

แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข



และแผนปฏิบัติการรองรับการปฏิบัติราชการ
ปี 2561

จุดยืนองค์กร

ส่วนกลาง



พัฒนานโยบายกำกับ
ติดตาม ประเมินผล

ส่วนภูมิภาค



บริหารจัดการหน่วยบริการ
และขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ



ประชาชนสุขภาพดี
เจ้าหน้าที่มีความสุข
ระบบสุขภาพยั่งยืน

เป้าหมาย



เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ
ที่รวมพลังสังคม
เพื่อประชาชนสุขภาพดี

วิสัยทัศน์



พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพ
อย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน

พันธกิจ

ค่านิยมองค์กร



• MASTERY
เป็นนายตนเอง



• ORIGINALITY
เร่งสร้างสิ่งใหม่



• PEOPLE CENTERED
ใส่ใจประชาชน



• HUMILITY
ถ่อมตนอ่อนน้อม

ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน Excellence





แผนงานที่ 1 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) (4 โครงการ 12 ตัวชี้วัด)

| โครงการ | ตัวชี้วัด |
|---|--|
| 1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรี และเด็กปฐมวัย | 1) ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน 2) อัตราส่วนการตายมารดาไทย 3) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย 4) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี |
| 2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น | 1) เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100 2) ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน 3) ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป 4) ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free) 5) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี |
| 3. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน | 1) ร้อยละของวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ |
| 4. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ | 1) ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ 2) ร้อยละของ Healthy Ageing |

แผนงานที่ 2 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัด)

| | |
|--|---|
| 1. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) | 1) ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ |
|--|---|



แผนงานที่ 3 : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ (5 โครงการ 9 ตัวชี้วัด)

| โครงการ | ตัวชี้วัด |
|---|---|
| 1. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ | 1) ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง |
| 2. โครงการควบคุมโรคติดต่อ | 1) ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก 2) ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี |
| 3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ | 1) อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี 2) อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน 3) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง และสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง |
| 4. โครงการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร | 1) ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย |
| 5. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ | 1) ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด 2) ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด |

แผนงานที่ 4 : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม (2 โครงการ 2 ตัวชี้วัด)

| | |
|--|--|
| 1. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม | 1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital |
| 2. โครงการคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง (Hot Zone) | 1) ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการ มีประสิทธิภาพและยั่งยืน |



แผนงานที่ 5 : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัด)

| โครงการ | ตัวชี้วัด |
|------------------------------------|---|
| 1. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ | 1) ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster) |

แผนงานที่ 6 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) (17 โครงการ 24 ตัวชี้วัด)

| | |
|---|---|
| 1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง | 1) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ 2) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) 3) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง |
| 2. โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล | 1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) 1.1 ร้อยละของโรงพยาบาลมีระบบจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพออย่างบูรณาการ (AMR) |
| 3. โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ | 1) ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง |
| 4. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการกแรกเกิด | 1) อัตราตายทารกแรกเกิด |
| 5. โครงการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) | 1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) |
| 6. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทย | 1) ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |
| 7. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช | 1) ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต 2) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ |
| 8. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก (สูตินารีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และออร์โธปิดิกส์) | 1) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired 2) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture 37.1 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) 37.2 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery) |
| 9. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ | 1) ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้ 2) อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ |



แผนงานที่ 6 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) (17 โครงการ 24 ตัวชี้วัด)

| โครงการ | ตัวชี้วัด |
|--|---|
| 10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง | 1) ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด 2) อัตราตายจากโรคมะเร็งระดับ 3) อัตราตายจากมะเร็งปอด |
| 11. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต | 1) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m ² /yr |
| 12. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา | 1) ร้อยละของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน |
| 13. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ | 1) อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล |
| 14. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด | 1) ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษา และหยุดเสพต่อเนื่อง (remission) |
| 15. โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) | 1) ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง |
| 16. โครงการพัฒนาระบบบริการ one day surgery | 1) ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery |
| 16. โครงการพัฒนาระบบบริการ Minimally Invasive Surgery | 1) ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery |

แผนงานที่ 7 : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัด)

| | |
|---|---|
| 1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ | 1) อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป |
|---|---|

แผนงานที่ 8 : การพัฒนาตามโครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ (2 โครงการ 2 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)

| | |
|-----------------------------|--|
| 1. โครงการเฉลิมพระเกียรติ | 1) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ |
| 2. โครงการพัฒนาพื้นที่พิเศษ | 1) ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด |

แผนงานที่ 9 : จุดสาหรรมทางการแพทย์ (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)

| | |
|---|---|
| 1. โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์ | 1) จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตละ 1 จังหวัด |
|---|---|



แผนงานที่ 10 : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ (3 โครงการ 6 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)

| | |
|--|---|
| 1. โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ | 1) ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด 2) ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด |
| 2.โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข | 1) ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ 2) อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) 3) ร้อยละของจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ |
| 3.โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ | 1) ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด |



แผนงานที่ 11 : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ (2 โครงการ 6 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)

| | |
|---|--|
| 1.โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส และบริหารความเสี่ยง | <ol style="list-style-type: none"> 1) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA 2) ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม 3) ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน |
| 2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ | <ol style="list-style-type: none"> 1) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2) ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 3) ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดีดดาว |

แผนงานที่ 12 : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (2 โครงการ 3 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)

| | |
|--|--|
| 1. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ (NHIS) | 1) ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล |
| 2. โครงการพัฒนาสุขภาพด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy) | <ol style="list-style-type: none"> 1) ร้อยละของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ (Health Information Exchange (HIE)) 2) ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record) |

แผนงานที่ 13 : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ (2 โครงการ 4 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)

| | |
|--|---|
| 1. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน | <ol style="list-style-type: none"> 1) รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ ของ 3 ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ (Age adjusted health expenditure per capita of each scheme) 2) กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ 3) ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน |
| 2. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง | 1) ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน |



แผนงานที่ 14 : การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ (1 โครงการ 7 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)

1. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์

- 1) ร้อยละผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างนำไปใช้ประโยชน์
- 2) ร้อยละของงบประมาณด้านการวิจัยและพัฒนา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบประมาณทั้งหมด
- 3) ร้อยละของยากลุ่มเป้าหมายที่ผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบเพิ่มขึ้น
- 4) ร้อยละรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน
- 5) จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย
- 6) จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ
- 7) จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด

แผนงานที่ 15 : การปรับโครงสร้างและการพัฒนานโยบายด้านสุขภาพ (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)

1. โครงการปรับโครงสร้างและพัฒนานโยบายด้านสุขภาพ

- 1) ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไข และมีการบังคับใช้

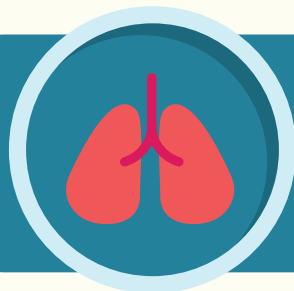
คำรับรองการปฏิบัติราชการของปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561



พชอ.
PP&P Excellence



Primary Care Cluster
Service Excellence



TB
Service Excellence

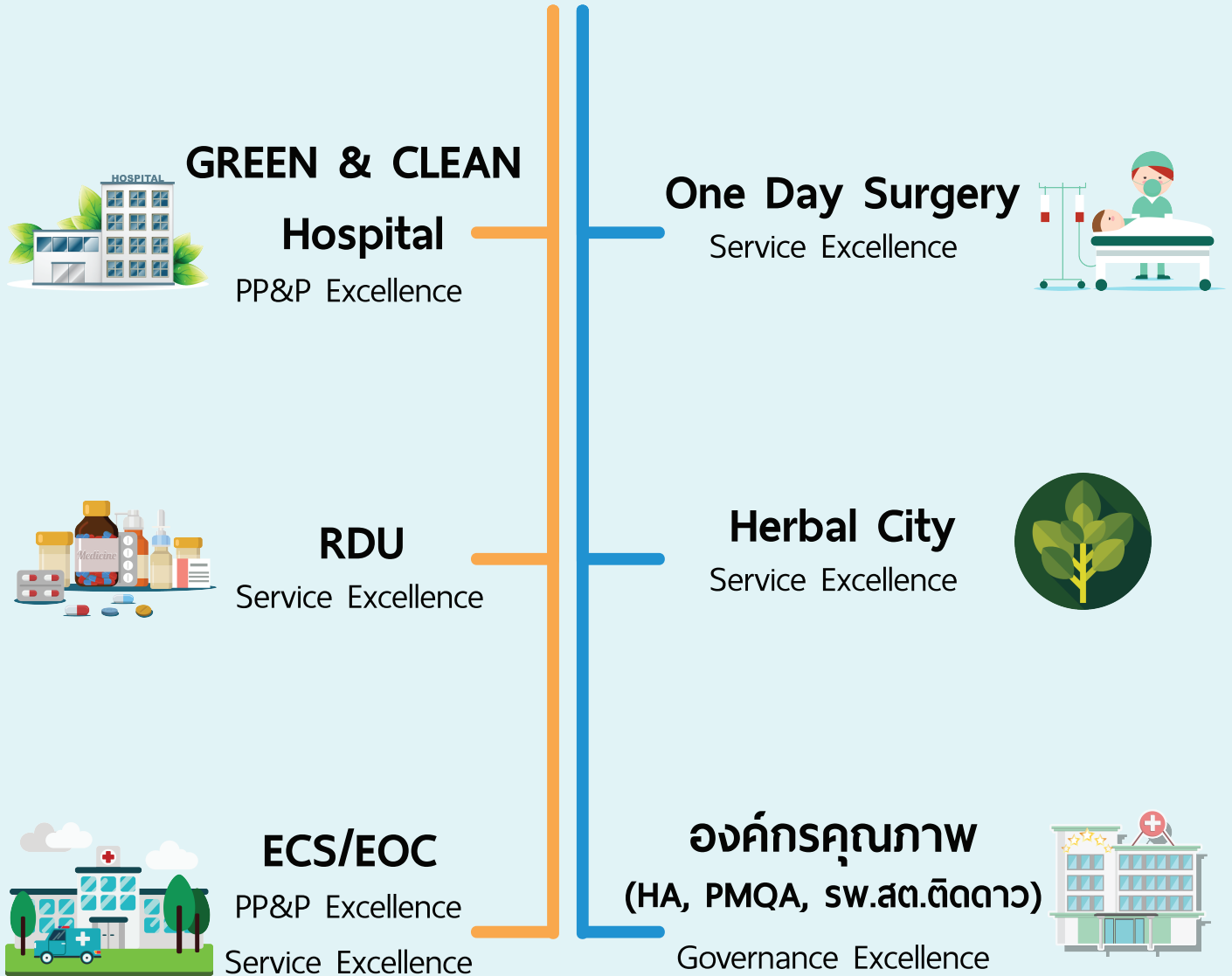


Happy MOPH
People Excellence



การเงินการคลัง
Governance Excellence

คำรับรองการปฏิบัติราชการของผู้ตรวจราชการ ประจำปีงบประมาณ 2561



ประเด็นเพิ่มเติมตาม
บริบทของเขตสุขภาพ

**แผนปฏิบัติการรองรับการดำเนินงาน
ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ
ของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ปี 2561**

1. พชอ.

แผนงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

เป้าหมาย :

มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ
สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนได้อย่างเป็นรูปธรรม

KPI : ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ (เป้าหมาย : ร้อยละ 50)

สถานการณ์ : มีการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตั้งแต่ปี พ.ศ.
พ.ศ 2559 และมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 73 อำเภอ
พ.ศ 2560 และมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 200 อำเภอ

ยุทธศาสตร์/มาตรการ

1. สร้างกลไกขับเคลื่อนที่เชื่อมโยง
ระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและ
ท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ (DHS)

2. พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
อย่างมีส่วนร่วม

3. เสริมสร้างศักยภาพ พชอ.
อย่างมั่นคงและยั่งยืน

กิจกรรมหลัก

1. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับอำเภอ (พชอ.) ตาม ร่าง ระเบียบ
สำนักนายกฯ
2. สนับสนุนและส่งเสริมการแต่งตั้ง
คณะกรรมการฯ พชอ. อย่างเป็นรูปธรรม
เป็นธรรมและมีส่วนร่วมทั่วถึงทุกภาคส่วน

1. จัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็น
พัฒนา นำมาคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่
ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต
2. จัดทำแผนดำเนินการพัฒนา/แก้ไขปัญหาคำคัญตาม
บริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย
2 เรื่อง
3. ดำเนินการตามแผนดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาคำคัญ
ตามบริบทในพื้นที่ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต
4. สรุปบทเรียนผลการดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาคำคัญ
ตามบริบทในพื้นที่ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต

1. ดำเนินการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ
อำเภอแบบบูรณาการและมีมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน
2. ประเมินผลการทำงานการพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญ
ตามบริบทในพื้นที่ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ด้วย UCCARE
3. สรุปผลการดำเนินงาน/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชื่นชมและ
เสริมพลัง
4. สนับสนุนและส่งเสริมให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
ภายในอำเภอเดียวกันเป็นบทบาทสำคัญเพื่อให้กลายเป็น
ส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมท้องถิ่น

ระดับความสำเร็จ

ไตรมาส 1
การแต่งตั้งคณะกรรมการ
พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
(พชอ.)

ไตรมาส 2
มีการจัดประชุม จัดทำแผนการ
ดำเนินการและคัดเลือกประเด็น
ที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่
ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต
มาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา
อย่างน้อย 2 ประเด็น

ไตรมาส 3
มีการดำเนินการ การบริหารจัดการ
สร้างกลไก และพัฒนาคุณภาพ
ชีวิตโดยการบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม
ของทุกภาคส่วน

ไตรมาส 4
มีการสรุปผลการดำเนินการ
ทั้งกระบวนการและผลลัพธ์
ที่เกิดขึ้นโดยกระบวนการชื่นชมและ
เสริมพลังแก่ พชอ. ที่มีประสิทธิภาพ
ร้อยละ 50

2. Primary Care Cluster : PCC

แผนงานการพัฒนากระบวนการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)

โครงการพัฒนากระบวนการแพทย์ปฐมภูมิ

KPI :

**ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัว
ที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)**

สถานการณ์ : ประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ มีภาระจากโรคที่ป้องกันได้ เมื่อเกิดป่วยจึงตรงเข้าหาบริการจากแพทย์เฉพาะทางโดยตรงใน รพศ./รพท. ทำให้เกิดความแออัดใน รพ.ขนาดใหญ่ และข้อจำกัดของงบประมาณด้านสุขภาพของประเทศ กสธ. จึงได้กำหนดนโยบายในการดำเนินงานพัฒนาระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)

Baseline : ปี 2559 รวม 48 ทีม ปี 2560 จำนวน 548 ทีม รวมเป็น 596 ทีม ครอบคลุมประชากร 6 ล้านคน

ยุทธศาสตร์/มาตรการ

**1. พัฒนารูปแบบโครงสร้างและ
การจัดบริการปฐมภูมิ**

**2. พัฒนาระบบบริหารจัดการ
กำลังคนและทีมสุขภาพ**

**3. พัฒนาระบบสนับสนุนการพัฒนา
กลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ**

**4. ขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์
และการอภิบาลระบบ**

กิจกรรมหลัก

1. พัฒนารูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว ที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่
2. สร้างกลไกการขับเคลื่อนเพื่อขยายพื้นที่ PCC
3. จัดกลุ่มเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อเตรียมการยกระดับเป็นคลินิกหมอครอบครัว
4. พัฒนาระบบการเชื่อมโยงบริการปฐมภูมิกับระบบบริการในระดับอื่นๆ
5. วิจัยรูปแบบการจัดบริการในคลินิกหมอครอบครัวที่เหมาะสม (service model) โดยอาศัยพื้นที่เป็นฐานปฏิบัติการงานวิจัย (implementation research) รวมถึงการถอดบทเรียนพื้นที่นำร่องทั้งในเขตเมือง เขตเมือง-พิเศษและเขตชนบท

1. ผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และอบรมแพทย์ทั่วไปด้านเวชศาสตร์ครอบครัว
2. พัฒนาสหสาขาวิชาชีพเพื่อรองรับการทำงานในคลินิกหมอครอบครัว
3. พัฒนาและสร้างเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อรองรับการพัฒนาระบบปฐมภูมิ
4. ดำเนินการจัดตั้งและพัฒนาศูนย์เรียนรู้เพื่อการขับเคลื่อนระบบปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัวระดับเขตสุขภาพ
5. พัฒนาระบบการสร้างแรงจูงใจให้กับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมหมอครอบครัวในการให้บริการในกลุ่มเครือข่ายและหน่วยบริการปฐมภูมิ

1. พัฒนารูปแบบการสนับสนุนด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. สนับสนุนการจัดหาสถานที่การจัดกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่เหมาะสม
3. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ เชื่อมโยงกับข้อมูลของหน่วยงานอื่นทั้งภาครัฐและเอกชน
4. จัดทำหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงิน ค่าตอบแทน เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว (Primary care cluster)

1. ถ่ายทอดนโยบายและทิศทางสู่การขับเคลื่อนอย่างบูรณาการและมีส่วนร่วมจากหน่วยงานและภาคีต่าง ๆ
2. จัดทำกฎหมายการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิ รองรับการทำงานตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2559
3. ประสาน สร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ ในการบริหารจัดการ จัดบริการ และแสวงหาการสนับสนุนรูปแบบต่าง ๆ
4. ประชาสัมพันธ์ สร้างความเข้าใจแก่ประชาชน
5. พัฒนาระบบกำกับติดตามประเมินผลให้มีประสิทธิภาพ

ระดับความสำเร็จ

ไตรมาส 1
เปิดดำเนินการคลินิก
หมอครอบครัวได้ 20% ของแผน

ไตรมาส 2
- เปิดดำเนินการคลินิกหมอครอบครัว
ได้ 30% ของแผน
- จัดตั้งศูนย์เรียนรู้ด้านเวชศาสตร์
ครอบครัวสำหรับสหวิชาชีพ 1 แห่งต่อเขต

ไตรมาส 3
เปิดดำเนินการคลินิก
หมอครอบครัวได้ 70% ของแผน

ไตรมาส 4
- เปิดดำเนินการคลินิกหมอครอบครัว
ได้ 90% ของแผน
- มีสถาบันหลักที่ผลิตแพทย์ด้วยหลักสูตร
Formal training หรือ In-service training
1 แห่ง/เขต

3. TB

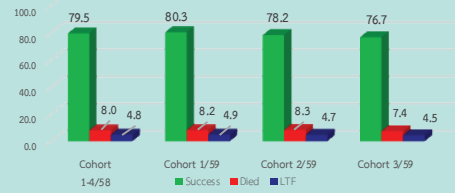
แผนงานการพัฒนาตามโครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ โครงการเฉลิมพระเกียรติ

เป้าหมาย :

อัตราการสำเร็จการรักษาผู้ป่วย
วัณโรคปอดรายใหม่ (เป้าหมาย \geq ร้อยละ 85)

สถานการณ์ : ความสำเร็จของการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคสะท้อนคุณภาพของระบบบริการ สาธารณสุข และควบคุมวัณโรคโดย ตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และป้องกันเชื้อวัณโรคดื้อยา ปัจจุบันอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคของประเทศไทยต่ำ เพียงร้อยละ 80 ซึ่งไม่สูงพอที่จะ ลดปัญหาวัณโรคที่เป้าหมายร้อยละ 90 เนื่องจากปัจจัยสำคัญ 3 ประการ คือ (1) ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต ระหว่างการรักษาสูง (2) การขาดนัดรับยาอย่างต่อเนื่อง และ (3) ไม่มีการติดตามประเมินผลการรักษา

ร้อยละผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่



ยุทธศาสตร์/มาตรการ

ยุทธศาสตร์ที่ 1
ลดการเสียชีวิต

ยุทธศาสตร์ที่ 2
ลดการขาดยา

ยุทธศาสตร์ที่ 3
พัฒนาระบบการส่งต่อและติดตามผลการรักษาทุกราย

กิจกรรมหลัก

1. ลดความล่าช้าในการตรวจวินิจฉัย โดยการ
 - คัดกรองเชิงรุกวัณโรคและวัณโรคดื้อยาในกลุ่มเสี่ยง
2. พัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่อง (Continue quality improvement : CQI)
 - จัดการรักษาตามมาตรฐานวัณโรค วัณโรคดื้อยา และวัณโรคที่มีโรคร่วม
 - พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการยาสำหรับผู้ป่วยวัณโรค
 - ทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิต (Death case conference)

1. ดูแลรักษาโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Centered Care)
 - ดูแลผู้ป่วยแบบมีที่เลี้ยง (DOT)/ผู้จัดการประจำตัว (TB case manager)
 - ขยายการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. ดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายในพื้นที่ ร่วมกับ Primary Care Cluster, District Health Board ,Family Care Team
3. ให้การช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจและสังคม

1. พัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคล และระบบการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค
2. กำกับ ติดตาม และประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Monitoring and evaluation)
 - ใช้ระบบข้อมูลที่มีคุณภาพในการกำกับติดตามผู้ป่วยวัณโรค
3. สร้างเครือข่ายหรือศูนย์กลางประสานการส่งต่อและติดตามผล (Referral center)

ระดับความสำเร็จ

ไตรมาส 1

1. Situation analysis : วิเคราะห์สถานการณ์ ขนาดและความรุนแรงของปัญหา กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่เป้าหมาย** ช่องว่างและ ปัญหาอุปสรรคที่ส่งผลการเสียชีวิต ขาดยา และการติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค

2. Planning จัดทำแผนงานเพื่อลดการเสียชีวิต การขาดยา และพัฒนาระบบการส่งต่อและติดตามผลการรักษา

ไตรมาส 2

Monitoring กำกับและติดตามการดำเนินงานตามแผนงานเพื่อลดการเสียชีวิต การขาดยา และพัฒนาระบบการส่งต่อของพื้นที่เป้าหมาย**

ไตรมาส 3

Monitoring กำกับและติดตามการดำเนินงานตามแผนงานเพื่อลดการเสียชีวิต การขาดยา และพัฒนาระบบการส่งต่อของพื้นที่เป้าหมาย**

ไตรมาส 4

Evaluation อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85

** พื้นที่เป้าหมาย : ระดับจังหวัดวิเคราะห์รายอำเภอ / ระดับเขตสุขภาพ/สคร.วิเคราะห์รายจังหวัด และ ระดับประเทศวิเคราะห์รายเขตสุขภาพ/สคร.

4. Happy MOPH

แผนงานการพัฒนาาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข

กลุ่มเป้าหมาย :

บุคลากรสาธารณสุข 5 ประเภทการจ้าง
(ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข) ในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับ ทุกสายงาน
(กรม เขตสุขภาพ สพศ. สพท. และหน่วยงานในความรับผิดชอบ
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)

KPI : อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) (เป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85)

สถานการณ์ : บุคลากรด้านสาธารณสุข ได้รับการส่งเสริมให้มีระบบและสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ดี ด้วยกระบวนการในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เพื่อธำรงรักษาบุคลากรและสร้างความต่อเนื่องในระบบการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลในทุกระดับ ทุกสายงานของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้อัตราการคงอยู่ของกำลังคนด้านสุขภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85

ยุทธศาสตร์/มาตรการ

1. การบริหารจัดการข้อมูล
กำลังคนด้านสุขภาพ

2. เสริมสร้างแรงจูงใจในการธำรงรักษา
/การคงอยู่ของบุคลากร

3. สร้างความยั่งยืนในระบบการ
บริหารจัดการทรัพยากรบุคคล

กิจกรรมหลัก

1.1 พัฒนาระบบข้อมูลกำลังคนระดับหน่วยงานในสังกัด
กระทรวงสาธารณสุข (โครงการพัฒนาระบบ HROPS)
1.2 พัฒนาคูณภาพของข้อมูลการสูญเสียบุคลากร
สาธารณสุขในระดับหน่วยงาน
- การลาออก การถูกให้ออกโดยมีความผิด
การให้ออกไปสังกัดใหม่นอกกระทรวงสาธารณสุข
(ข้อมูลจากระบบ HROPS/ ระดับกรม)

2.1 การบริหารอัตรากำลังให้เพียงพอต่อภาระงานของ
หน่วยงาน(การจัดคนลงตามโครงสร้างกรอบอัตรากำลัง)
2.2 เสริมสร้างความก้าวหน้าในสายอาชีพให้แก่บุคลากร
2.3 พัฒนาหน่วยงานสู่การเป็นองค์กรแห่งความสุข
2.4 มีการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของ
บุคลากรในหน่วยงานทุกระดับ

3.1 พัฒนากลไกการขับเคลื่อนและการบริหาร
จัดการกำลังคน
3.2 พัฒนาระบบการติดตามผลการบริหาร
จัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

ระดับความสำเร็จ

ไตรมาส 1

1. ฐานข้อมูล HROPS มีความถูกต้อง
เป็นปัจจุบัน
2. มีผลการวิเคราะห์ข้อมูลการสูญเสีย
บุคลากรและสถานการณ์กำลังคน สธ.
3. มีผลการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลดัชนี
ความสุขของคนทำงานของปีที่ผ่านมา
(Happinometer)
4. มีแนวทาง แผน และการเตรียมการตาม
กิจกรรมส่งเสริมความก้าวหน้า และการ
จัดการความเสี่ยงความปลอดภัยฯ
(นำร่อง-ส่วนกลาง)

ไตรมาส 2

1. มี Model การจัดทำแผนกำลังคนด้านสุขภาพฯ 5 ปี
(2561: สายวิชาชีพ 25 สายงาน)
2. มี Career Model และเกณฑ์ความก้าวหน้า
(2561: สายวิชาชีพ 25 สายงาน)
3. มีแผนและการดำเนินการตามแผนเสริมสร้าง
ความผาสุก (นำร่อง-ส่วนกลาง ร้อยละ 50) แผนจัดการ
ความเสี่ยงฯ (นำร่อง-ส่วนกลาง ร้อยละ 50)
4. มีคู่มือการปฏิบัติงานด้าน HR (ร้อยละ 50 จาก
กระบวนการทั้งหมด)
5. มีเครือข่ายการปฏิบัติงานด้าน HR ของกระทรวงฯ

ไตรมาส 3

1. บุคลากรในสังกัดมีความรู้ความเข้าใจ
เกี่ยวกับเส้นทางความก้าวหน้าในสาย
อาชีพของตนเอง (เฉพาะสายวิชาชีพ 25
สายงาน คิดเป็นร้อยละ 80 ขึ้นไป)
2. มีการประชุมจัดทำแผนกำลังคนด้าน
สุขภาพของเขตสุขภาพ
3. ร้อยละ 60 ของหน่วยงานมีการนำ
ดัชนีความสุขของคนทำงาน
(Happinometer) ไปใช้ ตั้งแต่ระดับ
4 ขึ้นไป

ไตรมาส 4

1. Retention rate ไม่น้อยกว่า
ร้อยละ 85
2. มีหน่วยงานตัวอย่างองค์กรแห่ง
ความสุขอย่างน้อยจังหวัดละ
1 หน่วยงาน
3. หน่วยงานมีการนำคู่มือการ
ปฏิบัติงานด้าน HR ไปใช้
(ร้อยละ 50)
4. มีการติดตามผลการบริหาร
จัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

5. การเงินการคลัง

แผนงานการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

กลุ่มเป้าหมาย :

โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัด
กระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง (รพศ. รพท. รพช.)

KPI : ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 (เป้าหมาย : ไม่เกินร้อยละ 6)

สถานการณ์ : หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย รพศ. รพท. รพช. มีการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยง (Risk Management) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ นวัตกรรมระดับพื้นที่ เพื่อการพัฒนาและขยายเป้าหมายการดำเนินงาน การร่วมบริหารผ่านคณะกรรมการร่วมระดับประเทศ (7*7) พัฒนาการบริหารระบบบัญชีให้มีคุณภาพ พัฒนาศักยภาพ ภาควิชาที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อลดอัตราหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ด้วยการขับเคลื่อน 5 มาตรการ

ยุทธศาสตร์/มาตรการ

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| 1. การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation) | 2. ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management) | 3. สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management) | 4. พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management) | 5. พัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง (Network & Capacity Building) |
|--|--|---|--|--|

กิจกรรมหลัก

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 1.1 มีการจัดสรรเงินให้หน่วยบริการมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย 1.2 พัฒนาประสิทธิภาพของระบบการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการ 1.3 เฝ้าระวัง ติดตาม ประเมินผล ความเพียงพอของการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการ | 2.1 ทุกหน่วยบริการจัดทำแผนทางการเงินที่มีคุณภาพ 2.2 วางระบบเฝ้าระวังตามแผนทางการเงินหน่วยบริการ 2.3 ควบคุมกำกับโดยเปรียบเทียบแผนการเงินกับผลการดำเนินงาน | 3.1 เพิ่มรายได้ ลดรายจ่ายจากการดำเนินงาน 3.2 เพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน | 4.1 พัฒนาระบบบัญชีให้ได้มาตรฐาน 4.2 พัฒนาระบบการตรวจสอบบัญชี 4.3 พัฒนาระบบงานสารสนเทศด้านการเงินการคลังสำหรับผู้บริหาร (Executive Information System : EIS) 4.4 พัฒนาการนำข้อมูลการเงินหน่วยบริการเข้าระบบ GFMS | 5.1 พัฒนาศักยภาพผู้บริหารทางการเงิน (CFO) 5.2 พัฒนาศักยภาพผู้ตรวจสอบบัญชี (Auditor) |
|---|--|--|--|--|

ระดับความสำเร็จ

| | | | |
|--|--|--|--|
| ไตรมาส 1 หน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ร้อยละ 100 | ไตรมาส 2 หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 6 | ไตรมาส 3 หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 6 | ไตรมาส 4 หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 6 |
|--|--|--|--|

6. GREEN & CLEAN Hospital

แผนงานการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

กลุ่มเป้าหมาย :

โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
มีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามหลักเกณฑ์
GREEN & CLEAN Hospital

KPI : ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital
(เป้าหมาย : โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ 20 โดยมีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง)

สถานการณ์ : ปี 2560 : ร้อยละ 90 ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับพื้นฐานขึ้นไป

ยุทธศาสตร์/มาตรการ

1. สร้างกระบวนการพัฒนา

2. พัฒนาระบบให้ยั่งยืน

กิจกรรมหลัก

โรงพยาบาล

1.ประกาศนโยบายการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital 2.ประเมินตนเองตามหลักเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital วิเคราะห์และวางแผนปฏิบัติการเพื่อขับเคลื่อน 3. สื่อสาร ขับเคลื่อนและพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital อย่างมีส่วนร่วม 4. ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ/แนวทางการดำเนินงานกิจกรรม GREEN& CLEAN Hospital 5. มีการจัดประชุมคณะกรรมการเพื่อกำกับติดตามทบทวนผลการดำเนินงาน ประเมินผลและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 6. ส่งเสริมการสร้างนวัตกรรม GREEN 7. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN สุขุมชนเพื่อส่งเสริมให้เกิด GREEN Community

จังหวัด

1. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลโรงพยาบาลในพื้นที่ เพื่อจัดกลุ่มวางแผนการพัฒนากระดับ 2. จัดทำแผนพัฒนาโรงพยาบาลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital เพื่อให้การสนับสนุน 3. จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลในพื้นที่ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาร่วมกัน 4. สนับสนุนองค์ความรู้ และให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาล 5. จัดทีมตรวจประเมิน และลงพื้นที่ตรวจประเมิน

เขต

1. จัดทำฐานข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลภาพรวมระดับเขตสุขภาพ จังหวัด เพื่อและจัดทำแผนการสนับสนุน 2. สร้างภาคีเครือข่ายและกลไกการบริหารจัดการเชิงนโยบายเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาโรงพยาบาลร่วมกัน 3. จัดทีมสุ่มประเมิน และทีมเยี่ยมเสริมพลังเพื่อร่วมแลกเปลี่ยนและให้การสนับสนุนการพัฒนาเชิงคุณภาพ 4. กำกับติดตามความก้าวหน้าการพัฒนาโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ

กระทรวง

1. จัดทำฐานข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลภาพรวมระดับประเทศ เขตสุขภาพ จังหวัดและจัดทำแผนการสนับสนุน 2. สื่อสารประชาสัมพันธ์โครงการ GREEN&CLEAN Hospital สร้างการรับรู้การสื่อสารสาธารณะ เช่น Template ป้ายประชาสัมพันธ์ 3. พัฒนากลไกการบริหารจัดการเชิงนโยบายเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาโรงพยาบาลร่วมกัน 4. จัดทีมเยี่ยมเสริมพลังเพื่อร่วมแลกเปลี่ยนและให้การสนับสนุน

โรงพยาบาล

1. มีระบบการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน การประเมินผลความพึงพอใจผู้มารับบริการและวางแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 2. พัฒนาศักยภาพและสร้างการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ ในโรงพยาบาล 3. บูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย และสร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาล และชุมชน

จังหวัด

1. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง 2. สนับสนุนให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่ระหว่างโรงพยาบาล 3. เชื่อมโยงเครือข่ายการพัฒนา GREEN Hospital สุขุมชน เพื่อให้เกิด GREEN Community

เขต

1. บูรณาการเพื่อขับเคลื่อนเชิงนโยบายร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้อง 2. สนับสนุนให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่ผ่าน Best practices 3. พัฒนากลไกการสนับสนุน และการกำกับติดตาม

กระทรวง

1. พัฒนาระบบฐานข้อมูล วิเคราะห์และจัดทำแผนบูรณาการเพื่อขับเคลื่อนเชิงนโยบายร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้อง 2. วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ 3. พัฒนากลไกการสนับสนุน และการกำกับติดตาม

ระดับความสำเ้าเร็จ

ไตรมาส 1

โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ
ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 90

ไตรมาส 2

1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 95
2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 50

ไตรมาส 3

โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐาน
ขึ้นไป ร้อยละ 100

ไตรมาส 4

1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก ร้อยละ 20
2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง

7. RDU - AMR

แผนงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

เป้าหมาย :

ใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพและความปลอดภัย
ลดค่าใช้จ่ายด้านยา ลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา
และลดการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างไม่เหมาะสม

KPI :

- ร้อยละของ รพ. ที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) (เป้าหมาย : RDU ชั้นที่ 1 \geq ร้อยละ 80, RDU ชั้นที่ 2 \geq ร้อยละ 20)
- ร้อยละของ รพ. ระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) (เป้าหมาย : ร้อยละ 70)

สถานการณ์ : รพ. ที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล RDU ชั้นที่ 1 ร้อยละ 41.56 ชั้นที่ 2 ร้อยละ 0.56 (ข้อมูล ณ ไตรมาส 3/2560)

ยุทธศาสตร์/มาตรการ

มาตรการที่ 1 การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในรพ.
(ภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ
พ.ศ. 2555 – 2559)

มาตรการที่ 2 การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) อย่างบูรณาการ
(ภายใต้แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย
พ.ศ. 2560-2564)

กิจกรรมหลัก

- พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ PTC
- ส่งเสริมกิจกรรมอื่นๆ ในกฎแฉ PLEASE โดยใช้ RDU markers โรคติดเชื้อ 4 โรค และประชากรกลุ่มเสี่ยง 3 กลุ่ม คือ CKD ผู้สูงอายุ และสตรีตั้งครรภ์
- พัฒนาระบบสารสนเทศระดับกระทรวง เขต จังหวัด และรพ.
- ส่งเสริมกิจกรรมการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมใน รพ.สต.

- ส่วนกลางจัดทำ “แนวทางการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ” และระบบสนับสนุนการดำเนินการของ รพ.
- ส่วนกลาง และ รพ. ร่วมพัฒนาศักยภาพ “ระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ” ของ รพ.
- รพ. พัฒนาและดำเนินงานตาม “ระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ”

ระดับความสำเร็จ

ไตรมาส 1

RDU ชั้นที่ 1 \geq ร้อยละ 60
RDU ชั้นที่ 2 \geq ร้อยละ 5

ไตรมาส 2

RDU ชั้นที่ 1 \geq ร้อยละ 70
RDU ชั้นที่ 2 \geq ร้อยละ 10
AMR : ส่วนกลางมีแนวทางการจัดการ
AMR อย่างบูรณาการของ รพ.

ไตรมาส 3

RDU ชั้นที่ 1 \geq ร้อยละ 80
RDU ชั้นที่ 2 \geq ร้อยละ 15
AMR : รพ. ร้อยละ 40 มีระบบ
จัดการ AMR อย่างบูรณาการ

ไตรมาส 4

RDU ชั้นที่ 1 \geq ร้อยละ 80
RDU ชั้นที่ 2 \geq ร้อยละ 20
AMR : รพ. ร้อยละ 70
มีระบบจัดการ AMR อย่างบูรณาการ

8.1 ECS

แผนงานการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

เป้าหมาย/KPI :

- อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินใน sw. ระดับ F2 ขึ้นไป (เป้าหมาย: น้อยกว่าร้อยละ 12)
- ร้อยละของ sw. ระดับ F2 ขึ้นไป ที่มี ECS คณภาพ (เป้าหมาย : มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70)
- อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในที่มีค่า PS > 0.75 (เป้าหมาย : น้อยกว่าร้อยละ 10)
- อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน (เป้าหมาย : น้อยกว่า 18: 100,000 ประชากร)
- ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินมาโดยระบบ (เป้าหมาย : EMS มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60)
- อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย Severe Head Injury

- สถานการณ์ :**
- ร้อยละผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินมาโดยระบบ EMS = 24.64
 - ภาวะผู้ป่วยล้นในท้องฉุกเฉิน 35 ล้านครั้ง/ปี (>60% ไม่ฉุกเฉิน)
 - ร้อยละ 60 - 70 ของ Adverse Event ในท้องฉุกเฉินป้องกันได้
 - RTI = 18.39 : 100,000 ประชากร
 - ขาดแพทย์ EP 1420, ENP 2060, Paramedic 2405
 - ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F2 ที่มี ECS คุณภาพ = 83.19
 - อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในที่มีค่า PS > 0.75 = 0.38

ยุทธศาสตร์/มาตรการ

1. ER คุณภาพ

2. การจัดการสาธารณภัย ในสถานพยาบาล

3. การพัฒนาบุคลากร

4. ระบบข้อมูล

5. การป้องกัน

กิจกรรมหลัก

ส่วนกลาง

- จัดทำคู่มือการดำเนินงาน ER คุณภาพ
- จัดทำแนวทาง ER Safety
- National Triage

เขต/สสจ.

- กำหนดนโยบาย ER คุณภาพระดับเขต
- สนับสนุนงบประมาณดำเนินงาน ER คุณภาพ

โรงพยาบาล

- มาตรการลดภาวะท้องฉุกเฉินแออัด
- ดำเนินการตามแนวปฏิบัติ ER Safety (2P Safety)
- ER Quality Improvement (Audit)

ส่วนกลาง

- จัดทำแผนการประเมิน Hospital Safety Index
- Hospital Preparedness for Emergencies (HOPE)

เขต/สสจ.

- รวมความเสี่ยงของโรงพยาบาลในเขต
- สนับสนุนให้มีการกำหนด

โรงพยาบาล

- ประเมินความเสี่ยง Hospital Safety Index
- จัดทำแผนการจัดการสาธารณภัย /แผนประกอบกิจการ/แผนอพยพผู้ป่วย และซ้อมแผน

ส่วนกลาง, เขต/สสจ., โรงพยาบาล

- จัดทำแผนการผลิต EP, EN/ENP, Paramedic และสาขาที่เกี่ยวข้อง
- วางแผนการผลิต
- อบรมหลักสูตร CLS,MERT, TEA unit, Emergency Department Management

ส่วนกลาง

- บูรณาการ IS/PHER/ITEMS/HIS
- พัฒนาเพิ่มมาตรฐาน ECS โดยอิงจากเพิ่ม ACCIDENT
- แนวทางกรรงานตัวชีวิต

เขต/สสจ.

- ข้อมูล ECS ระดับเขต/จังหวัด
- มีการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์

โรงพยาบาล

- TEA unit
- ส่งออกข้อมูลเพิ่ม ACCIDENT (EMERGENCY)
- นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์

ส่วนกลาง, เขต/สสจ., โรงพยาบาล

ขับเคลื่อน DHS-RTI ระดับอำเภอ

- จัดการข้อมูลระดับอำเภอ
- การสอบสวน Case
- การมีส่วนร่วมทีมสหสาขา+อปถ.อำเภอ
- การชี้เป้าจุดเสี่ยง
- การขับเคลื่อนให้เกิด RTI Team
- มาตรการชุมชน/ตำบลชุมชน
- มีแผนงาน/โครงการ
- การสื่อสารความเสี่ยง
- สรุปผลการดำเนินงาน
- Ambulance Safety

ระดับความสำเร็จ

ไตรมาส 1

- จัดทำ National Triage
- จัดทำคู่มือ ER คุณภาพ และความปลอดภัย (ER Safety Goals)
- ปรับปรุงเกณฑ์ประเมินคุณภาพระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (ECS)
- จัดทำมาตรฐานข้อมูลท้องฉุกเฉิน
- สื่อสารนโยบายและการดำเนินงานพัฒนาท้องฉุกเฉิน

ไตรมาส 2

- มีการทบทวนวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิต
- อัตราการเสียชีวิต PS<0.75 น้อยกว่า 1.2
- อัตราการเสียชีวิต Severe Head Injury <25%
- ร้อยละ 40 ของโรงพยาบาลตั้งแต่ F2 ขึ้นไปที่ประเมิน Hospital Safety Index
- ร้อยละ 40 ของโรงพยาบาลระดับ M1, S, A มี TEA unit ที่ได้มาตรฐาน
- ร้อยละ 40 ของโรงพยาบาล ตั้งแต่ F2 ขึ้นไปส่งข้อมูลเพิ่ม ACCIDENT

ไตรมาส 3

- อัตราการเสียชีวิตผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป < 14%
- ร้อยละ 70 ของโรงพยาบาลตั้งแต่ F2 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์ ECS คุณภาพ
- ร้อยละ 60 ของโรงพยาบาลตั้งแต่ F2 ขึ้นไปที่ประเมิน Hospital Safety Index และจัดทำแผน
- ร้อยละ 60 ของโรงพยาบาลระดับ M1, S, A มี TEA unit ที่ได้มาตรฐาน
- ร้อยละ 60 ของโรงพยาบาล F2 ขึ้นไปส่งข้อมูลเพิ่ม ACCIDENT

ไตรมาส 4

- อัตราการเสียชีวิตผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป < 12%
- อัตราการเสียชีวิต PS<0.75 น้อยกว่า 1 %
- อัตราการเสียชีวิต Severe Head Injury <20%
- ร้อยละ 80 ของโรงพยาบาลตั้งแต่ F2 ขึ้นไปที่ประเมิน Hospital Safety Index และจัดทำแผน
- ร้อยละ 80 ของโรงพยาบาลระดับ M1, S, A มี TEA unit ที่ได้มาตรฐาน
- ร้อยละ 80 ของโรงพยาบาล F2 ขึ้นไปส่งข้อมูลเพิ่ม ACCIDENT

8.2 EOC

แผนงานการป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ

KPI :

ร้อยละจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการ
ภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักสถานการณ์ (SAT)
ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง (เป้าหมาย : ร้อยละ 85)

สถานการณ์ : ปัจจุบันสถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพมีความรุนแรงและสามารถแพร่ระบาดได้อย่างกว้างขวาง จำเป็นต้องพัฒนาระบบการตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติให้รวดเร็วและตอบโต้ได้ทันที ภายใต้ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน ทีมตระหนักสถานการณ์ ทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค และหน่วยงานอื่นร่วมกันจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public Health Emergency Management: PHEM) โดยรายงานข้อมูลโรคและภัยสุขภาพตามระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้นในพื้นที่ต่างๆ ผ่านระบบการบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ที่เชื่อมโยงระดับจังหวัด เขตสุขภาพ และกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลาง

ยุทธศาสตร์/มาตรการ

1. พัฒนาผู้บัญชาการเหตุการณ์
ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC)
ระดับจังหวัด

2. จัดเตรียมเฝ้าระวังและประเมิน
สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ
และทีมปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน
ทางสาธารณสุขระดับจังหวัด

3. การซ้อมแผนตามระบบบัญชาการ
เหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข
ระดับจังหวัด

กิจกรรมหลัก

1. จัดการอบรมหลักสูตรผู้บริหารด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระบบบัญชาการเหตุการณ์และศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินทางสาธารณสุข (PHEM ICS&EOC)

1. จัดเวร SAT เฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพในภาวะปกติ และภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับจังหวัด พร้อมทั้งฝึกปฏิบัติ
2. จัดทีมปฏิบัติการระดับจังหวัดในส่วนภารกิจปฏิบัติการ (Operation Section) เพื่อปฏิบัติการในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (เช่น MERT, mini MERT, EMS, MCAT, CDCU/SRRT ฯ)

1. จัดการซ้อมแผน หรือยกระดับเปิดปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่
2. จัดทำแผนเผชิญเหตุ (Incident Action Plan: IAP) ของเหตุการณ์สำคัญโดยกำหนดวิธีปฏิบัติการพร้อมข้อสั่งการไปยังหน่วยงาน

ระดับความสำเร็จ

ไตรมาส 1

ร้อยละ 85 ของจังหวัด มีผู้บัญชาการเหตุการณ์ตามโครงสร้างศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด ที่ผ่านหลักสูตร ICS สำหรับผู้บริหาร

ไตรมาส 2

ร้อยละ 85 ของจังหวัด มีการเฝ้าระวังตรวจจับ และประเมินสถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพ (SAT ภาวะปกติ และ SAT ภาวะฉุกเฉิน)และมีทีมปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

ไตรมาส 3

ร้อยละ 85 ของจังหวัด มีรายงานการวิเคราะห์ระดับความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัด

ไตรมาส 4

ร้อยละ 85 ของจังหวัด มีแผนเผชิญเหตุ (Incident Action Plan: IAP) ของเหตุการณ์สำคัญโดยกำหนดวิธีปฏิบัติการพร้อมข้อสั่งการไปยังหน่วยงาน

9. One Day Surgery

แผนงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการพัฒนาระบบบริการ one day surgery

KPI :

ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยตาม
12 โรคหัตถการ ได้รับบริการแบบ One Day Surgery
(เป้าหมายร้อยละ 15)

สถานการณ์ : 1. ประเทศอังกฤษมีการผ่าตัดแบบ ODS เป็นผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 34% เป็น 65% ส่วนสหรัฐอเมริกามีการผ่าตัดแบบ ODS เป็นผู้ป่วยนอก >60% ค.ศ.2016 และจะเพิ่มขึ้นถึง 75% แต่ในประเทศไทยมีข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถให้บริการผ่าตัดแบบ ODS ได้ โดยมีสาเหตุมาจากการชดเชยค่ารักษาพยาบาลที่แตกต่างกันระหว่างการให้บริการแบบผู้ป่วยนอกกับผู้ป่วยใน 2. ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันในระดับนานาชาติว่า One Day Surgery มีความสำคัญ คือผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน และกลับไปทำงานหารายได้จนเจอครอบครัวได้เร็ว ลดค่าใช้จ่ายครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ลดภาระเศรษฐกิจประเทศชาติในการรักษาพยาบาล 3.ผู้ป่วยที่ทำหัตถการวันนอนเฉลี่ย 3 วัน, ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยวันละ 7,500 บาท

ยุทธศาสตร์/มาตรการ

1. พัฒนาระบบการเบิกจ่าย
ค่ารักษาพยาบาลการบริการผ่าตัด
แบบวันเดียว (One day Surgery)

2. พัฒนาและจัดตั้ง
One day Surgery Unit

3. พัฒนาศักยภาพการรักษาพยาบาล
การบริการผ่าตัดแบบวันเดียว
(One day Surgery)

กิจกรรมหลัก

- รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ต้นทุน reimbursement รายหัตถการ ODS จากหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง และประชุมข้อตกลง Reimbursement ที่เหมาะสมกับ สปสช.
- วางกรอบการปฏิบัติและการคัดเลือกผู้ป่วยให้เหมาะสม โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของการให้บริการ (Patient Selection Criteria and Guideline for Patient safety)
- จัดทำเกณฑ์ประเมินศักยภาพโรงพยาบาลที่สามารถให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียว (One Day Surgery)

- สำรวจ ประเมินความพร้อมและอนุมัติให้สถานบริการดำเนินงานตามโครงการ
- จัดตั้งศูนย์ ONE Day Surgery Unit ใน รพศ. และ รพ.ในเขตสุขภาพ
- ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้แก่แพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อเตรียมความพร้อมการจัดตั้ง One Day Surgery Unit ในรพศ. และ รพ. ในเขตสุขภาพ
- สร้างความรู้ความเข้าใจประโยชน์การให้บริการแบบ One Day Surgery แก่ประชาชนผ่านช่องทางต่างๆ
- เชื่อมโยงการรายงานการให้บริการ ODS กับระบบรายงานของกระทรวงสาธารณสุข กองทุนสุขภาพ และรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล (ระบบ HDC, ระบบ E-cliam และระบบ Risk Management ในโรงพยาบาล)

- ประเมินผลการดำเนินงาน One Day Surgery ในรพศ. และรพ.ในเขตสุขภาพ
- กำหนดอัตรากำลังและจัดหลักสูตรการพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับการพัฒนา One Day Surgery Unit

ระดับความสำเร็จ

ไตรมาส 1

- ข้อมูล reimbursement ที่เป็นธรรมใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด
- เขตสุขภาพมีความเข้าใจแนวทางการดำเนินงานบริการผ่าตัดแบบวันเดียว One Day Surgery : ODS เป็นไปทิศทางเดียวกันอย่างเป็นระบบ
- เขตสุขภาพสามารถวางแผนการพัฒนาการให้บริการ One Day Surgery : ODS ได้สอดคล้องกับบริบทของเขตสุขภาพ

ไตรมาส 2

- เขตสุขภาพสามารถวางแผนและพัฒนารูปแบบการให้บริการ One Day Surgery : ODS ที่สอดคล้องกับบริบทของเขต
- โรงพยาบาลระดับ A สามารถดำเนินการให้บริการ One Day Surgery : ODS ได้อย่างน้อย 1 แห่ง/เขต

ไตรมาส 3

- โรงพยาบาลระดับ S, M1 สามารถดำเนินการ One Day Surgery : ODS ได้อย่างน้อย 1 แห่ง/เขต

ไตรมาส 4

- ข้อมูลในการวางแผนปรับปรุงการดำเนินงานและการประเมินประสิทธิภาพโครงการ

10. Herbal City

แผนงานอุตสาหกรรมทางการแพทย์

โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์

KPI :

ระดับประเทศ / เขต :

จำนวนเมืองสมุนไพร (เป้าหมาย : อย่างน้อยเขตละ 1 จังหวัด)

สถานการณ์ : Situation : เมืองสมุนไพร เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ.2559 ถึงปัจจุบัน โดยดำเนินการนำร่อง 4 จังหวัด ครอบคลุม 4 ภาค 4 เขตสุขภาพ ได้แก่ จังหวัดเชียงราย จังหวัดปราจีนบุรี จังหวัดสกลนคร และจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยปลายปี 2560 ได้กำหนดพื้นที่ (Mapping) เพิ่มอีก 9 จังหวัด (พิษณุโลก อุทัยธานี สระบุรี นครปฐม จันทบุรี มหาสารคาม สุรินทร์ อำนาจเจริญ และสงขลา) รวมทั้งสิ้น 13 จังหวัด ใน 12 เขตสุขภาพ เพื่อวางแผนเป็นเมืองสมุนไพรส่วนขยาย Baseline : ปี 2560 มีเมืองสมุนไพร 4 จังหวัดนำร่อง (เชียงราย ปราจีนบุรี สกลนคร สุราษฎร์ธานี)

ยุทธศาสตร์/มาตรการ

1. สร้างความเข้มแข็งของการบริหาร และนโยบายของรัฐเพื่อการขับเคลื่อน พื้นที่ฐานรากอย่างยั่งยืน

2. พัฒนาคุณภาพวัตถุดิบ สมุนไพรยกระดับมูลค่าผลผลิต ให้กับเกษตรกร

3. ขยายช่องทางการ ใช้ประโยชน์ เพิ่มมูลค่า และการตลาด (Non-Therapeutics)

4. ส่งเสริมการใช้สมุนไพร ในระบบบริการสุขภาพ (Therapeutics)

กิจกรรมหลัก

1. จัดทำแผนงานบูรณาการพัฒนาเมืองสมุนไพร ภายใต้แผนพัฒนาจังหวัด
2. จัดตั้งคณะกรรมการโครงการเมืองสมุนไพรระดับจังหวัด
3. คัดเลือกกลุ่มแกนนำด้านสมุนไพรในจังหวัด และขึ้นทะเบียนเกษตรกรผู้ปลูกสมุนไพรที่มีพื้นที่การปลูกตั้งแต่ 100 ตารางวาขึ้นไป
4. จัดทำฐานข้อมูลด้านสมุนไพรผู้ปลูก/ผู้จำหน่าย/พื้นที่ปลูก/แปรรูป/ปริมาณวัตถุดิบสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน ของจังหวัด
5. ศึกษาความต้องการวัตถุดิบสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์สมุนไพรในพื้นที่จังหวัดเมืองสมุนไพร

ต้นทาง

1. ส่งเสริมการผลิตและแปรรูปผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้มีคุณภาพและได้มาตรฐาน GAP/GACP/Organic (นำร่อง), GAP/GACP (ส่วนขยาย)
 2. ศึกษารูปแบบการขยายตัวของเกษตรกร
- กลไกทาง**
1. พัฒนาคุณภาพโรงงานผลิตยา ผลิตภัณฑ์สมุนไพรสู่มาตรฐาน GMP

1. พัฒนาศักยภาพด้านแผนธุรกิจ (Business plan)
2. พัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขันของผู้ประกอบการ SMEs สู่ตลาดสากล
3. เพิ่มศักยภาพให้กับผู้ประกอบการหรือองค์กรที่มีความพร้อมในการทำงานวิจัยหรือนวัตกรรมด้านสมุนไพรมาผลิตเป็นยาหรือผลิตภัณฑ์ที่เพิ่มมูลค่า ที่ได้มาตรฐานและมีความเป็นเอกลักษณ์ของพื้นที่
4. ขยายช่องทางการตลาด

1. พัฒนางานประชาสัมพันธ์เชิงรุก
2. กำหนดยา ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เพื่อใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบันในสถานบริการทุกระดับ

ระดับความสำเร็จ

ไตรมาส 1

จังหวัดนำร่อง

1. มีกลุ่มแกนนำด้านสมุนไพร อย่างน้อย 1 กลุ่ม
2. มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/ผู้จำหน่าย/พื้นที่ปลูก/แปรรูป/ปริมาณวัตถุดิบสมุนไพรที่ได้มาตรฐานของจังหวัด
3. มีข้อมูลความต้องการวัตถุดิบสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของจังหวัดเมืองสมุนไพร (Demand & Supply Matching)

จังหวัดส่วนขยาย

1. มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/ผู้จำหน่าย/พื้นที่ปลูก/แปรรูป/ปริมาณวัตถุดิบสมุนไพรที่ได้มาตรฐานของจังหวัด

ไตรมาส 2

จังหวัดนำร่อง

1. มีพื้นที่เพาะปลูกสมุนไพรที่ได้มาตรฐานจากแปลงปลูกมาตรฐาน GAP/GACP/Organic จำนวนรวม 1,000 ไร่/ปี
2. มีโรงงานแปรรูปและผลิตยาผลิตภัณฑ์สมุนไพร GMP อย่างน้อย 1 แห่ง (ภาครัฐและเอกชน)

จังหวัดส่วนขยาย

1. มีการจัด Zoning พื้นที่การปลูกสมุนไพร
2. มีโรงงานแปรรูปและผลิตยาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเตรียมการเข้าสู่มาตรฐาน GMP อย่างน้อย 1 แห่ง

ไตรมาส 3

จังหวัดนำร่อง

1. เพิ่มจำนวน Shop/ Outlet อย่างน้อยปีละ 1 แห่ง
2. มีมูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพิ่มขึ้น
 - 2.1 ผลิตภัณฑ์สมุนไพร Product Champion (ไหล กระชายดำ ขมิ้นชัน บัวบก) อย่างน้อย 1 ผลิตภัณฑ์
 - 2.2 ผลิตภัณฑ์สมุนไพรเด่นในจังหวัด อย่างน้อย 2 ผลิตภัณฑ์ สำหรับทำแผนธุรกิจ (Business plan)

จังหวัดส่วนขยาย

1. จัดตั้ง Shop/ Outlet อย่างน้อย 1 แห่ง
2. บุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการสมุนไพรได้รับการอบรมด้านแผนธุรกิจ (Business plan)

ไตรมาส 4

1. มูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมเพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 15 (จังหวัดนำร่อง) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 (จังหวัดส่วนขยาย)
2. มูลค่าของการใช้สมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุข เพิ่มขึ้นร้อยละ 20
3. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 20

11.1 HA

แผนงานการพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ

KPI :

ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3
(เป้าหมาย : 1. ร้อยละ 100 ของ รพศ./รพท., รพ.ในสังกัดกรมแพทย์ กรมควบคุมโรค
และกรมสุขภาพจิต 2. ร้อยละ 80 ใน รพช.)

สถานการณ์ : ปีงบประมาณ 2561 ตั้งเป้าหมายโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิตผ่านการรับรองคุณภาพ HA ชั้น 3 ครบทุกแห่ง และโรงพยาบาลชุมชนผ่านการรับรองร้อยละ 80 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ และปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข
Baseline : ร้อยละของ รพ.สังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 ปี 2560 (ไตรมาส 3) รพ.ศูนย์/รพ.ทั่วไป/รพ.สังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต ร้อยละ 97.58 รพ.ชุมชน ร้อยละ 73.85

ยุทธศาสตร์/มาตรการ

มาตรการที่ 1

จัดให้มีกลไกการสนับสนุนคุณภาพ
โรงพยาบาล ในระดับ กรม
เขตสุขภาพ จังหวัด

มาตรการที่ 2

ให้มีแผนด้านคุณภาพโรงพยาบาลในระดับ
เขต จังหวัด หน่วยบริการ และเชื่อมโยง
เป็นเครือข่ายคุณภาพ

มาตรการที่ 3

ให้ สสจ.หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านคุณภาพระดับจังหวัด
เป็นกลไกหลักระดับจังหวัดในการวางแผน สนับสนุน ขับเคลื่อน
การดำเนินงานคุณภาพในโรงพยาบาลทุกระดับ

กิจกรรมหลัก

ส่วนกลาง

- 1.ประชุมชี้แจงแนวทางการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของส่วนกลางเขต และแนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด
- 2.แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการ
- 3.อบรมพัฒนาทีมพี่เลี้ยงระดับเขต
- 4.กำกับติดตามความก้าวหน้า และรายงานผลการปฏิบัติงานรายไตรมาส

ระดับเขต

- 1.แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพบริการเครือข่ายระดับเขต
- 2.จัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพระดับเขต
 - 2.1 อบรมให้ความรู้
 - 2.2 เยี่ยมกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพรพ.ในพื้นที่รับผิดชอบ
- 3.กำกับติดตามให้มีการดำเนินงานตามแผน

ระดับจังหวัด

- 1.แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพบริการเครือข่ายระดับจังหวัด
- 2.จัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลภายในจังหวัด และยื่นคำขอเพื่อรับการประเมินหรือต่ออายุล่วงหน้าอย่างน้อย 6 เดือนก่อนหมดอายุการรับรอง
- 3.จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพระดับจังหวัด และหน่วยบริการ
- 4.ส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพระหว่าง รพ.ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
- 5.ติดตาม กำกับ การเยี่ยมกระตุ้นระดับจังหวัด เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
- 6.สนับสนุนการดำเนินงานอื่นๆที่ได้รับมอบหมาย

ระดับความสำเร็จ

ไตรมาส 1

- รพศ./รพท/ รพ.สังกัดกรม ร้อยละ 98.18 (162 แห่ง จาก 165 แห่ง)
- รพช. ร้อยละ 74.36 (580 แห่ง จาก 780 แห่ง)

ไตรมาส 2

- รพศ./รพท/ รพ.สังกัดกรม ร้อยละ 99.39 (164 แห่ง จาก 165 แห่ง)
- รพช. ร้อยละ 76.28 (595 แห่ง จาก 780 แห่ง)

ไตรมาส 3

- รพศ./รพท/ รพ.สังกัดกรม ร้อยละ 100.00 (165 แห่ง จาก 165 แห่ง)
- รพช. ร้อยละ 78.21 (610 แห่ง จาก 780 แห่ง)

ไตรมาส 4

- รพศ./รพท/ รพ.สังกัดกรม ร้อยละ 100.00 (165 แห่ง จาก 165 แห่ง)
- รพช. ร้อยละ 80.00 (624 แห่ง จาก 780 แห่ง)

11.2 sw.สต. ทิดดาว

แผนงานการพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ

KPI :

ร้อยละของ sw.สต. ที่ผ่านเกณฑ์
การพัฒนาคุณภาพ sw.สต. ทิดดาว
(เป้าหมาย : ร้อยละ 25)

สถานการณ์ : ปัจจุบันมีเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) หลายเกณฑ์ ซึ่งดำเนินการโดยหลายหน่วยงาน กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายในการพัฒนาเกณฑ์คุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) เป็นเกณฑ์เดียวที่บูรณาการในกรอบการประเมินรูปแบบเดียว เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานบริการปฐมภูมิ
Baseline : มี รพ.สต.จำนวน 9,870 แห่ง (ผ่านเกณฑ์ ปี 60 ร้อยละ 10 อยู่ระหว่างรวบรวมข้อมูล)

ยุทธศาสตร์/มาตรการ

1. ปรับปรุงเกณฑ์การพัฒนา
คุณภาพ รพ.สต. ทิดดาว
ปี 2561

2. พัฒนาคณะทำงาน
ทุกระดับ
(ประเทศ เขต
จังหวัด อำเภอ)

3. สื่อสาร ชี้แจง ประชาสัมพันธ์
นโยบาย แนวทาง และแผนพัฒนา
องค์กรคุณภาพ รพ.สต.ทิดดาว

4. พัฒนาระบบฐานข้อมูล
หน่วยบริการปฐมภูมิ

5. ติดตามประเมินผล
การดำเนินงาน

กิจกรรมหลัก

1. ประชุมทบทวนเกณฑ์ ประกอบด้วย
ผู้แทนจาก รพ.สต. ชมรม สสจ. เขต
รพศ.รพท.รพช. กรม สรพ. กยผ. กบรส.
กองตรวจฯ โดยปรับเป็น 3 ระดับ
คือ 3 ดาว 4 ดาว และ 5 ดาว (3 ครั้ง)

1. ปรับคณะทำงานพัฒนาคุณภาพ
รพ.สต.ทิดดาว
2. อบรมเชิงปฏิบัติการคณะทำงานพัฒนา
และประเมินคุณภาพ รพ.สต.ทิดดาว
ระดับเขต (ครู ก) จำนวน 2 ครั้งต่อปี
3. อบรมเชิงปฏิบัติการคณะทำงาน
พัฒนาและประเมินคุณภาพ รพ.สต.
ทิดดาวระดับจังหวัด
4. บูรณาการคณะทำงานปฐมภูมิ
ระดับเขต

1. ประชุมชี้แจงนโยบาย กำหนด
ทิศทาง ติดตามการดำเนินงาน
(kickoff) ระดับประเทศ
2. จัดทำคู่มือแนวทางการพัฒนา
คุณภาพ รพ.สต.ทิดดาว ปี 2561

1. จัดทำ web base ข้อมูลทรัพยากร
หน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย
ข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลบุคลากร
งบประมาณ การจัดการบริการ เครื่องมือ
อุปกรณ์ทางการแพทย์ และผลการ
พัฒนาและประเมินคุณภาพ
รพ.สต. ทิดดาว

1. รพ.สต.ทุกแห่งประเมินตนเอง
(ยกเว้น รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์
ปี2560)
2. คณะทำงานระดับอำเภอ
ประเมิน
3. คณะทำงานระดับจังหวัด
ประเมิน
4. คณะทำงานระดับเขต ประเมิน
เพื่อหาต้นแบบ
5. มอบรางวัล รพ.สต. ต้นแบบ

ระดับความสำเร็จ

ไตรมาส 1

1. ประชุมชี้แจงนโยบาย (kickoff)
ระดับประเทศ
2. อบรม ครู ก ครั้งที่ 1
3. มีคู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.
ทิดดาว ปี 2561

ไตรมาส 2

1. อบรม ครู ก ครั้งที่ 2
2. อบรม ครู ข ทุกเขต อย่างน้อย เขตละ
1 ครั้ง
3. แต่งตั้งทีมพัฒนา/ประเมินระดับจังหวัด
1 ทีม อำเภอ 1 ทีม

ไตรมาส 3

1. รพ.สต. ร้อยละ 100
(ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์) มีการประเมิน
ตนเองและพัฒนา
2. ประเมิน รพ.สต.ทิดดาว
ระดับอำเภอ จังหวัด และเขต

ไตรมาส 4

1. รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ
รพ.สต.ทิดดาว ร้อยละ 25 (สะสม)

11.3 PMQA

แผนงานการพัฒนากระบวนธรรมาภิบาลและองค์รคุณภาพ โครงการพัฒนาองค์รคุณภาพ

KPI :

ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ
การบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัด
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
(เป้าหมาย : สป.ส่วนกลาง ระดับ 5 ร้อยละ 60 , สสจ. ระดับ 5 ร้อยละ 60
และ สสอ. ระดับ 5 ร้อยละ 20)

สถานการณ์ : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้นำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การเพื่อยกระดับการปฏิบัติราชการให้เทียบเท่ามาตรฐานสากลมาตั้งแต่ปี 2550 ผ่านการตรวจรับรอง Certified Fundamental Level Version 1 เมื่อวันที่ 18 มิถุนายน 2555 และได้ต่อยอดส่งสมัครรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐรายหมวด มาตั้งแต่ปี 2555 - ปัจจุบัน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐรายหมวด จำนวน 4 หมวด คือ ปี 2558 ได้รับรางวัลฯ หมวด 2 ด้านการวางแผนยุทธศาสตร์และการสื่อสารเพื่อนำไปปฏิบัติ ปี 2559 ได้รับรางวัลฯ หมวด 1 ด้านการนำองค์การและความรับผิดชอบต่อสังคม และปี 2560 ได้รับรางวัลฯ หมวด 4 ด้านการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานขององค์การและการจัดการความรู้ หมวด 6 ด้านกระบวนการคุณภาพและนวัตกรรม สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การโดยนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และให้คัดเลือกหมวดที่มีผลการดำเนินงานที่โดดเด่นส่งสมัครรับรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐรายหมวดในปี 2561 และกำหนดแผนการดำเนินงานโดยขยายการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การไปสู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อบูรณาการการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ยุทธศาสตร์/มาตรการ

1. ประกาศนโยบายการนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การในส่วนราชการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2. ส่งเสริมสนับสนุนส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การ

3. ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กิจกรรมหลัก

1. ประกาศนโยบายการนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การในส่วนราชการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. กลุ่มพัฒนาระบบบริหารจัดการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและให้ความรู้เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) แก่บุคลากรของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
3. ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จัดทำลักษณะสำคัญขององค์การให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด
4. ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการประเมินองค์การด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ในหมวดหมวดภาคบังคับ ให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด
5. ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นำโอกาสในการปรับปรุง (OFI) ที่สำคัญ 3 ลำดับแรก มาจัดทำแผนพัฒนาองค์การและตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด

1. ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์การ
2. กลุ่มพัฒนาระบบบริหารดำเนินการสร้างทีม Internal Audit ให้ครอบคลุมทุกจังหวัด

1. ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการตามแผนปรับปรุงองค์การต่อเนื่อง
2. ทีม Internal Audit /ที่ปรึกษาภายนอก /กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร ร่วมกันตรวจประเมินผลการดำเนินงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และออกรายงาน Feedback
3. กลุ่มพัฒนาระบบบริหารจัดการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และมอบเกียรติบัตรให้ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลการดำเนินการที่เป็นเลิศ

ระดับความสำเร็จ

ไตรมาส 1

1. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์การได้ครบถ้วน
2. ประเมินองค์การด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 หมวดภาคบังคับ
3. จัดทำแผนพัฒนาองค์การของหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (หมวดละ 1 แผน)
4. จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (ตามเกณฑ์ หมวด 7)

ไตรมาส 2

ระดับความสำเร็จของการพัฒนาองค์การในหมวดที่ดำเนินการ

ไตรมาส 3

ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดในหมวดที่ดำเนินการ

ไตรมาส 4

ร้อยละของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด



ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
กระทรวงสาธารณสุข