

แนวทางการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ปีงบประมาณ 2562

ก.พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง





นโยบายการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

การบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care)

- การประเมินคุณภาพ รพ.สต. ตีตรา 5 ดาว 5 ดี เพื่อพัฒนาให้เกิดคุณภาพมาตรฐาน เพราะ รพ.สต. คือ หัวใจของการบริการระดับปฐมภูมิ
- การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster : PCC)
การดำเนินงาน PCC คุณภาพ ต้องเป็นคลินิกหมอครอบครัวอย่างแท้จริง คือ การให้บริการทางการแพทย์ และการส่งเสริมป้องกันโรคระดับปฐมภูมิที่มีการดำเนินงานเน้นคุณภาพ
- ★ มุ่งเน้นการบริหารและการบริการ ที่ดี มีพร้อมทั้งบูรณาการ การดำเนินงาน 3 ส่วนหลักคือ พชอ. PCC และ รพ.สต. ตีตรา

Promotion Prevention & Service Excellence

นโยบาย & ประเด็น Primary Care ปี ๒๕๖๒	ตัวชี้วัด/นโยบายการพัฒนางาน จังหวัดอ่างทอง
พชอ.	★ ร้อยละ ๖๐ ของอำเภอมี พชอ. ที่มีคุณภาพ
รพ.สต.ติดตาม	★ ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ ระดับ ๓ ดาว ๑๐๐ % และ ระดับ ๕ ดาวสะสม ๖๐%
Primary Care Cluter (PCC)	★ เปิดดำเนินการในพื้นที่ ปี ๖๒ ลงทะเบียน ๒ ทีม (๑.รพอ่างทอง ๒ ๒. รพ.สต.บางจักษ์) ★ ทุกทีมดำเนินการตามเกณฑ์องค์ประกอบ 3 S

<p>Target/KPI</p> <p>เป้าหมาย : มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีประสิทธิภาพ สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนได้อย่างเป็นรูปธรรม</p> <p>KPI: ร้อยละ 60 ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ</p>				
<p>Situation/ Baseline</p> <p>พื้นที่เป้าหมาย พชอ.(DHB เดิม) ปี 2560 จ.อ่างทอง 1/7 (14%) ปี 2561 จ.อ่างทอง 7/7 (100%)</p>				
<p>มาตรการ</p> <p>สร้างกลไกขับเคลื่อนที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพ (DHS)</p>	<p>การเสริมสร้างศักยภาพ พชอ. อย่างมั่นคงและยั่งยืน</p>	<p>สร้างความรู้ความเข้าใจในการดำเนินการ ตามระเบียบพชอ</p>	<p>การกำกับติดตามการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ</p>	
<p>Key Activity กิจกรรมหลัก</p> <p>1.มีการทบทวนแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการขับเคลื่อน พชอ. แบบบูรณาการทุกภาคส่วน</p> <p>2 . คณะกรรมการ พชอ .ประชุม ประชุมรวบรวมมีฐานข้อมูลคุณภาพชีวิต และทบทวนประเด็นปัญหา</p> <p>3.</p>	<p><u>ระดับเขตและจังหวัด</u></p> <p>1.อบรมพัฒนาศักยภาพทีมเลขานุการ พชอ.ทุกอำเภอ</p> <p>2.พัฒนาศักยภาพกรรมการ พชอ.ให้มีสมรรถนะเหมาะสมทุกอำเภอ</p> <p><u>ระดับอำเภอ</u> มีสรุปผลการดำเนินงาน/ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชื่นชมและเสริมพลัง</p>	<p>1.มีการชี้แจงทำความเข้าใจ กับผู้บริหารทั้งระดับเขต จังหวัด และอำเภอ (ระดับเขต พร้อมการเยี่ยมเสริมพลังและตรวจราชการ)</p> <p>2.ทุกจังหวัดมีการชี้แจงนโยบายและแนวทางการดำเนินการ พชอ.</p> <p>3.ทุกอำเภอมีการชี้แจงทำความเข้าใจกับนอก.และผู้เกี่ยวข้อง</p>	<p><u>ระดับจังหวัด</u></p> <p>1.มีการเยี่ยมเสริมพลังในระดับเขต จังหวัดละ 2 ครั้ง (รวมจังหวัดละ 2 อำเภอ)</p> <p>2. มีการถอดบทเรียน พชอ.ที่มีคุณภาพ 1 ครั้ง</p> <p><u>ระดับอำเภอ</u></p> <p>1.ประเมินผลการดำเนินงานด้วย UCCARE</p> <p>2. สรุปบทเรียนการดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหา</p>	
<p>Small Success</p>	<p>ไตรมาส 1</p> <p>1. มีกลไกการขับเคลื่อน พชอ.ระดับจังหวัด</p> <p>2.ประชุมทบทวนแต่งตั้งคณะกรรมการและอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ) ทุกอำเภอ</p> <p>3.อำเภอทุกแห่งประชุมรวบรวมมีฐานข้อมูลคุณภาพชีวิต และทบทวนประเด็นปัญหาเพื่อนำมาแก้ไข คัดเลือกดำเนินการ อย่างน้อย 2 ประเด็น</p> <p>4. เขต มีการอบรมพัฒนาศักยภาพทีมเลขานุการ พชอ.ทุกอำเภอ</p>	<p>ไตรมาส 2</p> <p>1. จว. มีการพัฒนาศักยภาพกรรมการ พชอ.ให้มีสมรรถนะอย่างน้อย ทุกอำเภอ</p> <p>2. อำเภอ มีแผนการดำเนินการที่บูรณาการและมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน อย่างน้อย 2 ประเด็น/อำเภอ</p> <p>3. อำเภอ มีการดำเนินงานตามแผนในข้อ 2</p>	<p>ไตรมาส 3</p> <p>1. เขตมีการประชุมทำความเข้าใจและเพื่อติดตามปัญหาอุปสรรค</p> <p>2. มีการเยี่ยมชื่นชมและเสริมพลังในทุกจังหวัดอย่างน้อย ร้อยละ 50 ของอำเภอ</p> <p>3. มีการประเมินตนเองการดำเนินงานด้วย UCCARE ได้อย่างน้อยระดับ 3 ทุกแห่ง (พ.ค.)</p>	<p>ไตรมาส 4</p> <p>1. เขต มีการสรุปถอดบทเรียน พชอ.ที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>2. จว. มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ) ที่มีคุณภาพอย่างน้อยร้อยละ 60</p> <p>3. อำเภอมีการสรุปบทเรียนการดำเนินการ.</p> <p>4. ผลลัพธ์การพัฒนาสามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA</p>

พชอ.ที่มีคุณภาพ หมายถึง มีผลการดำเนินการ ดังนี้

1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
2. คณะกรรมการ (พชอ.) มีการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตาม บริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย 2 ประเด็นที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น ตามองค์ประกอบ UCCARE
3. มีฐานข้อมูลคุณภาพชีวิต หมายถึง ข้อมูลตาม จปฐ. หรือ ปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตสุขภาพ ทั้งจากที่มีในฐานข้อมูล หรือ จากการสำรวจของพื้นที่

Target/KPI	1. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster) เป้าหมาย 90% 2. ร้อยละของ รพ. กระทรวงสาธารณสุขที่เป็นสถาบันสำหรับฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว /หลักสูตร In-service training และ formal training ในเขตสุขภาพ เป้าหมาย : มีจำนวนอย่างน้อย 1 แห่งต่อเขตสุขภาพ (ทั้ง 2 หลักสูตร) 3. ศูนย์เรียนรู้เพื่อพัฒนาระบบปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว เป้าหมาย : อย่างน้อย 1 แห่ง/เขต
-------------------	--

Situation/Baseline	ปี 2560 เปิดคลินิกหมอครอบครัว อ่างทอง 2/29 (6.9%) / ปี 2561 ดำเนินการคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ 3 S
---------------------------	--

มาตรการ	Staff พัฒนาการบริหารจัดการกำลังและทีมสุขภาพ	Service & Supportive system พัฒนารูปแบบการจัดบริการและระบบสนับสนุนปฐมภูมิ	Structure & Equipment พัฒนาโครงสร้างและเครื่องมืออุปกรณ์	ติดตาม กำกับ ประเมินผลการดำเนินงาน
Key Activity กิจกรรมหลัก	1. พัฒนาสถาบันสำหรับฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หลักสูตร In-service training และ formal training ในเขตสุขภาพ 2. ผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและอบรมแพทย์ทั่วไปด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 3. พัฒนาสหสาขาวิชาชีพเพื่อรองรับการทำงานในคลินิกหมอครอบครัว 4. จัดโครงสร้างทีม ให้เป็นไปตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียนของทางกระทรวงสาธารณสุข.(ขั้นต่ำ)	1. พัฒนาระบบบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ประกอบด้วย Service package กลุ่มวัย, EPI,ANC, ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, คัดกรองตามกลุ่มวัย, บริการอุบัติเหตุฉุกเฉิน/บริการผู้ป่วยนอก, Home visit/ Home care/ LTC 2. พัฒนา ตามเกณฑ์ 3 S 3. พัฒนาระบบสารสนเทศในการให้บริการ ที่เชื่อมโยงข้อมูลในการให้บริการระหว่าง รพ.แม่ข่ายกับคลินิกหมอครอบครัว มีโปรแกรมจัดเก็บข้อมูลและส่งออกตามมาตรฐานที่กำหนด มีระบบรายงานประจำเดือนและรายไตรมาส 4. พัฒนาศูนย์เรียนรู้เพื่อพัฒนาระบบปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว	1. มีสถานที่ให้บริการที่เหมาะสมตามแต่บริบท เช่น โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลใช้เกณฑ์ รพ.สต.ติดตาม เป็นต้น 2. มีครุภัณฑ์ที่จำเป็นตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด	ระดับเขต/จังหวัด 1.มีการเยี่ยมเสริมพลังในระดับเขต จังหวัดละ 2 ครั้ง (รวม 2 PCC) 2. ระดับเขต มีการประชุมเพื่อถอดบทเรียนรูปแบบการดำเนินงาน PCC 1 ครั้ง

Small Success	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
	- ทุกจังหวัดมีการทบทวนและวิเคราะห์ส่วนขาดตามแผนการจัดตั้ง PCC ปี 2562 - มีฐานข้อมูลบุคลากรที่จำเป็นและแผนสรรหาและพัฒนา - เปิด PCC ได้ 20% ของเป้าหมาย	- เปิด PCC ได้ 30% (23 แห่ง) - มีศูนย์เรียนรู้เพื่อพัฒนาระบบปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 1 แห่ง - มีการประชุมชี้แจงความเข้าใจการดำเนินการ PCC	- เปิด PCC ได้ 70 - มีการพัฒนาผู้จัดการ PCC อย่างน้อย 50% - มีการพัฒนาทีมสหสาขาวิชาชีพ อย่างน้อย 50% - มีแผนการผลิตและพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของเขตสุขภาพที่ 4 และทุกจังหวัด - มีรูปแบบระบบบัญชีของเขตสุขภาพที่ 4 - มีรูปแบบของระบบสารสนเทศในการให้บริการ PCC เขต 4	- เปิดคลินิกหมอครอบครัวได้ 90% - มีสถาบันสำหรับฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หลักสูตร In-service training และ formal training 1 แห่ง/เขต - มีการถอดบทเรียน เพื่อให้ได้รูปแบบระบบบริการ PCC ของเขตสุขภาพที่ 4 - ทุกอำเภอที่มี PCC มีการพัฒนาระบบส่งต่อ/ส่งกลับ



Target/KPI		รพ.สต. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว อย่างน้อยร้อยละ 60 (สะสม)		
Situation/Baseline		ปี 2560 อ่างทอง 9/76 (11.8%) ปี 2561 อ่างทอง 27/76 (35.5%)		
มาตรการ	มาตรการ 1 พัฒนาคณะทำงานทุกระดับให้สมรรถนะที่เหมาะสม	มาตรการ 2 สื่อสาร ชี้แจงประชาสัมพันธ์ แนวทาง และแผนการ พัฒนา	มาตรการ 3 ติดตาม กำกับ ประเมินผลการ ดำเนินงาน	
Key Activity กิจกรรมหลัก	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทบทวนคณะทำงานพัฒนา รพ.สต. ติดดาว ระดับเขตสุขภาพ จังหวัด และอำเภอ 2. อบรม ครู ข ทุกเขต อย่างน้อย เขตละ 1 ครั้ง 3. แต่งตั้งทีมพัฒนา/ประเมินระดับจังหวัด 1 ทีม อำเภอ 1 ทีม 	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดประชุมระดับเขตสุขภาพเพื่อชี้แจงนโยบาย การดำเนินงานในระดับเขต จังหวัด และอำเภอ 2. ทำความเข้าใจคู่มือแนวทางการพัฒนา รพ.สต. ติดดาว ปีงบประมาณ 2561 3. ชี้แจงการลงฐานข้อมูลใน Web based หน่วยปฐมภูมิ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. รพ.สต. ที่ยังไม่ผ่านการประเมินในปี 2560 ประเมินตนเอง 2. ประเมินผลโดยทีมระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับเขต เพื่อหาต้นแบบ 3. มอบรางวัล รพ.สต. ต้นแบบ 	
Small Success	<p>ไตรมาส 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีครู ก ระดับเขตเป็นที่เลี้ยง 2. แต่งตั้งทีมพัฒนา/ประเมินระดับจังหวัด 1 ทีม อำเภอ 1 ทีม 3. มีคู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ปี 2562 	<p>ไตรมาส 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รพ.สต. ร้อยละ 100 ทั้งที่ผ่านและไม่ผ่านการเกณฑ์มีการประเมินตนเอง 2. รพ.สต. ร้อยละ 100 มีแผนการพัฒนาร่วมกันตามการประเมินตนเอง 	<p>ไตรมาส 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รพ.สต. ร้อยละ 100 มีการพัฒนาตามส่วนขาด 2. คณะกรรมการระดับ อำเภอ ประเมิน รพ.สต. 3. คณะกรรมการระดับจังหวัด ประเมิน รพ.สต. ที่ได้รับคัดเลือกในระดับอำเภอ 	<p>ไตรมาส 4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ร้อยละ 60 (สะสม) 2. คณะกรรมการระดับเขต ประเมิน รพ.สต. ดีเด่นระดับเป็นตัวแทนจังหวัด

KPI 62

ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ ระดับ ๓ ดาว ๑๐๐% และ ระดับ ๕ ดาวสะสม ๖๐%

ลำดับ	อำเภอ	ผลงานปี 2560	ผลงานปี 2561	เป้าหมาย ระดับ 5 ดาว ปี 2562	ร้อยละ
1.	เมืองอ่างทอง	2	4	6 (12)	92.3
2.	วิเศษชัยชาญ	2	6	3 (9)	60.0
3.	โพธิ์ทอง	2	5	6 (11)	64.7
4.	ป่าโมก	1	3	4 (7)	70.0
5.	ไชโย	0	3	4 (7)	77.7
6.	แสวงหา	1	3	2 (5)	71.4
7.	สามโก้	1	3	2 (5)	100.0
รวม		9/11.8	27 /35.5	28/56 (สะสม)	73.7

**การแปลผล
ระดับดาว**

ระดับ 3 ดาว = ร้อยละ 60.00 - 69.99 (รายงาน จังหวัด และเขต เพื่อการพัฒนา)

รพ.สต. ต้องผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 3 ดาว ร้อยละ 100

ระดับ 4 ดาว = ร้อยละ 70.00 - 79.99 (รายงาน จังหวัด และเขต เพื่อการพัฒนา)

ระดับ 5 ดาว = ร้อยละ 80 ขึ้นไป (รายงานเป็นตัวชี้วัด PA)

KPI 62

รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 60 (สะสม)

ลำดับ	อำเภอ	เป้าหมาย 2562	M	S	หน่วยบริการ
1.	เมืองอ่างทอง	7	3		1.รพ.สต.จำปาหล่อ 2.รพ.สต.ป่าจี่ว 3.รพ.สต..ย่านซื่อ
				4	1.รพ.สต.หัวไผ่ 2..รพ.สต.ตลาดกรวด 3.รพ.สต.บ้านยาง 4.รพ.สต.คลองวัว
2.	วิเศษชัยชาญ	3	3		1.รพ.สต.ไผ่จำศีล 2.รพ.สต.ยี่ลั่น 3.รพ.สต.คลองขนาก
3.	โพธิ์ทอง	6	2		1.รพ.สต.ทางพระ 2. .รพ.สต.ร่ำมะสัก
				4	1.รพ.สต.หัวจี่ว 2.รพ.สต.โคกพุทรา 3.รพ.สต.หนองแม่ไก่ 4.รพ.สต.บางระกำ
4.	ป่าโมก	4		4	1.รพ.สต.ป่าโมก 2.รพ.สต.โผงเผง 3.รพ.สต.บ้านเลน 4.รพ.สต.โรงช้าง
5.	ไชโย	4	2		1.รพ.สต.ชัยภูมิ 2.รพ.สต.ชะไว
				2	1.รพ.สต.หลักฟ้า 4.รพ.สต.เทวราช
6.	แสวงหา	2	2		1.รพ.สต.บ้านพราน 2.รพ.สต.แก้วกระจ่าง
7.	สามโก้	2	1		รพ.สต.ราษฎร์พัฒนา
				1	รพ.สต.บ้านสามโก้
รวม		28	13	15	

รพ.สต.ติดดาว (5 ดาว 5 คี) ปี 2562

ส่วนที่ 1 บริหารดี

25%

ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพดี ภาครัฐมีส่วนร่วม

15%

ส่วนที่ 3 บุคลากรดี

10%

ส่วนที่ 4 บริการดี

30%

ส่วนที่ 5 ประชาชนมีสุขภาพดี

20%

การแปลผล รพ.สต. 5 ดาว

คะแนนรายหมวด \geq ร้อยละ 80

คะแนนรวม 5 หมวด \geq ร้อยละ 80

หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการดี (OTOP และ การจัดการระบบบริการ)

- 1.1 ภาวะผู้นำ การนำ ชรรมาภิบาล
- 1.2 แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ
- 1.3 ระบบบริหารจัดการที่สำคัญ
- 1.4 การสนับสนุนทีมที่เลี้ยงเพื่อพัฒนาตามเกณฑ์รพ.สต.ติดดาว

หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (OTOP และ การจัดการระบบบริการ)

หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล (OTOP และ การ

หมวด 4 การจัดการระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย (OTOP และ การจัดการระบบบริการ)

- 4.1 การจัดบริการตามสภาพปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP)
- 4.2 การจัดบริการในสถานบริการ
- 4.3 การจัดบริการทันตสาธารณสุข/ทันตกรรม
- 4.4 การจัดบริการแพทย์แผนไทย/กายภาพบำบัด
- 4.5 การจัดบริการในชุมชน
- 4.6 การจัดบริการเภสัชกรรม RDU และ คบส.
- 4.7 ระบบสนับสนุนบริการ : IT, IC, LAB

หมวด 5 ผลลัพธ์ (OTOP และ การจัดการระบบบริการ)

- 5.1 Self care
- 5.2 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด (KPI)
- 5.3 นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้

การแบ่งเกณฑ์การประเมินตามขนาด รพ.สต. ระดับ S M L



จำนวน รพ.สต. ทั้งหมด 9,863 แห่ง

ขนาด	ประชากรที่รับผิดชอบ	บุคลากร	จำนวน(แห่ง)
S	< 3,000	5	3,483
M	3,000 - 8000	8	5,441
L	> 8,000	11	939



Service Excellence

หมวด ๔

PP&P Excellence

หมวด ๑, ๒, ๔

Governance Excellence

หมวด ๑, ๕

People Excellence

หมวด ๓

S M L

หมวด ๔ การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

- ๔.๑ การจัดการบริการตามสภาพปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP)
- ๔.๒ การจัดการบริการในสถานบริการ
- ๔.๓ การจัดการบริการทันตสาธารณสุข/ทันตกรรม
- ๔.๔ การจัดการบริการแพทย์แผนไทย/กายภาพบำบัด
- ๔.๕ การจัดการบริการในชุมชน
- ๔.๖ การจัดการบริการเภสัชกรรม RDU และ คบส.
- ๔.๗ ระบบสนับสนุนบริการ : IT, IC, LAB

S M L

หมวด ๑ การนำองค์กรและการจัดการดี

- ๑.๑ ภาวะผู้นำ การนำ ธรรมาภิบาล
- ๑.๒ แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ
- ๑.๓ ระบบบริหารจัดการที่สำคัญ
- ๑.๔ การสนับสนุนที่: พี่เลี้ยงเพื่อพัฒนาตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว

หมวด ๒ การให้ความสำคัญกับประชาชนเป้าหมาย ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

หมวด ๔ การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

- ๔.๑ การจัดการบริการตามสภาพปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP)
- ๔.๒ การจัดการบริการในสถานบริการ
- ๔.๓ การจัดการบริการทันตสาธารณสุข/ทันตกรรม
- ๔.๔ การจัดการบริการแพทย์แผนไทย/กายภาพบำบัด
- ๔.๕ การจัดการบริการในชุมชน
- ๔.๖ การจัดการบริการเภสัชกรรม RDU และ คบส.
- ๔.๗ ระบบสนับสนุนบริการ : IT, IC, LAB

S M L

หมวด ๑ การนำองค์กรและการจัดการดี

- ๑.๑ ภาวะผู้นำ การนำ ธรรมาภิบาล
- ๑.๒ แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ
- ๑.๓ ระบบบริหารจัดการที่สำคัญ
- ๑.๔ การสนับสนุนที่: พี่เลี้ยงเพื่อพัฒนาตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว

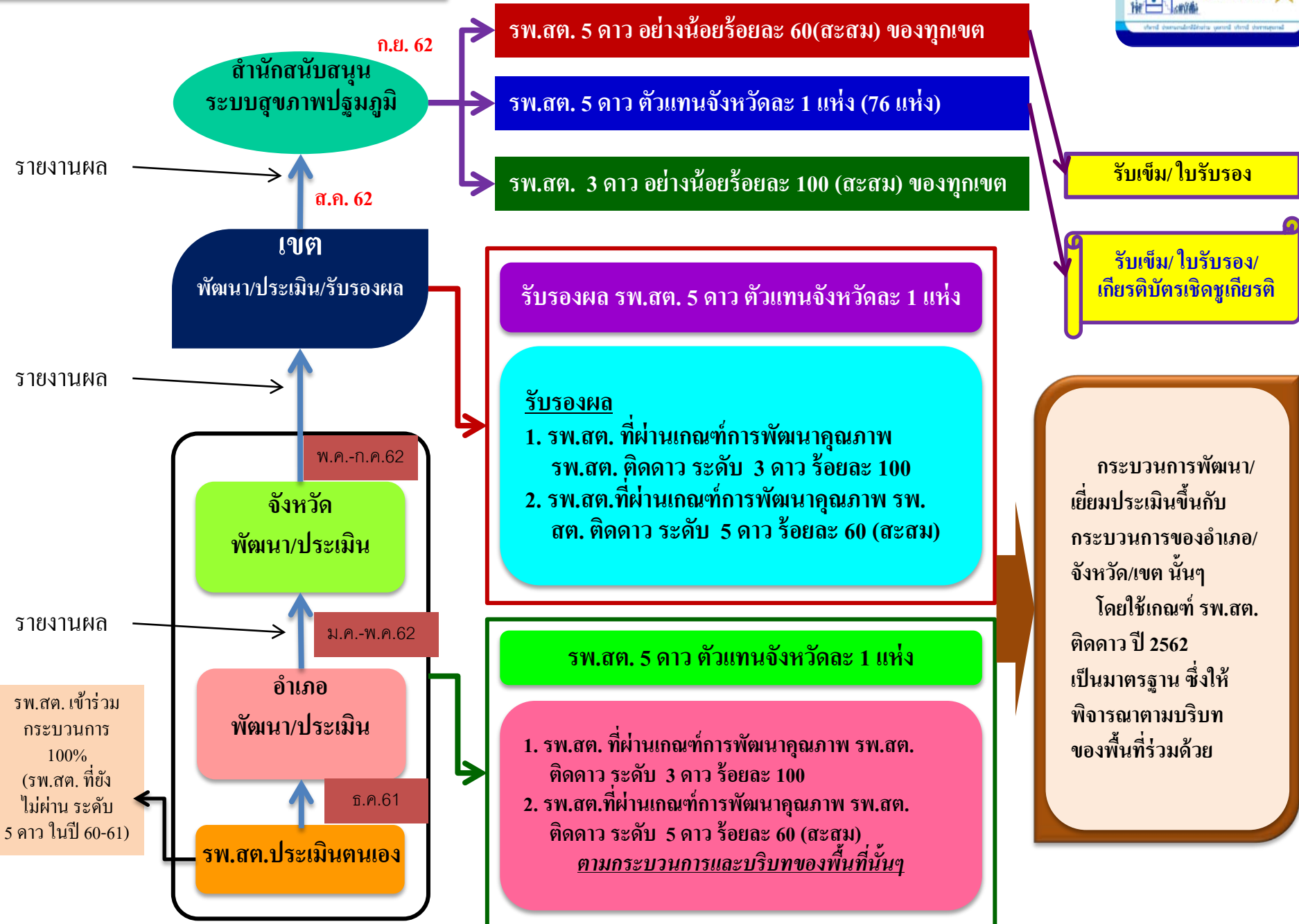
หมวด ๕ ผลลัพธ์

- ๕.๑ Self care
- ๕.๒ ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด (KPI)
- ๕.๓ นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้

S M L

หมวด ๓ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

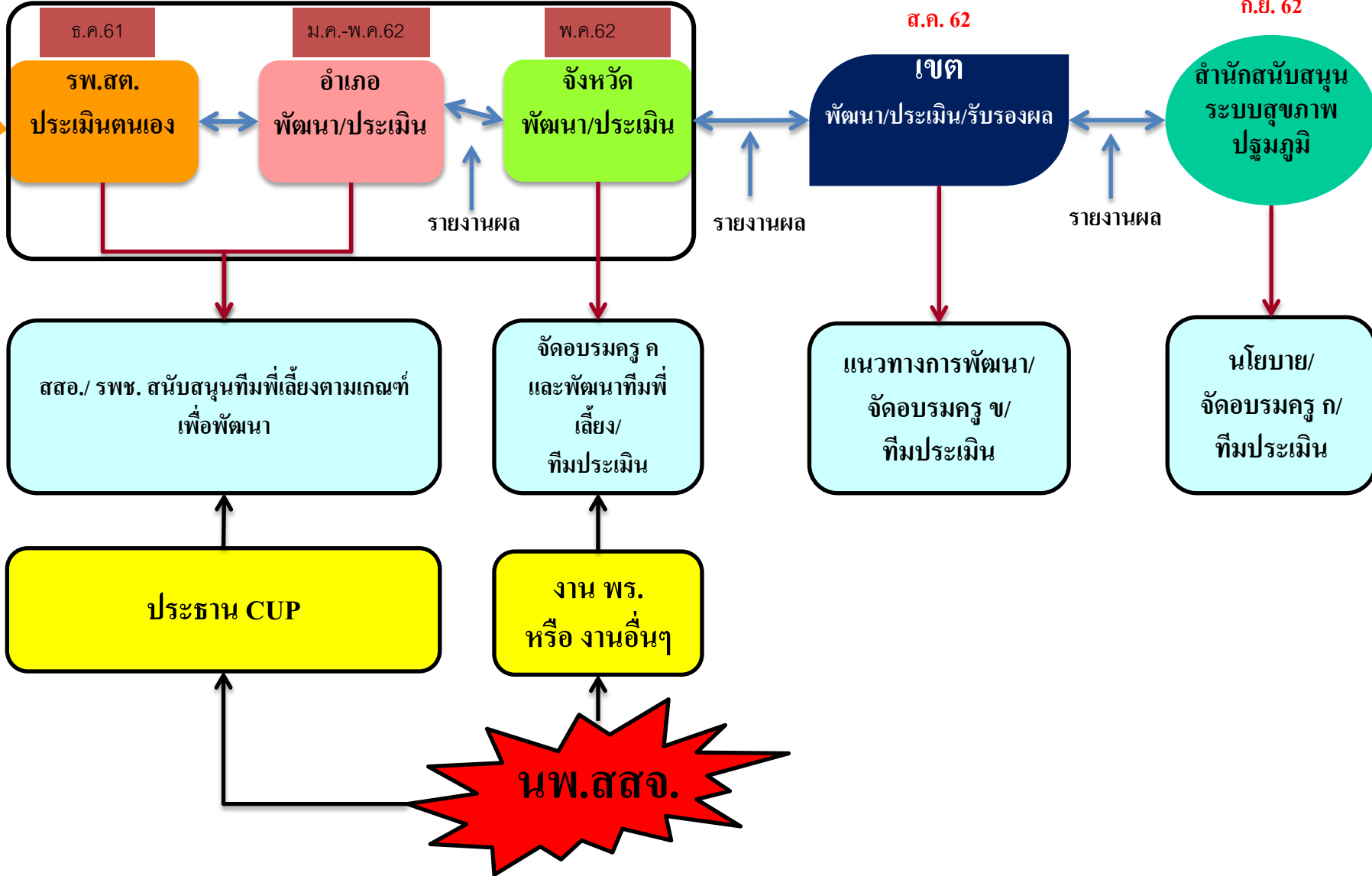
กระบวนการพัฒนา/ประเมิน รพ.ติดดาว ปี 2562



กระบวนการพัฒนา/ประเมิน รพ.ติดดาว ปี 2562



รพ.สต. เข้าร่วมกระบวนการ 100% (รพ.สต. ที่ยังไม่ผ่าน ระดับ 5 ดาว ในปี 60-61)





ทีมพัฒนา รพ.สต.ติดดาว

- CUP จะต้องมีการสนับสนุนทีมพี่เลี้ยง สหวิชาชีพตามเกณฑ์ เพื่อไปพัฒนา รพ.สต. ให้ครบทุกเกณฑ์ เน้นการช่วยเหลือ เต็มส่วนขนาด ส่งเสริมจุดเด่น และเกิดเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพและบริการ

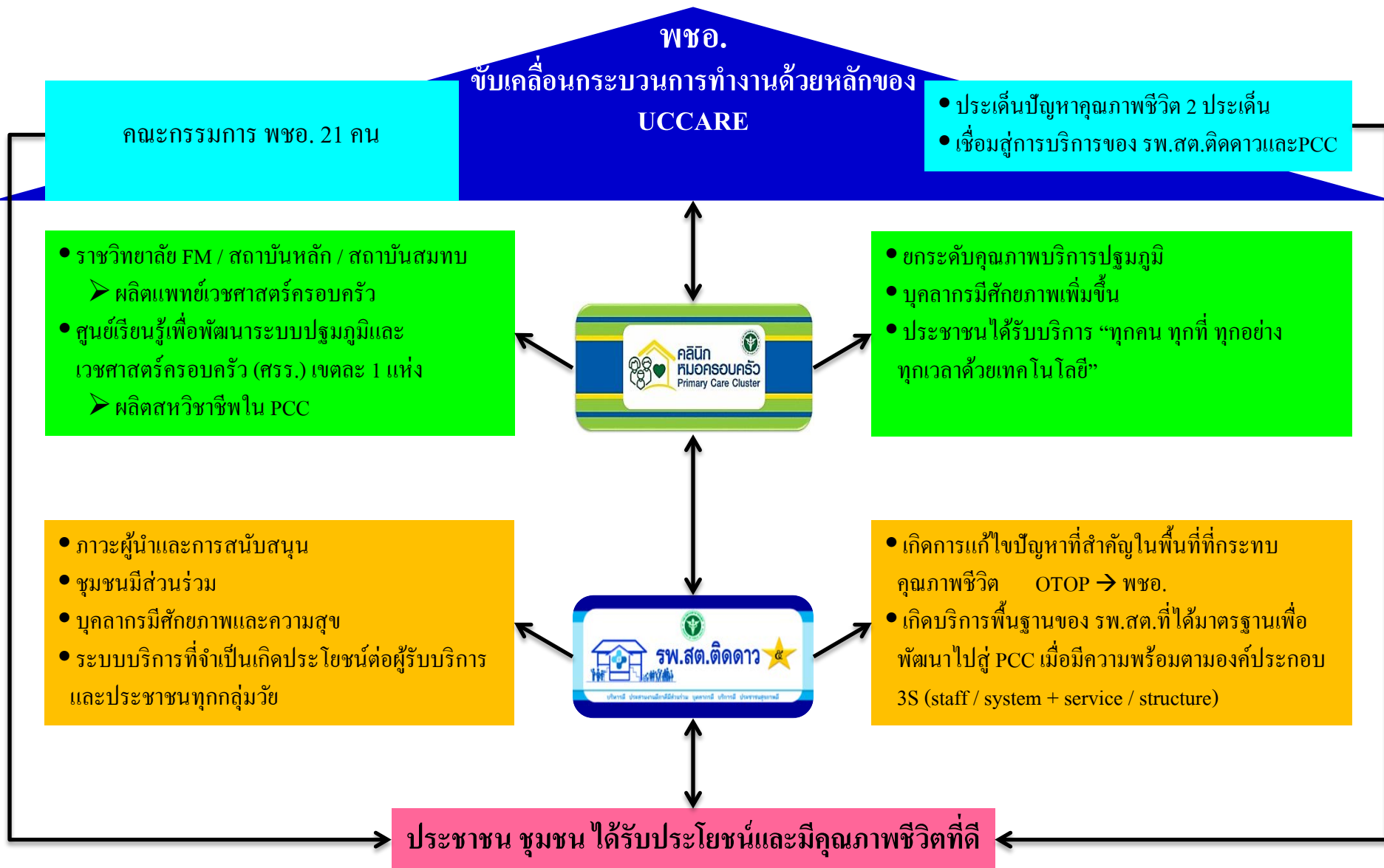
ทีมประเมิน รพ.สต.ติดดาว

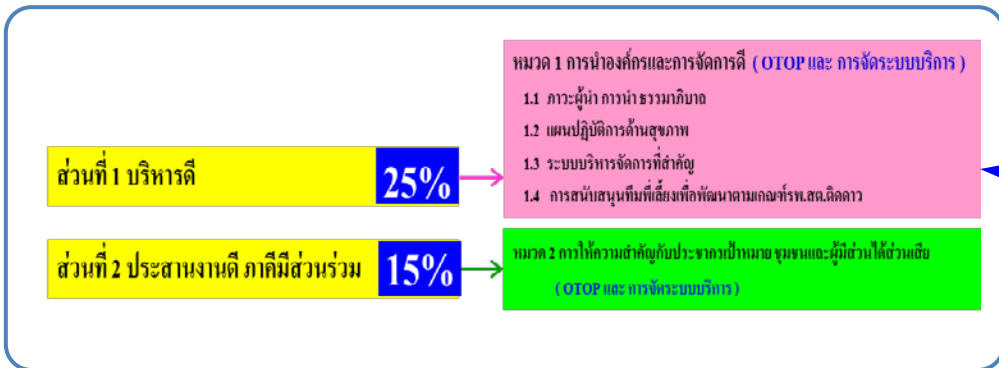
- ประเมินทุกเกณฑ์
- ประเมินเชิงระบบ
- ประเมินในรูปแบบเครือข่าย

แปรตามบริบทของพื้นที่

External audit > Internal audit

การบูรณาการ พชอ.-PCC-รพสต.ติดดาว





- พชต.
- พชม.
- คกก.พัฒนา รพ.สต.
- คกก.อื่นๆ ตามบริบท

