

17 ประเด็นหลัก

วิสัยทัศน์ :

21 ตัวชี้วัด

เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ รวมพลังเครือข่ายที่เข้มแข็ง เพื่อประชาชนสุขภาพดี ภายในปี 2564

| | | | | |
|------------------------------------|--|--|--|--|
| คำนิยาม / วัฒนธรรม องค์กร | M = Mastery เป็นนายตนเอง O = Originality เร่งสร้างสิ่งใหม่ P = People centered ใส่ใจประชาชน H = Humility ถ่อมตนอ่อนน้อม | | | |
| เป้าหมาย | 1. ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน | | 2. เจ้าหน้าที่มีความสุข | |
| ยุทธศาสตร์ | 8 ตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence) | | 6 ตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) | |
| ตัวชี้วัด | 2 ตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) | | 5 ตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารจัดการ ด้วยธรรมาภิบาลเป็นเลิศ (Governance Excellence) | |
| การกำกับ ติดตามและ ประเมินผล | - กำกับตัวชี้วัดตาม Template - ตรวจสอบและควบคุมภายใน - ประชุม กวป. คปสอ. | | - พัฒนาระดับประเทศ - พัฒนาให้ได้ตามมาตรฐาน | |
| | - กำกับ ติดตาม ประเมินหน่วยงาน - นิเทศบูรณาการ นิเทศเฉพาะกิจ - ประเมินผลสัมฤทธิ์ | | - เข้าถึงและใช้ประโยชน์จาก HDC | |



ยุทธศาสตร์ที่ 1

ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค
และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ
(PP&P Excellence)



ประเด็น : แม่ไม่เสียชีวิตจากการตั้งครรภ์และการคลอด

ผู้รับผิดชอบหลัก : กลุ่มงาน.ส่งเสริมสุขภาพ

ระดับปฏิบัติหลัก : รพ.และ สสอ.ทุกแห่ง

| | | | | |
|----------------------------|--|--|---|---|
| เป้าหมาย / ตัวชี้วัด | <p>อัตราส่วนการตายของมารดา (เกณฑ์ น้อยกว่า ๒๐ ต่อแสนการเกิดมีชีพ)</p> <p>๑. ไม่มีมารดาตายจากสาเหตุการตกเลือดหลังคลอดและความดันโลหิตสูง(Zero MMR from PPH,PIH)</p> <p>๒.ลดจำนวนมารดาตายจากสาเหตุทางอ้อม(indirect cause)ลดลง ๕๐% จากฐานเดิม</p> | | | |
| สถานการณ์ / ข้อมูล พื้นฐาน | <p>จังหวัดปัตตานีมีมารดาเสียชีวิตอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ ๒๕๕๙-๒๕๖๑ (ต.ค.๖๐-มิ.ย.๖๑)มีอัตราส่วนการตายของมารดา อยู่ที่ ๓๕.๖๘,๓๕.๗๑ และ ๕๒.๓๑ ต่อแสนการเกิดมีชีพสาเหตุมารดาตาย ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ -๒๕๖๑ (ต.ค.๖๐ - ส.ค.๖๑) มีสาเหตุการตายทั้งจาก Direct และ Indirect cause ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ มีมารดาตายทั้งหมด ๕ ราย จากสาเหตุ Direct cause ๑ ราย คือPIH เสียชีวิตที่บ้าน ๑ ราย Indirect case๔ ราย คือ Sepsis ๑ ราย, Thyroid storm ๑ราย, Influenza with multiple organ failure ๑ ราย, Pheochromocytoma ๑ ราย</p> | | | |
| มาตรการ สำคัญ | มาตรการที่ 1. พัฒนาระบบบริการให้ได้ตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก | มาตรการที่ 2. พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะตามมาตรฐานวิชาชีพ | มาตรการที่ 3.พัฒนาระบบบริหารจัดการเครือข่ายบริการงานอนามัยแม่และเด็กให้มีประสิทธิภาพเด็ก | มาตรการที่ 4 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน |
| กิจกรรมหลัก (Key Activity) | <p>ระดับจังหวัด</p> <p>๑. พัฒนาแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงระหว่างสูติแพทย์และแพทย์อายุรกรรมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง</p> <p>๒. พัฒนาระบบ Auto refer และ Fast Tract Refer</p> <p>๓. พัฒนา การดูแลตาม ANC และห้องคลอดคุณภาพ</p> <p>๔.แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด (PNC) จังหวัดอุดรธานี</p> | <p>ระดับจังหวัด</p> <p>๑.พัฒนาความรู้และทักษะในการคัดกรอง การประเมินและการประเมินซ้ำในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงตามแนวทางการคัดกรองภาวะเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์๕โรค</p> <p>๒.พัฒนาสมรรถนะแพทย์ พยาบาลในการประเมิน ดูแลหญิงคลอดและหลังคลอด</p> <p>๓. พัฒนาสมรรถนะเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับแม่และเด็กในการทำ CQI หรือ R to R</p> <p>๔. จัดทำแนวทางการวางแผนครอบครัวในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงและอบรมการให้การปรึกษาเรื่องการวางแผน</p> | <p>ระดับจังหวัด</p> <p>๑.พัฒนา โปรแกรม ANC Pattani High risk และฐานข้อมูลงานอนามัยแม่และเด็ก</p> <p>๒. ประชุมคณะกรรมการ MCH BOARD ระดับจังหวัด ปีละ ๓ ครั้ง</p> <p>๓. ประชุมคณะทำงานเครือข่ายพัฒนาระบบบริการงานอนามัยแม่และเด็ก จำนวน ๓ ครั้ง</p> <p>๔.สัมมนาวิชาการ Dead case and Near miss conference</p> <p>๕. ประชุมเครือข่ายผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก</p> | <p>ระดับจังหวัด</p> <p>๑. สร้างการมีส่วนร่วมของผู้นำศาสนา ผดบ. ผู้นำชุมชน อสม.</p> <p>๒. อบรมหญิง/ชายก่อนแต่งงาน(ครูสูป)</p> <p>๓. คัดเลือกข้อมูลงานอนามัยแม่และเด็กแก่ภาคีเครือข่ายในพื้นที่</p> |
| | <p>ระดับอำเภอ</p> <p>๑.ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงตามแนวทางที่กำหนด</p> <p>๒. ห้องคลอดรายงาน Case ทางไลน์กลุ่ม One Node One Pattani hos</p> <p>๓.ให้บริการยาฝังคุมกำเนิดแก่หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ๕ โรคก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล</p> | <p>ระดับอำเภอ</p> <p>๑.ประเมินทักษะพยาบาลงานฝากครรภ์ ในการค้นหา ดูแล และส่งต่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง</p> <p>๒.ประเมินทักษะพยาบาลงานห้องคลอดในการดูแลภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม (PPH /PIH/การช่วยคลอดฉุกเฉิน)</p> | <p>ระดับอำเภอ</p> <p>๑.บันทึกข้อมูลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงในโปรแกรม ANC Pattani High risk</p> <p>๒.ประชุมคณะกรรมการ MCH BOARD ระดับอำเภอ อย่างน้อย ๓ ครั้งต่อปี และส่งรายงานการประชุมให้จังหวัดทราบ</p> <p>๓. นิเทศหน้างานคลินิกฝากครรภ์ รพ.สต.อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง</p> | <p>ระดับอำเภอ</p> <p>๑.คัดเลือกข้อมูลงานอนามัยแม่และเด็กแก่ผู้นำชุมชน/ผู้นำศาสนา</p> <p>๒.จัดอบรมให้ผดบ./อสม มีความรู้ภาวะเสี่ยง๕ โรคสำคัญและส่งต่อไปโรงพยาบาล</p> <p>๓.มีระบบการส่งต่อระหว่างชุมชน ,รพช. และ รพ.สต.</p> |
| | <p>ระดับตำบล</p> <p>๑. ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงและส่งต่อโรงพยาบาลชุมชน</p> <p>๒. ติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงมารับบริการตามนัด</p> <p>๓. ติดตามเยี่ยมหลังคลอดและให้คำปรึกษาเพื่อเว้นช่วงระยะการมีบุตร</p> | <p>ระดับตำบล</p> <p>๑.พยาบาลงานฝากครรภ์ได้รับการพัฒนาสมรรถนะตามแนวทางที่กำหนดอย่างน้อยปีละครั้ง</p> <p>๒. มีระบบการ Audit การปฏิบัติงาน</p> <p>๓. มี CQI /RtoR ในงานอนามัยแม่และเด็ก</p> | <p>ระดับตำบล</p> <p>๑.บันทึกข้อมูลการติดตามดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงในโปรแกรม ANC Pattani High risk</p> | <p>ระดับตำบล</p> <p>๑. ขึ้นทะเบียน ผดบ.ในเขตรับผิดชอบ</p> <p>๒. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับภาคีเครือข่ายในพื้นที่</p> <p>๓. มีระบบรายงานการค้นหา ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ระหว่างชุมชนและสถานบริการ</p> |
| Small Success | <p>ครั้ง</p> <p>๒.รายงานข้อมูลการคัดกรองภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์</p> <p>๓.กำหนดแนวทางการจัดการครรภ์เสี่ยงระดับชุมชน</p> | <p>มาตรฐาน</p> <p>อนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ ๕๐ ของจำนวนรพ.ทั้งหมด</p> <p>๒.แพทย์ พยาบาลงานแม่และเด็กมีความรู้/ทักษะ ในการคัด</p> | <p>เสี่ยงตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ ๗๕ ของจำนวน รพ.ทั้งหมด</p> <p>๒. เยี่ยมเสริมพลัง โดยทีม MCH Board ร้อยละ ๘๐</p> | <p>การเกิดมีชีพ</p> |

ประเด็น : เด็กปฐมวัย (Smart Kids)

ระดับปฏิบัติหลัก : ระดับอำเภอและตำบลทุกแห่ง

| เป้าหมาย / ตัวชี้วัด | ๒. ร้อยละเด็ก ๐-๕ ปีกลุ่มเป้าหมาย ผ่านเกณฑ์ SMART KIDS ทั้ง ๔ ด้าน : พัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน ปราศจากพินมู ภูมิคุ้มกันโรคครบ (เกณฑ์ ร้อยละ ๖๐) | | | | |
|-----------------------------|---|---|--|---|---|
| สถานการณ์/ ข้อมูล พื้นฐาน | เริ่มดำเนินงานโครงการ Pattani Smart Kids ในปี ๒๕๖๐ ผลการประเมินที่เด็กกลุ่มเป้าหมายอายุ ๙ เดือน ผ่านเกณฑ์ SMK ร้อยละ ๑๒.๑๕ เด็กกลุ่มเป้าหมายอายุ ๑๒ เดือน ผ่านเกณฑ์ SMK ร้อยละ ๔๑.๖๗ ในปี ๒๕๖๑ ที่เด็กกลุ่มเป้าหมายอายุ ๑๘ เดือน ผ่านเกณฑ์ Smart kids : SMK (ได้รับการดูแลแบบบูรณาการทั้ง ๔ ด้าน ได้แก่ พัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน พินมู วัคซีนครบตามเกณฑ์อายุ) ร้อยละ ๔๖.๙๖ ส่วนใหญ่ด้านที่ผ่านน้อยที่สุด คือ ด้านโภชนาการ และด้านวัคซีน ผ่านเกณฑ์สูงดีสมส่วนร้อยละ ๖๒.๓๔ (เต็ม ๑๑.๗๒% ผอม ๖.๗๐%) รองลงมาคือด้านวัคซีน ๘๑.๘๘ (ความครอบคลุมวัคซีนต่ำกว่าร้อยละ ๙๐, MMR ร้อยละ ๙๕) พัฒนาการสมวัยร้อยละ ๙๓.๔๙ (คุณภาพร้อยละ ๒๑.๘๙ และการติดตามเด็กสงสัยร้อยละ ๙๐.๗๔) และด้านทันตสาธารณสุขร้อยละ ๙๔.๒๐ (เด็ก ๑๘ เดือน พินมูร้อยละ ๙๖.๐๗) ตามลำดับ นอกจากนี้ พบว่าการใช้รูปแบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ | | | | |
| มาตรการ สำคัญ | มาตรการที่ ๑. Smart Health Service | มาตรการที่ ๒. Smart Family | มาตรการที่ ๓. Smart Pre- School | มาตรการที่ ๔. Smart Community | มาตรการที่ ๕ Smart Option |
| กิจกรรม หลัก (Key Activity) | ระดับจังหวัด ๑. ประชุมกำกับ ติดตามการดำเนินงาน PSK ๒. ทบทวนแผนยุทธศาสตร์ ปี ๒๕๖๒ ร่วมกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง | ระดับจังหวัด ๑. รวบรวม และคืนข้อมูลเรื่องพฤติกรรมที่พึงประสงค์ SMK ในเวทีระดมกรรมการระดับจังหวัด | ระดับจังหวัด ๑. ประชุมผู้รับผิดชอบงานโภชนาการ เพื่อพัฒนางานโภชนาการในศพด. - ชี้แจง ทำแบบสอบถาม กำหนดการลงประเมิน - วิเคราะห์สาเหตุ วางแผนเมนูอาหาร นวัตกรรมอาหารว่าง - วิเคราะห์ข้อมูล ๓ ครั้ง / ประชุมถอดบทเรียน | ระดับจังหวัด ๑. สร้างตำบล SMK (อำเภอละ ๑ ตำบล) เพื่อสร้างรูปแบบการดูแลเด็กอายุ ๐-๕ ปี แบบมีส่วนร่วมสู่ PSK ๒. คัดเลือกชุมชน เพื่อให้เกิดตำบล SMK ๓. ชี้แจงการดำเนินงานตำบล SMK ใน ๕ setting ๔. ประเมินผลการดำเนินงานตำบล SMK ใน ๕ Setting | ระดับจังหวัด ๑. แต่งตั้งคณะทำงานสื่อสาร ๑. ประชุมคณะทำงานสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ PSK ๒. ผลิตสื่อ Cutout ๔ มุมเมือง ๓. ผลิตสื่อหนังสือ การ์ตูน ภาพเคลื่อนไหว ๔. ผลิตสื่อ Infographic เนื้อหา SMK ๒๐ เรื่อง |
| | ระดับอำเภอ ๑. เป็นพี่เลี้ยงให้กับนักจัดการสุขภาพรายพื้นที่ และติดตามสนับสนุนและประสานงาน ๒. ทั้งในแนวราบและแนวดิ่ง เอื้ออำนวยให้การทำงานระดับพื้นที่ราบรื่นบรรลุเป้าหมายรายพื้นที่ ๓. มีการกำกับ ติดตามอย่างต่อเนื่อง | ระดับอำเภอ ๑. รวบรวมแบบสำรวจพฤติกรรมที่พึงประสงค์ SMK ของผู้ประกอบการส่งให้จังหวัด | ระดับอำเภอ ๑. เยี่ยมเสริมพลัง ศพด. และร.ร.อนุบาล ๒. กำกับ ติดตามอย่างต่อเนื่อง | ระดับอำเภอ ๑. ประชุมชี้แจงแบบประเมินตำบล SMK ๒. จัดทีมงานเพื่อลงประเมินตำบล SMK | ระดับอำเภอ ๑. สร้างกระแส ให้ครอบครัวและชุมชนตื่นรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็ก ๐-๕ ปี ๒. สนับสนุนองค์ความรู้ทางวิชาการในการทำ CQI/นวัตกรรม/R๒R/ วิจัย ๓. ผู้บริหารนำเสนอผลการดำเนินงานในเวทีต่าง ๆ |
| | ระดับตำบล ๑. ค้นหา / มีทะเบียนเด็กกลุ่มเป้าหมายในแต่ละเดือน ๒. Catchment Area ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการให้เด็กได้รับบริการตาม HPP | ระดับตำบล ๑. สำรวจพฤติกรรมที่พึงประสงค์ SMK ของผู้ประกอบการ ๒. สร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ SMK ของผู้ประกอบการ ทั้งในและนอกสถานบริการผ่านช่องทางต่างๆ | ระดับตำบล ๑. ประสานข้อมูลเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในเด็กปกติและติดตามเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ ๒. ติดตามเด็กทาฟลูออไรด์วาร์นิช ๓. เฝ้าระวังพัฒนาการเด็กและการรับวัคซีน ๔. คืนข้อมูลภาวะทุพโภชนาการ ให้กับท้องถิ่นเพื่อ ๕. สนับสนุนการจัดอาหารมื้อเช้าให้เด็ก ๖. ส่งเสริมให้เด็กได้รับยาเสริมธาตุเหล็กและ | ระดับตำบล ๑. ประชุมเครือข่าย อปท. อสม. และครูพี่เลี้ยง เพื่อดำเนินงานตำบล SMK ใน ๕ Setting ๒. ประเมินตนเอง และนำผลการประเมินในแต่ละ Setting มาวางแผนร่วมกันเพื่อจัดทำแผนพัฒนา / ปรับปรุงการดำเนินงานพัฒนาการ โภชนาการ ทันตสุขภาพ และวัคซีน (ตำบล SMK) ดำเนินการตามแผนที่วางไว้ | ระดับตำบล ๑. สร้างกระแส ให้ครอบครัวและชุมชนตื่นรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็ก ๐-๕ ปี ผ่านสื่อต่างๆ เช่น เสียงตามสาย รายการวิทยุ SMK ไวนิล (แยก ๔ มุมเมือง) หนังสือ line ๒. ทำ CQI/นวัตกรรม/R๒R/ วิจัย ๓. ผอ.รพ.สต. นำเสนอการดำเนินงาน SMK ในเวทีประชุมต่าง ๆ ในพื้นที่ |
| Small Success | ไตรมาส ๑ (๓ เดือน) - ไตรมาส ๒ (๖ เดือน) - ไตรมาส ๓ (๙ เดือน) - ไตรมาส ๔ (๑๒ เดือน) ผ่านเกณฑ์ SMK ๖๐ % | ไตรมาส ๑ (๓ เดือน) - ไตรมาส ๒ (๖ เดือน) - ไตรมาส ๓ (๙ เดือน) - ไตรมาส ๔ (๑๒ เดือน) พฤติกรรมที่พึงประสงค์ ๒๐% | ไตรมาส ๑ (๓ เดือน) - ไตรมาส ๒ (๖ เดือน) - ไตรมาส ๓ (๙ เดือน) - ไตรมาส ๔ (๑๒ เดือน) ผ่านเกณฑ์ SMK ๖๐ % | ไตรมาส ๑ (๓ เดือน) สำรวจ ประเมินตนเอง (ตำบล SMK) ไตรมาส ๒ (๖ เดือน) มีแผนงาน/โครงการ ที่ยังไม่ดำเนินการ ไตรมาส ๓ (๙ เดือน) มีการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ ไตรมาส ๔ (๑๒ เดือน) อำเภอผ่านตำบล SMK ร้อยละ ๖๐ | ไตรมาส ๑ (๓ เดือน) วางแผน/กำหนดผลงานวิชาการ ไตรมาส ๒ (๖ เดือน) เขียนผลงานทางวิชาการ ไตรมาส ๓ (๙ เดือน) อำเภอจัดเวทีผลงานวิชาการ ไตรมาส ๔ (๑๒ เดือน) CQI / R๒R อย่างน้อย ๖ เรื่อง |

| | | | | | |
|-----------------------------|---|---|--|---|--|
| เป้าหมาย / ตัวชี้วัด | เป้าหมาย : ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาว มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถเข้าถึงบริการทางสังคม และบริการทางสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง ตัวชี้วัด : ๓. ร้อยละของผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ (กลุ่มติดสังคม) (เกณฑ์ ร้อยละ ๙๘) | | | | ระดับปฏิบัติหลัก : รพ.และ สสอ.ทุกแห่ง |
| สถานการณ์ / ข้อมูล พื้นฐาน | ปี ๒๕๖๑ จังหวัดปัตตานี ประชากรทั้งหมด ๖๑๕,๑๐๐ คน มีผู้สูงอายุจำนวนทั้งสิ้น ๗๔,๕๓๘ คน คิดเป็นสัดส่วน๑๒.๑๒ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ๗๒,๒๙๓ คน คิดเป็น ๙๖.๙๙ % แยกเป็นกลุ่มติดสังคม ๙๓.๖๖ % กลุ่มติดบ้าน ๔.๐๘ % และกลุ่มติดเตียง ๐.๔๔ % สำหรับโรคในผู้สูงอายุที่เป็นปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อย ดังนี้ ความดันโลหิตสูง ๓๕.๗๔ %,CVD ๓๓.๗๑ %,เบาหวาน๑๒.๕๓ % ภาวะ BMI ๖.๘๙ % ,สุขภาพช่องปาก ๖.๘๙ % ,ข้อเข่าเสื่อม ๔.๗๑ % และภาวะหกล้ม๒.๘๔ % ดังนั้นจำเป็นต้องส่งเสริมดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมต่อเนื่อง และส่งเสริมการจัดตั้งให้ครอบคลุมทุตำบล และในปี ๒๕๖๑ พบว่ามีจำนวน ๖๗ ชมรม (๔๓.๔๗) ยังเหลืออีก ๔๘ ตำบล จำเป็นต้องมีการส่งเสริมให้จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุให้ครบทุกตำบลต่อไป เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รวมกลุ่มในการทำกิจกรรมร่วมกัน | | | | |
| มาตรการ สำคัญ | มาตรการที่ ๑.เฝ้าระวังคัดกรองปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้ง ด้านร่างกายและจิตใจ | มาตรการที่ ๒. ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้สูงอายุ | มาตรการที่ ๓. ส่งเสริมให้เกิดตำบลต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุ ตามบริบทพื้นที่ | | |
| กิจกรรม หลัก (Key Activity) | ระดับจังหวัด ๑.ชี้แจงการดำเนินงานให้กับระดับอำเภอ ๒. กำกับ ติดตามการบันทึกข้อมูล ๓.สนับสนุนสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ | ระดับจังหวัด ๑. ติดตาม/เยี่ยมเสริมพลัง ๒. พัฒนาทักษะ/องค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ | ระดับจังหวัด ๑. ติดตาม/เยี่ยมเสริมพลัง/สนับสนุนด้านวิชาการ ๒. จัดทีมประเมินชมรมผู้สูงอายุ | | |
| | ระดับอำเภอ ๑. ชี้แจงการดำเนินงานให้กับตำบล ๒. กำกับการคัดกรองผู้สูงอายุและการสำรวจชมรมผู้สูงอายุ | ระดับอำเภอ ๑. ค้นข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุให้เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ๒. สนับสนุนด้านวิชาการ ๓. กำกับติดตามการดำเนินงาน | ระดับอำเภอ ๑. ติดตาม/เยี่ยมเสริมพลัง ๒. ร่วมเป็นทีมประเมินชมรมผู้สูงอายุ ๓. รายงานการดำเนินงานระดับอำเภอให้จังหวัด | | |
| | ระดับตำบล ๑. การคัดกรองผู้สูงอายุ ๓. สำรวจชมรมผู้สูงอายุ | ระดับตำบล ๑. วิเคราะห์ข้อมูล/จำแนกกลุ่ม ผลอ./ส่งกลับข้อมูล ให้ อปท. ๒. จัดทำแผนการดูแลสุขภาพตามปัญหา ๓. ติดตาม/ประเมินผล /รายงานให้ อำเภอ | ระดับตำบล ๑. สนับสนุนด้านวิชาการแก่ชมรมผู้สูงอายุ ๒. ติดตามและสนับสนุนให้ชมรมผู้สูงอายุมีกิจกรรมต่อเนื่อง | | |
| Small Success | ไตรมาส ๑ (๓ เดือน) ๑.ความครอบคลุมการคัดกรองคัดกรองฯ มากกว่าร้อยละ ๙๐ ๒.จำนวนชมรมผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมต่อเนื่อง | ไตรมาส ๒ (๖ เดือน) ๑. ความครอบคลุมการคัดกรองคัดกรองฯ มากกว่าร้อยละ ๙๐ ๒. มีแผนงาน/โครงการแก้ปัญหาและ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และ พื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ | ไตรมาส ๓ (๙ เดือน) ๑. มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ รักษาและ พื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ | ไตรมาส ๔ (๑๒ เดือน) ๑.. ร้อยละของผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ (กลุ่มติดสังคม)มากกว่า ร้อยละ ๙๘ (เกณฑ์ ร้อยละ ๘๕) ๒. ร้อยละ ๕๐ ของตำบลชมรมผู้สูงอายุที่ | |



ประเด็น : ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ ผู้สูงอายุ

ระดับปฏิบัติหลัก : รพ.และ สสอ.ทุกแห่ง1

4. อัตราความสำเร็จคนพิการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ (เกณฑ์ ร้อยละ 60)

| | | | | |
|-----------------------------|--|---|---|--|
| เป้าหมาย / ตัวชี้วัด | | | | |
| สถานการณ์ / ข้อมูล พื้นฐาน | สถานการณ์คนพิการระดับประเทศ 1,916,828 คน ในภาคใต้ 222,179 คน จังหวัดปัตตานี เพิ่มจาก ปี 2556 จำนวน 2,184 คน เป็น 18,297 คน (ร้อยละ 2.93 ของ ปชก.ปน.) ในปี 2561 มีผลงานการเยี่ยมบ้าน การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสมรรถนะคนพิการ ร้อยละ 56.96 ผู้พิการมีจำนวนมากกว่าร้อยละ 3 ของประชากรจังหวัด ได้อำเภอเมืองปัตตานี ยะรัง ยะหริ่ง และโคกโพธิ์ การดูคนพิการในกลุ่มเป้าหมายที่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ทุกอำเภอ อำเภอที่ต่ำกว่าร้อยละ 50 ได้แก่ โคกโพธิ์ ปะนาละ และไม้แก่น เนื่องจากปัจจัย 3 ประการ คือ (1) การจัดการข้อมูลคนพิการ (2) การรักษา รูปแบบบริการ ลึ้นฟูสมรรถนะคนพิการ (3) สถานบริการไม่เอื้อต่อการบริการ (ต่อการเข้าถึงและพึงพอใจ) โรงพยาบาลมีการจัดสถานบริการที่เอื้อและอำนวยความสะดวกแก่คนพิการตามมาตรฐานเพียงร้อยละ 41.66 (5 แห่ง) | | | |
| มาตรการ สำคัญ | มาตรการที่ 1. พัฒนาระบบฐานข้อมูลคนพิการ | มาตรการที่ 2. สนับสนุนการบริการเชิงรุกและรับ | มาตรการที่ 3. กำกับติดตามและประเมินผล | |
| กิจกรรม หลัก (Key Activity) | ระดับจังหวัด 1. ประสานข้อมูลคนพิการจังหวัด บริหารจัดการข้อมูลตอบสนองต่อการดำเนินงานในระดับอำเภอ 2. กำหนดรูปแบบ โครงสร้าง การบริหารจัดการข้อมูลและการรายงาน 3. ติดตามกำกับ ประเมินผล การบริการจัดการข้อมูลและการรายงานผล | ระดับจังหวัด 1. ประชุมวางแผนการบริการและติดตามผลการบริการ 2. เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้/ศึกษาดูงานในพื้นที่จังหวัด (สถานบริการที่ OK) 3. ประสานเครือข่ายสนับสนุนกายอุปกรณ์และอุปกรณ์ฟื้นฟูสมรรถนะ | ระดับจังหวัด 1. สรุปผลการดำเนินและติดตามประเมินผลร่วมกับเครือข่ายในระดับจังหวัด 2. ประชุมติดตามผลการดำเนินงานและประเมินผลระดับอำเภอ 3. วิเคราะห์ บริหารจัดการทรัพยากร | |
| | ระดับอำเภอ 1. บริหารจัดการข้อมูลตอบสนองต่อการดำเนินงานในระดับอำเภอ และตำบล 2. บันทึกข้อมูลการบริการ 3. ประสานแหล่งข้อมูลคนพิการในพื้นที่ | ระดับอำเภอ 1. จัดรูปแบบบริการเชิงรุกและเชิงรับ (เยี่ยมบ้าน รักษา และฟื้นฟู) ในระดับอำเภอ 2. สนับสนุนการรับรองความพิการ 3. จัดสถานบริการ/ระบบบริการเอื้อต่อการรับบริการและเข้าถึง | ระดับอำเภอ 1. ดำเนินงานตามโครงสร้างการประสานงานและการการรายงานผล 2. รวบรวมผลการดำเนินงานการดูแลช่วยเหลือคนพิการในอำเภอ 3. รายงานผลระดับจังหวัด (ครบถ้วน ตรงเวลา) | |
| | ระดับตำบล 1. จัดทำฐานข้อมูลคนพิการในพื้นที่ตำบล 2. รายงานผลการดำเนินงานระดับอำเภอ (สสอ.) | ระดับตำบล 1. จัดบริการในสถานบริการระดับตำบลเชิงรุกและเชิงรับ 2. ประสานการบริการ/ส่งต่อสถานบริการระดับอำเภอ 3. ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงบริการ / สนับสนุนเครือข่ายในพื้นที่ | ระดับตำบล 1. รวบรวมผลการดำเนินงานการดูแลช่วยเหลือคนพิการระดับตำบล 2. ประเมินผลการดำเนินงานในพื้นที่ตำบล | |
| Small Success | ไตรมาส 1 (3 เดือน) อัตราการเข้าถึงคนพิการในพื้นที่ ร้อยละ 30 | ไตรมาส 2 (6 เดือน) อัตราการเข้าถึงคนพิการในพื้นที่ ร้อยละ 40 | ไตรมาส 3 (9 เดือน) อัตราการเข้าถึงคนพิการในพื้นที่ ร้อยละ 50 | ไตรมาส 4 (12 เดือน) อัตราการเข้าถึงคนพิการในพื้นที่ ร้อยละ 60 |



ประเด็น : การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

ระดับปฏิบัติหลัก : รพ.และ สสอ.ทุกแห่ง

| | | | |
|----------------------------|--|--|---|
| เป้าหมาย / ตัวชี้วัด | <p>KPIหลัก : 5.อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ลดลงร้อยละ 20 จากค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2557– 2561) ตามปีงบประมาณ) KPIย่อย 1 : ร้อยละหมู่บ้าน ไม่เกิด Generation ที่ 2 KPIย่อย 2 : ร้อยละหมู่บ้าน มีค่า HI < 10 และโรงพยาบาลทั่วไป/ชุมชน มีค่า CI = 0</p> | | |
| สถานการณ์ / ข้อมูล พื้นฐาน | <p>อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ปีงบประมาณ 2561 พบว่า ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด มีค่าอัตราป่วยต่ำกว่าเกณฑ์ค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปีงบประมาณ และไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต สำหรับการการป้องกันควบคุมโรค พบว่า ระดับจังหวัด/ อำเภอ สามารถป้องกันควบคุมโรคได้ แต่ยังคงพบว่า ระดับตำบล มีพื้นที่ระบาดโรคไข้เลือดออก จำนวนผู้ป่วยมากกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง และพบผู้ป่วยจำนวนมากในกลุ่มอายุ 5-14ปี</p> <p>สำหรับปี 2562 คาดว่าจังหวัดปัตตานี มีแนวโน้มจะมีจำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกปริมาณมากขึ้น เนื่องจากพบรอบปีระบาด (ระบาดปีเว้นสองปี ล่าสุด ปี 2553, 2556, 2559)</p> | | |
| มาตรการ สำคัญ | <p>มาตรการที่ 1.การพัฒนาาระบบเฝ้าระวังโรค</p> | <p>มาตรการที่ 2. พัฒนาศักยภาพบุคลากร</p> | <p>มาตรการที่ 3. การพัฒนาระบบการควบคุมโรคและการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน</p> |
| กิจกรรมหลัก (Key Activity) | <p><u>ระดับจังหวัด</u> 1.การกำกับ ติดตามผลการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค 2. CDCU Meeting</p> <p><u>ระดับอำเภอ</u> วิเคราะห์สถานการณ์โรค+ผลHI/CI+แผนงาน/โครงการ/แผนปฏิบัติการ +การกำกับ ติดตามผลการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค</p> <p><u>ระดับตำบล</u> วิเคราะห์สถานการณ์โรค+แผนงาน/โครงการ/แผนปฏิบัติการ+ทะเบียนวัสดุอุปกรณ์ สารเคมี</p> | <p><u>ระดับจังหวัด</u> 1. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ 2. การพัฒนาศักยภาพ ผลงานวิชาการด้านการสอบสวนโรค 3. การฟื้นฟูทางระบาดวิทยา สำหรับเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา</p> <p><u>ระดับอำเภอ</u> ทีม CDCU/SRRT +ทะเบียนรายชื่อทีมพ่นเคมีและเครือข่าย +การฟื้นฟูทีมพ่นเคมี</p> <p><u>ระดับตำบล</u> ทีม CDCU/SRRT +ทะเบียนรายชื่อทีมพ่นเคมีและเครือข่าย +การฟื้นฟูทีมพ่นเคมี</p> | <p><u>ระดับจังหวัด</u> 1. ประเมินความชุกของลูกน้ำยุงลาย ในพื้นที่ระบาด 2. ประเมินสุ่มสำรวจค่า HI/CI ในพื้นที่ 6ร.</p> <p><u>ระดับอำเภอ</u> การสำรวจค่า HI/CI พื้นที่ 6ร. + การสอบสวนโรค+การรณรงค์ป้องกันควบคุมโรค +การรายงานผลการดำเนินงาน</p> <p><u>ระดับตำบล</u> การสำรวจค่า HI/CI พื้นที่ 6ร. + การสอบสวนโรค+การรณรงค์ป้องกันควบคุมโรค +มาตรการ 331+4กิจกรรมหลัก+การรายงานผลการดำเนินงาน</p> |
| Small Success | <p>ไตรมาส 4 (12 เดือน) อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จังหวัดปัตตานี ไม่เกิน 142.57 ต่อแสนประชากร (ไม่เกิน 900 ราย) และ อำเภอเมือง(<146.93 ต่อแสนปชก) อำเภอโคกโพธิ์(<164.08 ต่อแสนปชก) อำเภอหนองจิก(<84.36 ต่อแสนปชก) อำเภอปะนาเระ(<155.71 ต่อแสนปชก) อำเภอมายอ(125.88 ต่อแสนปชก) อำเภอทุ่งยางแดง(<155.16 ต่อแสนปชก) อำเภอสายบุรี(<69.51 ต่อแสนปชก) อำเภอไม้แก่น(<151.31 ต่อแสนปชก) อำเภอยะหริ่ง(<251.83 ต่อแสนปชก) อำเภอยะรัง(<69.68 ต่อแสนปชก) อำเภอกะพ้อ(<40.76 ต่อแสนปชก) อำเภอแม่ลาน(<120.55 ต่อแสนปชก) รายงานผลทุกเดือนใน กวป.</p> | | |

ประเด็น : การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

(โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี



ผู้รับผิดชอบหลัก : กลุ่มงาน. NCD

เป้าหมาย / ตัวชี้วัด 6.อำเภอผ่านเกณฑ์ประเมินการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดี (70 - 79 คะแนน) **ระดับปฏิบัติหลัก : รพ.และ สสอ. รพ.สต.ทุกแห่ง**

สถานการณ์/ข้อมูลพื้นฐาน สถานการณ์ในปี 2561 อัตรากลุ่มสงสัยป่วยได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน จำนวน 1,482 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.72 (เป้าหมาย 10,803 ราย) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการวัดความดันโลหิต 2 ครั้ง/ปี (นับครั้งสุดท้าย) ร้อยละ 55.03 สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 48.99 (เกณฑ์ตัวชี้วัดร้อยละ 50 ผลงานจากผู้ป่วยทั้งหมด ร้อยละ 26.96) ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจน้ำตาล HbA1c ร้อยละ 52.03 สามารถควบคุมน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 29.06 (เกณฑ์ตัวชี้วัดร้อยละ 40 ผลงานจากผู้ป่วยทั้งหมด ร้อยละ 15.12) และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจไขมัน LDL ร้อยละ 55.71 พบว่าสามารถควบคุมค่า LDL<100 mg/dl ร้อยละ 33.93 (เกณฑ์ตัวชี้วัดร้อยละ 60 ผลงานจากผู้ป่วยทั้งหมด ร้อยละ 18.90) และพบผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน Hypoglycemia/Hyperglycemia ร้อยละ 1.99 (เกณฑ์ร้อยละ 2)

มาตรการสำคัญ **มาตรการที่ 1.**การเสริมสร้างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม **มาตรการที่ 2.** การพัฒนาระบบสารสนเทศ **มาตรการที่ 3.** การพัฒนาระบบบริการ **มาตรการที่ 4** การจัดการบริการเชื่อมโยงชุมชน

| กิจกรรมหลัก (Key Activity) | ระดับจังหวัด | ระดับอำเภอ/รพ. | ระดับตำบล |
|--|--|--|---|
| 1.การพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการใน รพ.สต.ร่วมกับกลุ่มเสี่ยง 2.การติดตามและประเมินผล | 1.การพัฒนาระบบข้อมูลและสารสนเทศระดับจังหวัด 2. การนำเสนอรายงานการวิเคราะห์แก่ NCD Board ระดับจังหวัด | 1.การพัฒนาระบบข้อมูลและสารสนเทศระดับอำเภอ/การใช้และตรวจสอบข้อมูล Data Exchange 2.การมีส่วนร่วมวิเคราะห์ปัญหาพร้อมทีมให้บริการ 3.การนำเสนอรายงานการวิเคราะห์แก่ NCD Board ระดับอำเภอ | 1.การตรวจสอบข้อมูล Data Exchange และการนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง 2.การทบทวน ปรับปรุงทะเบียนข้อมูลให้ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน 3.การนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาใช้ออกแบบบริการสุขภาพให้กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย |
| 1.การสร้างความร่วมมือ/สนับสนุนกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำแผนการดำเนินงานในการปรับสภาพแวดล้อมในชุมชน/พขอ. 2.การติดตามประเมินผลการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย | 1.การขับเคลื่อนคณะกรรมการ NCD Board ระดับจังหวัด 2. การพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการใน รพ./รพ.สต. 3. การประเมินผลการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพ NCD Clinic Plus | 1.การขับเคลื่อนคณะกรรมการ NCD Board ระดับอำเภอ 2.การทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้รับบริการ 3. การขับเคลื่อนการจัดระบบบริการตามเกณฑ์ NCD Clinic Plus ใน รพ.สต. 4.อำเภอประเมินตนเองตามเกณฑ์คุณภาพ | 1.การขับเคลื่อนคณะกรรมการ NCD Board เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย 2.การวิเคราะห์ข้อมูลและจัดทำแผนบริการร่วมกับชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/พขอ. |
| 1.การจัดกิจกรรมรวมกลุ่ม ชมรม เพื่อสร้างความสามารถในการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย 2.การใช้เครื่องมือป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี 3.การให้ความรู้ร้านค้า ลดเกลือ ลดหวาน | 1.การสนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย 2.การวิเคราะห์ข้อมูลและจัดทำแผนบริการร่วมกับชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/พขอ. | 1.การดำเนินงานให้บริการตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพ NCD Clinic Plus 2.การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 25 ปีขึ้นไป 3.การวัดความดันโลหิตที่บ้านในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง 4.การตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา เท้า ไต /คัดกรอง CVD risk | 1.การส่งคืนข้อมูลและวางแผนงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2.การจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพในชุมชน 3.การสร้างผู้นำการออกกำลังกายในชุมชน 4.การจัดตั้งชมรมเพื่อสุขภาพ ใน รพ.สต.อย่างน้อย 1 ชมรม |

ไตรมาส 1

ไตรมาส 2

ไตรมาส 3

ไตรมาส 4

Small Success

- ประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงของปี 2561 อายุ 25 ปีขึ้นไปได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำร้อยละ 50
- ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้รับการประเมิน CVD Risk ร้อยละ 40
- การวัดความดันโลหิตที่บ้านในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 10

- ประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงของปี 2561ได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำร้อยละ 40
- การตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา เท้า ไต ร้อยละ 30
- ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้รับการประเมิน CVD Risk ร้อยละ 40
- การวัดความดันโลหิตที่บ้านในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 10
- ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m²/yr ร้อยละ 30

- การตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา เท้า ไตเรื้อรัง ร้อยละ 30
- ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m²/yr ร้อยละ 30

- อำเภอผ่านเกณฑ์ประเมินการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดี (70 - 79 คะแนน) ร้อยละ 25 (3 อำเภอ)
- CKD Clinic ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 40 (5 อำเภอ)

แผนงาน : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary care)
(PCC./รพ.สต./พขอ.)

ระดับปฏิบัติหลัก : รพ.และ สต.ทุกแห่ง

| | |
|------------------|--|
| Target / KPI No. | 7.ร้อยละ 60 ของอำเภอมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)ที่มีคุณภาพ 9.ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary care cluster) สะสม ร้อยละ 36 13.ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ค่าเป้าหมายระดับ 3 ดาว 100% และผ่านเกณฑ์ 5 ดาวสะสมร้อยละ 60 |
|------------------|--|

Situation /Baseline : จังหวัดปัตตานี ข้อมูลสะสม ปี 60,61 สามารถเปิด PCC ได้ทั้งหมด 16 แห่ง และ ผ่านเกณฑ์ รพ.สต. ติดดาว 45 แห่ง (ปี 60 12 แห่ง ปี 61 33 แห่ง) คิดเป็นร้อยละ 100.00 และ พขอ.ผ่านการประเมินทั้ง 2 ข้อ (แต่งตั้งคณะกรรมการฯ และการกำหนดประเด็นสุขภาพ) ครบ 100 %

| | | | |
|-----------------|---|--|---|
| Strategy | มาตรการที่ 1 พัฒนารูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิ | มาตรการที่ 2 พัฒนากลไกการมีส่วนร่วมและการขับเคลื่อนแบบบูรณาการ | มาตรการที่ 3 พัฒนาระบบบริหารจัดการและระบบประเมิน/ติดตาม |
|-----------------|---|--|---|

| | | | |
|---------------------|---|--|---|
| Key Activity | ระดับจังหวัดและเครือข่าย 1.พัฒนารูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิ การส่งต่อ และการเยี่ยมบ้าน รวมทั้งการทำงานแบบเวชศาสตร์ครอบครัวและ Catchment area 2.พัฒนา ตาม GAP รพ.สต.ติดดาว ตามคู่มือฯ/แนวทางฯ 3.วิจัยพัฒนารูปแบบการจัดบริการฯ และคลินิกหมอครอบครัว | ระดับเครือข่าย 1. มีแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตาม UCCARE 2.พัฒนากระบวนการ coach และสร้างระบบพี่เลี้ยงในพื้นที่ 3.ประสาน สร้างกลไกการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายในระดับอำเภอและพื้นที่ | ระดับจังหวัดและเครือข่าย 1.วางระบบการบริหารจัดการ การประเมินผล และการเยี่ยมเสริมพลัง 2.พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศให้มีความเชื่อมโยงกันตั้งแต่ชุมชน และหน่วยบริการ 3.พัฒนาสมรรถนะทีมสหวิชาชีพและศูนย์การเรียนรู้ 4.สรุปและถอดบทเรียน |
|---------------------|---|--|---|

| | | | | |
|----------------------|---|---|---|--|
| Small Success | ไตรมาส 1 - PCC ประเมินตนเอง 3 s - อบรม และพัฒนาทีมประเมิน รพ.สต.ติดดาว (จังหวัด 1 ทีม อำเภอละ 1 ทีม) - กำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตใน พขอ. | ไตรมาส 2 - คลินิกหมอครอบครัวใหม่ (ผ่าน 3 s ร้อยละ 50%) - ประชาชนรู้จักหมอครอบครัว 30 % | ไตรมาส 3 - คลินิกหมอครอบครัว ผ่านการประเมินและรับรองจากทีมประเมินจังหวัด - รพ.สต.เป้าหมาย ได้รับการประเมิน รพ.สต.ติดดาวจากทีมระดับอำเภอ และจังหวัด - พขอ. ประเมินตนเอง และเยี่ยมเสริมพลัง จากทีมจังหวัด | ไตรมาส 4 - ประชาชนรู้จักหมอครอบครัว 50 % -คลินิกหมอครอบครัวใหม่ (ผ่าน 3 s ร้อยละ 100%) -รพ.สต. ผ่าน 3 ดาว 100% และผ่านเกณฑ์ 5 ดาวสะสมร้อยละ 60 |
|----------------------|---|---|---|--|



ยุทธศาสตร์ที่ 2

ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ
(Service Excellence)





ระดับปฏิบัติหลัก : รพ.และ สสอ.ทุกแห่ง

ประเด็น : ป้องกันเชื้อดื้อยา (AMR)

ผู้รับผิดชอบหลัก: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

| | | | | |
|----------------------------|--|--|--|---|
| เป้าหมาย / ตัวชี้วัด | เป้าหมาย 1.ใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย 2.ลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา KPI 10.1 ร้อยละโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล 10.2 รพ.ปน.มีระบบการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ | | | |
| สถานการณ์ / ข้อมูล พื้นฐาน | การพัฒนาโรงพยาบาลให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล พบว่า มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในขั้นที่ 1 ร้อยละ 100 ขั้นที่ 2 ร้อยละ 8.33 ขั้นที่ 3 ร้อยละ 8.33 อยู่ในลำดับที่ 3 ของเขตสุขภาพ 12 โดยยังมีปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ มากที่สุดคือร้อยละ 91.67 รองลงมาคือใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ร้อยละ 75.00 การใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด ร้อยละ 66.67 และการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ร้อยละ 33 ด้านการจัดการเชื้อดื้อยา พบผู้ป่วยติดเชื้อ AMR ในกระแสเลือดร้อยละ 1.83 ปัญหาการดื้อยาที่สำคัญ คือ การดื้อยาของเชื้อแบคทีเรีย Escherichia coli มากที่สุด ร้อยละ 0.85 (24 ราย ใน 2,842 ราย) รองลงมาคือ เชื้อแบคทีเรีย Klebsiella pneumoniae ร้อยละ 0.56 (16 ราย ใน 2,842 ราย) | | | |
| มาตรการสำคัญ | มาตรการที่ 1 การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ในโรงพยาบาล/ชุมชน | | มาตรการที่ 2 การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ | |
| กิจกรรมหลัก (Key Activity) | ระดับจังหวัด(สสจ./รพ.ปน.) | | ระดับจังหวัด(สสจ./รพ.ปน.) | |
| | ระดับอำเภอ (รพช./สสอ.) | | ระดับ รพช. | |
| | ระดับตำบล | | ระดับตำบล | |
| Small Success | ไตรมาส 1 (3 เดือน) RDU ขั้นที่ 1 ≥ ร้อยละ 80 RDU ขั้นที่ 2 ≥ ร้อยละ 10 | ไตรมาส 2 (6 เดือน) RDU ขั้นที่ 1 ≥ ร้อยละ 85 RDU ขั้นที่ 2 ≥ ร้อยละ 10 | ไตรมาส 3 (9 เดือน) RDU ขั้นที่ 1 ≥ ร้อยละ 90 RDU ขั้นที่ 2 ≥ ร้อยละ 15 | ไตรมาส 4 (12 เดือน) RDU ขั้นที่ 1 ≥ ร้อยละ 95 RDU ขั้นที่ 2 ≥ ร้อยละ 20 |
| | โรงพยาบาลปัตตานี มีระบบการจัดการ AMR | | โรงพยาบาลปัตตานี มีระบบการจัดการ AMR | |

แผนงาน : การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และระบบส่งต่อ

ระดับปฏิบัติหลัก : รพ.ท.

| | |
|------------------|--|
| Target / KPI No. | อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (เฉพาะ triage level 1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ S, ไม่เกินร้อยละ 10 (Trauma<10%, Non-trauma<10%) 11.อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ใน รพ.ระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ admit) < ร้อยละ 10 |
|------------------|--|

Situation /Baseline : ปี 2561 ภาพรวมโรงพยาบาลในจังหวัดปัตตานี สามารถดำเนินผ่านเกณฑ์ (อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 5.29) และทุก รพ. ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ER คุณภาพ และกระบวนการ TEA unit ยังมี GAP

| Strategy | มาตรการที่ 1 ER คุณภาพ และระบบรับ-ส่งต่อ | มาตรการที่ 2 เพิ่มประสิทธิภาพการจัดการสาธารณสุขภายใน รพ. | มาตรการที่ 3 พัฒนาระบบข้อมูลและสมรรถนะบุคลากร |
|---------------------|--|---|---|
| Key Activity | <p>ระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> นโยบายการพัฒนา : การประเมิน : การกำกับติดตาม การจัด Conference และทบทวนระบบ รับ-ส่งต่อ <p>ระดับโรงพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> นำมาตรฐาน ER คุณภาพสู่การปฏิบัติ และ Audit ดำเนินการตามแนวปฏิบัติ ER safety (2P safety) พัฒนาระบบ Fast tact (Trauma/Stroke/STEMI/Sepsis) . ลดความแออัด ER ด้วยวิธีการที่เหมาะสม | <p>ระดับโรงพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> มีแผนความเสี่ยงและประเมินความเสี่ยง Hospital safety index จัดทำแผนจัดการสาธารณสุข และซ้อมแผน พัฒนากระบวนการ TEA Unit กำกับติดตามให้มีการดำเนินงานตามแผน | <p>ระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ปรับปรุงฐานข้อมูลและระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้อง รวม HDC <p>ระดับโรงพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> พัฒนาสมรรถนะบุคลากร ER ด้าน Emergency care อบรมต่อยอดด้าน Advanced Life Support การจัดการข้อมูลและตัวชี้วัด |

| Small Success | ไตรมาส 1 | ไตรมาส 2 | ไตรมาส 3 | ไตรมาส 4 |
|---|---|---|---|----------|
| มีเกณฑ์ประเมิน TEA unit ในมิติต่างๆ โดยมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ มีรายงาน และวิธีการออกรายงานมาตรฐานที่สามารถวัดผล การปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ | อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (เฉพาะ triage level 1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาลไม่เกินร้อยละ 15 อัตราการตายของผู้ป่วย PS score >0.75 ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 1 | -อัตราการของผู้ป่วย Trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ การผ่าตัด สามารถเข้าห้องผ่าตัดภายใน 60 นาที > 70% -อัตราการของผู้ป่วย severe traumatic brain injury ที่เสียชีวิตใน รพ. <45% | อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (เฉพาะ triage level 1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาลไม่เกินร้อยละ 12 (จำแนก trauma และ non-trauma) -อัตราการของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน < 2 ชม. | |

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี
ผู้รับผิดชอบหลัก : กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

ประเด็น : การควบคุมป้องกันวัณโรค

ระดับปฏิบัติหลัก : รพ.และ สสอ.ทุกแห่ง

เป้าหมาย / ตัวชี้วัด **13.อัตราการสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (เกณฑ์ ร้อยละ 85)**

สถานการณ์ / ข้อมูล พื้นฐาน
Situation : สถานการณ์วัณโรคปอดรายใหม่ในปี 2557 – 2561 (ไตรมาส 1/61 เดือนต.ค. – ธ.ค.60) มีอัตราการสำเร็จของการรักษา ร้อยละ 83.0,80.8,81.4,87.0 และ 87.4 ตามลำดับ และมีอัตราการเสียชีวิตระหว่างการรักษา ร้อยละ 9.4,9.0,9.4,5.4 และ 6.9 ส่งผลให้อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคต่ำกว่าเป้าหมาย เนื่องจากปัจจัย 3 ประการ คือ (1) ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษา (2) การขาดนัดรับยาอย่างต่อเนื่อง (3) ไม่มีการติดตามผลการรักษา การพัฒนามาตรฐานระบบการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาของสถานบริการสาธารณสุข และการนำผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าสู่ระบบการรักษาที่ได้มาตรฐาน จะทำให้เกิดผลสำเร็จของการดูแลรักษาวัณโรค และยังเป็น การควบคุมโรคโดยตัดวงจรแพร่กระจายเชื้อ และป้องกันเชื้อวัณโรคคือยา

มาตรการ สำคัญ

| | | |
|-----------------------------|--------------------------|--|
| มาตรการที่ 1.ลดการเสียชีวิต | มาตรการที่ 2. ลดการขาดยา | มาตรการที่ 3. พัฒนาคุณภาพและระบบการกำกับติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค |
|-----------------------------|--------------------------|--|

| | | |
|---|--|--|
| <p>ระดับจังหวัด</p> <ul style="list-style-type: none"> กำกับ ติดตาม ประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Monitoring and evaluation) ใช้ระบบข้อมูลที่มีคุณภาพในการกำกับติดตามผู้ป่วยวัณโรค ประชุม สรุป ติดตามสาเหตุการเสียชีวิต (Dead case Conferance) | <p>ระดับจังหวัด</p> <ul style="list-style-type: none"> กำกับ ติดตาม ประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Monitoring and evaluation) ใช้ระบบข้อมูลที่มีคุณภาพในการกำกับติดตามผู้ป่วยวัณโรค | <p>ระดับจังหวัด</p> <ul style="list-style-type: none"> กำกับ ติดตาม ประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Monitoring and evaluation) ใช้ระบบข้อมูลที่มีคุณภาพในการกำกับติดตามผู้ป่วยวัณโรค |
|---|--|--|

กิจกรรม หลัก (Key Activity)

| | | |
|--|---|---|
| <p>ระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ดำเนินการจัดทำ case management team กำกับ ติดตามรักษา ขึ้นทะเบียนรักษาและบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในระบบฐานข้อมูล TBCM Online ทุกราย | <p>ระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ดูแลรักษาตามมาตรฐาน ติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดด้วยการ DOT ใช้โปรแกรม TBCM ในการ กำกับ ติดตามและส่งต่อผู้ป่วย ดำเนินการกลไก case management team กำกับ ติดตามรักษา เฝ้าระวัง ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา | <p>ระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรคโดยใช้แบบประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค(QTB) ประสานเครือข่ายในการส่งต่อ |
|--|---|---|

| | | |
|--|--|---|
| <p>ระดับตำบล</p> <ul style="list-style-type: none"> กิจกรรมการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงได้แก่ผู้สัมผัสวัณโรค (7 กลุ่มเสี่ยง: ผู้สัมผัสร่วมบ้าน, TB/HIV, บุคลากรสาธารณสุข, แรงงานต่างด้าว, ผู้ต้องขัง, โรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาล Uncontrolled DM HbA1c > 7, ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม) | <p>ระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> บันทึกการกำกับการรับประทานยา (DOT) และการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยในโปรแกรม TBCM ดำเนินการติดตาม หรือเยี่ยมบ้าน ถ้าผู้ป่วยผิดนัด พร้อมจัดการให้ผู้ป่วยเก็บเสมหะเพื่อส่งตรวจตามแนวทางการติดตามอาการของผู้ป่วย | <p>ระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ฝึกอบรมและเป็นที่ปรึกษาให้กับ อสม.ในพื้นที่ |
|--|--|---|

ไตรมาส 1

ไตรมาส 4

| | | | |
|--|---|---|---|
| <p>Small Success</p> <ol style="list-style-type: none"> Situation analysis : วิเคราะห์สถานการณ์ ขนาดและ ความรุนแรงของปัญหา กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่ เป้าหมาย ช่องว่างและปัญหาอุปสรรค Planning จัดทำแผนงานเพื่อลดการเสียชีวิต การขาดยา และพัฒนาระบบการส่งต่อและติดตามผลการรักษา | <p>Monitoring : กำกับและติดตามการดำเนินงานมาตรการตามแผนงาน</p> <p>ไตรมาส 2</p> | <p>Monitoring : กำกับและติดตามการดำเนินงานมาตรการตามแผนงาน</p> <p>ไตรมาส 3</p> | <ul style="list-style-type: none"> -อัตราการสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 85 - ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ > ร้อยละ 82.5 - อัตราการเสียชีวิต < ร้อยละ 5 และ อัตราการขาดยาและโอนออกของผู้ป่วยวัณโรค เท่ากับ 0 |
|--|---|---|---|

ระดับปฏิบัติหลัก : รพ. และ สสองทุกแห่ง

ประเด็น : การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ผู้รับผิดชอบหลัก : กลุ่มงานการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ทางเลือก

| | | | | |
|-----------------------------|---|---|---|---|
| เป้าหมาย / ตัวชี้วัด | 14. ประชาชนได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและใช้ยาสมุนไพรในการรักษาและดูแลสุขภาพ / ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (เกณฑ์ ร้อยละ 19.5) | | | |
| สถานการณ์ / ข้อมูล พื้นฐาน | การเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีแนวโน้มสูงขึ้น จากข้อมูลผู้ป่วยนอกได้รับการบริการแพทย์แผนไทยฯ 5 ปีย้อนหลัง (ปี 2557-2561) คิดเป็นร้อยละ 11.17 12.80 12.60 14.86 และ 22.16 ตามลำดับ (ปี2561(กค.) ผู้รับบริการ292,292 ครั้ง จากผู้ป่วยนอกทั้งหมด 1,319,044 ครั้ง ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ20) ในปี2562 มุ่งเน้นการให้บริการด้านการวินิจฉัย รักษา ฟื้นฟูสุขภาพ ที่มีคุณภาพมากขึ้น โดยไม่นับผลงานรหัสส่งเสริมสุขภาพ(รหัสU77) (ณ 5 กย.61) พบว่า ร้อยละการให้บริการตรวจ รักษา ระดับจังหวัด คิดเป็นร้อยละ18.91 แยกตามระดับ รพท.ร้อยละ 11.51 /รพช.ร้อยละ 17.42 /หน่วยปฐมภูมิ ร้อยละ 17.28 ปัจจัยความสำเร็จ คือ คบสอ.มีการสนับสนุนแพทย์แผนไทย ออกให้บริการใน รพสต.ที่ไม่มีบุคลากร, นโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน การเพิ่มช่องทางเข้าถึงบริการผ่านOPDแพทย์แผนไทยผสมผสาน รพสต.มีการวินิจฉัยและจ่ายยาสมุนไพรอย่างสม่ำเสมอ | | | |
| มาตรการ สำคัญ | มาตรการที่ 1. พัฒนาศักยภาพและสมรรถนะบุคลากร | มาตรการที่ 2. พัฒนาระบบบริการและส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร | มาตรการที่ 3. สร้างการยอมรับการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร | |
| กิจกรรม หลัก (Key Activity) | ระดับจังหวัด 1. อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรและทีมสหวิชาชีพในการจัดบริการ ด้านแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ในการบริการ ตรวจ วินิจฉัย สั่งใช้ยาสมุนไพรและหัตถการ และข้อมูล | ระดับจังหวัด 1. นโยบายการดำเนินงานระดับจังหวัด 2. สนับสนุนแนวทางและเครื่องมือในการให้บริการ ตามมาตรฐาน 3. นิเทศหน่วยงานสนับสนุนในการแก้ไขปัญหาระดับอำเภอ | ระดับจังหวัด 1. สร้างความร่วมมือจากกลุ่มเครือข่ายด้านสมุนไพร และพัฒนาตำรับยา จากภูมิปัญญาพื้นบ้านในการการดูแลสุขภาพในชุมชน 2. ประชาสัมพันธ์สร้างการรับรู้การเข้าถึงแก่ประชาชน | |
| | ระดับอำเภอ 1. จัดทีมCoaching ระดับอำเภอ 2. อบรมฟื้นฟูการใช้ยาสมุนไพรแก่ผู้ให้บริการระดับตำบล | ระดับอำเภอ 1. บูรณาการงานร่วมกับสหวิชาชีพ ผ่านคณะกรรมการคุณภาพรพ. 2. คลินิกOPDผสมผสาน คลินิกแพทย์แผนไทย ที่ได้มาตรฐาน 3. วินิจฉัย รักษาโดยใช้ยาสมุนไพร ตามแนวทางCPGผสมผสาน 4. บริหารจัดการยาแผนไทยให้หน่วยบริการใช้รักษาอย่างเพียงพอ | ระดับอำเภอ 1. พัฒนางานประจำสู่งานวิจัย นวัตกรรมด้านแพทย์แผนไทย 2. บริการเชิงรุกในชุมชน เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ ที่ถูกต้อง 3. จัดช่องทางการสื่อสารร่วมกับตำบลในการให้ความรู้ที่ถูกต้อง | |
| | ระดับตำบล แลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ | ระดับตำบล 1. วางแผนและบูรณาการงานร่วมกับกลุ่มวัยอื่น ตามแนวทางCPG ที่กำหนด 2. วินิจฉัย รักษาด้วยยาสมุนไพร ทดแทนยาแผนปัจจุบัน 3. บริการความรู้ด้านสมุนไพร | ระดับตำบล 1. พัฒนางานประจำสู่งานวิจัย นวัตกรรมด้านแพทย์แผนไทย 2. บริการเชิงรุกในชุมชน สร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง 3. ประชาสัมพันธ์งาน ความรู้ ผ่านเครือข่ายในชุมชน | |
| Small Success | ไตรมาส 1 (3 เดือน) 1. ทบทวนรูปแบบการบริการ(Service Package) ทุกอำเภอ 2. มีกลไกในรูปคณะกรรมการและขับเคลื่อนงานระดับอำเภอ 3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้การจัดบริการผสมผสาน 4. มีแผนพัฒนาบริการแบบผสมผสานและส่งเสริมการใช้ยาแผนไทย ทุกระดับ | ไตรมาส 2 (6 เดือน) 1. พัฒนาโรงพยาบาลเป้าหมายเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพ (HA-TTM) และพัฒนา รพ.สต. ตามมาตรฐาน รพ.สส.พท. 2. สนับสนุนการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและใช้ยาสมุนไพร ในหน่วยบริการระบบบริการแบบผสมผสานที่มีคุณภาพ | ไตรมาส 3 (9 เดือน) สถานบริการทุกระดับมีการจัดการบริการการแพทย์แผนไทยแบบผสมผสานที่มีคุณภาพมาตรฐานตามบริบทของหน่วยบริการ | ไตรมาส 4 (12 เดือน) ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยฯ (เกณฑ์ ร้อยละ 19.5) |



ยุทธศาสตร์ที่ 3

ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ
(People Excellence)



ประเด็น : ความผูกพันต่อองค์กร

ระดับปฏิบัติหลัก : รพ.และ สสอ.ทุกแห่ง

| | |
|----------------------|---|
| เป้าหมาย / ตัวชี้วัด | เป้าหมาย: ระดับการเรียนรู้เกณฑ์ความก้าวหน้าตามสายงานวิชาชีพ (Career Path) ของบุคลากรในสังกัด ตัวชี้วัด : 15.1 อัตราการคงอยู่ของบุคลากรด้านสุขภาพ (Retention Rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 99.46 15.2 ระดับการรับรู้เกณฑ์ความก้าวหน้าตามสายงานวิชาชีพ (Carrer Path) ของบุคลากรในสังกัด ≥ 75 |
|----------------------|---|

| | |
|----------------------------|--|
| สถานการณ์ / ข้อมูล พื้นฐาน | <ol style="list-style-type: none"> มีทีมให้คำปรึกษาด้าน HR ระดับจังหวัด (HR Clinic) เพื่อให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล ผ่าน 2 ช่องทาง facebook , line มีเกณฑ์ความก้าวหน้าตามสายงานวิชาชีพ (Career Path) 24 สายงาน บุคลากรในสังกัด ขาดการรับรู้และขาดโอกาสการเลื่อนระดับที่สูงขึ้นตามความก้าวหน้าในสายงานวิชาชีพ ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน |
|----------------------------|--|

| | | | | |
|---------------|---|---|---------------------------------------|--|
| มาตรการ สำคัญ | มาตรการที่ 1. พัฒนาสื่อการเรียนรู้ ความก้าวหน้าในสายอาชีพ | มาตรการที่ 2. ถ่ายทอดแผนการดำเนินงานกิจกรรม | มาตรการที่ 3. เรียนรู้ผ่านระบบออนไลน์ | มาตรการที่ 4. สรุปและรายงานผลการรับรู้ เกณฑ์ความก้าวหน้า |
|---------------|---|---|---------------------------------------|--|

| | | | | |
|----------------------------|---|---|---|--|
| กิจกรรมหลัก (Key Activity) | ระดับจังหวัด ออกแบบและสร้างหน้าเว็บไซต์ ให้บุคลากรในสังกัด เข้าไปเรียนรู้เกณฑ์ความก้าวหน้าตามสายงานวิชาชีพ | ระดับจังหวัด ประชาสัมพันธ์และถ่ายทอดแผนการดำเนินงานให้ ทุกหน่วยงานทราบ | ระดับจังหวัด ดูแลระบบการเรียนรู้ และวัดผลประเมินผลการเรียนรู้ความ เข้าใจของบุคลากร | ระดับจังหวัด สรุปผลการดำเนินงาน และรายงานผลระดับการ รับรู้เกณฑ์ความก้าวหน้าของบุคลากร |
| | | ระดับอำเภอ เข้าร่วมประชุมเพื่อรับรู้การถ่ายทอดแผนการดำเนินงาน | ระดับอำเภอ ทำแบบประเมินการเรียนรู้ ผ่านระบบออนไลน์ | |
| | | | ระดับตำบล ทำแบบประเมินการเรียนรู้ ผ่านระบบออนไลน์ | |

| | | | | |
|---------------|---|--|---|--|
| Small Success | ไตรมาส 1 (3 เดือน) มีเครื่องมือในการเรียนรู้เกณฑ์ความก้าวหน้าตาม สายงานวิชาชีพ | ไตรมาส 2 (6 เดือน) บุคลากรในสังกัดรับรู้การถ่ายทอดแผนการดำเนินงาน กิจกรรม | ไตรมาส 3 (9 เดือน) บุคลากรในสังกัดได้เรียนรู้ความก้าวหน้าตามสายงาน วิชาชีพ และประเมินผลความรู้ | ไตรมาส 4 (12 เดือน) ระดับการรับรู้เกณฑ์ความก้าวหน้าตามสายงาน วิชาชีพ (Carrer Path) ของบุคลากรในสังกัด ≥ 75 |
|---------------|---|--|---|--|



| | |
|------------------|---|
| Target / KPI No. | ๑๖.ผลสำเร็จของการพัฒนาองค์กรแห่งการเรียนรู้ที่มีคุณภาพ ตามเป้าหมายขององค์กร เพื่อยกระดับคุณภาพการให้บริการประชาชนอย่างยั่งยืน |
|------------------|---|

| | |
|---------------------|--|
| Situation /Baseline | Situation : หน่วยงานหลักและหน่วยงานย่อยทุกระดับในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี มีผลสำเร็จของการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด ๑) หน่วยงานหลัก : สสจ. สสอ. และรพ.ทุกแห่ง ๒) หน่วยงานย่อย : หน่วยงานที่สังกัดหน่วยงานหลักที่มี หัวหน้ากลุ่มงาน,หัวหน้าฝ่าย, หัวหน้าตึก , หัวหน้างานและ ผู้อำนวยการ รพ.สต. |
|---------------------|--|

| Strategy | มาตรการที่ ๑ | มาตรการที่ ๒ | มาตรการที่ ๓ |
|--------------|--|--|--|
| | ส่งเสริม สนับสนุนให้ หน่วยงานหลักและย่อย วางแผนและดำเนินงานพัฒนาผลงานวิชาการฯที่มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ | พัฒนาต่อยอดผลงานระดับอำเภอ จังหวัด และเขตสู่อำเภอ ระดับประเทศและสากล | ติดตาม ประเมินผล และเชิดชู ประกาศเกียรติคุณ |
| Key Activity | ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการผู้รับผิดชอบงานหลักในทุกหน่วยงาน ๒. หน่วยงานทุกระดับดำเนินการวางแผนและจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้ทบทวนเรียนรู้และพัฒนางานที่รับผิดชอบตามหลักวิชาการ CQI , R ๒ R ,Research , work Flow , CPG ,KM และผลงานวิชาการต่าง ๆ | ๑. จัดมหกรรมคุณภาพระดับจังหวัด ๒. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ “รางวัลเลิศรัฐ” ๓. จัดอบรมวิจัยเชิงปฏิบัติการวิจัย “ประเมินผล” ๔. จัดอบรมวิจัยเชิงปฏิบัติการ “Health Literacy” ๕. ศึกษาดูงาน UN Award “รพ.พนมไพร” สสจ.ร้อยเอ็ด | ๑.ติดตามผลการดำเนินงานทุก ๓ เดือน ๒.วางระบบการตรวจประเมินการพัฒนาคุณภาพองค์กรแห่งการเรียนรู้ (บูรณาการกับระบบนิเทศงาน/ประเมินหน้างาน) ๓. เชิดชูประกาศ เกียรติคุณ และมอบชั้นพิเศษให้กับผู้ปฏิบัติงาน(๑ – ๓)จังหวัด,เขต ร้อยละ ๐.๕ , ประเทศ ร้อยละ ๑ |

| Small Success | ไตรมาส ๑ | ไตรมาส ๒ | ไตรมาส ๓ | ไตรมาส ๔ |
|---------------|---|--|---|--|
| | ๑. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ๒. หน่วยงานระดับหลักและย่อยมีระบบฐานข้อมูลของผลงานวิชาการในปีที่ผ่านมาในระบบคอมพิวเตอร์ ๓. หน่วยงานหลัก มีแผนและการดำเนินการพัฒนาศักยภาพฯตามเป้าหมายที่กำหนดครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย | ๑.ร้อยละ ๓๐ของหน่วยงานย่อย มีผลงาน CQI หรือนวัตกรรมอย่างน้อยหน่วยงานละ๒ เรื่อง ๒. ๒)ร้อยละ ๑๐ ของหน่วยงานย่อยมี Proposal หรือผลงานR ๒ R อย่างน้อย ๑ เรื่อง ๓. ร้อยละ ๓๐ของหน่วยงานย่อยมี work Flow หรือ CPG อย่างน้อยหน่วยงานละ ๒ เรื่อง ๔)ร้อยละ ๕๐ ของหน่วยงานหลัก มีผลงาน KM ตามมาตรฐาน ตามยุทธศาสตร์อย่างน้อย๑ เรื่อง | ๑.ร้อยละ ๖๐ของหน่วยงานย่อย มีผลงาน CQI หรือนวัตกรรมอย่างน้อยหน่วยงานละ๒ เรื่อง ๒.ร้อยละ ๒๐ ของหน่วยงานย่อยมีProposal หรือผลงานR ๒ R อย่างน้อย ๑ เรื่อง ๓. ร้อยละ ๖๐ ของหน่วยงานย่อยมี work Flow หรือ CPG อย่างน้อยหน่วยงานละ ๒ เรื่อง ๔)ร้อยละ ๑๐๐ ของหน่วยงานหลัก มีผลงาน KM ตามมาตรฐาน ตามยุทธศาสตร์อย่างน้อย ๑ เรื่อง | ๑.ร้อยละ ๑๐๐ ของหน่วยงานย่อย มีผลงาน CQI หรือนวัตกรรมอย่างน้อยหน่วยงานละ๒ เรื่อง ๒.ร้อยละ ๓๐ ของหน่วยงานย่อย มีProposal หรือผลงาน R ๒ R อย่างน้อย ๑ เรื่อง ๓. ร้อยละ ๑๐๐ ของหน่วยงานย่อยมี work Flow หรือ CPG อย่างน้อยหน่วยงานละ ๒ เรื่อง ๔)ร้อยละ ๑๐๐ ของหน่วยงานหลัก มีผลงาน KM ตามมาตรฐาน ตามยุทธศาสตร์อย่างน้อย ๒ เรื่อง |



ยุทธศาสตร์ที่ 4

ยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศ
ด้วยธรรมาภิบาล
(Governance Excellence)



| | |
|------------------|--|
| Target / KPI No. | 17. ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัด สป.สธ ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด. |
|------------------|--|

| | |
|---------------------|---|
| Situation /Baseline | Situation : หน่วยงานของจังหวัดปัตตานี คือ สสจ. และ สสอ. ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนดคือ หมวด ๑ และหมวด ๕ และสสจ.ปัตตานี สามารถเป็นจังหวัดต้นแบบระดับเขต ๑๒ ในการดำเนินงาน PMQA |
|---------------------|---|

| | | | |
|----------|--|--|---|
| Strategy | <p>มาตรการที่ 1</p> <p>ส่งเสริมและสนับสนุนให้ สสจ.และ สสอ.ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ(PMQA)</p> | <p>มาตรการที่ 2</p> <p>พัฒนาทีมตรวจประเมิน PMQA อย่างมีคุณภาพ</p> | <p>มาตรการที่ 3</p> <p>ติดตาม ประเมินผลการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กร</p> |
|----------|--|--|---|

| | | | |
|--------------|---|---|---|
| Key Activity | <ol style="list-style-type: none"> พัฒนาองค์ความรู้ในเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) แก่กลุ่มงาน สสจ.และ สสอ. สสจ. /สสอ. ดำเนินการพัฒนาใน 2 หมวด ได้แก่ หมวด 2 และหมวด 4 เป็นภาคบังคับ และรักษาสภาพ (Maintain) หมวด 1 และหมวด 5 | <ol style="list-style-type: none"> พัฒนาทีม Auditor Audit สร้างทีม Internal Audit วางระบบรายงานผลผ่านระบบออนไลน์ให้มีประสิทธิภาพ | <ol style="list-style-type: none"> ติดตามผลการดำเนินงานทุก 3 เดือน วางระบบการตรวจประเมินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการฯ (บูรณาการกับระบบนิเทศงาน/ประเมินหน้างาน) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และค้นหา สสอ. ต้นแบบในระดับจังหวัด |
|--------------|---|---|---|

| | | | | |
|---------------|--|---|---|---|
| Small Success | <p>ไตรมาส 1</p> <ol style="list-style-type: none"> สสจ./สสอ. ทบทวนลักษณะสำคัญขององค์กรครบ 13 ข้อ สสจ./สสอ. ประเมินตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ใน 2 หมวด ได้แก่หมวด 2 และหมวด 4 เป็นภาคบังคับ และรักษาสภาพ (Maintain) หมวด 1 และหมวด 5 สสจ./สสอ. นำ OFI ที่สำคัญ 3 ลำดับแรก มาจัดทำแผนพัฒนาองค์กร หมวดละ 1 แผน มีตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์การดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์กรแต่ละหมวด | <p>ไตรมาส 2</p> <ol style="list-style-type: none"> รายงานผลการพัฒนาองค์กรที่ดำเนินการเทียบกับแผนพัฒนาองค์กรผ่านระบบออนไลน์ รายงานผลลัพธ์ตัวชี้วัดในแต่ละหมวด | <p>ไตรมาส 3</p> <ol style="list-style-type: none"> รายงานผลการพัฒนาองค์กรที่ดำเนินการเทียบกับแผนพัฒนาองค์กรผ่านระบบออนไลน์ รายงานผลลัพธ์ตัวชี้วัดในแต่ละหมวด | <p>ไตรมาส 4</p> <p>ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัด สป.สธ ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด. (สสจ./สสอ. ร้อยละ 100)</p> |
|---------------|--|---|---|---|



| | | | | | |
|---------------------|---|--|---|--|-------------------------------|
| Target / KPI No. | 18.ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 | | | | ระดับปฏิบัติหลัก : รพ.ทุกแห่ง |
| Situation /Baseline | Situation : จังหวัดปัตตานี มีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขตามเกณฑ์ PA จำนวน 13 แห่ง สถานะผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 ขึ้นไป จำนวน 13 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100.00 โดยในปีงบประมาณ 2562 มีโรงพยาบาลที่ต้องต่ออายุการรับรอง 3 แห่ง คือ รพ.มายอ (18 เมย. 62) รพ.ปะนาเระ (22 พค.62) รพ.ยะรัง (13 มิย.62) | | | | |
| Strategy | มาตรการที่ 1 มีกลไกการสนับสนุนคุณภาพโรงพยาบาล (QLN /ทีม QMR และ FA) | มาตรการที่ 2 มีแผนด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในทุกโรงพยาบาล และเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายคุณภาพ | มาตรการที่ 3 พัฒนาระบบ 2P safety และระบบบริหารความเสี่ยง | | |
| Key Activity | ระดับจังหวัด 1. โครงการพัฒนาความร่วมมือระหว่าง สสจ.และ สรพ. ต่อเนื่อง 2. พัฒนาศักยภาพทีม QLN / ทีม QMR และ FA 3. พัฒนาระบบการฝึกเยี่ยมสำรวจ แบบเพื่อนช่วยเพื่อน 4. KM ระบบงานสำคัญ 5. กำกับติดตามความก้าวหน้า | ระดับโรงพยาบาล 1. มีแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพบริการและเชื่อมโยงกับเครือข่าย 2. พัฒนาระบบงานสำคัญและสมรรถนะบุคลากรตาม GAP / มาตรฐาน /PNC – Heart 3. พัฒนาระบบการทบทวนเวชระเบียน และ RCA คุณภาพ 4. กำกับติดตามให้มีการดำเนินงานตามแผน 5. กำหนดวาระการพัฒนาคุณภาพ รพ. ในการประชุมทีมนำ และติดตามอย่างต่อเนื่อง | ระดับจังหวัด 1. วางระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงภาพรวมระดับจังหวัด และ Clinical governance ระดับโรงพยาบาล 1. นำ 2P safety และระบบบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานใหม่/risk register ไปสู่การปฏิบัติ 2. ส่งเสริมวัฒนธรรมการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง | | |
| Small Success | ไตรมาส 1 - รพท/ รพ.สังกัดกรม ร้อยละ 100 - รพช. ร้อยละ 100 - รพ.ส่ง SAR แก่ สรพ.ตามมาตรฐาน | ไตรมาส 2 - รพท/ รพ.สังกัดกรม ร้อยละ 100 - รพช. ร้อยละ 100 | ไตรมาส 3 - รพท/ รพ.สังกัดกรม ร้อยละ 100 - รพช. ร้อยละ 100 | ไตรมาส 4 - รพท/ รพ.สังกัดกรม ร้อยละ 100 - รพช. ร้อยละ 100 | |



ประเด็น :

ระดับปฏิบัติหลัก : รพ.และ สสอ.ทุกแห่ง

20. ร้อยละของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล 43 เพิ่ม (เกณฑ์ ร้อยละ 100)

วางระบบการพัฒนาข้อมูลสารสนเทศการทำงานร่วมกัน 3 ส่วน ได้แก่ 1.มีผู้รับผิดชอบงาน(Project Manager) 2.ทีมด้านไอที 3.ทีมผู้ปฏิบัติหน้างาน(User) เกณฑ์ตัวชี้วัดของเขตบริการสุขภาพที่ 12 คุณภาพเฉลี่ยรายเพิ่มไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 97 ซึ่งพบว่าทุกเพิ่มและทุกหน่วยบริการผ่านทุกแห่ง จังหวัดเพิ่มความท้าทายของตัวชี้วัด โดยกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพเฉลี่ยรายเพิ่มไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 99.5 พบว่าในภาพรวมมีคุณภาพเฉลี่ยมากกว่า ร้อยละ 99.5 ทุกอำเภอ เมื่อดูเป็นรายเพิ่มพบว่า มีเพิ่มที่ยังไม่ผ่าน 99.5 ได้แก่ เพิ่ม Drug IPD ,Death,Provider , Home ,Labor และ Newborn **สาเหตุของปัญหา 1**ผู้กำกับตัวชี้วัดทุกระดับทำหน้าที่ในการติดตาม ตรวจสอบ วิเคราะห์ความผิดปกติของข้อมูลและเพิ่มข้อมูลที่เกี่ยวข้อง **ไม่ครอบคลุมทุกงาน 2.สถานการณ์การใช้ Data Exchange** ในการติดตามกลุ่มเป้าหมายของหน่วยบริการน้อย ข้อมูล ณ วันที่ 27 กันยายน 2561 พบว่า มีหน่วยบริการที่ใช้มากกว่า 300 ครั้ง จำนวน 32 แห่ง หน่วยบริการที่ใช้ 200 -300 ครั้ง จำนวน 51 แห่ง หน่วยบริการที่ใช้ข้อมูล 100 -200 ครั้ง จำนวน 61 แห่ง และหน่วยงานที่ใช้ข้อมูล น้อยกว่า 100 ครั้ง จำนวน 14 แห่ง **3.ใช้โปรแกรม Data correct** ตรวจสอบข้อมูลไม่ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ

| มาตรการสำคัญ | มาตรการที่ 1 กำหนดผู้รับผิดชอบเพิ่มชัดเจน | มาตรการที่ 2 กำกับการใช้ข้อมูลจาก data exchange | มาตรการที่ 3 พัฒนาระบบกำกับติดตามทุกระดับ | |
|----------------------------|---|--|---|--|
| กิจกรรมหลัก (Key Activity) | ระดับจังหวัด 1.กำหนดผู้รับผิดชอบเพิ่มและผู้กำกับตัวชี้วัดระดับจังหวัด 2. ผู้กำกับตัวชี้วัด ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล กรณีพบข้อมูลที่มีผิดปกติ วิเคราะห์หาสาเหตุ วางระบบเพื่อแก้ไขและแจ้งผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องดำเนินการ 3. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ทำงานร่วมกับ IT จังหวัด เพื่อถอดบทเรียน จัดทำมาตรฐานการบันทึกข้อมูล | ระดับจังหวัด 1. ผู้กำกับตัวชี้วัด ติดตามนิเทศงานให้ใช้ข้อมูล Data exchange | ระดับจังหวัด 1. ผู้บริหารระดับจังหวัด กำกับติดตามข้อมูล 43 เพิ่ม อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง 2. ITจังหวัด จัดอันดับคุณภาพข้อมูล43 เพิ่มของทุกอำเภอเสนอผู้บริหาร 3. ทีมข้อมูลจังหวัด สุ่มประเมินผลคุณภาพข้อมูล และนิเทศหน้างาน เพื่อค้นหาและหาแนวทางแก้ปัญหา | |
| | ระดับอำเภอ 1. กำหนดผู้รับผิดชอบเพิ่มและผู้กำกับตัวชี้วัดระดับอำเภอ 2. ผู้กำกับตัวชี้วัด ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล กรณีพบข้อมูลที่ผิดปกติ วิเคราะห์หาสาเหตุ วางระบบเพื่อแก้ไขและแจ้งผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องดำเนินการ | ระดับอำเภอ 1. ผู้กำกับตัวชี้วัด กำกับติดตาม ให้ผู้ปฏิบัติงานระดับตำบลใช้ Data exchange ติดตามผลการจัดบริการ โดยแต่ละงานใช้ข้อมูล Data exchange อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง | ระดับอำเภอ 1. ผู้บริหารระดับอำเภอ กำกับติดตามข้อมูล 43 เพิ่ม อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง 2. ITอำเภอ จัดอันดับคุณภาพข้อมูล43 เพิ่มของหน่วยบริการในอำเภอ เสนอผู้บริหาร เพื่อการพัฒนา 3. ITอำเภอ เป็นที่ปรึกษาและกำกับให้ใช้โปรแกรม Data correct ตรวจสอบและปรับปรุงข้อมูล | |
| | ระดับตำบล 1. กำหนดผู้รับผิดชอบเพิ่มและผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดระดับตำบล 2. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล กรณีพบข้อมูลที่ผิดปกติ วิเคราะห์หาสาเหตุ วางระบบเพื่อแก้ไขและแจ้งผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องดำเนินการ | ระดับตำบล 1. ผู้ปฏิบัติ งานระดับตำบลใช้ Data exchange ประเมินผลการจัดบริการ และติดตามกลุ่มเป้าหมาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง | ระดับตำบล 1. ผู้บริหารระดับตำบล กำกับติดตามข้อมูล 43 เพิ่ม อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง 2. Admin รพ.สต.ตรวจสอบและแก้ไขปัญหาหน้างาน และคืนข้อมูลให้ผู้ปฏิบัติงาน 3. ผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติ ใช้โปรแกรม Data correct ในการตรวจสอบข้อมูลและปรับปรุงข้อมูลที่ผิดพลาด 4. ผู้ปฏิบัติ บันทึกข้อมูลถูกต้อง ตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนส่ง ตรวจสอบผลการส่งข้อมูล | |
| Small Success | ไตรมาส 1 (3 เดือน) 1.ผู้รับผิดชอบกำกับดูแลตัวชี้วัดระดับจังหวัดติดตามความผิดปกติของข้อมูลและเพิ่มข้อมูลที่เกี่ยวข้อง 2. ผู้บริหารระดับทุกระดับ กำกับติดตามข้อมูล 43 เพิ่ม อย่างต่อเนื่อง 3. ผู้บริหารทุกระดับกำกับใช้ Data Exchange ติดตามกลุ่มเป้าหมาย 4. หน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล 43 เพิ่ม ร้อยละ 100 | ไตรมาส 2 (6 เดือน) หน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล 43 เพิ่ม ร้อยละ 100 | ไตรมาส 3 (9 เดือน) หน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล 43 เพิ่ม ร้อยละ 100 | ไตรมาส 4 (12 เดือน) หน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล 43 เพิ่ม ร้อยละ 100 |

ประเด็น : ระบบคุณภาพขององค์กร

ระดับปฏิบัติหลัก : รพ.และ สสอ.ทุกแห่ง

| | | | | | |
|-----------------------------|---|--|---|---|--|
| เป้าหมาย / ตัวชี้วัด | 21.ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90) | | | | |
| สถานการณ์ / ข้อมูล พื้นฐาน | ปี 2561 กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้ITAเป็นตัวชี้วัดที่ 60 ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ร้อยละ 90 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี มีเป้าหมาย จำนวน 25 แห่ง ผลการประเมินITA ปี 2561 พบว่า หน่วยงานเป้าหมายผ่านเกณฑ์การประเมินทั้ง 25 แห่ง มีระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานอยู่ในระดับสูงมาก | | | | |
| มาตรการ สำคัญ | มาตรการที่ 1.การชี้แจงความเข้าใจ | มาตรการที่ 2. การกำกับติดตาม | มาตรการที่ 3. การสนับสนุนการดำเนินงาน | | |
| กิจกรรม หลัก (Key Activity) | ระดับจังหวัด 1.การถ่ายทอดนโยบายแก่ผู้บริหาร 2.การประชุมชี้แจงแก่คณะทำงานITA ขององค์กร | ระดับจังหวัด 1.การประชุมก่อนการประเมินในแต่ละไตรมาส 2.การนิเทศ ติดตาม | ระดับจังหวัด 1.โครงการสนับสนุนการดำเนินงานITA 2.การประชุมเชิงปฏิบัติการสรุปบทเรียน | | |
| | ระดับอำเภอ 1.ผู้ประสานหลักทำความเข้าใจแก่คณะทำงานITA ขององค์กร | ระดับอำเภอ 1.ผู้บริหารองค์กรกำกับติดตาม | ระดับอำเภอ 1.แผนงาน/โครงการสนับสนุนการดำเนินงานITA 2. บูรณาการงานITA กับการขับเคลื่อนองค์กรคุณธรรมในองค์กร | | |
| Small Success | ไตรมาส 1 (3 เดือน) ประเมิน EB 1-3 (5) | ไตรมาส 2 (6 เดือน) ประเมิน EB 1-11 ค่าคะแนนร้อยละ 80 | ไตรมาส 3 (9 เดือน) ประเมิน EB 1-11 ค่าคะแนนร้อยละ 80 | ไตรมาส 4 (12 เดือน) ประเมิน EB 1-11 ค่าคะแนนร้อยละ 90 | |