลุ่มโรค/กลุ่มเสี่ยง)  5.มีสื่อสร้างความตระหนักรู้ระดับเขต อย่างน้อย 7 เรื่อง |  |  |  |
| ลำดับ | ตัวชี้วัด | Quick Win 3 เดือน | ผลการดำเนินงาน | ผู้รายงาน | หมายเหตุ |
| 15 | ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง บรรเทาความเจ็บปวด จนถึงวาระสุดท้าย และจากไปอย่างสงบ :  1. โรงพยาบาลทุกระดับมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามเกณฑ์ ร้อยละ 100  2. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยร้อยละ 80 | 1.โรงพยาบาลทุกระดับประเมินผลผ่านเกณฑ์ขั้นตอนที่ 1 ข้อ 1.1 ดังนี้  ระดับ M1 ขึ้นไปมีศูนย์ดูแลผู้ป่วย มีคณะกรรมการสหสาขาวิชาชีพและแนวทางการดูแลผู้ป่วย  ระดับ M2 ลงมามีกรรมการและแนวทางการดูแลผู้ป่วย  2. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างน้อยร้อยละ 80 (เทียบกับเป้าหมายในช่วงเวลาแต่ละไตรมาส) |  |  |  |
| 16 | ศัลยกรรม :  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 <……% | 1. กำหนดข้อมูลตัวชี้วัด  2. รวบรวมข้อมูลศัลยแพทย์ ทุกโรงพยาบาลของเขตสุขภาพที่ 4 |  |  |  |
| ลำดับ | ตัวชี้วัด | Quick Win 3 เดือน | ผลการดำเนินงาน | ผู้รายงาน | หมายเหตุ |
| 17 | ยาเสพติด : ร้อยละ 92 ของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา ตามเกณฑ์กำหนด | ร้อยละ 100 ของสถานบริการระดับโรงพยาบาลส่วนตำบลขึ้นไปสามารถให้บริการคัดกรอง บำบัดฟื้นฟูและติดตาม ผู้ป่วยยาเสพติดได้ตามที่กำหนด |  |  |  |
| 18 | อายุรกรรม พัฒนาการดูแลผู้ป่วย Sepsis : อัตราตายผู้ป่วยSevere Sepsis/Septic shock : อัตราการได้รับATB ภายใน 1 ชั่วโมง | -อัตราตาย ผู้ป่วยSevere Sepsis/ Septic shock < 37 % |  |  |  |
| 19 | Emergency Care System (ECS):  1. รพ. ทุกแห่งมีการประเมินคุณภาพ ECS 100% และผ่านเกณฑ์ประเมิน (ร้อยละ ๔๐ของเกณฑ์ประเมิน) มากกว่า ๔๓ รพ. (ร้อยละ ๖๐ ของ รพ. ทั้งหมด (๗๑ แห่ง)) และสามารถระบุสถานการณ์ปัจจุบันระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้  2.ร้อยละของ รพ. ในเขตที่ผู้ป่วย OHCA มี ROSC > ร้อยละ ๓๐ มากกว่าร้อยละ 60  3.ร้อยละของ รพ. ในเขตที่ผู้ป่วยอาการรุนแรง(ระดับ 1&2) เข้าถึงบริการ (มา รพ. โดย EMS-ALS > ร้อยละ ๑๐) มากกว่าร้อยละ 60 | 1. มี คณะกรรมการ ECS & Trauma (SP) ระดับเขต, จังหวัด, โรงพยาบาล  2. มีคู่มือและหลักเกณฑ์เรียบร้อย พร้อมกับการชี้แจงแนวทางการพัฒนา ECS คุณภาพในทุกระดับ |  |  |  |

**รายงานผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560**

**ไตรมาส 1 (รอบ 3 เดือน : 1 ตุลาคม 2559 – 31 ธันวาคม 2559)**

การบริหารจัดการ Chief Officer ปี 2560

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ตัวชี้วัด | Quick Win 3 เดือน | ผลการดำเนินงาน | ผู้รายงาน | หมายเหตุ |
| 1 | **กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ CIO :** ร้อยละของการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสนเทศเขตสุขภาพ | 1. พัฒนาระบบ cockpit เพื่อติดตามผลงาน  2. ปรับปรุงเว็บไซต์เขตสุขภาพ  3. ประชุมคณะกรรมการ CIO และคณะทำงาน 7 คณะ  4. ประชุมคณะกรรมการย่อย แบ่งเป็น5ยุทธศาสตร์  5. จัดประชุมเพื่อหารือการนำเข้าข้อมูลและตัวชี้วัดที่จะนำเสนอต่อผู้บริหาร  6. การจัดทำระบบ Alert System เรื่องอุบัติเหตุหมู่/หรืออุบัติภัยที่เร่งด่วน  7. อบรมการใช้งานระบบติดตามตัวชี้วัดทุกระดับ  8. ขอพื้นที่สำหรับ server บน Clound กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 2 site ขนาดหน่วยความจำ 32 GB harddisk 500 GB  9. จดทะเบียนโดเมนเนม Server เขตสุขภาพ  10. ติดตามผลการพัฒนาคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพให้ได้ ไม่น้อยกว่า 50%  11. ติดตามผลการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายให้ได้ ไม่น้อยกว่า 10% |  |  |  |
| 2 | **กลุ่มงานการเงินการคลัง CFO :**  วิกฤติทางการเงินลดลงหรือหมดไป | วิกฤติการทางเงินน้อยกว่าร้อยละ 15 |  |  |  |
| ลำดับ | ตัวชี้วัด | Quick Win 3 เดือน | ผลการดำเนินงาน | ผู้รายงาน | หมายเหตุ |
| 3 | **กลุ่มงานการบริหารทรัพยากรบุคคล CHRO :**  1.ร้อยละของความสำเร็จในการจัดการข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ  2.ร้อยละเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด  3.ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด  4.ร้อยละหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข คนทำงาน (Happy Work Life Index) ไปใช้  5.ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด | 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 |  |  |  |
| 4 | **กลุ่มงานการพัฒนาการวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ CKO :**  1. ร้อยละผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม และองค์ความรู้ด้านสุขภาพ ที่เผยแพร่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์ ร้อยละ 20  2. ร้อยละหน่วยงานมีระบบ Knowledge management ผ่านเกณฑ์คุณภาพ | 1. ทุกจังหวัดมีแผนงานพัฒนางานวิจัย/R2R/KM นวัตกรรม  2. มีทีมสนับสนุนนักวิจัย/R2R/KM/นวัตกรรม ระดับจังหวัดและเขต  3. มีเครือข่ายความร่วมมือกับสถาบันการศึกษา |  |  |  |
| ลำดับ | ตัวชี้วัด | Quick Win 3 เดือน | ผลการดำเนินงาน | ผู้รายงาน | หมายเหตุ |
| 5 | **กลุ่มงาน Chief Health Technology Assessment (CHTA) :**  1.จำนวนผลงานวิจัยที่มีการนำไปใช้  2.ผลลัพธ์ด้านการรักษาพยาบาลที่ดีขึ้นจากการนำผล HTA มาใช้  3.ผลลัพธ์ด้านการบริหารมีประสิทธิภาพขึ้นจากการนำผล HTA มาใช้(เช่น ต้นทุนลดลง,ขั้นตอนลดลง)  4.ระดับความสำเร็จของระบบข้อมูล HTA | 1. มีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน  2. มีการจัดประชุมคณะกรรมการ |  |  |  |