**รายงานผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการฯ (PA) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 รอบ 6 เดือน (ไตรมาส 2 : 1 มกราคม – 31 มีนาคม 2561)**

**เขตสุขภาพที่ 2 จังหวัดเพชรบูรณ์**

| **ลำดับ** | **นโยบายสำคัญ** | **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย 2561** | **Small Success 6 เดือน** | **ผลการดำเนินงาน** | **หมายเหตุ** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) | 13. ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ | ร้อยละ 50 | มีการประชุมจัดทำแผนการดำเนินการ และคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาอย่างน้อย 2 ประเด็น | -มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยมีนายอำเภอเป็นผู้ลงนามในคำสั่ง ครบทุกอำเภอ (11 อำเภอ)- ทุกอำเภออยู่ในระหว่างการประชุมจัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา  | พัฒนาคุณภาพ |
| 2 | การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ (EOC) | 14. ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่ สามารถปฏิบัติการได้จริง | ร้อยละ 85 | **ขั้นตอนที่ 2** จัดทีมปฏิบัติการระดับจังหวัดในส่วนภารกิจปฏิบัติการ (Operation Section) เพื่อปฏิบัติการในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข | มีการดำเนินงานครบทุกขั้นตอนโดยมีการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการตามคำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ที่ 169/2560 ลงวันที่ 22 ธันวาคม 2560 | ควบคุมโรค |
|  |  |  |  | **ขั้นตอนที่ 3** จัดทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด เพื่อเฝ้าระวัง ตรวจจับและประเมินสถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพ (ภาวะปกติมีชื่อผู้ปฏิบัติงานตระหนักรู้สถานการณ์ อย่างน้อยจังหวัดละ 3 คน และ ภาวะฉุกเฉินจังหวัดละ 4 คน) | มีการจัดตั้งทีม SAT และมีการอบรม และจัดเวรเฝ้าระวังสถานการรณ์ |  |
| 3 | การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม(GREEN & CLEAN Hospital) | 23. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital | - ร้อยละ 20 ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก - โรงาพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมากอย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง | 1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ฯระดับพื้นฐานขึ้นไปร้อยละ 95 | เป้าหมาย โรงพยาบาล 6 แห่งผลการดำเนินงาน โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป 5 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 45.45 | อนามัยสิ่งแวดล้อม |
|  |  |  |  | 2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 50 |

|  |  |
| --- | --- |
| เป้าหมาย |  |
| ผลการดำเนินงาน |  |
| ร้อยละ |  |

 |  |
| 4 | การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ(PCC) | 25. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster) | - จำนวน 574 ทีม- จำนวนสะสม 1,170 ทีม (ร้อยละ 36) | เป้าหมายปี 2561 เขตสุขภาพที่ 2

|  |  |
| --- | --- |
| **จังหวัด** | **เป้าหมาย** |
| ตาก | 19 |
| พิษณุโลก | 23 |
| เพชรบูรณ์ | 12 |
| สุโขทัย | 7 |
| อุตรดิตถ์ | 6 |
| **เขตสุขภาพที่ 2** | **67** |

\*จำนวนทีม |

|  |  |
| --- | --- |
| เป้าหมาย 3 ทีม |  |
| ผลการดำเนินงาน  | 3 ทีม |
| ร้อยละ 100 |  |

 | พัฒนาคุณภาพ |
| 5 | การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(RDU) | 29.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) | - RDU ขั้นที่ 1ร้อยละ 80 | - RDU ขั้นที่ 1ร้อยละ 70 |

|  |  |
| --- | --- |
| เป้าหมาย 11 รพ |  |
| ผลการดำเนินงาน | 11 รพ |
| ร้อยละ 100.0 |  |

 | คุ้มครองผู้บริโภค |
|  |  |  | - RDU ขั้นที่ 2ร้อยละ 20 | - RDU ขั้นที่ 2ร้อยละ 10 |

|  |  |
| --- | --- |
| เป้าหมาย 11 รพ. |  |
| ผลการดำเนินงาน  | 0 รพ. |
| ร้อยละ 100.0 |  |

 |  |
|  |  | 29.2 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) | ร้อยละ 70 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| เป้าหมาย 1 รพ. |  |
| ผลการดำเนินงาน | 1 รพ |
| ร้อยละ 100.0 |  |

 |  |
| 6 | การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (ODS) | 48.ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery | ร้อยละ 15 | ร้อยละ 15 | จ.เพชรบูรณ์ สมัครเข้าร่วมโครงการ ODS 1 รพ. คือ รพ.เพชรบูรณ์ ได้ส่งใบสมัครเพื่อรับการประเมินจากคณะกรรมการ ODS ของกรมการแพทย์ และสปสช. แล้ว และได้เตรียมความพร้อมเพื่อรอการประเมิน ดังนี้1.มีคณะกรรมการดูแลโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ One Day Surgery ของโรงพยาบาล2.มีศูนย์ประสานงานการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ One Day Surgery ของโรงพยาบาล3.มีระบบติดตามผู้ป่วยก่อนและหลังทำหัตถการ4.มีแนวทางการปฏิบัติเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการทำหัตถการ5.มีแนวทางการปฏิบัติด้านความปลอดภัยของการทำหัตถการการผ่าตัด6.มีแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในระยะพักฟื้น7.มีระบบการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโครงการ ตลอด 24 ชั่วโมง8.มีการจัดอัตรากำลังเพื่อรองรับโครงการศัลยแพทย์หรือแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารและวิสัญญีแพทย์ พยาบาลส่องกล้องหางเดินอาหาร และวิสัญญีพยาบาล9.มีการจัดสถานที่เพื่อรองรับ โครงการมีการจัดเตียงเฉพาะในหอผู้ป่วยเพี่อรองรับผู้ป่วยหลังการพักฟื้นหลังการผ่าตัดทั้งนี้ รพ.เพชรบูรณ์ จะมีการทดลองระบบ ในวันที่ 8 เมษายน 2561 นี้ | พัฒนาคุณภาพ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | **นโยบายสำคัญ** | **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย 2561** | **Small Success 6 เดือน** | **ผลการดำเนินงาน** | **ผู้รับผิดชอบ** |
| 7 | การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ (ECS) | 50. อัตราการเสียชีวิตของ ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit) | น้อยกว่าร้อยละ 12 | 1. ระบบข้อมูล- จำนวน โรงพยาบาล ระดับ F2 ขึ้นไป ส่งข้อมูลแฟ้ม Accident ร้อยละ 40 |

|  |  |
| --- | --- |
| **เป้าหมาย** 10 รพ. |  |
| **ผลการดำเนินงาน** 10 รพ.(ยังไม่สมบูรณ์) |
| **ร้อยละ** 100 |  |

 | ควบคุมโรคไม่ติดต่อ |
|  |  |  |  | 2.การจัดการสาธารณภัยในสถานพยาบาล- จำนวนโรงพยาบาลตั้งแต่ ระดับ F2 ขึ้นไป ที่ประเมิน Hospital Safety Index ร้อยละ 4 |

|  |  |
| --- | --- |
| **เป้าหมาย** 10 รพ. |  |
| **ผลการดำเนินงาน** 1 รพ. (รพ.หล่มสัก) |
| **ร้อยละ** 10 |  |

 |  |
|  |  |  |  | 3. ER คุณภาพ- จำนวนโรงพยาบาลระดับ M1, S, A มี TEA unit ที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 40 |

|  |
| --- |
| **เป้าหมาย** 1 รพ. (รพ.เพชรบูรณ์) |
| **ผลการดำเนินงาน**มีการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งเรียบร้อยแล้ว(คำสั่งโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ที่497/2559 ลงวันที่ 1 กพ.2559) แต่ยังไม่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด เนื่องจาก nurse co ลังอบรมเฉพาะทางอยู่ที่ขอนแก่น กพ. –พค. 2561 |

 |  |
| **ลำดับ** | **นโยบายสำคัญ** | **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย 2561** | **Small Success 6 เดือน** | **ผลการดำเนินงาน** | **ผู้รับผิดชอบ** |
| 8 | การพัฒนาตามโครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ (TB) | 51.อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ | มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85 | รายงานผลการกำกับและติดตามการดำเนินงานตามมาตรการที่กำหนดเพื่อลดการตาย การขาดยาและพัฒนาระบบการส่งต่อของพื้นที่เป้าหมาย | ยุทธศาสตร์ ลดการเสียชีวิต ลดการขาดยาและพัฒนาระบบการส่งต่อและติดตามผลการรักษาทุกราย**1.ประมวลผลข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์ นำเข้าวาระการประชุม** คปสอ./ รพ.สต./ พชอ. เพื่อการติดตามสถานการณ์และการ แก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างต่อเนื่องเหมาะสม**2.ทบทวนแผนแก้ไขปัญหาวัณโรคของ คปสอ.** มีการสนับสนุนงบประมาณครอบคลุมกิจกรรมอย่างเหมาะสม**3.เร่งรัดคัดกรองวัณโรคในบุคลากรสาธารณสุข** ในระดับ รพศ., รพท., สสอ., และ รพ.สต. โดยการเอกซเรย์ปอดทุกราย ผลการดำเนินงาน 1 เมษายน 2560 – 31 มีนาคม 2561 และดำเนินการกรอกข้อมูลในโปรแกรม TBCM Online ก่อนวันที่ 10 มีนาคม 2561**4.ดำเนินการสำรวจกลุ่มเป้าหมาย** High risk และ Low risk รวบรวมเป็นภาพ คปสอ.ส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์**5.เร่งรัดคัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรค 7 กลุ่ม** ตามแนวทางการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ และกรอกข้อมูลในโปรแกรม TBCM Online**6.รายงานผลความคืบหน้า** โดยรวบรวมเป็นภาพ คปสอ. ส่ง สสจ. ทุกวันศุกร์**7.ยกระดับคุณภาพการกับกำการกินยาผู้ป่วยวัณโรค** ที่กำลังรักษาอยู่ ณ ปัจจุบัน เน้นการกำกับการกินยาแบบเข้มข้น บันทึกในสมุดการกำกับการกินยา โปรแกรม TBCM Online และถ่ายภาพขณะกำกับการกินยาผู้ป่วย ส่งไลน์กลุ่ม คปสอ.**8.การกำกับติดตามผ่านกลไกคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการยุติวัณโรคแห่งชาติ** (National Operation Center of TB : NOC-TB) โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Case Manager) รายงานสภาพผู้ป่วยวัณโรคทุกรายผ่านช่องทางของ คปสอ. และ คปสอ.รวบรวมส่ง สสจ.เพชรบูรณ์ ทุกวันศุกร์ 9.**กรณีผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาตั้งแต่ 1 ต.ค.60 เป็นต้นไป เสียชีวิตระหว่างการรักษา** ให้เขียนรายงานการเสียชีวิตให้กับ สสจ. ภายใน 15 วัน10.**Admit ผู้ป่วยวัณโรค**ในกลุ่มผู้สูงอายุ BMI ต่ำ ผู้ป่วยที่ไม่มีญาติดูแล และรายที่มีปัญหา | ควบคุมโรคติดต่อ |
| 9 | อุตสาหกรรมทางการแพทย์ (Herbal City) | 53. จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตละ 1 จังหวัด | 12 เขต 13 จังหวัด- จังหวัดนำร่อง (4 เขตสุขภาพ) ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1, 6, 8 และ 11- จังหวัดส่วนขยาย (9 เขตสุขภาพ) ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10 และ 12 | จังหวัดส่วนขยาย (พิษณุโลก)1. จัดตั้ง Shop/Outletอย่างน้อย 1 แห่ง |  | ไม่เกี่ยวข้อง |
|  |  |  |  | 2. มีข้อมูลความต้องการวัตถุดิบ สมุนไพร/ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของจังหวัดเมืองสมุนไพร (Demand & Supply Matching) |  |  |
| 10 | การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ (Happy MOPH Retention Rate) | 57.อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention Rate) | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 | **การกำหนดแผน/กิจกรรมเพื่อเสริมสร้างและธำรงรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในระบบ**- จัดทาแผนกาลังคนด้านสุขภาพ สายวิชาชีพ 25 สายงาน |  | ทรัพยากรบุคคล |
|  |  |  |  | - จัดทำ Career Model และเกณฑ์ความก้าวหน้าสายวิชาชีพ 25 สายงาน |  |  |
|  |  |  |  | - จัดทำแผนความผาสุกบุคลากรสาธารณสุข |  |  |
|  |  |  |  | - จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานด้าน HR |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 11 | การพัฒนาระบบ ธรรมาภิบาลและ องค์กรคุณภาพ (PMQA) | 63. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | - ร้อยละ 60 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ระดับ 5 | ระดับความสำเร็จของการพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ1.จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน | สสจ.เพชรบูรณ์ ได้ดำเนินการและรายงาน กพร.สป. ผ่านระบบออนไลน์ แล้ว | พัฒนาคุณภาพ |
|  |  |  |  | 2.ประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 ภาคบังคับ 2 หมวด (หมวด 1, หมวด 5) | สสจ.เพชรบูรณ์ ได้ดำเนินการและรายงาน กพร.สป. ผ่านระบบออนไลน์ แล้ว |  |
|  |  |  |  | 3. จัดทำแผนพัฒนาองค์กรของหมวดที่ ดำเนินการได้ครบถ้วน (หมวดละ 1 แผน) | สสจ.เพชรบูรณ์ ได้ดำเนินการและรายงาน กพร.สป. ผ่านระบบออนไลน์ แล้ว |  |
|  |  |  |  | 4. จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (ตามเกณฑ์ หมวด 7) | สสจ.เพชรบูรณ์ ได้ดำเนินการและรายงาน กพร.สป. ผ่านระบบออนไลน์ แล้ว |  |
|  |  |  | - ร้อยละ 20 ของสำนักงานสาธารณสุข อำเภอ ระดับ 5 | 5. ร้อยละของการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (วัดกระบวนการดำเนินการพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ) |

|  |  |
| --- | --- |
| เป้าหมาย |  |
| ผลการดำเนินงาน |  |
| ร้อยละ |  |

 |  |
| 12 | การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ (HA) | 64. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3 | - ร้อยละ 100 ของ รพศ., รพท., รพ. สังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต | 1. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ร้อยละ 99.39 (163 แห่ง จาก 164 แห่ง) |

|  |  |
| --- | --- |
| เป้าหมาย  | สสอ. 3 แห่ง |
| ผลการดำเนินงาน | สสอ. 3 แห่ง |
| ร้อยละ 100.0 |  |

 | พัฒนาคุณภาพ |
|  |  |  | - ร้อยละ 80 ของ รพช. | 2. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 76.28 (595 แห่งจาก 780 แห่ง) |

|  |
| --- |
| เป้าหมาย รพท.1 แห่ง คือ รพ.เพชรบูรณ์ ผลการดำเนินงานร้อยละ 100 สถานะ r3 วันที่รับรอง 9 สิงหาคม 2559 วันหมดอายุ 8 สิงหาคม 2562  |
|  |  |

 |  |
| 13 | การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ (รพ.สต. ติดดาว) | 65. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว | ร้อยละ 25 | 1. อบรม ครู ก ครั้งที่ 2 | - อบรม ครู ก - รพ.สต.ประเมินตนเองตามแบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว | พัฒนาคุณภาพ |
|  |  |  |  | 2. อบรม ครู ข อย่างน้อย 1 ครั้ง | - อบรมทีมประเมินระดับอำเภอ |  |
|  |  |  |  | 3. แต่งตั้งทีมพัฒนา/ประเมินระดับจังหวัด 1 ทีม อำเภอ 1 ทีม | - มีการแต่งตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัดเพื่อออกประเมิน รพ.สต.ติดดาว ตามคำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ที่ 10/2561 และ ที่ 19/2561 |  |
| 14 | การบริหารจัดการ ด้านการเงินการคลังสุขภาพ | 72. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน | ไม่เกินร้อยละ 6 | ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงินไม่เกินร้อยละ 6 |

|  |  |
| --- | --- |
| เป้าหมาย |  |
| ผลการดำเนินงาน |  |
| ร้อยละ |  |

 | ประกันสุขภาพ |
| 15 | บริบทของเขตสุขภาพที่ 2 (NCD) | 26.1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ | มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40 | มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 35 |

|  |  |
| --- | --- |
| เป้าหมาย 49,163  |  |
| ผลการดำเนินงาน 9,136 |
| ร้อยละ 18.58 |  |

 | รายงานระดับเขต |
|  |  | 26.2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ | มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50 | มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 45 |

|  |
| --- |
| เป้าหมาย 102,195 |
| ผลการดำเนินงาน 35,449 |
| ร้อยละ 34.69 |  |

 |  |