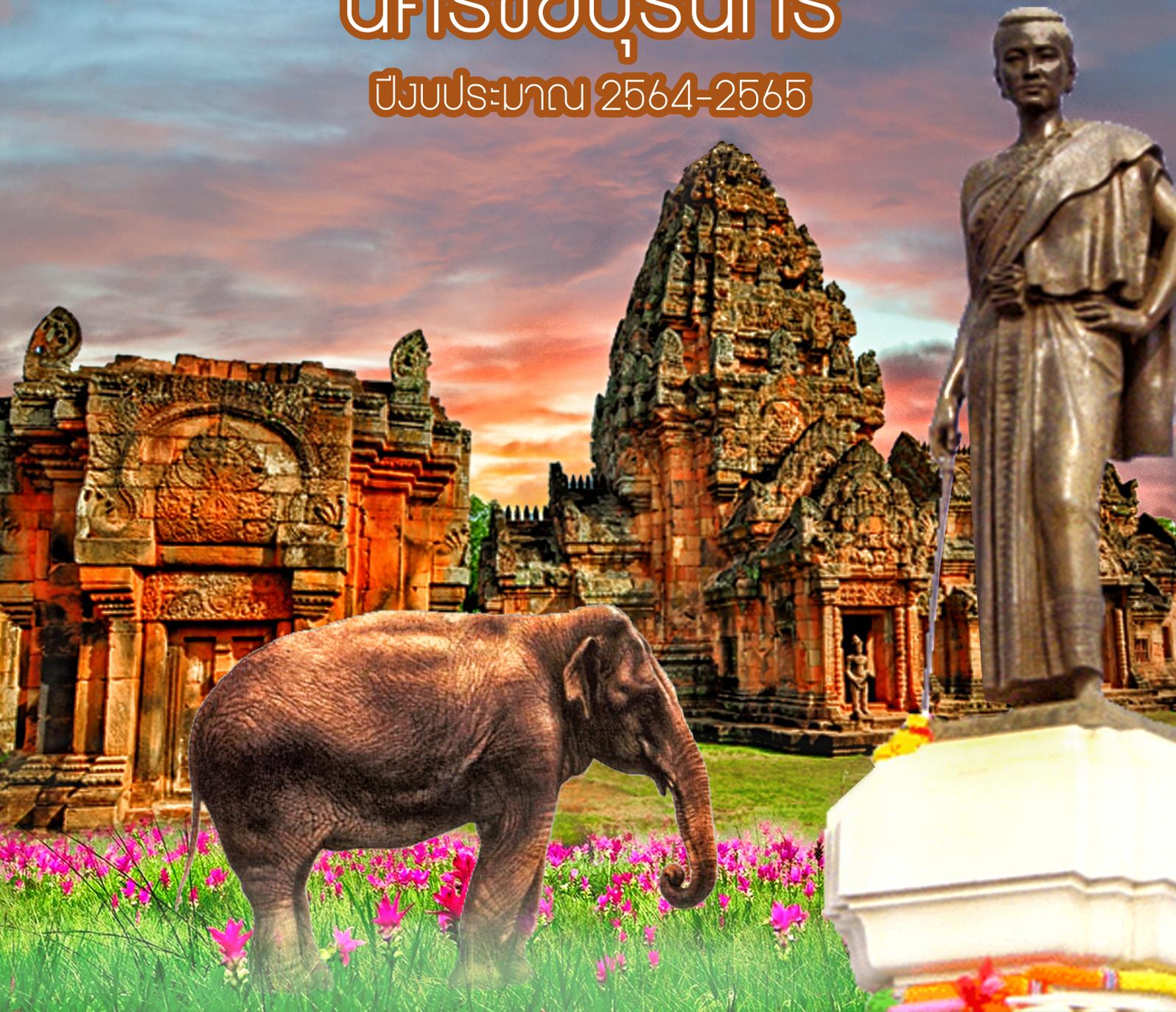




การจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแบบใหม่

เขตสุขภาพที่ 9

“นครชัยบุรินทร์”
ปีงบประมาณ 2564-2565



คำนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาคือ โรคที่มีสาเหตุจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ซึ่งพบเป็นครั้งแรกในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน มีชื่อว่า โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 (COVID-19) การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดโรค COVID-19 เป็นเหตุการณ์ที่ไม่มีใครคาดคิดมาก่อนว่าจะเกิดการระบาดในวงกว้างไปทั่วโลก ส่งผลให้มีการเสียชีวิตนับแสนคน และมีผลกระทบในระดับโลก ทั้งด้านชีวิต และสุขภาพด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคมและด้านความมั่นคง ความสูญเสียเหล่านี้จะมากหรือน้อยขึ้นกับความสามารถโดยรวมของระบบสาธารณสุข และระบบสนับสนุนจากทุกภาคส่วน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีแผนการจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ด้านสาธารณสุขที่ถูกต้อง สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของสังคมและสถานการณ์ ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากวิถีเดิม เพื่อให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อ

ทั้งนี้ในการจัดทำแผนดังกล่าว เขตสุขภาพที่ 9 ได้จัดทำแผนการจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ 3 ยุทธศาสตร์ 15 กลวิธี 21 ตัวชี้วัดมี เป้าประสงค์ 3 ประเด็นคือ 2P safety practice guideline ,Crowded problem management, Equity for all โดยยึดแนวทางดำเนินงานคือนโยบายลดแออัด ไร้รอยต่อ ทักษะชัยบูรณิทร์ 4 ยุทธศาสตร์ 16 ยุทธวิธีและแผนการจัดระบบบริการสุขภาพและกำลังคนด้านสุขภาพ (Blueprint of Health Service and Human Resource) เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์การของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเอกสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการวางแผนการจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9 ให้ประสานเชื่อมโยงกันและปรับเปลี่ยนระบบการให้บริการทางการแพทย์ ให้มีประสิทธิภาพทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพประชาชนต่อไป

นายแพทย์พงศ์เกษม ไข่มุกด์
ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ 9
มิถุนายน 2563



สารบัญ

หน้า

คำนำ

บทสรุปผู้บริหาร

บทที่ 1 สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการสาธารณสุข 1

ตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9

1.1 สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) 2

1.2 นโยบายการดำเนินงานนวัตกรรมการบริหารจัดการ 8

การพัฒนาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพที่ 9

บทที่ 2 ทิศทางการพัฒนาการจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ 10

เขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ (ปีงบประมาณ 2564-2565)

2.1 วิสัยทัศน์ 11

2.2 เป้าประสงค์ 11

2.3 ยุทธศาสตร์การจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9 12

บทที่ 3 ประเด็นยุทธศาสตร์ แผนการจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ 13

เขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ (ปีงบประมาณ 2564-2565)

3.1 ประเด็นยุทธศาสตร์ แผนการจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ 14

เขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ (ปีงบประมาณ 2564-2565)

บทที่ 4 การบริหารจัดการและการขับเคลื่อนแผนการจัดบริการสาธารณสุข 19

ตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9

4.1 การบริหารจัดการและการขับเคลื่อนแผนการจัดบริการสาธารณสุข 20

ตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9

4.2 แผนการจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9 21

4.3 House Model การจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9 22

บทที่ 5 การติดตามประเมินผล 24

ภาคผนวก

- รายชื่อพื้นที่ต้นแบบ การจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9 27

- คำสั่งคณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 28

New normal Service Delivery เขตสุขภาพที่ ๙

Template new normal 31

บทที่ 1

สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่เขต
สุขภาพที่ 9

- สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
- ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่เขตสุขภาพที่ 9
 - มาตรการ
(สำนักงานศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กระทรวงมหาดไทย (ศบค.มท.))
 - นโยบายกระทรวงสาธารณสุข
 - นโยบายการดำเนินงานนวัตกรรมการบริหารจัดการ
“การพัฒนาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพที่ 9”

บทที่ 1

สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

สถานการณ์ในต่างประเทศ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีการระบาดในวงกว้างในสาธารณรัฐประชาชนจีน ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 เป็นต้นมา โดยเริ่มจากเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ จนถึงปัจจุบันทำให้พบผู้ป่วยยืนยันมากกว่า 70,000 ราย และเสียชีวิตมากกว่า 2,000 ราย การติดต่อผ่านทาง การไอ จาม สัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่งของบุคคลและสัตว์ที่อาจเป็นแหล่งรังโรค ปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนป้องกัน ส่วนการรักษาจำเพาะยังคงอยู่ในระหว่างการศึกษาวิจัยโดยเฉพาะยาต้านไวรัส Favipiravir ซึ่งทางจีนรายงานว่าได้ผลดีในการรักษาผู้ป่วยการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เริ่มต้นที่ประเทศจีน ตั้งแต่วันที่ 30 ธันวาคม 2562 ต่อมาได้พบผู้ป่วยยืนยันในหลายประเทศทั่วโลก จำนวนผู้ป่วยยืนยันเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น ฮองกง มาเก๊า ไต้หวัน เกาหลีใต้ สิงคโปร์ และญี่ปุ่น โดยพบผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลกเพิ่มขึ้นวันละประมาณ 1,000 ราย มีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นวันละประมาณ 100 ราย และพบอัตราการเสียชีวิตจากโรคประมาณร้อยละ 2 ซึ่งร้อยละ 26.4 ของผู้เสียชีวิตเป็นผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเสี่ยงที่จะเสียชีวิตเพิ่มขึ้น โดยผู้ที่เป็นโรคหัวใจมีอัตราการเสียชีวิตมากที่สุดร้อยละ 10.5 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 7.3) และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง (ร้อยละ 6.3) ขณะนี้มีหลักฐานการติดต่อจากคนสู่คน และพบมีการระบาดภายในประเทศ (local transmission) เพิ่มขึ้นหลายพื้นที่

องค์การอนามัยโลกได้ประเมินสถานการณ์ และเห็นว่าการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แพร่กระจายได้อย่างรวดเร็วจนน่ากังวลในวันที่ 30 มกราคม 2563 องค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) และแนะนำทุกประเทศให้เร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคข้อมูลองค์การอนามัยโลก ณ วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2563 พบมีรายงานการระบาดของโรครวม 35 ประเทศ 2 เขตบริหารพิเศษ ได้แก่ จีน ฮองกง มาเก๊า ไต้หวัน เกาหลีใต้ อิตาลี ญี่ปุ่น สิงคโปร์ อิหร่าน อเมริกาไทย มาเลเซีย ออสเตรเลีย เวียดนาม เยอรมัน สหราชอาณาจักร สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ ฝรั่งเศส แคนาดาฟิลิปปินส์ อินเดีย สเปน รัสเซีย อิสราเอล สวีเดน ศรีลังกา เนปาล เลบานอน อิรัก ฟินแลนด์ อียิปต์ กัมพูชา เบลเยียม อัฟกานิสถาน บาห์เรน คูเวต และ โอมาน (คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย กรมควบคุมโรค) มีรายงานผู้ป่วยยืนยันทั่วโลก รวม 210 ประเทศ 2 เขตบริหารพิเศษ 1 นครรัฐ เรือ Diamond Princess เรือ Grand Princess และเรือ MS Zaandam ในวันที่ 4 มิถุนายน 2563 จำนวน 6,589,291 ราย มีอาการรุนแรง 54,228 ราย เสียชีวิต 388,317 ราย โดยประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยยืนยัน 10 อันดับแรก ได้แก่ สหรัฐอเมริกา 1,902,031 ราย บราซิล 584,562 ราย รัสเซีย 441,108 ราย สเปน 287,406 ราย สหราชอาณาจักร 279,856 ราย อิตาลี 233,836 ราย อินเดีย 217,554 ราย เยอรมนี 184,425 ราย เปรู 178,914 ราย และ ตุรกี 166,422 ราย ส่วนจีน เป็นอันดับที่ 17 มีจำนวนผู้ป่วย 84,166 ราย (รวม ฮองกง 1,099

ราย มาเก๊า 45 ราย)(สถานการณ์โลก COVID-19ระบบกำกับติดตามการดำเนินงานCOVID-19 เขตสุขภาพที่9 วันที่ 4 มิถุนายน 2563)

สถานการณ์ในประเทศ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เริ่มแพร่เข้าสู่ประเทศไทยตั้งแต่ต้นเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 โดยผู้เดินทางท่องเที่ยวชาวจีน จากเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน พร้อมกับมีการแพร่เชื้ออย่างรวดเร็วไปยังประเทศต่างๆในทุกรัฐภาคผ่านผู้เดินทางจากประเทศจีนและประเทศอื่นๆ ที่มีรายงานการแพร่เชื้อในประเทศ ในปัจจุบันทุกประเทศทั่วโลก กำลังพยายามอย่างเต็มที่ เพื่อเฝ้าระวังป้องกันการนำเชื้อเข้าจากต่างประเทศและควบคุมการระบาดในประเทศ อย่างไรก็ตามการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังมีแนวโน้มจะขยายตัวไปทั่วโลก ในลักษณะการระบาดใหญ่ (Pandemic)กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค ดำเนินการเฝ้าระวังคัดกรอง และป้องกันควบคุมโรค

ตั้งแต่เดือนมกราคม - 4มิถุนายน พ.ศ. 2563 ประเทศไทย มีรายงานผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แล้ว 3,102รายรักษาหาย 2,971 ราย มีผู้เสียชีวิต 58 ราย ซึ่งระยะแรกของการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่ากว่าร้อยละ 60 เป็นผู้ที่เดินทางมาจากต่างประเทศ ผู้ติดเชื้อในประเทศไทยในกลุ่มอาชีพเสี่ยงสูงที่จะสัมผัสกับนักท่องเที่ยวที่เดินทางมาจากพื้นที่ระบาดและผู้ป่วย ได้แก่ พนักงานขับรถแท็กซี่ พนักงานขายของตามสถานที่ที่มีนักท่องเที่ยวจำนวนมาก และบุคลากรทางการแพทย์สถานการณ์การติดเชื้อและการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย คาดการณ์ได้ว่าจะดำเนินไปเป็น 3 ระยะ ได้แก่

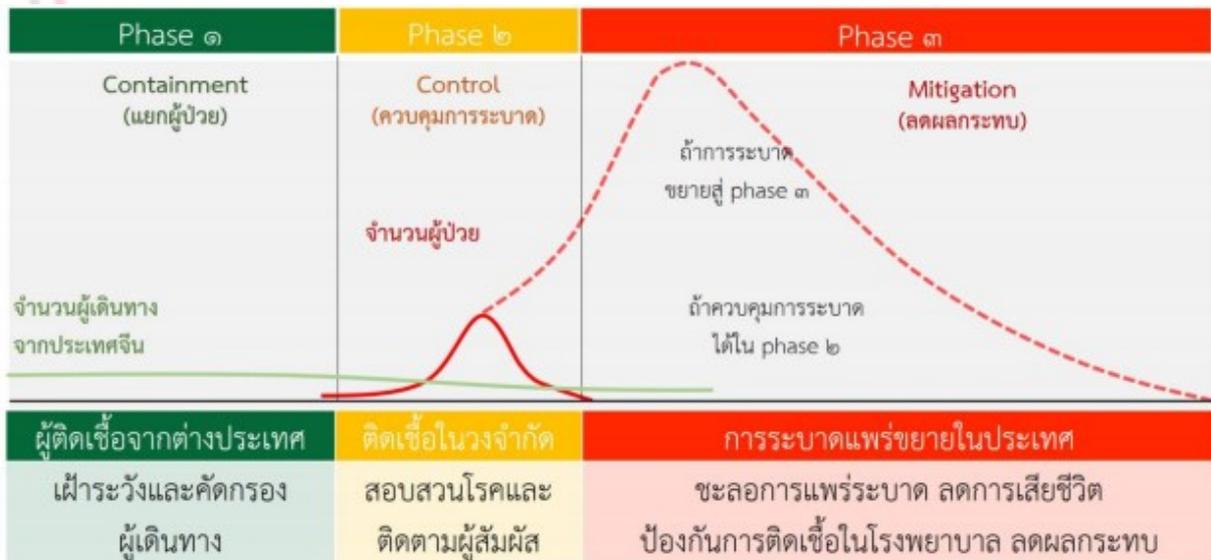
ระยะที่ 1 : พบผู้ป่วยเดินทางมาจากประเทศที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เป้าหมายการควบคุมโรคคือ ป้องกันการแพร่เชื้อในประเทศ มาตรการตอบโต้หลักคือการคัดกรองและเฝ้าระวังโรคในผู้เดินทางจากต่างประเทศ และควบคุมโรคไม่ให้แพร่กระจาย โดยดูแลรักษาผู้ป่วยในห้องแยกโรคในโรงพยาบาล หากค้นหาและควบคุมผู้ติดเชื้อได้ทั้งหมด ก็จะไม่มีการระบาดในประเทศ แต่ถ้ามีการแพร่เชื้อจากผู้เดินทางจากต่างประเทศสู่ประชาชนไทย สถานการณ์จะขยายสู่ระยะที่ 2

ระยะที่ 2: พบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายในประเทศ และมีการระบาดในวงจำกัด เป้าหมายคือ การควบคุมโรคให้อยู่ในวงจำกัด มาตรการตอบโต้หลัก คือควบคุมและชะลอการระบาด โดยการเฝ้าระวังค้นหาผู้ป่วยอย่างถี่ถ้วน ดูแลรักษาผู้ป่วยพร้อมควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาล ติดตามเฝ้าระวังโรคในผู้ที่สัมผัสกับผู้ป่วย และสื่อสารแนะนำให้ประชาชนทั่วไปป้องกันโรคอย่างเคร่งครัด หากดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ การระบาดก็จะชะลอตัวและยุติลง แต่ถ้าควบคุมการแพร่เชื้อได้ไม่ดีพอ การระบาดก็จะขยายตัวสู่ระยะที่ 3

ระยะที่ 3: พบการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในวงกว้าง ในประเทศไทย เป้าหมายของการควบคุมโรค คือการบรรเทาความเสียหายและผลกระทบ มาตรการตอบโต้หลัก คือการดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อให้มีผู้เสียชีวิตน้อยที่สุด และสื่อสารแนะนำให้ประชาชนป้องกันตนเองให้กว้างขวางที่สุด ดังแผนภูมิแสดงการคาดการณ์ระยะของการระบาดในรูปที่ 1

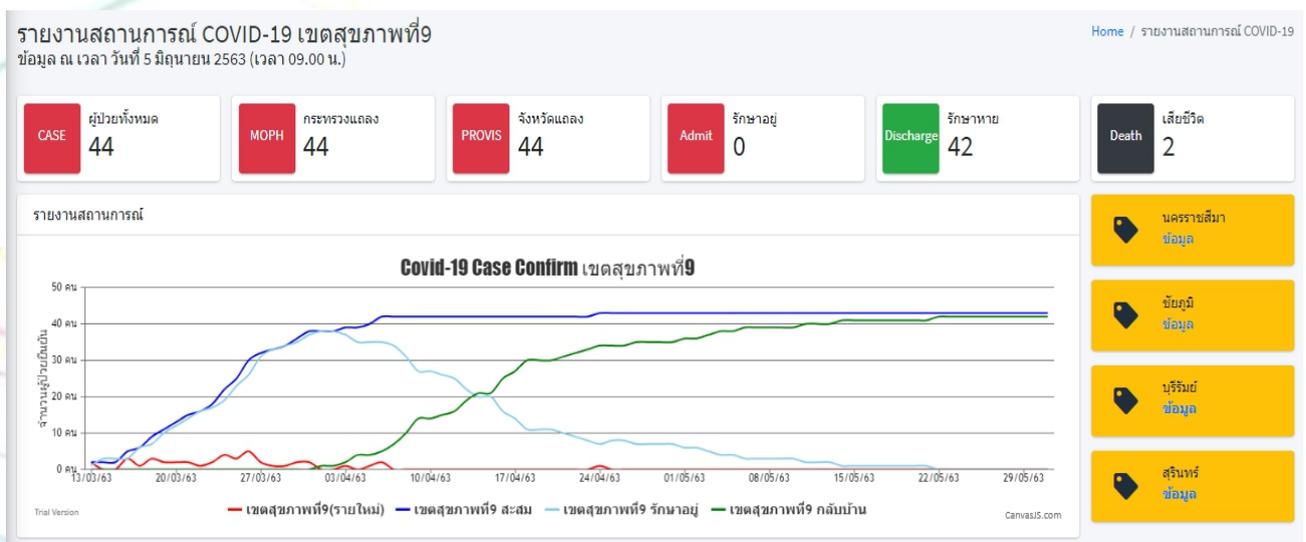
รูปที่ 1 แสดงการคาดการณ์ระยะการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย



สถานการณ์เขตสุขภาพที่ 9

เขตสุขภาพที่ 9 พบผู้ป่วยยืนยันรายแรกวันที่ 14 มีนาคม 2563 ที่จังหวัดนครราชสีมา วันที่ 5 มิถุนายน 2563 เขตสุขภาพที่ 9 พบผู้ป่วยยืนยัน จำนวน 44 ราย รักษาหายแล้ว 42 ราย และ เสียชีวิต 2 ราย โดยจังหวัดนครราชสีมาพบผู้ป่วยยืนยัน จำนวน 19 ราย รักษาหายแล้ว 19 ราย จังหวัดชัยภูมิพบผู้ป่วยยืนยัน จำนวน 3 ราย รักษาหายแล้ว 3 ราย จังหวัดบุรีรัมย์พบผู้ป่วยยืนยัน จำนวน 13 รายรักษาหายแล้ว 12 ราย เสียชีวิต 1 ราย และจังหวัดสุรินทร์พบผู้ป่วยยืนยัน จำนวน 9 ราย รักษาหายแล้ว 8 ราย เสียชีวิต 1 ราย (สถานการณ์โลก COVID-19ระบบกำกับติดตามการดำเนินงานCOVID-19 เขตสุขภาพที่9 วันที่ 4 มิถุนายน 2563)

รูปที่ 2 รายงานสถานการณ์ COVID-19 เขตสุขภาพที่9



นโยบายกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข จึงได้วางแนวทางการรับมือความท้าทายในการจัดบริการสาธารณสุขกับการดูแลสุขภาพประชาชน ตามนโยบายของรองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เพื่อป้องกันผลกระทบที่เกิดต่อสุขภาพของประชาชน มุ่งเน้นกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับภาคีเครือข่าย 5 ด้าน ประกอบด้วย(นโยบายการจัดการสาธารณสุขกับการดูแลสุขภาพประชาชน)

1. การพัฒนางานสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ เพื่อสืบสาน รักษา ต่อยอดและพัฒนาการบริการด้านสาธารณสุข
2. การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนทุกช่วงวัยให้มีสุขภาพดี เข้าถึงการบริการ การจัดการภัยคุกคามความมั่นคงทางสุขภาพ อาทิ วิกฤตการณ์ด้านสาธารณสุข โรคอุบัติใหม่ อุตบัติซ้ำ ร่วมกับเครือข่ายภาครัฐ ประชาชน ท้องถิ่น และเอกชนในการคุ้มครองผู้บริโภค ความร่วมมือทางสาธารณสุขกับต่างประเทศ ด้านความมั่นคงทางสุขภาพ โดยเฉพาะในพื้นที่ ชายแดนและพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ
3. การดูแลให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ลดความเหลื่อมล้ำ แออัด ระยะเวลา รอคอยรักษา และลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชน ด้วยการเชื่อมโยงการบริการทุกระดับ ยกระดับความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ให้เป็นหมอประจำบ้าน และเพิ่มประสิทธิภาพการบริการด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารทางการแพทย์
4. พัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้ประชาชนเข้าถึงการใช้กัญชา และสมุนไพรทางการแพทย์อย่างปลอดภัย ไม่ให้เกิดผลกระทบทางสังคม
5. การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ ยึดหลักธรรมาภิบาลและความโปร่งใสในการปฏิบัติงาน กระจายอำนาจการบริหารจัดการระบบบริการและทรัพยากรสู่เขตสุขภาพ เพิ่มความคล่องตัว และตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่

เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กระทรวงสาธารณสุข ได้ปรับระบบบริการทางการแพทย์แนวใหม่ “New normal การแพทย์วิถีใหม่ และแนวทางการดูแลผู้ป่วย” โดยมีเป้าหมายการดำเนินงานใน 3 เรื่อง ประกอบด้วย

1. ความปลอดภัย ซึ่งแยกเป็น 3 ส่วน คือ การปรับโครงสร้างใหม่ ปรับระบบการทำงานใหม่ และคำนึงถึงความปลอดภัยของบุคลากร
2. การลดความแออัด โดยจัดกลุ่มประเภทผู้ป่วยให้ชัดเจน จัดบริการให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม และใช้เทคโนโลยีร่วมด้วย
3. ลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มการเข้าถึงและยกระดับคุณภาพของบริการทางการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข กำหนดมาตรการต่างๆ เช่น การรักษาระยะห่างในสังคม (Social distancing) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน รวมทั้งปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ การเพิ่มระยะห่าง ลดความแออัดที่โรงพยาบาล มีการจัดกลุ่มผู้ป่วยและจัดบริการให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม โดยนำระบบเทคโนโลยีมาใช้ รวมทั้งลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มการเข้าถึง และยกระดับคุณภาพบริการ ระบบการจัดการและวิเคราะห์ข้อมูลภาพรวมของประเทศ การให้บริการทางการแพทย์แบบวิถีใหม่ (New Normal of medical Service) มุ่งเน้นการรักษาให้เหมาะสมเฉพาะบุคคล โดยแยกกลุ่มประเภทผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่ดูแลตนเองได้ดี ไม่จำเป็นต้องพบแพทย์ ไม่ต้องมาโรงพยาบาล ใช้การจัดส่งยาให้ต่อเนื่อง
2. กลุ่มที่ต้องการปรึกษาแพทย์ด้วยคำถามหรือปัญหาเล็กน้อยบางอย่างโดยไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาล ให้บริการ Tele -medicine โดยผ่านระบบการสื่อสาร
3. กลุ่มสุดท้ายที่มีความจำเป็นต้องมาพบแพทย์โรงพยาบาลจริง รวมทั้งพัฒนา Digital Solution เป็นเครื่องมือให้แพทย์และคนไข้สามารถติดต่อพูดคุยและปรึกษากัน โดยไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาล และใช้เทคโนโลยีอื่น ๆ มาใช้อำนวยความสะดวกในการบริการด้วย

กรมการแพทย์ ดำเนินการการแพทย์วิถีใหม่ ซึ่งจะต้องให้เกิดความปลอดภัยทั้งบุคลากรทางการแพทย์ และผู้มารับบริการโดยมีเป้าหมายการดำเนินงาน 3 ประเด็น คือ

1. ให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ (2P Safety) เป็นเป้าหมายระยะสั้นช่วง COVID-19 ซึ่งกรมการแพทย์ได้จัดทำเป็นแพ็คเกจ เช่น การผ่าตัดวิถีใหม่ เลื่อนการผ่าตัดกรณีไม่เร่งด่วน ออกไป หรือตรวจหา COVID-19 ในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด รวมถึงก่อนการทำฟัน เป็นต้น
2. เพิ่มระยะห่างทางสังคม โดยลดความแออัดของการใช้บริการที่โรงพยาบาล เน้น 2 กลวิธี คือ
 - 2.1 จัดระบบการบริการใหม่แยกกลุ่มประเภทผู้ป่วยให้ชัดเจน คือ
กลุ่มสีเขียว เป็นกลุ่มที่ดูแลตนเองได้ดี
กลุ่มสีเหลือง เป็นกลุ่มที่มีปัญหาเล็กน้อย แต่ยังไม่มียโรคแทรก
กลุ่มสีแดง มีความจำเป็นต้องมาโรงพยาบาล
 - 2.2 พัฒนา Digital Solution หรือการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมาช่วยจัดการ เช่นการใช้แอปพลิเคชัน ตั้งแต่เข้าตรวจ รักษา และจ่ายเงิน โดยไม่ต้องจับธนบัตร รวมถึงการรับยาทางไปรษณีย์ เป็นต้น
3. เพิ่มการเข้าถึงบริการแก่ประชาชน เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม ซึ่งการแพทย์วิถีใหม่ด้วยการใช้เทคโนโลยี ทำให้ผู้ป่วยทุกคนเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม โดยมีผู้จัดการคนไข้และผู้ประสานงานคนไข้ไปเยี่ยมถึงบ้าน ถ้ามีความจำเป็นค่อยไปโรงพยาบาล

รูปที่ 3 ทิศทางการดำเนินงานของ New Normal Of Medical Service (กรมการแพทย์)



ทิศทางการดำเนินงานของ New Normal of Medical Service

การบริการทางการแพทย์ที่มุ่งเน้น
มารับการรักษาที่โรงพยาบาล



Hospital Based
Medical Services

การออกแบบบริการรูปแบบใหม่
(Re-design Service Process)



การจัดการด้วยระบบดิจิทัล
(Digital Solution)

การบริการทางการแพทย์ที่มุ่งเน้น
การรักษาให้เหมาะสมเฉพาะบุคคล



Personal Based
Medical Services

สิ่งที่ประชาชนจะได้รับ

จาก New Normal of Medical Service



1. มีมาตรฐานการรักษาที่ดีขึ้น
และความปลอดภัยสูงขึ้น



2. มีรูปแบบบริการที่เหมาะสม
ตรงกับปัญหาของรายบุคคล
ส่งผลให้ได้รับความสะดวก
และคุณภาพการรักษาที่ดีขึ้น



3. ยกระดับคุณภาพชีวิต
ทำให้สุขภาพแข็งแรง
ประชาชนแข็งแรง
ประเทศไทยแข็งแรง

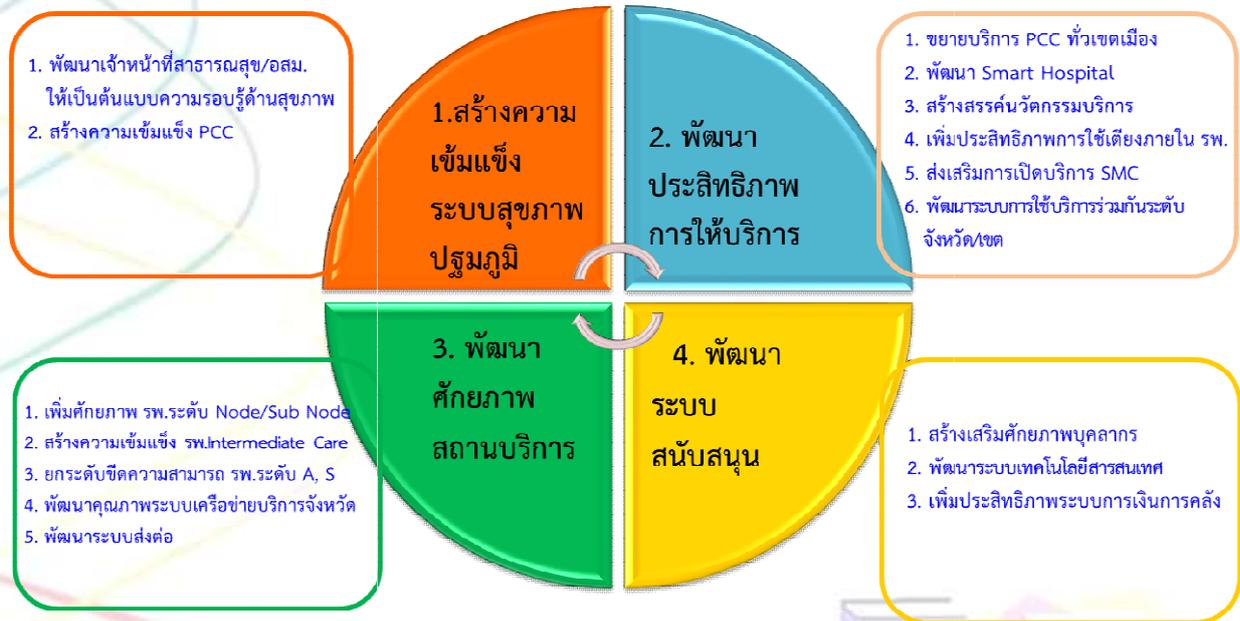
นโยบายการดำเนินงานนวัตกรรมการบริหารจัดการ

“การพัฒนาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพที่ 9”

เขตสุขภาพที่ 9 (นครชัยบุรีรินทร์) ประกอบด้วยจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ มีประชากรรวม 6,764,699คน จำนวน 88 อำเภอ หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 90 แห่ง ระดับปฐมภูมิ มี รพ.สต. 953 แห่ง คลินิกหมอครอบครัว ๑๑๕ แห่ง จำนวนเตียงจริง 10,984 เตียง อัตรา 1.62 (2 ต่อ 1,000 คน) ในปีงบประมาณ 2560 และ 2561 อัตราการครองเตียงเฉลี่ยรวมของโรงพยาบาลจังหวัดทั้ง 4 แห่ง เท่ากับ ร้อยละ 108.65 และ 112.71 ตามลำดับ แสดงถึงวิกฤตปัญหาความแออัดผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีจำนวน 1,319 เตียง แต่มีผู้ป่วยใน 1,400 - 1,640 คนต่อวัน จากปัญหาความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพที่ 9 จึงมีนโยบายการดำเนินงานนวัตกรรมการบริหารจัดการ “การพัฒนาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพที่ 9” โดยมีเป้าหมายการพัฒนาเพื่อ “ลดแออัด ไร้อายต่อ เพิ่มประสิทธิภาพการบริการ มุ่งประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ได้กำหนด 4 ยุทธศาสตร์ 16 ยุทธวิธี ในการขับเคลื่อนงาน ดังนี้

รูปที่ 4 ยุทธศาสตร์ลดแออัด ไร้อายต่อ ทัวนครชัยบุรีรินทร์

4 ยุทธศาสตร์ 16 ยุทธวิธี



ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2562

- 1) อัตราครองเตียง โรงพยาบาลศูนย์ลดลง อย่างน้อย ร้อยละ 5 จาก ปี 2561ค่าเป้าหมาย ≤ 107.07 ผลงานร้อยละ 106.20 ผ่านค่าเป้าหมาย
- 2) โรงพยาบาลศูนย์มีสัดส่วนผู้ป่วยในที่มี Adj.RW < 1 ลดลง อย่างน้อยร้อยละ 5 จาก ปี 2561 ค่าเป้าหมาย ≤ 44.43 ผลงานร้อยละ 39.21 ผ่านค่าเป้าหมาย

ข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพและส่งผลต่อการขับเคลื่อนนโยบายให้บรรลุวัตถุประสงค์

1. พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ Primary Care Cluster

1.1 การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ยึดตาม พ.ร.บ.ปฐมภูมิ

1.2 พัฒนา PCC เขตเมือง

- ยกระดับเป็น Super Primary Care Cluster
- Redesign Job description ทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
- พัฒนา Infrastructure ให้เป็น Smart Primary Care Cluster

1.3 พัฒนาระบบบริการ

- ระบบบริการผู้ป่วย NCD เชื่อมกับการคัดกรอง CKD/CVD risk เพื่อลดการเกิด Stroke, STEMI และ Renal Failure

- จัดทำ Smart Primary Care เพื่อลดความแออัด และสร้างการเข้าถึงบริการของประชาชน โดยเฉพาะโรค NCD

2. พัฒนาระบบบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ มีจุดเน้นคือ Buddy hospital, Resources sharing, Strengthening Node, Redesign Service system โดยมีเป้าหมายการพัฒนาคือ

2.1 เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ห้องผ่าตัดที่มีอยู่ในแต่ละโรงพยาบาลให้มีศักยภาพที่ดีขึ้น

2.2 มีระบบ Ambulance car pool ในจังหวัด

2.3 มีเตียง IMC ในโรงพยาบาลทุกระดับ / จัดบริการแบบบูรณาการที่เรียกว่า Post-acute care seamless service RH9 3 โรค คือ Stroke, Head injury และ Spinal cord injury เพื่อลดแออัดผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และเพิ่มประสิทธิภาพโรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพที่ 9

2.4 เพิ่มศักยภาพให้โรงพยาบาลระดับ F3 มี IMC ทุกโรงพยาบาล

3. พัฒนาระบบการสนับสนุน

3.1 Supportive system (Digital transformation/ financial management and HR management)

3.2 ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ควรมีข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญของเขต ให้ผู้บริหาร สามารถดูได้แบบ realtime

3.3 จัดค่าตอบแทน ที่เหมาะสม สำหรับ บุคลากร รพศ./ รพท./ รพช. ที่ไปช่วยงาน รพ. ลูกnode / buddy hospital



บทที่ 2

ทิศทางการพัฒนาการจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9

นครชัยบุรินทร์ (ปีงบประมาณ 2564-2565)



ทิศทางการพัฒนาการจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ (ปีงบประมาณ 2564-2565)

เขตสุขภาพที่ 9 ได้มีแนวทางดำเนินงานที่ผ่านมาตามนโยบายลดแออัด ไร้รอยต่อ ทัวนครชัยบุรินทร์ 4 ยุทธศาสตร์ 16 ยุทธวิธี และแผนการจัดระบบบริการสุขภาพและกำลังคนด้านสุขภาพ (Blueprint of Health Service and Human Resource) และแนวทางการบริการทางการแพทย์แนวใหม่ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เขตสุขภาพที่ 9 จึงได้จัดทำแผนการจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9 ในการดำเนินงานปัจจุบันที่มีผลต่อการจัดบริการสาธารณสุขโดยมี 3 ยุทธศาสตร์ 15 กลวิธี 21 ตัวชี้วัด



VISION

วิสัยทัศน์

“ลดแออัด ไร้รอยต่อ ทัวนครชัยบุรินทร์ ด้วยการจัดบริการตามวิถีชีวิตแนวใหม่”

พันธกิจ

การบริหารจัดการเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นความปลอดภัยอย่างเป็นระบบของผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ อย่างมีความเท่าเทียมและเป็นธรรมในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ และร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกองค์กร

เป้าประสงค์

1. ความปลอดภัยอย่างเป็นระบบทั้งในการดูแลผู้ป่วยของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (2P SAFETY PRACTICE GUIDELINE)
2. การบริหารจัดการเพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาล (CROWDED PROBLEM MANAGEMENT)
3. ความเสมอภาค ความเท่าเทียมและเป็นธรรมในการเข้ารับบริการทางสุขภาพ (EQUITY FOR ALL)

ปี 2565

Zero OPD walk in ในกลุ่มโรค DM, HT, Stroke, CKD ในโรงพยาบาลศูนย์

ยุทธศาสตร์

แผนการจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9
นครชัยบุรินทร์ (ปีงบประมาณ 2564-2565)

ยุทธศาสตร์ที่ 1.

สร้างความเข้มแข็ง

ระบบสุขภาพปฐมภูมิ และชุมชน



ยุทธศาสตร์ที่ 2.

พัฒนาศักยภาพสถานบริการ



3 ยุทธศาสตร์

15 กลวิธี

21 ตัวชี้วัด

ยุทธศาสตร์ 3.

พัฒนาประสิทธิภาพระบบสนับสนุน
การจัดบริการสาธารณสุขทุกระดับ

1. 2P SAFETY PRACTICE GUIDELINE

2. CROWDED PROBLEM MANAGEMENT

3. EQUITY FOR ALL

ปี 2565

Zero OPD walk in

ในกลุ่มโรค DM, HT, Stroke, CKD ในโรงพยาบาลศูนย์

การจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9



บทที่ 3

ประเด็นยุทธศาสตร์ แผนการจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9
นครชัยบุรินทร์ (ปีงบประมาณ 2564-2565)



ประเด็นยุทธศาสตร์ แผนการจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรีนทร์ (ปีงบประมาณ 2564-2565)

แผนการจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9

วิสัยทัศน์

ลดแออัด ไร้รอยต่อ ท้าวนครชัยบุรีนทร์ ด้วยการจัดการตามวิถีชีวิตแนวใหม่

พันธกิจ

การบริหารจัดการเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นความปลอดภัยอย่างเป็นระบบของผู้ให้บริการและผู้รับบริการอย่างมีความเท่าเทียมและเป็นธรรมในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพและร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกองค์กร

เป้าประสงค์

1. ความปลอดภัยอย่างเป็นระบบในการดูแลผู้รับบริการและผู้ให้บริการ
(2P SAFETY PRACTICE GUIDELINE)
2. ลดความแออัดของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาล
(CROWDED PROBLEM MANAGEMENT)
3. ความเสมอภาค ความเท่าเทียมและเป็นธรรมในการเข้ารับบริการทางสุขภาพ
(EQUITY FOR ALL)

ตัวชี้วัด

ปี 2565 Zero OPD walk in ในกลุ่มโรค DM, HT, Stroke, CKD ในโรงพยาบาลศูนย์



ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างความเข้มแข็งระบบสุขภาพปฐมภูมิและชุมชน

กลยุทธ์ที่ 1

พัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม.

ให้เป็นต้นแบบความรู้ด้านสุขภาพ

มาตรการและแนวทางการพัฒนา

- 1.1 กลไกด้านสุขภาพระดับจังหวัด อำเภอ ตำบลและท้องถิ่น
- 1.2 ประชาชนทุกคนมี Individual care plan
- 1.3 Strengthening อสม.และ จนท.สส. 4.0 เน้นโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อและสุขภาพกลุ่มวัย
- 1.4 การสื่อสารความเสี่ยง ด้านสุขภาพให้กับประชาชน

กลยุทธ์ที่ 2

สร้างความเข้มแข็งและขยายบริการของรพ.สต.และ PCC

มาตรการและแนวทางการพัฒนา

- 2.1 จัดตั้ง รพ.สต.Nodeและ Super PCC เขตเมือง เพื่อเป็น Gate Keeper ทัศนกรรม,Lab,คลินิกพิเศษ ,Day care)
- 2.2 พัฒนา รพ.สต.และPCC ให้มีคุณภาพตามมาตรฐานบริการ
- 2.3 พัฒนาระบบ consult ระบบ refer โดยใช้ IT

กลยุทธ์ที่ 3

สร้างความเข้มแข็งของชุมชน

มาตรการและแนวทางการพัฒนา

- 3.1 จัดทีมหน่วยเคลื่อนที่เร็วด้านสุขภาพ ระดับชุมชน (Community Rapid Respond Team)
- 3.2 จัดให้มี New normal Service ในชุมชน อาทิ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน วัดและสถานที่อื่น ๆ
- 3.3 เกิดธรรมนูญสุขภาพในชุมชน
- 3.4 สร้างนวัตกรรมการดูแลสุขภาพในชุมชน

ตัวชี้วัด

- 1.มี Individual care plan
 - 1.1 ผู้ป่วย NCD ร้อยละ 80
 - 1.2 มารดาตั้งครรภ์ ร้อยละ 100
 - 1.3 ผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 80
- 2.อสม.สามารถใช้ Application อย่างน้อยร้อยละ 80
- 3.เกิดธรรมนูญ ระดับตำบล
- 4.สัดส่วนผู้ป่วย OPD รพ.สต. : รพช. (อย่างน้อย 60:40)
- 5.สัดส่วนผู้ป่วย PCC , รพ.สต. เขตเมือง : รพช/รพท. (อย่างน้อย 80:20)
- 6.มี Application เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพ
- 7.มีนวัตกรรม New normal อย่างน้อยจังหวัดละ 1 เรื่อง



กลยุทธ์ที่ 1

พัฒนา Smart Hospital

มาตรการและแนวทางการพัฒนา

- 1.1 ระบบคิว ระบบนัดหมายออนไลน์
- 1.2 ระบบส่งต่อ ด้วย R9Refer
- 1.3 ระบบเชื่อมต่อกับ Digital medical instrument
- 1.4 Tele video consult

กลยุทธ์ที่ 2

การจัดบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในให้เอื้อต่อโรคอุบัติใหม่

มาตรการและแนวทางการพัฒนา

- 1.1 ARI clinic
- 1.2 Cohort ward , Pneumonia ward
- 1.3 จัดบริการทุกพื้นที่ให้เว้นระยะห่างตามหลักการ Universal Precaution และแนวทาง Social & Physical Distancing (ระยะห่างระหว่างเตียง จำนวน คนเยี่ยม)
- 1.4 พัฒนาศักยภาพ รพ.มหาราช เป็นต้นแบบโรคอุบัติใหม่ระดับเขต
- 1.5 การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ยาแนวใหม่
- 1.6 การจัดบริการ LAB แนวใหม่

กลยุทธ์ที่ 3

เพิ่มประสิทธิภาพการใช้เตียงภายในและนอกกระทรวงสาธารณสุข

มาตรการและแนวทางการพัฒนา

- 3.1 พัฒนาความร่วมมือการใช้เตียงร่วมกับโรงพยาบาลในและนอกสังกัด สธ. ตลอดจน รพ.เอกชน

กลยุทธ์ที่ 4.

พัฒนาระบบการส่งต่อและส่งกลับ ทุกระดับโดยผ่านระบบ Digital Information

มาตรการและแนวทางการพัฒนา

- 4.1 ยกกระดับศูนย์ส่งต่อให้เป็น Referral hub ของโรงพยาบาลระดับจังหวัด ในผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยติดตามการรักษา
- 4.2 เน้น Car pool ในระบบส่งกลับ ภายใน 24 ชั่วโมง

กลยุทธ์ที่ 5

สร้างศักยภาพในโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย

มาตรการและแนวทางการพัฒนา

- 5.1 เพิ่มศักยภาพการรักษาพยาบาล ในผู้ป่วยโรคซับซ้อน
- 5.2 เน้นการดูแล โรงพยาบาลชุมชนลูกข่าย (ลด Refer out ออกนอกเครือข่าย)

กลยุทธ์ที่ 6

พัฒนา IMC ทุกระดับ

มาตรการและแนวทางการพัฒนา

- 6.1 มี IMC Center ในโรงพยาบาลระดับจังหวัด เพื่อติดตามการดูแลผู้ป่วย
- 6.2 มี IMC ward รพ.Node
- 6.3 มี IMC Bed ใน รพ.ชุมชนทุกแห่ง

กลยุทธ์ที่ 7

เพิ่ม Service plan สาขาโรคอุบัติใหม่ และสร้างความ
เข้มแข็ง Service plan NCD Cluster

มาตรการและแนวทางการพัฒนา

7.1 จัดตั้ง คณะกรรมการ และดำเนินการ ขับเคลื่อน
Service plan สาขาโรคอุบัติใหม่ และสร้างความ
เข้มแข็งในกลุ่มโรค สาขา NCD Cluster
(NCD,CKD,Stroke,STEMI)

ตัวชี้วัด

1.ระบบนัดหมาย

1.1 รพ.นำร่อง New normal มีระบบนัดหมาย
ออนไลน์ในผู้ป่วย OPD ร้อยละ 100

1.2 รพ.ทุกแห่ง มีระบบนัดหมายในผู้ป่วย OPD ร้อย
ละ 100

2.อัตราการติดเชื้อโรคทางเดินหายใจที่ป้องกันได้ของ
ผู้รับบริการและผู้ให้บริการลดลง

3.ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดในโรงพยาบาลศูนย์/
ทั่วไป ลดลง ร้อยละ 25

4.ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านการประเมิน PNC 3 เรื่อง
(Stroke, STEMI, จิตเวช) ร้อยละ 100

5.ร้อยละของผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ ที่มี Adj.RW <
1 ลดลง อย่างน้อยร้อยละ 5

6.ร้อยละของประชาชนเข้าถึงบริการของผู้รับบริการใน
ทุกสิทธิ์ในสถานบริการทุกระดับ

7. ลด Refer out รพ.แม่ข่าย ไปยัง รพ.ระดับจังหวัด
ร้อยละ 10

8. รพ.มีเตียงรองรับผู้ป่วย IMC

8.1 มี IMC Center ใน รพ.ระดับจังหวัด เพื่อติดตาม
การดูแลผู้ป่วย

8.2 มี IMC ward ในโรงพยาบาล Node

8.3 มี IMC Bed ใน รพ.ชุมชนทุกแห่ง



กลยุทธ์ที่ 1**การพัฒนากระบวนการจัดการเขตสุขภาพ****มาตรการและแนวทางการพัฒนา**

- 1.1 สนับสนุนให้เกิดโครงสร้างพื้นฐาน ของสำนักงานเขตสุขภาพที่ 9
- 1.2 พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อรองรับรูปแบบการบริหารจัดการเขตสุขภาพ ตามวิถีชีวิตแนวใหม่
- 1.3 พัฒนาการบริหารจัดการด้านทรัพยากรในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยร่วมมือกับทุกภาคส่วน

กลยุทธ์ที่ 2**จัดอัตรากำลังบุคลากรให้เพียงพอและสร้างเสริมศักยภาพบุคลากร****มาตรการและแนวทางการพัฒนา**

- 2.1 จัดสรร บุคลากร ให้เป็นไปตามแผน Blueprint of change R9
- 2.2 พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกด้านให้เชี่ยวชาญตามแผนพัฒนาระบบบริการ
- 2.3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับด้านการให้บริการรูปแบบ New normal service โดยเฉพาะในสายการผลิตบุคลากรทางการแพทย์

กลยุทธ์ที่ 3**พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ****มาตรการและแนวทางการพัฒนา**

- 3.1 จัดโครงสร้างพื้นฐานด้าน IT ทุกระดับ (Server Network)
- 3.2 พัฒนาโปรแกรมและบุคลากร
- 3.3 พัฒนา Cockpit ระดับเขต

กลยุทธ์ที่ 4**เพิ่มประสิทธิภาพระบบการเงินการคลัง
มาตรการและแนวทางการพัฒนา**

- 4.1 เสริมความเข้มแข็งศูนย์จัดเก็บรายได้
- 4.2 พัฒนาระบบบัญชีให้เป็นปัจจุบันและแม่นยำ
- 4.3 ควบคุมกำกับโดยใช้ planfin

กลยุทธ์ที่ 5**พัฒนาระบบโครงสร้างพื้นฐานตลอดจนวัสดุครุภัณฑ์ ทางการแพทย์ที่เอื้อต่อ New Normal Service****มาตรการและแนวทางการพัฒนา**

- 5.1 บริหารงบประมาณทุกแหล่งให้สอดคล้องกับนโยบาย New Normal Service
- 5.2 จัดพื้นที่และรูปแบบบริการในโรงพยาบาลและสำนักงานทุกระดับที่สนับสนุนการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
- 5.3 บริหารจัดการด้านการให้บริการเวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่ายสูงโดยการนำ Drug Warehouse
- 5.4 สร้างนวัตกรรมบริการให้เกิดขึ้นในทุกระดับสถานบริการ

ตัวชี้วัด

- 1.มีการนำแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาใช้
- 2.มีการบริหารจัดการตำแหน่งว่างในระดับจังหวัด โดยตำแหน่งว่างจะต้องน้อยกว่า ร้อยละ 3
- 3.รพ.ทุกระดับมีระบบ Tele consult
- 4.ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 7ไม่เกินร้อยละ 4 และระดับ 6ไม่เกินร้อยละ 6
- 5.มีการจัดพื้นที่และรูปแบบบริการในโรงพยาบาลทุกระดับเป็นไปตามมาตรฐาน Universal Precaution
- 6.มีนวัตกรรมบริการ อย่างน้อย จังหวัดละ 1 เรื่อง

บทที่ 4

การบริหารจัดการและการขับเคลื่อน

แผนการจัดบริการสาธารณสุข ตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9



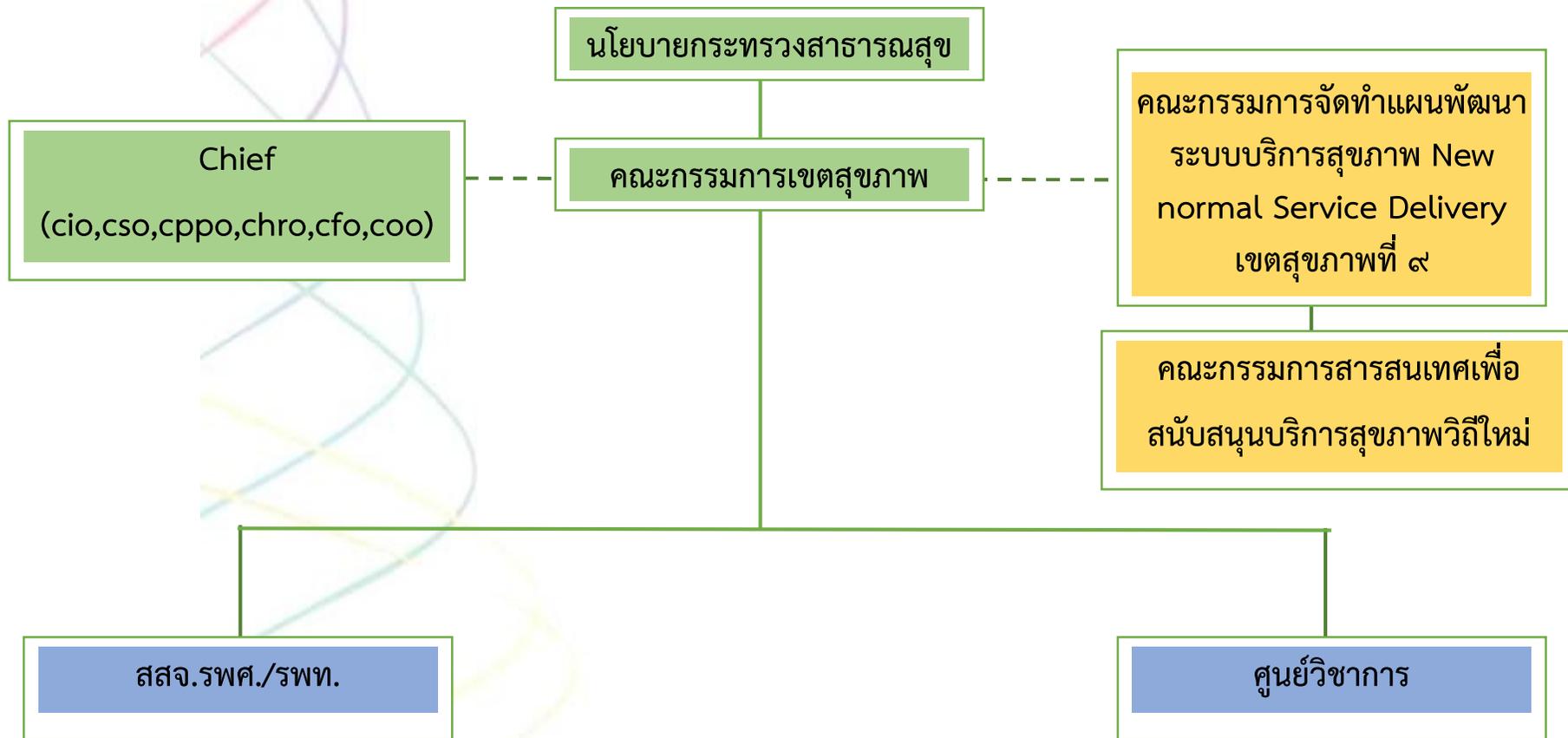
การบริหารจัดการและการขับเคลื่อนแผนการจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9

เพื่อให้แผนการจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9 บรรลุเป้าหมายสูงสุด จะต้องมีการขับเคลื่อนแผนไปสู่การปฏิบัติ เจ้าหน้าที่ทุกระดับจะต้องเป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนแผนให้ประสบความสำเร็จ มีประสิทธิภาพ โดยแนวทางในการขับเคลื่อนแผนไปสู่การปฏิบัติ เน้นการถ่ายทอดไปสู่ระดับจังหวัด และความร่วมมือกับศูนย์วิชาการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตสุขภาพที่ 9 นครราชสีมา โดยบันทึกข้อตกลงความร่วมมือแผนการจัดบริการสาธารณสุข ตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9

ทั้งนี้ ในระดับเขตสุขภาพ ได้มีคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ New Normal Service Delivery เขตสุขภาพที่ 9 ตามคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ 1064/2563 ลงวันที่ 29 เมษายน 2563 โดยมีบทบาทหน้าที่ วิเคราะห์การจัดระบบบริการสุขภาพจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ New normal Service Delivery กำหนดตัวชี้วัดและการกำกับ และการประเมินผล เสนอต่อ คณะกรรมการเขตสุขภาพที่ 9 ต่อไป



แผนการจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9



การจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9

วิสัยทัศน์	ลดแอ็ด ไร้รอยต่อ ทั่วนครชัยบุรินทร์ ด้วยการจัดการตามวิถีชีวิตแนวใหม่		
เป้าประสงค์	1. 2P SAFETY PRACTICE GUIDELINE 2. CROWDED PROBLEM MANAGEMENT 3. EQUITY FOR ALL		
Goal	ปี 2565 Zero OPD Walk in ใน โรงพยาบาลศูนย์		
3 ยุทธศาสตร์	สร้างความเข้มแข็งระบบสุขภาพปฐมภูมิ และชุมชน	พัฒนาศักยภาพสถานบริการ	พัฒนาประสิทธิภาพระบบสนับสนุนการจัดการบริการ สาธารณสุขทุกระดับ
15 กลวิธี	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม. ให้เป็นต้นแบบความรู้ด้านสุขภาพ สร้างความเข้มแข็งและขยายบริการของ รพ. สต. และ PCC สร้างความเข้มแข็งของชุมชน 	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนา Smart Hospital การจัดการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในให้เชื่อมต่อโรคอุบัติใหม่ เพิ่มประสิทธิภาพการใช้เตียงภายในและนอกกระทรวง สาธารณสุข พัฒนาระบบการส่งต่อและส่งกลับ ทุกระดับโดยผ่านระบบ Digital Information สร้างศักยภาพ ในโรงพยาบาลชุมชนแพะเข่า พัฒนา IMC ทุกระดับ เพิ่ม Service plan สาขาโรคอุบัติใหม่ และสร้างความเข้มแข็ง Service plan NCD Cluster 	<ol style="list-style-type: none"> การพัฒนาแบบบริการจัดการเขตสุขภาพ จัดอัตรากำลังบุคลากรให้เพียงพอและสร้างเสริมศักยภาพบุคลากร พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เพิ่มประสิทธิภาพระบบการเงินการคลัง พัฒนาระบบโครงสร้างพื้นฐานตลอดจนวัสดุ ครุภัณฑ์ หาง การแพทย์ที่เชื่อมต่อ New Normal Service
มาตรการ	<p>กลวิธีที่ 1 พัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม. ให้เป็นต้นแบบความรู้ด้านสุขภาพ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 กลไกด้านสุขภาพระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และท้องถิ่น 1.2 ประชาชนทุกคนมี Individual care plan 1.3 Strengthening อสม. และ จบท.สส. 4.0 เน้นโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อและสุขภาพกลุ่มวัย 1.4 การสื่อสารความเสี่ยง ด้านสุขภาพให้กับประชาชน <p>กลวิธีที่ 2 สร้างความเข้มแข็งและขยายบริการของรพ. สต. และ PCC</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 จัดตั้ง รพ.สต. Node และ Super PCC เขตเมืองเพื่อเป็น Gate Keeper ทัศนกรรม, Lab, คลินิกพิเศษ, Day care) 2.2 พัฒนา รพ.สต. และ PCC ให้มีคุณภาพตามมาตรฐานบริการ 2.3 พัฒนาระบบ consult ระบบ refer โดยใช้ IT <p>กลวิธีที่ 3 สร้างความเข้มแข็งของชุมชน</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 จัดทีมหน่วยเคลื่อนที่เร็วด้านสุขภาพ ระดับชุมชน (Community Rapid Respond Team) 3.2 จัดให้มี New normal Service ในชุมชน อาทิ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน วัดและสถานอื่น ๆ 3.3 เกิดธรรมนูญสุขภาพในชุมชน 3.4 สร้างนวัตกรรมการดูแลสุขภาพในชุมชน 	<p>กลวิธีที่ 1 พัฒนา Smart Hospital</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 ระบบคิว ระบบนัดหมายออนไลน์ 1.2 ระบบส่งต่อ ด้วย R9 Refer 1.3 ระบบเชื่อมต่อกัน Digital medical instrument 1.4 Tele video consult <p>กลวิธีที่ 2 การจัดการบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในให้เชื่อมต่อโรคอุบัติใหม่</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 ARI clinic 2.2 Cohort ward , Pneumonia ward 2.3 จัดบริการทุกพื้นที่ในวงระยะห่างตามหลักการ Universal Precaution และแนวทาง Social & Physical Distancing (ระยะห่างระหว่างเตียง จำนวนคนเยี่ยม) 2.4 พัฒนาการ รพ. มหาราช เป็นต้นแบบโรคอุบัติใหม่ระดับเขต 2.5 การบริหารจัดการและเวชภัณฑ์ยาแนวใหม่ 2.6 การจัดการ LAB แนวใหม่ <p>กลวิธีที่ 3 เพิ่มประสิทธิภาพการใช้เตียงภายในและนอกกระทรวงสาธารณสุข</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 พัฒนาความร่วมมือการใช้เตียงร่วมกับโรงพยาบาลในและนอกสังกัด สธ. ตลอดจน รพ. เอกชน <p>กลวิธีที่ 4 พัฒนาระบบการส่งต่อและส่งกลับ ทุกระดับโดยผ่านระบบ Digital Information</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 ยกระดับศูนย์ส่งต่อให้เป็น Referral hub ของโรงพยาบาลระดับจังหวัด ในผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยติดตามการรักษา 4.2 เช่น Car pool ในระบบส่งกลับ ภายใน 24 ชั่วโมง <p>กลวิธีที่ 5 สร้างศักยภาพในโรงพยาบาลชุมชนแพะเข่า</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.1 เพิ่มศักยภาพการรักษายามบาล ในผู้ป่วยโรคซับซ้อน 5.2 เน้นการดูแล โรงพยาบาลชุมชนลูกข่าย (ลด Refer out ออกนอกเครือข่าย) <p>กลวิธีที่ 6 พัฒนา IMC ทุกระดับ</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.1 มี IMC Center ในโรงพยาบาลระดับจังหวัด เพื่อติดตามการดูแลผู้ป่วย 6.2 มี IMC ward รพ. Node 6.3 มี IMC Bed ใน รพ. ชุมชนทุกแห่ง <p>กลวิธีที่ 7 เพิ่ม Service plan สาขาโรคอุบัติใหม่ และสร้างความเข้มแข็ง Service plan NCD Cluster</p> <ol style="list-style-type: none"> 7.1 จัดตั้ง คณะกรรมการ และดำเนินการ ขับเคลื่อน Service plan สาขาโรคอุบัติใหม่ และสร้างความเข้มแข็งในกลุ่มโรค สาขา NCD Cluster (NCD, CKD, Stroke, STEMI) 	<p>กลวิธีที่ 1 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเขตสุขภาพ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 สนับสนุนให้เกิดโครงสร้างพื้นฐาน ของสำนักงานเขตสุขภาพที่ 9 1.2 พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อรองรับรูปแบบการบริหารจัดการเขตสุขภาพ ตามวิถีชีวิตแนวใหม่ 1.3 พัฒนาระบบบริหารจัดการด้านทรัพยากรในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยร่วมมือกับทุกภาคส่วน <p>กลวิธีที่ 2 จัดอัตรากำลังบุคลากรให้เพียงพอและสร้างเสริมศักยภาพบุคลากร</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 จัดสรร บุคลากร ให้เป็นไปตามแผน Blueprint of change R9 2.2 พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกด้านให้เชี่ยวชาญตามแผนพัฒนาระบบบริการ 2.3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับด้านการให้บริการรูปแบบ New normal service โดยเฉพาะในสายการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ <p>กลวิธีที่ 3 พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 จัดโครงสร้างพื้นฐานด้าน IT ทุกระดับ (Server Network) 3.2 พัฒนาโปรแกรมและบุคลากร 3.3 พัฒนา Cockpit ระดับเขต <p>กลวิธีที่ 4 เพิ่มประสิทธิภาพระบบการเงินการคลัง</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 เสริมความเข้มแข็งศูนย์จัดเก็บรายได้ 4.2 พัฒนาระบบบัญชีให้เป็นปัจจุบันและแม่นยำ 4.3 ความคุ้มค่ากับโดยใช่ plan กิก <p>กลวิธีที่ 5 พัฒนาระบบโครงสร้างพื้นฐานตลอดจนวัสดุ ครุภัณฑ์ หาง การแพทย์ที่เชื่อมต่อ New Normal Service</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.1 บริหารงบประมาณทุกแหล่งให้สอดคล้องกับนโยบาย New Normal Service 5.2 จัดพื้นที่และรูปแบบบริการในโรงพยาบาลและสำนักงานทุกระดับที่สนับสนุนการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 5.3 บริหารจัดการด้านการให้บริการเวชภัณฑ์ที่ปลอดภัยสูงโดยการทำ Drug Warehouse 5.4 สร้างนวัตกรรมบริการให้เกิดขึ้นในทุกระดับสถานบริการ



<p style="text-align: center;">ตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์</p>	<p>1.มี Individual care plan 1.1 ผู้ป่วย NCD ร้อยละ 80 1.2 มารดาตั้งครรภ์ ร้อยละ 100 1.3 ผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 80 2.อสม.สามารถ ใช้ Application อย่างน้อยร้อยละ 80 3.เกิดธรรมบุญ ระดับตำบล อย่างน้อย 1 เรื่อง 4.สัดส่วนผู้ป่วย OPD รพ.สต. : รพช. (อย่างน้อย 60:40) 5.สัดส่วนผู้ป่วย PCC , รพ.สต. เขตเมือง : รพศ/รพท. (อย่างน้อย 80:20) 6.มี Application เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพ 7.มีนวัตกรรม New normal อย่างน้อยจังหวัดละ 1 เรื่อง</p>	<p>1.ระบบนัดหมาย 1.1 รพ.นำร่อง New normal มีระบบนัดหมายออนไลน์ในผู้ป่วย OPD ร้อยละ 100 1.2 รพ.ทุกแห่ง มีระบบนัดหมายในผู้ป่วย OPD ร้อยละ 100 2.อัตราการติดเชื้อโรคทางเดินหายใจที่มีอาการได้ของผู้รับบริการและผู้ให้บริการลดลง 3.ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ลดลง ร้อยละ 25 4.ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านการประเมิน PNC 3 เรื่อง (Stroke, STEMI, จัดเวช) ร้อยละ 100 5.ร้อยละของผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ ที่มี Adj.RW < 1 ลดลง อย่างน้อยร้อยละ 5 6.ร้อยละของประชาชนเข้าถึงบริการของผู้รับบริการในทุกสิทธิ์ในสถานบริการทุกระดับ 7.ลด Refer out รพ.แม่ข่าย ไปยัง รพ.ระดับจังหวัด ร้อยละ 10 8. รพ.มีเตียงรองรับผู้ป่วย IMC 8.1 มี IMC Center ใน รพ.ระดับจังหวัด เพื่อติดตามการดูแลผู้ป่วย 8.2 มี IMC ward ในโรงพยาบาล Node 8.3 มี IMC Bed ใน รพ.ชุมชนทุกแห่ง</p>	<p>1.มีการนำแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาใช้ 2.มีการบริหารจัดการตำแหน่งว่างในระดับจังหวัด โดยตำแหน่งว่างจะต้องน้อยกว่า ร้อยละ 3 3.รพ.ทุกระดับมีระบบ Tele consult 4.ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 และระดับ 6ไม่เกินร้อยละ 6 5.มีการจัดพื้นที่และรูปแบบบริการในโรงพยาบาลทุกระดับเป็นไปตามมาตรฐาน Universal Precaution 6.มีนวัตกรรมบริการ อย่างน้อย จังหวัดละ 1 เรื่อง</p>
--	---	---	---

<p style="text-align: center;">หน่วยงาน</p>	<p style="text-align: center;">สสจ./รพ.ศูนย์/รพ.ทั่วไป/เขตสุขภาพที่ 9</p>	<p style="text-align: center;">สสจ./รพ.ศูนย์/รพ.ทั่วไป/เขตสุขภาพที่ 9</p>	<p style="text-align: center;">สสจ./รพ.ศูนย์/รพ.ทั่วไป/เขตสุขภาพที่ 9</p>
--	---	---	---

<p style="text-align: center;">ระดับ ความสำเร็จ รวมไตรมาส 2564</p>	<p style="text-align: center;">3เดือน</p>	<p style="text-align: center;">6เดือน</p>	<p style="text-align: center;">9เดือน</p>	<p style="text-align: center;">12เดือน</p>
	<p style="text-align: center;">ไตรมาส 1</p> <p>- ประชุมถ่ายทอดนโยบายการจัดการบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9</p> <p style="text-align: center;">ยุทธศาสตร์ที่ 1</p> <p>- ชี้แจง กลไกด้านสุขภาพระดับจังหวัด อำเภอ ตำบลและท้องถิ่นพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม. ให้เป็นต้นแบบความรู้ด้านสุขภาพ และสื่อสารความเสี่ยง ด้านสุขภาพให้กับประชาชน</p> <p>- จัดกิจกรรม สร้างเสริมความรู้ ทักษะ แก่ อสม. และ จวท.สส. 4.0 เป็นโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อและสุขภาพกลุ่มวัย</p> <p style="text-align: center;">ยุทธศาสตร์ที่ 2</p> <p>- พัฒนา IMC ทุกระดับ</p> <p>- จัดบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในให้เชื่อมต่อโรคอุบัติใหม่</p> <p style="text-align: center;">ยุทธศาสตร์ที่ 3</p> <p>- พัฒนาระบบบัญชีให้มีปัจจุบันและแม่นยำ</p> <p>- พัฒนาระบบ R9TeleConsult</p> <p>- จัดสรร บุคลากร ให้เป็นไปตามแผน Blueprint of change R9</p>	<p style="text-align: center;">ไตรมาส 2</p> <p style="text-align: center;">ยุทธศาสตร์ที่ 1</p> <p>- จัดตั้ง รพ.สต.Node และ Super PCC เขตเมือง</p> <p>- จัดให้มี New normal Service ในชุมชน อาทิ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน วัดและสถานที่อื่น ๆ</p> <p style="text-align: center;">ยุทธศาสตร์ที่ 2</p> <p>- จัดทำระบบคิว ระบบนัดหมายออนไลน์</p> <p>- ดำเนินการให้ทุกพื้นที่ให้เ็นระยะห่างตามหลักการ Universal Precaution</p> <p style="text-align: center;">ยุทธศาสตร์ที่ 3</p> <p>- ทดสอบระบบโปรแกรม R9TeleConsult ในพื้นที่ต้นแบบ</p> <p>- เสริมความเข้มแข็งศูนย์จัดเก็บรายได้</p> <p>- พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกด้านให้เชี่ยวชาญตามแผนพัฒนาระบบบริการ</p>	<p style="text-align: center;">ไตรมาส 3</p> <p style="text-align: center;">ยุทธศาสตร์ที่ 1</p> <p>- จัดทีมหน่วยเคลื่อนที่เร็วด้านสุขภาพระดับชุมชน (Community Rapid Respond Team)</p> <p style="text-align: center;">ยุทธศาสตร์ที่ 2</p> <p>- จัดตั้ง Health Station และระบบงาน Personal NCD Care platform ครบทุก รพ.สต.</p> <p>- สร้างศักยภาพในโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย</p> <p style="text-align: center;">ยุทธศาสตร์ที่ 3</p> <p>- ทดสอบระบบโปรแกรม R9TeleConsult ในพื้นที่ต้นแบบ</p> <p>- จัดโครงสร้างพื้นฐานด้าน IT ทุกระดับ (Server Network)</p>	<p style="text-align: center;">ไตรมาส 4</p> <p style="text-align: center;">ยุทธศาสตร์ที่ 1</p> <p>- สร้างนวัตกรรมการดูแลสุขภาพในชุมชน</p> <p style="text-align: center;">ยุทธศาสตร์ที่ 2</p> <p>- พัฒนาความร่วมมือการใช้เตียงร่วมกับโรงพยาบาลในและนอกสังกัด สธ. ตลอดจน รพ.เอกชน</p> <p style="text-align: center;">ยุทธศาสตร์ที่ 3</p> <p>- ควบคุมกำกับโดยใช้ planfin</p> <p>- ทดสอบระบบโปรแกรม R9TeleConsult ในพื้นที่ต้นแบบทุกแห่ง</p> <p>- สร้างนวัตกรรมบริการให้เกิดขึ้นในทุกระดับสถานบริการ</p> <p>- สนับสนุนให้เกิดโครงสร้างพื้นฐาน ของสำนักงานเขตสุขภาพที่ 9</p>

บทที่ 5

การติดตามประเมินผล

แผนการจัดบริการสาธารณสุข ตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9



บทที่ 5 การติดตามประเมินผล

1.ระบบการส่งรายงาน

- 1.1 การส่งรายงาน 43 แฟ้ม มีช่องทางส่งข้อมูลไปยัง Cloud ของกระทรวงสาธารณสุขในแต่ละจังหวัด โดยให้หน่วยบริการส่งข้อมูลและจะประมวลผลทุกวันที่ 25 เดือนถัดไป
- 1.2 บันทึกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยผ่านระบบ r9 refer ทุกครั้งที่มีการส่งต่อ เพื่อประมวลผลในการรายงาน

2.ระบบการตรวจสอบข้อมูล

- 2.1 การตรวจสอบข้อมูลตามตัวชี้วัดในระดับเขตและประเทศ ที่ <https://hdcservice.moph.go.th/>
- 2.2 การตรวจสอบข้อมูลตามตัวชี้วัด ของระดับเขตสุขภาพที่ 9 ที่ <http://R9health.org>
- 2.3 การตรวจสอบข้อมูลตามตัวชี้วัดผ่านระบบ r9 refer

3.การติดตามประเมินผล

3.1 การติดตามกำกับ

- 3.1.1 ติดตามผลการดำเนินงานในที่ประชุมคณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ New normal Service Deliveryเขตสุขภาพที่ 9 โดยให้ผู้บริหารระดับจังหวัดนำเสนอผลการดำเนินงาน
- 3.1.2 ติดตามผลการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการสารสนเทศเพื่อสนับสนุนบริการสุขภาพวิถีใหม่
- 3.1.3 ติดตามผลการดำเนินงานผ่านการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ
- 3.1.4 รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการเขตสุขภาพที่ 9

3.2 รูปแบบการประเมินผล

ประเมินผลจากการรายงานข้อมูลเป็นรายไตรมาส จากจังหวัดมายังระดับเขต

- ❖ ไตรมาสที่ 1 รายงานผลภายในเดือนธันวาคม (3 เดือน)
- ❖ ไตรมาสที่ 2 รายงานผลภายในเดือนมีนาคม (6 เดือน)
- ❖ ไตรมาสที่ 3 รายงานผลภายในเดือนมิถุนายน (9 เดือน)
- ❖ ไตรมาสที่ 4 รายงานผลภายในเดือนกันยายน (12 เดือน)



ภาคผนวก



รายชื่อพื้นที่ต้นแบบ การจัดการบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9



เขตสุขภาพที่ 9
Regional Health 9

	ระดับ โรงพยาบาลศูนย์	ระดับ โรงพยาบาลทั่วไป	ระดับ โรงพยาบาลชุมชน	ระดับ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล
นครราชสีมา	- โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	- โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา - โรงพยาบาลปากช่องนานา	- โรงพยาบาลพระทองคำเฉลิมพระเกียรติ	- สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นิคมลำตะคอง อ.ปากช่อง
ชัยภูมิ		- โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ	- โรงพยาบาลคอนสวรรค์	- สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา หนองบัวโคก อ.จัตุรัส
บุรีรัมย์		- โรงพยาบาลนางรอง	- โรงพยาบาลละหานทราย	- สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา หนองใหญ่ อ.สตึก - สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา ร่มโพธิ์ อ.เมือง
สุรินทร์		- โรงพยาบาลปราสาท	- โรงพยาบาลพนมดงรักเฉลิมพระเกียรติ	- สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา บ้านรุน อ.พนมดงรัก
รายชื่อพื้นที่ต้นแบบ เขตสุขภาพที่ 9 ทั้งหมด 15 แห่ง				

(สำเนา)

คำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ที่ ๑๐๖๔ / ๒๕๖๓

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ New normal Service Delivery
เขตสุขภาพที่ ๙

ด้วย สถานการณ์การระบาดของโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ๒๐๑๙ ที่เกิดขึ้นหลายประเทศทั่วโลกและประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง และกระทรวงสาธารณสุขได้มีข้อสั่งการให้ทุก กรม กอง สำนัก จังหวัดที่เกี่ยวข้อง เปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข เพื่อเตรียมความพร้อม ทั้งในด้าน บุคลากร ทรัพยากร ยาและเวชภัณฑ์ และเพื่อรองรับการให้บริการแก่ประชาชนโดยทั่วถึง และเขตสุขภาพที่ ๙ ได้มีการปรับแผนการให้บริการสุขภาพเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์การระบาดของโรคปอดอักเสบจากเชื้อ ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ๒๐๑๙ จึงได้จัดทำแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ New normal Service Delivery เขตสุขภาพที่ ๙ นั้น

ในการนี้ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับ สถานการณ์การระบาดของโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ๒๐๑๙ ในปัจจุบันสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ New normal Service Delivery เขตสุขภาพที่ ๙ ดังนี้

๑. คณะที่ปรึกษา ประกอบด้วย

- | | | |
|-----|--|-----------|
| ๑.๑ | ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ ๙ | ที่ปรึกษา |
| ๑.๒ | ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙ | ที่ปรึกษา |
| ๑.๓ | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง ในเขตสุขภาพที่ ๙ | ที่ปรึกษา |
| ๑.๔ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ในเขตสุขภาพที่ ๙ | ที่ปรึกษา |
| ๑.๕ | ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์เขตสุขภาพที่ ๙ กรมการแพทย์ | ที่ปรึกษา |

๒. คณะกรรมการ ประกอบด้วย

- | | | | |
|-----|--|--|-----------|
| ๒.๑ | นางอัจฉรา นิธิภิญญาสกุล | สาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ ๙ | ประธาน |
| ๒.๒ | นายจิรศักดิ์ วิจักขณาลัญญ์ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา | รองประธาน |
| ๒.๓ | ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๙ | | กรรมการ |
| ๒.๔ | นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง ในเขตสุขภาพที่ ๙ | | กรรมการ |
| ๒.๕ | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ในเขตสุขภาพที่ ๙ | | กรรมการ |
| ๒.๖ | รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ในเขตสุขภาพที่ ๙ | | กรรมการ |
| ๒.๗ | หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์ ในเขตสุขภาพที่ ๙ | | กรรมการ |
| ๒.๘ | หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ ในเขตสุขภาพที่ ๙ | | กรรมการ |
| ๒.๙ | หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลศูนย์ ในเขตสุขภาพที่ ๙ | | กรรมการ |

/๒.๑๐ หัวหน้ากลุ่ม ...

๒.๑๐	หัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลศูนย์ ในเขต สุขภาพที่ ๙			กรรมการ
๒.๑๑	นายสายลักษณ์	พิมพ์เกาะ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	กรรมการ
๒.๑๒	นายบัญชา	สุขอนันต์ชัย	นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	กรรมการ
๒.๑๓	นางสาวพรรณทิพย์	ตันติวงษ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	กรรมการ
๒.๑๔	นายชัยวิวัฒน์	ตุ่งคะเสรีรักษ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	กรรมการ
๒.๑๕	นายอนุชิต	นิยมปัทมะ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	กรรมการ
๒.๑๖	นายศุภฤกษ์	สัทธาพงศ์	นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	กรรมการ
๒.๑๗	นายอติคม	สงวนตระกูล	นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	กรรมการและ เลขานุการ
๒.๑๘	นางพรอนันต์	กิตติมั่นคง	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๒.๑๙	นางสาวสุดารัตน์	นพขุนทด	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๒.๒๐	นายจักรกฤษณ์	มงคลสวัสดิ์	นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๒.๒๑	นางสาลินี	โพธิ์สอน	นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๒.๒๒	นางสาวปฐมภรณ์	สุทธิศิริสุข	นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

บทบาทหน้าที่

๑. วิเคราะห์การจัดระบบบริการสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ ๙ ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ๒๐๑๙
๒. จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ ๙ ภายหลังจากสถานการณ์การระบาดของโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ๒๐๑๙ (New normal Service Delivery)
๓. กำหนดตัวชี้วัดและการกำกับ และการประเมินผล



/๔เสนอแผน ...

- ๔. เสนอแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการ เขตสุขภาพที่ ๙
- ๕. ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๙ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๓

ลงชื่อ พงศ์เกษม ไข่มุกด์
(นายพงศ์เกษม ไข่มุกด์)
ผู้ตรวจราชการกระทรวง
ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รับรองสำเนาถูกต้อง
พรอนันต์ กิตติมั่นคง
(นางพรอนันต์ กิตติมั่นคง)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

พรอนันต์ / คัด



Template New Normal

ยุทธศาสตร์ที่ 1,2,3



หมวด	การจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9	
แผนที่	ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างความเข้มแข็งระบบสุขภาพปฐมภูมิ และชุมชน	
ระดับการวัดผล	ระดับจังหวัด	
ชื่อตัวชี้วัด (1.1)	มี Individual care plan ผู้ป่วย NCD ร้อยละ 80	
คำนิยาม	<p>Individual care plan ผู้ป่วย NCD หมายถึง การจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง รายบุคคลในพื้นที่รับผิดชอบทุกราย ที่ได้รับการยืนยันในสถานบริการสาธารณสุขนั้นๆ</p> <p>ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และได้รับการขึ้นทะเบียน/ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด</p> <p>โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการขึ้นทะเบียน/ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด</p> <p>ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST Elevated Myocardial Infarction) ทั้งหมดที่รับไว้หรือมารักษาในหน่วยงานหรืออาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด</p> <p>ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หมายถึง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ทั้งหมดที่รับไว้หรือมารักษาในหน่วยงานหรืออาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด</p> <p>ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 สัญชาติไทยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR \geq 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1ปีงบประมาณ</p>	
เกณฑ์เป้าหมาย:	ผู้ป่วย NCD ร้อยละ 80	
	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	เพื่อการดูแล ผู้ป่วย กลุ่มโรค NCD อย่างมีคุณภาพ ลดการตายจากโรค NCD	

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบทุกราย ที่ได้รับการยืนยันว่าเป็นผู้ป่วย NCD ในสถานบริการสาธารณสุขนั้นๆ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานการจัดทำ Individual care plan จากสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งและทุกระดับ โดยรายงานผ่านผู้รับผิดชอบงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งและทุกระดับ				
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนผู้ป่วย NCD ยืนยันทั้งหมด ที่ได้รับการจัดทำ Individual Care Plan ตามความเสี่ยงในแต่ละระดับทุกราย ในช่วงเวลาที่กำหนด				
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนผู้ป่วย NCD ยืนยันทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 และสรุปรายปี				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2564:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	55	60	65	70	
ปี 2565:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	65	70	75	80	
วิธีการประเมินผล :	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย				
เอกสารสนับสนุน :	แผนปฏิบัติการขับเคลื่อนงานโรคไม่ติดต่อ NCD เขตสุขภาพที่ 9 ประจำปีงบประมาณ 2564-2565				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	ผู้ป่วย NCD	-	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ เขตสุขภาพที่ 9				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ เขตสุขภาพที่ 9				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ เขตสุขภาพที่ 9				

หมวด	การจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9	
แผนที่	ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างความเข้มแข็งระบบสุขภาพปฐมภูมิ และชุมชน	
ระดับการวัดผล	ระดับจังหวัด	
ชื่อตัวชี้วัด (1.1)	ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย (Individual care plan) ในการติดตามดูแลต่อเนื่องป้องกันการก่อเหตุรุนแรงในชุมชน เครือข่าย เขตสุขภาพที่ 9 (ผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 80)	
คำนิยาม	<p>Individual care plan หมายถึง สถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช/หน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่ง มีการจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย (individual care plan) จัดกระบวนการตามแผนที่วางไว้ มีระบบการติดตามเฝ้าระวัง โดยมีการประสานงาน ส่งต่อ และเยี่ยมติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องร่วมกับหน่วยบริการสาธารณสุขและเครือข่ายอื่นๆ ในเขตสุขภาพ</p> <p>ผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิต (F20-29) และมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้ารับบริการได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง และลงทะเบียนเป็นผู้ป่วย SMI-V จากโรงพยาบาลจิตเวช</p> <p>การคัดกรองผู้ป่วย SMI-V หมายถึง ลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชที่สถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชทั่วไปกำหนดให้เป็นผู้ป่วย SMI-V โดยมีเกณฑ์การคัดกรอง 4 ข้อ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) มีประวัติทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต 2) มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์ความรุนแรงในชุมชน 3) มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง 4) เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง) 	
เกณฑ์เป้าหมาย:	ผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 80	
	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	70	80
วัตถุประสงค์	<ul style="list-style-type: none"> -เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงได้รับการบริการต่อเนื่องในชุมชน -เพื่อลดอาการกำเริบหรือการกลับป่วยซ้ำ -เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและลดภาระของญาติ 	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิต (F20-29) ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)	

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานศูนย์ติดตามผู้ป่วยโรคจิต (F20-29) ที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน				
แหล่งข้อมูล	ศูนย์ติดตามผู้ป่วยโรคจิต (F20-29) ที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนผ่านโปรแกรม CareTransition				
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีการจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย (individual care plan) จากโปรแกรม CareTransition				
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนจากโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2564:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	64	66	68	70	
ปี 2565:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	72.5	75	77.5	80	
วิธีการประเมินผล :	คำนวณเป็นร้อยละ				
เอกสารสนับสนุน :	-รายงานศูนย์ติดตามผู้ป่วยโรคจิต (F20-29) ที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน -คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนสำหรับบุคลากรระดับปฐมภูมิ (2560)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	ผู้ป่วยจิตเวช	ร้อยละ	NA	NA	63.07
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	-ศูนย์ติดตามผู้ป่วยโรคจิต (F20-29) ที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนผ่านโปรแกรม CareTransition -ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ หน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่งเขตสุขภาพที่ 9 -ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ -คณะกรรมการโครงการการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน				

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต หน่วยบริการทุกแห่ง
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต หน่วยบริการทุกแห่ง



หมวด	การจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9			
แผนที่	ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างความเข้มแข็งระบบสุขภาพปฐมภูมิ และชุมชน			
ระดับการวัดผล	ระดับจังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัด (1.1)	มี Individual care planของหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 100			
คำนิยาม	Individual Care Plan มารดาตั้งครรภ์ หมายถึง การจัดทำแผนการดูแลหญิงตั้งครรภ์รายบุคคลในพื้นที่รับผิดชอบทุกราย ที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการสาธารณสุขนั้นๆ โดยผ่านการคัดกรองตามแบบประเมินความเสี่ยงทั้งด้านBIO-PSYCHO-SOCIAL โดยแบ่งเป็นระดับ เสี่ยงต่ำ (Low risk) เสี่ยงสูง (High Risk) และ เสี่ยงระดับสูงสุด (Extreme Risk) <u>หมายเหตุ:</u> เลือกด้านที่มีภาวะเสี่ยงระดับสูงสุดเป็นภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ในการจัดทำ Individual Care Planเป็นอันดับแรก			
เกณฑ์เป้าหมาย:				
มารดาตั้งครรภ์ ได้รับการจัดทำ Individual Care Plan ร้อยละ 100				
	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65		
	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100		
วัตถุประสงค์	เพื่อการตั้งครรภ์คุณภาพ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากในสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งและทุกระดับ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานการจัดทำ Individual care plan จากสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งและทุกระดับ โดยรายงานผ่านผู้รับผิดชอบงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด			
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งและทุกระดับ			
รายการข้อมูล 1	A=หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการจัดทำ Individual Care Plan ตามความเสี่ยงในแต่ละระดับทุกราย ในช่วงเวลาที่กำหนด			
รายการข้อมูล 2	B=หญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 และสรุปรายปี			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2564:				
	รอบ เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
ปี 2565:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100

วิธีการประเมินผล :	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย				
เอกสารสนับสนุน :	แบบคัดกรองความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ Individual care plan ในแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็กประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565 เขตสุขภาพที่ 9 (New normal งานอนามัยแม่และเด็ก)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	มารดา ตั้งครรภ์ได้รับการ จัดทำ Individual Care Plan	ร้อยละ 100	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ เขตสุขภาพที่ 9				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ เขตสุขภาพที่ 9				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ เขตสุขภาพที่ 9				



หมวด	การจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9										
แผนที่	ยุทธศาสตร์ที่ 1สร้างความเข้มแข็งระบบสุขภาพปฐมภูมิ และชุมชน										
ระดับการวัดผล	ระดับจังหวัด										
ชื่อตัวชี้วัด (1.2)	อสม.สามารถ ใช้ Application อย่างน้อยร้อยละ 80										
คำนิยาม	Application หมายถึง โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อใช้อำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานของ อสม. ซึ่งในที่นี้ ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 1. อสม.ออนไลน์ 2. Smart อสม.(กรม สบส.) 										
เกณฑ์เป้าหมาย: อสม.สามารถ ใช้ Application อย่างน้อยร้อยละ 80	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 64</td> <td>ปีงบประมาณ 65</td> </tr> <tr> <td>60</td> <td>80</td> </tr> </table>			ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	60	80				
ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65										
60	80										
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อพัฒนาศักยภาพ อสม.ในการมีและใช้ Applicationด้านสุขภาพ 2. เพื่อให้ อสม.ใช้เทคโนโลยีการสื่อสารในการทำงานร่วมกับ จนท. 										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	อสม.ในเขต สุขภาพที่ 9										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. จำนวน รพ.สต. และ อสม. ที่ใช้ Applicationอสม.ออนไลน์ 2. จำนวน อสม.ที่มี .ที่มี Smartphone และใช้ Application : Smartอสม. 										
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ฐานข้อมูลการใช้ อสม.ออนไลน์ 2. thaiphc.net 										
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวน อสม.ที่ใช้ อสม.ออนไลน์ , A2 = จำนวน อสม.ที่ใช้ Smartอสม.										
รายการข้อมูล 2	B= จำนวน อสม.ทั้งหมด										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$										
ระยะเวลาประเมินผล											
เกณฑ์การประเมิน :											
ปี 2564:	<table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9เดือน</td> <td>รอบ 12เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>60</td> </tr> </table>			รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน				60
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน								
			60								
ปี 2565:	<table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9เดือน</td> <td>รอบ 12เดือน</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>80</td> </tr> </table>			รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน				80
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน								
			80								

วิธีการประเมินผล :	วัดผลเชิงปริมาณ ในระดับอำเภอ				
เอกสารสนับสนุน :					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2663
	อสม.สามารถ ใช้ Application	คน	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ เขตสุขภาพที่ 9				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ เขตสุขภาพที่ 9				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ เขตสุขภาพที่ 9				



หมวด	การจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9	
แผนที่	ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างความเข้มแข็งระบบสุขภาพปฐมภูมิและชุมชน	
ระดับการวัดผล	ระดับจังหวัด	
ชื่อตัวชี้วัด (1.3)	เกิดธรรมนูญสุขภาพระดับตำบล อย่างน้อยอำเภอละ 1 ตำบล	
คำนิยาม	<p>ธรรมนูญสุขภาพ หมายถึง กฎกติกา ข้อตกลงร่วมกันของคนในชุมชนโดยชุมชนกำหนดขึ้นเอง ประเมินกันเองในชุมชน แล้วนำมาใช้เพื่อให้เกิดความสุขของคนในชุมชนไม่ใช่แค่เรื่องการเจ็บป่วยทางร่างกาย แต่หมายรวมถึงความสุขในทุกๆด้านทั้งร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ</p> <p>ธรรมนูญตำบล หมายถึง กติการ่วม ข้อตกลงร่วมของคนในชุมชนที่เกิดจากสำนึกของคนในตำบลที่มาอยู่ร่วมกันและสามารถกำหนดเป้าหมายอนาคตของตนเองตามวิถีชีวิตแห่งจิตสำนึกร่วม โดยการบูรณาการทุนชุมชนสู่การปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายของการจัดการตนเองของตำบล</p> <p>ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ คือ กรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ เป็นเสมือนพิมพ์เขียวที่ภาคส่วนต่างๆ มาร่วมกันกำหนดภาพอนาคตที่พึงประสงค์ของระบบสุขภาพ ทุกหน่วยงาน องค์กรรวมถึงชุมชน ท้องถิ่นจึงสามารถนำใช้อ้างอิงประกอบการจัดทำแผนนโยบาย รวมถึงกติการ่วมของชุมชนได้</p> <p>ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ หมายถึง กรอบทิศทาง หรือข้อตกลงร่วม หรือกรอบกติการ่วมที่คนในชุมชนใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสุขภาพในระดับพื้นที่ซึ่งอาจเป็นประเด็นทางสุขภาพเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะหรือเป็นประเด็นทางสุขภาพในภาพรวมของแต่ละพื้นที่โดยหัวใจสำคัญ คือ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการออกแบบ พัฒนา ขับเคลื่อน และทบทวนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ร่วมกัน</p>	
เกณฑ์เป้าหมาย: เกิดธรรมนูญสุขภาพ ระดับตำบล		
	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	อำเภอ ละ 1 ตำบล	อำเภอ ละ 1 ตำบล(ไม่ซ้ำตำบลเดิม)
วัตถุประสงค์	<p>4.1 เพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพ มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ร่วมกันสร้างสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน เพื่อมุ่งสู่ตำบลสุขภาวะ</p> <p>4.2 เพื่อใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบลฯ เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพชุมชน</p> <p>4.3 เพื่อให้เกิดกฎกติกา มาตรการทางสังคมอย่างชัดเจน</p> <p>4.4 เพื่อให้ชุมชนมีเครื่องมือกำหนดทิศทางหรือแนวปฏิบัติร่วมอันจะนำไปสู่ระบบสุขภาพพึงประสงค์ที่สามารถแก้ปัญหาในด้านสุขภาพของพื้นที่อย่างสอดคล้อง เหมาะสมและทันการณ์</p>	

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานภาครัฐและเอกชน และประชาชนในพื้นที่				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานการจัดทำธรรมนูญสุขภาพระดับตำบล โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
รายการข้อมูล 1	-				
รายการข้อมูล 2	-				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1,2,3 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2564:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ปี 2565:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
วิธีการประเมินผล :	ประเมินโดยทีมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
เอกสารสนับสนุน :					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	NA	ตำบล	2561	2562	2563
			-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/เขตสุขภาพที่ 9				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/เขตสุขภาพที่ 9				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/เขตสุขภาพที่ 9				

หมวด	การจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9	
แผนที่	ยุทธศาสตร์ที่ 1สร้างความเข้มแข็งระบบสุขภาพปฐมภูมิ และชุมชน	
ระดับการวัดผล	ระดับจังหวัด	
ชื่อตัวชี้วัด (1.4)	สัดส่วนผู้ป่วย OPD รพ.สต. : รพช. (อย่างน้อย 60:40)	
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการปฐมภูมิ จัดบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและครอบคลุมประชาชนมากที่สุดส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงบริการ</p> <p>1 ผู้ป่วยนอกที่ รพ.สต. หมายถึงจำนวนครั้งของประชากรในเขตรับผิดชอบเข้ารับบริการที่ รพ.สต.</p> <p>2 ผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาล หมายถึงจำนวนครั้งของประชากรในเขตรับผิดชอบของรพ.สต. เข้ารับบริการที่รพ.แม่ข่าย</p>	
เกณฑ์เป้าหมาย:	สัดส่วนผู้ป่วย OPD รพ.สต. : รพช. (อย่างน้อย 60:40)	
	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	อย่างน้อย 60:40	อย่างน้อย 70:30
วัตถุประสงค์	เพื่อลดความแออัด ลดการรอคอยของโรงพยาบาล	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้รับบริการในเขตรับผิดชอบไปใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ฐานจัดเก็บข้อมูลระดับจังหวัด	
แหล่งข้อมูล	ข้อมูล HDC	
รายการข้อมูล 1	A= ผลรวมของจำนวนครั้งผู้ป่วยนอกในเขตรับผิดชอบที่มารับบริการที่ รพ.สต.ทุกแห่งในเขต	
รายการข้อมูล 2	B=ผลรวมของจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกในเขตรับผิดชอบที่มารับบริการที่โรงพยาบาลทุกแห่งในเขต ในช่วงระยะเวลาเดียวกัน	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B	
ระยะเวลาประเมินผล	2 ครั้ง/ปี (รอบ 6 เดือนและรอบ 12 เดือน)	
เกณฑ์การประเมิน :	<p>ปี 2564:</p> <p>สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่ รพ.สต. ต่อการใช้บริการที่โรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 60:40</p> <p>ปี 2565 :</p> <p>สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่ รพ.สต. ต่อการใช้บริการที่โรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 70:30</p>	
วิธีการประเมินผล :	จำนวนการใช้บริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบใช้บริการผู้ป่วยนอก(OPD) ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ	

เอกสารสนับสนุน :	ข้อมูลจาก Data Center				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2663
	สัดส่วนผู้ป่วย OPD รพ.สต. : รพช.	ร้อยละ			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด					
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 9				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 9				



หมวด	การจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9					
แผนที่	ยุทธศาสตร์ที่ 1สร้างความเข้มแข็งระบบสุขภาพปฐมภูมิ และชุมชน					
ระดับการวัดผล	ระดับจังหวัด					
ชื่อตัวชี้วัด (1.5)	สัดส่วนผู้ป่วย PCC , รพ.สต. เขตเมือง : รพศ/รพท. (อย่างน้อย 80:20)					
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการปฐมภูมิ จัดบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและครอบคลุมประชาชนมากที่สุด ส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงบริการ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ผู้ป่วยที่ PCC เขตเมือง หมายถึงจำนวนครั้งของประชากรในเขตรับผิดชอบเข้ารับบริการที่ PCC เขตเมือง 2.ผู้ป่วยที่ รพ.สต. เขตเมืองหมายถึงจำนวนครั้งของประชากรในเขตรับผิดชอบเข้ารับบริการที่ รพ.สต. เขตเมือง 3. ผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป หมายถึงจำนวนครั้งของประชากรในเขตรับผิดชอบของ PCC เขตเมืองและ รพ.สต.เขตเมือง เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลแม่ข่าย 					
เกณฑ์เป้าหมาย:	<p>สัดส่วนผู้ป่วย PCC , รพ.สต. เขตเมือง : รพศ/รพท. (อย่างน้อย 80:20)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 64</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อย่างน้อย 80:20</td> <td>อย่างน้อย 85:15</td> </tr> </tbody> </table>		ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	อย่างน้อย 80:20	อย่างน้อย 85:15
ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65					
อย่างน้อย 80:20	อย่างน้อย 85:15					
วัตถุประสงค์	เพื่อลดความแออัด ลดการรอคอยของโรงพยาบาล					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้รับบริการในเขตรับผิดชอบไปใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCC เขตเมืองและ รพ.สต.เขตเมือง)					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ฐานจัดเก็บข้อมูลระดับจังหวัด					
แหล่งข้อมูล	ข้อมูล HDC					
รายการข้อมูล 1	A= ผลรวมของจำนวนครั้งผู้ป่วยนอกในเขตรับผิดชอบที่มารับบริการที่ PCC เขตเมือง และ รพ.สต.เขตเมือง ทุกแห่งในเขต					
รายการข้อมูล 2	B=ผลรวมของจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกในเขตรับผิดชอบที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ศูนย์/ทั่วไป ทุกแห่งในเขต ในช่วงระยะเวลาเดียวกัน					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B					
ระยะเวลาประเมินผล	2 ครั้ง/ปี (รอบ 6 เดือนและรอบ 12 เดือน)					
เกณฑ์การประเมิน :	<p>ปี 2564:</p> <p>สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่ PCC เขตเมืองและ รพ.สต.เขตเมือง ต่อการใช้บริการที่โรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 80:20</p>					

ปี 2565 : สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่ PCC เขตเมืองและ รพ.สต.เขตเมือง ต่อการใช้บริการที่โรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 85:15					
วิธีการประเมินผล :	จำนวนการใช้บริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบใช้บริการผู้ป่วยนอก(OPD) ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ(PCC เขตเมืองและ รพ.สต.เขตเมือง)				
เอกสารสนับสนุน :	ข้อมูลจาก Data Center				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2663
	สัดส่วนผู้ป่วย PCC , รพ.สต. เขตเมือง : รพศ/รพท.	ร้อยละ			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด					
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 9				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 9				



หมวด	การจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9		
แผนที่	ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างความเข้มแข็งระบบสุขภาพปฐมภูมิ และชุมชน		
ระดับการวัดผล	ระดับจังหวัด		
ชื่อตัวชี้วัด (1.6)	มี Application เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพ		
คำนิยาม	Application หมายถึง ที่กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการ Application H4U		
เกณฑ์เป้าหมาย: มี Application เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพ			
	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	
	40	60	
วัตถุประสงค์	1. เพื่ออำนวยความสะดวกให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพ 2. เพื่อประชาชนรับรู้สถานะสุขภาพเบื้องต้นของตนเอง 3. เพื่อสร้างการเรียนรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการสถานพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 9		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จำนวนสถานพยาบาลปฐมภูมิ 2. จำนวนประชาชนในพื้นที่ของสถานพยาบาลเข้าใช้งาน Application H4U		
แหล่งข้อมูล	ระบบ R9 Cockpit		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสถานพยาบาลปฐมภูมิที่มีประชาชนในพื้นที่ของสถานพยาบาลใช้งาน Application		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานพยาบาลปฐมภูมิ		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 และสรุปรายปี		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2564:			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
	-	10	15
			20
ปี 2565:			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
	70	80	90
			100
วิธีการประเมินผล :	-จำนวนการใช้งาน Application		
เอกสารสนับสนุน :			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2663
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ เขตสุขภาพที่ 9				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ เขตสุขภาพที่ 9				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ เขตสุขภาพที่ 9				



หมวด	การจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9	
แผนที่	ยุทธศาสตร์ที่ 1สร้างความเข้มแข็งระบบสุขภาพปฐมภูมิ และชุมชน	
ระดับการวัดผล	ระดับจังหวัด	
ชื่อตัวชี้วัด (1.7)	ทุกจังหวัดมีนวัตกรรม New normal อย่างน้อยจังหวัดละ 1 เรื่อง	
คำนิยาม	<p>นวัตกรรมหมายถึง สิ่งที่ทำขึ้นใหม่ หรือแตกต่างจากเดิม ซึ่งอาจจะเป็นความคิด วิธีการ หรืออุปกรณ์เป็นต้นหรือการใช้ความคิดสร้างสรรค์เพื่อพัฒนาหรือประดิษฐ์สิ่งใหม่ๆ เช่น บริการ ผลิตภัณฑ์ หรือกระบวนการใหม่ๆ (Service, Product, Process) ที่มีคุณค่า (Value Creation) และมีประโยชน์ต่อผู้อื่น</p> <p>New normal หมายถึง ความปกติใหม่ฐานวิถีชีวิตใหม่ รูปแบบการดำเนินชีวิตอย่างใหม่ที่แตกต่างจากอดีตอันเนื่องมาจากมีบางสิ่งมากระทบจนแบบแผนและแนวทางปฏิบัติที่คนในสังคมคุ้นเคยอย่างเป็นปกติและเคยคาดหมายล่วงหน้าได้ต้องเปลี่ยนแปลงไปสู่วิถีใหม่ภายใต้หลักมาตรฐานใหม่ที่ไม่คุ้นเคยประกอบด้วยวิถีคิด วิถีเรียนรู้ วิธีสื่อสาร วิถีปฏิบัติและการจัดการ การใช้ชีวิตแบบใหม่เกิดขึ้นหลังจากเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างใหญ่หลวงและรุนแรงอย่างใดอย่างหนึ่ง ทำให้มนุษย์ต้องปรับตัวเพื่อรับมือกับสถานการณ์ปัจจุบันมากกว่าจะธำรงรักษาวิถีดั้งเดิมหรือหวนหาถึงอดีต</p>	
เกณฑ์เป้าหมาย:	มีนวัตกรรม New normal	
	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	ทุกจังหวัดมีนวัตกรรม New normal จังหวัดละ 1 เรื่อง	ทุกจังหวัดมีนวัตกรรม New normal จังหวัดละ 1 เรื่อง(ไม่ซ้ำเรื่องเดิมในปี 64)
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อผลักดันให้เกิดการสร้างนวัตกรรม New normal ในระบบบริการสุขภาพ 2. เพื่อยกระดับคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตแนวใหม่ 3. เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข 	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	4 จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 9	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานการจัดทำนวัตกรรมNew normal จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	
รายการข้อมูล 1	-	
รายการข้อมูล 2	-	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	=	
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1,2,3 และ 4	

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน

ปี 2565:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน

วิธีการประเมินผล :

เอกสารสนับสนุน :

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline
data

หน่วยวัด

ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.

2561

2562

2663

NA

จังหวัด

-

-

-

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/เขตสุขภาพที่ 9

หน่วยงานประมวลผลและ
จัดทำข้อมูล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/เขตสุขภาพที่ 9

ผู้รับผิดชอบการรายงานผล
การดำเนินงาน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/เขตสุขภาพที่ 9



หมวด	การจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9	
แผนที่	ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาศักยภาพสถานบริการ	
ระดับการวัดผล	ระดับจังหวัด	
ชื่อตัวชี้วัด (2.1)	ระบบนัดหมาย รพ.นำร่อง New normal มีระบบนัดหมายออนไลน์ในผู้ป่วย OPD ร้อยละ 100	
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลนำร่องได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลศูนย์ <ul style="list-style-type: none"> - รพ.มหาราชนครราชสีมา 2. โรงพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - รพ.เทพรัตนนครราชสีมา - รพ.ปากช่องนานา - รพ.ภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ - รพ.นางรอง - รพ.ปราสาท 3. โรงพยาบาลชุมชน <ul style="list-style-type: none"> - รพ.พระทองคำเฉลิมพระเกียรติ - รพ.คอนสวรรค์ - รพ.ละหานทราย - รพ.พนมดงรักเฉลิมพระเกียรติ <p>อย่างน้อยระดับละ 1 แห่ง</p> <p>ระบบนัดหมายออนไลน์ คือ ระบบที่ผู้เข้ารับบริการสามารถจองวัน เวลา ในการเข้ารับบริการสถานบริการผ่านระบบออนไลน์ได้ web application , Line application , smartphone application เป็นต้น</p> <p>ผู้ป่วย OPD คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลโดยผู้ป่วยได้ลงทะเบียนประวัติไว้กับสถานพยาบาลนั้นแล้ว</p>	
เกณฑ์เป้าหมาย:	รพ.นำร่อง New normal มีระบบนัดหมายออนไลน์ในผู้ป่วย OPD ร้อยละ 100	
	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	100	100
วัตถุประสงค์	เพื่อลดระยะเวลารอคอย ลดความแออัด ของการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาล	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ลงทะเบียนประวัติกับสถานพยาบาลนั้นๆ	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบรายงานผ่าน R9Cockpit	

แหล่งข้อมูล	ข้อมูลรายการจากโรงพยาบาลนำร่อง				
รายการข้อมูล 1	A=รพ.นำร่อง New normal ที่มีระบบนัดหมายออนไลน์ในผู้ป่วย OPD				
รายการข้อมูล 2	B=รพ.นำร่อง New normal ทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส(1-4)				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2564:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
สถานพยาบาลมีการจัดทำรายงานจำนวนผู้เข้ารับบริการและระยะเวลารอคอยแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อนำมาวิเคราะห์การจูงลำดับการเข้ารับบริการออนไลน์	โรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมายมีระบบนัดหมายออนไลน์ในผู้ป่วย OPD ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30	โรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมายมีระบบนัดหมายออนไลน์ในผู้ป่วย OPD ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	โรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมายมีระบบนัดหมายออนไลน์ในผู้ป่วย OPD ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100		
วิธีการประเมินผล :	1.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจสอบผลการดำเนินงานและจัดส่งรายงานผลไปสำนักงานเขตสุขภาพที่ 9 2.สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9 กำกับติดตาม				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	รพ.นำร่อง New normal มีระบบนัดหมายออนไลน์ในผู้ป่วย OPD	แห่ง	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ.ดุสิต ขำชัยภูมิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 044-244089 โทรสาร : 044-244089		นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) โทรศัพท์มือถือ : 089-6308222 E-mail : dusit.dr@gmail.com		
	2. นายอมรเทพ ธงสันเทียะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 044-244089 โทรสาร : 044-244089		นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 089-6246489 E-mail : cio.r9office@gmail.com		

	3. นส.นิธิภรณ์ โสดาศรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 044-244089 โทรสาร : 044-244089	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 086-2605406 E-mail : niti_sodasri@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9	
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	1. นายอมรเทพ ธงสันเทียะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 044-244089 โทรสาร : 044-244089 2. นส.นิธิภรณ์ โสดาศรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 044-244089 โทรสาร : 044-244089	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 089-6246489 E-mail : cio.r9office@gmail.com นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 086-2605406 E-mail : niti_sodasri@hotmail.com



หมวด	การจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9	
แผนที่	ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาศักยภาพสถานบริการ	
ระดับการวัดผล	ระดับจังหวัด	
ชื่อตัวชี้วัด (2.1)	ระบบนัดหมาย โรงพยาบาลทุกแห่งมีระบบนัดหมายผู้ป่วยนอก ร้อยละ 100	
คำนิยาม	<p>ระบบนัดหมายออนไลน์ หมายถึง ระบบคิวนัดให้บริการออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชันในโทรศัพท์เคลื่อนที่ของผู้รับบริการ (smart phone) หรือระบบคิวนัดอัจฉริยะ ช่วยลดความแออัดบริการในโรงพยาบาล</p> <p>ระบบนัดหมายผู้ป่วยนอก หมายถึงระบบที่สามารถรองรับการจัดเก็บข้อมูลรายการนัดหมายผู้ป่วยนอก ตารางการนัดหมายผู้ป่วย ตามรายละเอียดดังนี้ ระบุวันที่นัดหมาย ระบุเป็นวัน หรือเป็นสัปดาห์ หรือเป็นเดือน คลินิกที่นัด ห้องตรวจ สาเหตุการนัด ติดต่อที่จุดไหน แพทย์ผู้นัด ข้อความแจ้งแพทย์นัดหมายมีผู้ป่วยวันกี่คน สิทธิครั้งหน้า การปฏิบัติตัวก่อนพบแพทย์ การสั่ง Lab/X-Ray ล่วงหน้า หมายเหตุ (เพิ่มเติม) เป็นต้น เวลาอัตโนมัติ กำหนดเวลาเริ่มนัดในแต่ละวันอัตโนมัติ</p>	
เกณฑ์เป้าหมาย: โรงพยาบาลทุกแห่งมีระบบนัดหมายผู้ป่วยนอก ร้อยละ 100		
	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	<ul style="list-style-type: none"> • เพื่อให้ประชาชนได้ประโยชน์จากการรับบริการในโรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านช่องทาง online ที่สะดวก รวดเร็ว และลดระยะเวลาในการรอคอย • โรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ที่เหมาะสมในการพัฒนากระบวนการทำงานและการบริหารจัดการ • บุคลากรในระบบสุขภาพ มีความเข้าใจ และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระบบบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม <ul style="list-style-type: none"> • เพื่อเตรียมความพร้อมและสนับสนุนให้โรงพยาบาลมีระบบเทคโนโลยีด้านดิจิทัลที่รองรับการพัฒนาเป็น Smart Hospital 	
โรงพยาบาลทุกแห่งมีระบบนัดหมายผู้ป่วยนอก ร้อยละ 100		
รายการข้อมูล 1	A = โรงพยาบาลที่มีระบบนัดหมายผู้ป่วยนอก	
รายการข้อมูล 2	B = โรงพยาบาลทุกแห่ง ในเขตสุขภาพ ที่ 9 (90 แห่ง)	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$	

ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาสและสิ้นปีงบประมาณ 2564, 2565				
เกณฑ์การประเมิน :	ปี 2564:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ปี 2565:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
วิธีการประเมินผล :	กลุ่มงานเทคโนโลยีและสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งสำรวจ ประเมิน และรวบรวมข้อมูล ในการดำเนินการระบบคิวนัดของโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมาย				
เอกสารสนับสนุน :	เอกสารตัวชี้วัดการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563 คู่มือการจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9 ปีงบประมาณ 2564 - 2566				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2663
	โรงพยาบาล ทุกแห่งมี ระบบนัด หมายผู้ป่วย นอก ร้อยละ 100	ร้อยละ			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ New normal Service Delivery เขตสุขภาพที่ 9				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	ผู้รับผิดชอบที่เกี่ยวข้องของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลทุกระดับในเขตสุขภาพที่ 9				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙				

หมวด	การจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9	
แผนที่	ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาศักยภาพสถานบริการ	
ระดับการวัดผล	ระดับจังหวัด	
ชื่อตัวชี้วัด (2.2)	อัตราการติดเชื้อโรคทางเดินหายใจที่ป้องกันได้ของผู้รับบริการและผู้ให้บริการลดลง	
คำนิยาม	<p>การติดเชื้อโรคทางเดินหายใจที่ป้องกันได้หมายถึงโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบหายใจส่วนต้น(Upper respiratory tract infection) เริ่มตั้งแต่ช่องจมูกจนถึงเหนือกล่องเสียง เป็นโรคที่จัดอยู่ในกลุ่ม acute URI ซึ่งการติดเชื้อส่วนใหญ่ จะเป็นการติดเชื้อไวรัส รองลงไปเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย</p> <p>รหัส ICD 10 Upper respiratory tract infection ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> • J00 Acute nasopharyngitis [common cold] • J01 Acute sinusitis • J02 Acute pharyngitis • J03 Acute tonsillitis • J04 Acute laryngitis and tracheitis • J05 Acute obstructive laryngitis [croup] and epiglottitis • J06 Acute upper respiratory infections of multiple and unspecified sites <p>ผู้รับบริการหมายถึง ผู้ที่มีรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งแผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอก ในสถานพยาบาลทุกระดับในเขตสุขภาพที่ 9</p> <p>ผู้ให้บริการหมายถึง บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ได้แก่ แพทย์, ทันตแพทย์, เภสัชกร, พยาบาล, เทคนิคการแพทย์, กายภาพบำบัด, แพทย์แผนไทย, นักวิชาการสาธารณสุข รวมทั้งผู้ที่มีหน้าที่ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในด้านอื่นๆ ผู้ให้บริการผู้ป่วยในสถานพยาบาล</p>	
เกณฑ์เป้าหมาย:	อัตราการติดเชื้อโรคทางเดินหายใจที่ป้องกันได้ของผู้รับบริการและผู้ให้บริการลดลง	
	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	ลดลง เมื่อเทียบจากปี 2563	ลดลง เมื่อเทียบจากปี 2564
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ลดอัตราการติดเชื้อโรคทางเดินหายใจที่ป้องกันได้ของผู้รับบริการและผู้ให้บริการในสถานพยาบาลของเขตสุขภาพที่ 9 2. เพื่อให้สถานพยาบาล จัดระบบบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ 3. เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขให้บริการประชาชนด้วยบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ โดยการป้องกันและลดการแพร่กระจายเชื้อทุกวิถีทาง 	

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ที่มารับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งแผนกผู้ป่วยใน และแผนกผู้ป่วยนอก ในสถานพยาบาลทุกระดับในเขตสุขภาพที่ 9 บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 9		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ศูนย์ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลทุกแห่งจัดเก็บข้อมูล กลุ่มงานป้องกันและควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรวบรวมข้อมูลเป็น ภาพรวม		
แหล่งข้อมูล	ศูนย์ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลทุกแห่ง		
อัตราการติดเชื้อโรคทางเดิน หายใจที่ป้องกันได้ของ ผู้รับบริการ รายการข้อมูล 1	A=จำนวนผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโรคทางเดินหายใจที่ป้องกันได้		
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนผู้รับบริการทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
อัตราการติดเชื้อโรคทางเดิน หายใจที่ป้องกันได้ของผู้ ให้บริการ รายการข้อมูล 1	A= จำนวนผู้ให้บริการที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโรคทางเดินหายใจที่ป้องกันได้		
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนผู้ให้บริการทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาสและสิ้นปีงบประมาณ 2564, 2565		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2564:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ปี 2565:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
วิธีการประเมินผล :	เทียบข้อมูลอัตราการติดเชื้อโรคทางเดินหายใจที่ป้องกันได้ของผู้รับบริการและผู้ ให้บริการปีงบประมาณปัจจุบัน ลดลงกว่าปีที่ผ่านมา ถือว่าผ่านเกณฑ์		

เอกสารสนับสนุน :					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ .		
			2563	2564	2665
	อัตราการติดเชื้อโรคทางเดินหายใจที่ป้องกันได้ของผู้รับบริการและผู้ให้บริการลดลง	ร้อยละ			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ New normal Service Delivery เขตสุขภาพที่ 9				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	ศูนย์ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลทุกแห่ง กลุ่มงานป้องกันและควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙				



หมวด	การจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9					
แผนที่	พัฒนาประสิทธิภาพระบบสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขทุกระดับ					
ระดับการวัดผล	ระดับจังหวัด					
ชื่อตัวชี้วัด (2.3)	ร้อยละของผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ลดลง ร้อยละ 25 จากปี 2563					
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ แบบไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน เช่น แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ แพทย์แผนจีน แพทย์แผนปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น</p> <p>โรงพยาบาลศูนย์(รพศ.) หมายถึง โรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในระดับจังหวัด มีขนาดและจำนวนเตียง ตั้งแต่ 500 เตียงขึ้นไป และมีแพทย์เฉพาะทางต่าง ๆ ครบถ้วน</p> <p>โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) หมายถึง โรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในระดับจังหวัดหรืออำเภอ ขนาดใหญ่มีขนาด และจำนวนเตียงตั้งแต่ 200 – 500 เตียง</p>					
เกณฑ์เป้าหมาย:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 64</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ลดลง ร้อยละ 25เมื่อเทียบกับจากปี 2563</td> <td>ลดลง \geqร้อยละ 25เมื่อเทียบกับจากปี 2564</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ลดลง ร้อยละ 25เมื่อเทียบกับจากปี 2563	ลดลง \geq ร้อยละ 25เมื่อเทียบกับจากปี 2564	
ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65					
ลดลง ร้อยละ 25เมื่อเทียบกับจากปี 2563	ลดลง \geq ร้อยละ 25เมื่อเทียบกับจากปี 2564					
วัตถุประสงค์	ลดความแออัดผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 9 โรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพที่ 9 สามารถให้บริการผู้ป่วยซับซ้อนได้อย่างเต็มที่ตามบริบทศักยภาพ					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้รับบริการในเขตรับผิดชอบในเขตสุขภาพที่ 9					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูลจำนวนผู้ป่วยนอกประจำวันรายโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 9 เปรียบเทียบ กับข้อมูลปีที่ผ่านมา					
แหล่งข้อมูล	ข้อมูล HDC					
รายการข้อมูล 1	A=ผลรวมของจำนวนผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปในช่วงเวลานั้นๆ (ปี 2563)					
รายการข้อมูล 2	B=ผลรวมของจำนวนผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปในช่วงเวลานั้นๆ (ปี 2562)					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A - B/B) \times 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (เดือนกันยายน)					
เกณฑ์การประเมิน :	<p>ปี 2564:ร้อยละของผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปลดลง ร้อยละ 25 จากปี 2563</p> <p>ปี 2565:ร้อยละของผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ลดลง ร้อยละ 25 จากปี 2564</p>					
วิธีการประเมินผล :	เทียบข้อมูลร้อยละผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ปีงบประมาณปัจจุบัน ลดลงกว่าปีที่ผ่านมา ลดลงไม่น้อยกว่า ร้อยละ 25 ถือว่าผ่านเกณฑ์					

เอกสารสนับสนุน :					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	ร้อยละของผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลศูนย์/ ทั่วไปลดลง ร้อยละ 25 จากปี 2563	ร้อยละ			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ New normal Service Delivery เขตสุขภาพที่ 9				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	ผู้รับผิดชอบที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ในเขตสุขภาพที่ 9				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ในเขตสุขภาพที่ 9				



หมวด	การจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9
แผนที่	ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาศักยภาพสถานบริการ
ระดับการวัดผล	ระดับจังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด (2.4)	ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านการประเมิน PNC 3 เรื่อง (Stroke, STEMI, จิตเวช) ร้อยละ 100
คำนิยาม	<p>Provincial Network Certification (PNC) หมายถึง ระบบบริการที่ออกแบบให้ผู้ป่วยทุกคน ไม่ว่าจะอยู่ในพื้นที่ ตำแหน่งไหนของจังหวัดนั้น ๆ เมื่อมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคนั้น ต้องสามารถเข้าถึงระบบบริการรักษาโรคดังกล่าวได้เท่าเทียมกัน ไร้รอยต่อ และต้องได้รับการรักษาที่เป็นมาตรฐาน การประเมินรับรอง Provincial Network Certification (PNC) จะดำเนินการกับจังหวัดที่มีโรงพยาบาลภายในเครือข่ายที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน HA จำนวนตั้งแต่ 2 ใน 3 ขึ้นไป และมีการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่เป็นเป้าหมายของเครือข่ายตามแผนงาน Service Plan ของกระทรวงสาธารณสุข จนมีผลงานโดดเด่น และต้องการยกระดับการพัฒนาการดูแลโรคนั้นสู่ระดับที่สูงขึ้น</p> <p>มาตรฐานสำหรับการประเมินรับรอง PNC เป็นอีกฉบับแยกออกไปจากมาตรฐาน HA ซึ่งหลักการ การจัดเรียงบท และข้อกำหนดโดยรวม จะคล้ายคลึงกับมาตรฐาน HA แต่มีการสอดแทรกแนวคิดในเรื่อง Service Plan และการจัดการห่วงโซ่คุณค่าเพิ่มเติมเข้าไป</p> <p>การเยี่ยมชมสำรวจ PNC จะครอบคลุมตั้งแต่โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อดูความเชื่อมโยงและการประสานงานของกระบวนการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด</p> <p>ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Stroke หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล(admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke :I60-I69)</p> <p>ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST Elevated Myocardial Infarction)</p> <p>โรคทางจิตเวชหมายถึง ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติของสารเคมีในสมองที่มีอาการเด่นในเรื่องความรู้สึกนึกคิด การรับรู้ หรือพฤติกรรมมีลักษณะผิดไปจากคนโดยเฉลี่ยที่เขาเป็นเขามีกันมีผลทำให้คนๆนั้นไม่สามารถใช้ชีวิต ทำงานหรือเรียนได้อย่างที่เคย</p>

	<p>โดยในที่นี้ ขอนั่นกล่าวถึง การประเมิน PCN โรคจิตเวช ได้แก่โรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นโรคที่กำหนด ในตัวชี้วัดของการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD - 10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) โดยบันทึกตามรหัสโรคของ ICD-10 หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x ที่มารับบริการสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 จนถึงปีงบประมาณ 2564 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9</p>				
<p>เกณฑ์เป้าหมาย: ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านการประเมิน PNC 3 เรื่อง (Stroke, STEMI, จิตเวช) ร้อยละ 100</p>	<table border="1" data-bbox="395 862 1300 958"> <thead> <tr> <th data-bbox="395 862 847 907">ปีงบประมาณ 64</th> <th data-bbox="847 862 1300 907">ปีงบประมาณ 65</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="395 907 847 958">ร้อยละ 100</td> <td data-bbox="847 907 1300 958">ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65				
ร้อยละ 100	ร้อยละ 100				
<p>วัตถุประสงค์</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke), โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และโรคจิตเวช (โรคซึมเศร้า) 2. เพื่อให้มีการวางกระบวนการดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามหลักวิชาการ 3. เพื่อให้มีการเชื่อมโยงประสานงานระหว่างโรงพยาบาลจังหวัดโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และงานในชุมชน 4. เพื่อให้มีระบบสารสนเทศเพื่อการติดตามประเมินผลมีการพัฒนาและเชื่อมโยงกันในการดูแลรักษาผู้ป่วยมากขึ้น 5. สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและภาคประชาสังคม ในการสนับสนุนทรัพยากรทุกด้าน 6. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในภาพรวมของจังหวัดอยู่ในระดับโดดเด่นของประเทศ 				
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI 2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล 3. ประชาชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (ในเขตสุขภาพที่ 9) 				
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>Stroke : ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม</p> <p>STEMI : เมื่อมีผู้ป่วย STEMI และวิเคราะห์ข้อมูล โดย สำนักนโยบายและแผน โดยใช้</p>				

	ข้อมูล 43 เพิ่มและข้อมูลจาก Thai ACS Registry Depressive Disorder: กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลรายงานการเข้าถึงบริการปี 2564 จากสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ				
แหล่งข้อมูล	Stroke : ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข STEMI :ข้อมูลจาก Thai ACS Registry Depressive Disorder: สถานบริการสาธารณสุข / โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์				
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนจังหวัดที่ผ่านการประเมิน PNC 3 เรื่อง (Stroke, STEMI, จิตเวช)				
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนจังหวัดที่เข้าขอรับการประเมิน PNC 3 เรื่อง (Stroke, STEMI, จิตเวช)ในเขตสุขภาพที่ 9				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 ของปีงบประมาณ				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2564:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	
ปี 2565:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	
วิธีการประเมินผล :	4 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9 ผ่านการประเมิน PNC 3 เรื่อง (Stroke, STEMI, จิตเวช)ครบทุกจังหวัด ถือว่าผ่านเกณฑ์				
เอกสารสนับสนุน :					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2663
	ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านการประเมิน PNC 3 เรื่อง (Stroke, STEMI, จิตเวช)	ร้อยละ			

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ New normal Service Delivery เขตสุขภาพที่ 9 ประธานคณะกรรมการ Service plan สาขา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Stroke , STEMI, สุขภาพจิตและจิตเวช เขตสุขภาพที่ 9
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับจังหวัด (HACC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 9
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙



หมวด	การจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9	
แผนที่	ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาศักยภาพสถานบริการ	
ระดับการวัดผล	ระดับจังหวัด	
ชื่อตัวชี้วัด (2.5)	ร้อยละของผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ ที่มี Adj.RW < 1 ลดลง อย่างน้อยร้อยละ 5	
คำนิยาม	<p>RW (Relative Weight)หรือ คำนำน้หนักสัมพัทธ์หมายถึงต้นทุนเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่ม DRG นั้นเป็นก็เท่าของต้นทุนเฉลี่ยของผู้ป่วยทุกกลุ่ม DRG น้ำหนักสัมพัทธ์ จึงเป็นหน่วยในการคำนวณค่าใช้จ่ายให้แก่โรงพยาบาล โดยตีค่า 1 คะแนน เป็นตัวเงินบาทหรือใช้เป็นหน่วยวัดความซับซ้อนของโรคที่โรงพยาบาลหนึ่งๆ ในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยทั้งหมด</p> <p>Adj. RW (Adjusted RW) คือ คำนำน้หนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว โดยใช้สูตรการคำนวณจำนวนวันนอนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในคู่มือ thai DRG</p> <p>ผู้ป่วยในที่มี Adj. RW <1 หมายถึงจำนวนผู้ป่วยในที่มี Adj. RW <1หารด้วยจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด ในช่วงเวลาเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ</p> <p>ร้อยละผู้ป่วยใน รพศ.ที่มี Adj. RW <1 = $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยใน รพศ.ที่มี Adj. RW <1} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยใน รพศ.ทั้งหมด}}$</p> <p>วิธีคำนวณ = $\frac{\text{ร้อยละ} \times \text{ปีงบประมาณ 2564} - \text{ร้อยละ} \times \text{ปีงบประมาณ 2563}}{\text{ร้อยละ} \times \text{ปีงบประมาณ 2563}} \times 100$</p>	
เกณฑ์เป้าหมาย:	ร้อยละของผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ ที่มี Adj.RW < 1 ลดลง อย่างน้อยร้อยละ 5	
	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	ร้อยละ 5 เมื่อเทียบจากปี 2563	ร้อยละ 5 เมื่อเทียบจากปี 2564
วัตถุประสงค์	ลดความแออัดผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศูนย์เขตสุขภาพที่ 9 โรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพที่ 9 สามารถให้บริการผู้ป่วยซับซ้อนได้อย่างเต็มที่ ตามบริบทศักยภาพ	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ในเขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 4 แห่ง	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูลผู้ป่วยในประจำวันเปรียบเทียบกับกรอบจำนวนเตียง คำนวณเป็นอัตราส่วนรายวัน รายเดือน รายไตรมาส รายปีงบประมาณเรียกเก็บข้อมูลรายตัวชี้วัด รายโรงพยาบาลศูนย์	

แหล่งข้อมูล	HDC และกลุ่มงานยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลศูนย์				
รายการข้อมูล 1	A=(ร้อยละ ผป.ใน Adj. RW<1 ในปี 2564) = $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยในที่มี Adj. RW<1 ปี 2564} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยใน ปี 2564ทั้งหมด}}$				
รายการข้อมูล 2	B=(ร้อยละ ผป.ใน Adj. RW<1 ในปี2563) = $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยในที่มีAdj. RW<1 ปี 2363} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยใน ปี 2563ทั้งหมด}}$				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{(A - B) \times 100}{B}$				
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาสและสิ้นปีงบประมาณ 2564, 2565, 2566				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2564:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	
ปี 2565:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	
วิธีการประเมินผล :	เทียบข้อมูลร้อยละผู้ป่วยใน รพศ.ที่มี Adj. RW <1 ปีงบประมาณปัจจุบัน ลดลงกว่าปีที่ผ่านมาลดลงไม่น้อยกว่า ร้อยละ 5 ถือว่าผ่านเกณฑ์				
เอกสารสนับสนุน :	เอกสารตัวชี้วัดการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2663
	ร้อยละของ ผู้ป่วยใน โรงพยาบาล ศูนย์	ร้อยละ			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ New normal Service Delivery เขตสุขภาพที่ 9				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	ผู้รับผิดชอบที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลศูนย์ในเขตสุขภาพที่ 9 กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙				
หมวด	การจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9				

แผนที่	ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาศักยภาพสถานบริการ			
ระดับการวัดผล	ระดับจังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัด (2.6)	ร้อยละของประชาชนเข้าถึงบริการของผู้รับบริการในทุกสิทธิในสถานบริการทุกระดับ			
คำนิยาม	ประชาชนคนไทยทุกคนในจังหวัดมีสิทธิในการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการของรัฐทุกระดับ ตามสิทธิที่พึงจะมีเช่น 1. สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UC) 2. สิทธิประกันสังคม 3. สิทธิข้าราชการจ่ายตรง 4. เบิกต้นสังกัด/รัฐวิสาหกิจ 5. อปท.			
เกณฑ์เป้าหมาย: ร้อยละของประชาชนเข้าถึงบริการของผู้รับบริการในทุกสิทธิในสถานบริการทุกระดับ				
	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	
	100	100	100	
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ทราบถึงสิทธิการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลในสถานบริการทุกระดับของประชาชนคนไทยทุกคนในจังหวัด			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนคนไทยทุกคนในจังหวัด			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.ฐานข้อมูลสิทธิการเข้าถึงบริการระดับจังหวัดทุกสิทธิ 2.รายงานประจำเดือนระดับจังหวัด			
แหล่งข้อมูล	รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลสิทธิการเข้าถึงบริการระดับจังหวัด			
รายการข้อมูล 1	A=ประชาชนคนไทยที่มีสิทธิเข้าถึงการรักษาพยาบาลทุกสิทธิ			
รายการข้อมูล 2	B=ประชาชนคนไทยทุกคนที่อาศัยอยู่ในจังหวัด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกเดือน			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2564:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	100	100	100	100
ปี 2565:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	100	100	100	100

ปี 2566:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	100	100	100	100	
วิธีการประเมินผล :	นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในรูปแบบร้อยละ				
เอกสารสนับสนุน :					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2663
	ร้อยละของประชาชนเข้าถึงบริการของผู้รับบริการในทุกสิทธิ์ในสถานบริการทุกระดับ	ร้อยละ	100	100	100
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ New normal Service Delivery เขตสุขภาพที่ 9				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	ผู้รับผิดชอบที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลศูนย์ในเขตสุขภาพที่ 9				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9				



หมวด	การจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9					
แผนที่	ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาศักยภาพสถานบริการ					
ระดับการวัดผล	ระดับจังหวัด					
ชื่อตัวชี้วัด (2.7)	ลด Refer out โรงพยาบาลแม่ข่าย ไปยัง โรงพยาบาลระดับจังหวัด ร้อยละ 10					
คำนิยาม	<p>Refer out หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาล ที่มีศักยภาพสูงกว่า หรือสถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลรักษา ด้วยเหตุผล ในการส่งต่อ เช่น เกินศักยภาพ เพื่อการวินิจฉัย/รักษา ขาดเครื่องมือทางการแพทย์ ขาดผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ส่งต่อตามสิทธิ์การรักษา หรือเป็นความประสงค์ของ ผู้ป่วย/ญาติ เป็นต้น</p> <p>โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย หมายถึง โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก ที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ รองรับผู้ป่วยส่งต่อจากเครือข่ายบริการทุติยภูมิในเครือข่าย ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาหลักทุกสาขา และสาขารองในบางสาขาที่จำเป็นรวมทั้งมีหอผู้ป่วยใน ห้องผ่าตัด ห้องคลอด หอผู้ป่วยหนักห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยประกอบการรักษาของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ รังสีวิทยาเพื่อวินิจฉัยประกอบการรักษาของแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก 5 สาขา กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยระดับกลาง รองรับการส่งต่อจากรพ.อื่นและลดการส่งต่อไปโรงพยาบาลระดับจังหวัด</p>					
เกณฑ์เป้าหมาย:	ลด Refer out รพ.แม่ข่าย ไปยัง รพ.ระดับจังหวัด ร้อยละ 10					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 64</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≥ร้อยละ 10 เมื่อเทียบจากปี 2563</td> <td>≥ร้อยละ 10 เมื่อเทียบจากปี 2564</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	≥ร้อยละ 10 เมื่อเทียบจากปี 2563	≥ร้อยละ 10 เมื่อเทียบจากปี 2564	
ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65					
≥ร้อยละ 10 เมื่อเทียบจากปี 2563	≥ร้อยละ 10 เมื่อเทียบจากปี 2564					
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. ลดความแออัดผู้ป่วยในของโรงพยาบาลระดับจังหวัด เขตสุขภาพที่ 9 2. เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลรักษาพยาบาลและการส่งต่อที่เหมาะสม 					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย ทุกเครือข่ายบริการ (Node) ในเขตสุขภาพที่ 9					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลจังหวัดทุกแห่งรายงานข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย ไปยังผู้รับผิดชอบเก็บตัวชี้วัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด					
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล R9Refer / ศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลจังหวัดทุกแห่ง					
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ไปยัง โรงพยาบาลระดับจังหวัด ปีงบประมาณ 2564					
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ไปยัง โรงพยาบาลระดับจังหวัด ปีงบประมาณ 2563					

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x100				
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาสและสิ้นปีงบประมาณ 2564, 2565				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2564:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ปี 2565:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
วิธีการประเมินผล :	เทียบข้อมูลร้อยละผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ไปยัง โรงพยาบาลระดับจังหวัด กับปีงบประมาณปัจจุบัน ลดลงกว่าปีที่ผ่านมา ลดลงไม่น้อยกว่า ร้อยละ 10 ถือว่าผ่านเกณฑ์				
เอกสารสนับสนุน :	เอกสารตัวชี้วัดการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2663
	ลด Refer out รพ.แม่ข่าย ไปยัง รพ.ระดับจังหวัด				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ New normal Service Delivery เขตสุขภาพที่ 9				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	ศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลจังหวัดทุกแห่ง กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9				

หมวด	การจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9	
แผนที่	ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาศักยภาพสถานบริการ	
ระดับการวัดผล	ระดับจังหวัด	
ชื่อตัวชี้วัด (2.8)	รพ.มีเตียงรองรับผู้ป่วย IMC มี IMC Bed ใน รพ.ชุมชนทุกแห่ง	
คำนิยาม	<p>Intermediate care; IMC หมายถึง การบริหารพื้นที่สภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward)</p> <p>IMC bed หมายถึง การจัดเตียงสำหรับดูแลผู้ป่วยให้บริการดูแลรักษาบริหารพื้นที่สภาพผู้ป่วยระยะกลางรวมทั้งจัดระบบบริการ Intermediate care ได้ตามมาตรฐาน โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอทั่วไป มีขีดความสามารถระดับปฐมภูมิ (Primary Care) หรือระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) ในบางแห่ง มีจำนวนเตียง 10 - 120 เตียง</p>	
M2	โรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย	รพช. ขนาด 120 เตียงขึ้นไป
F1	โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่	รพช. ขนาด 60-120 เตียง
F2	โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง	รพช. ขนาด 30-90 เตียง
F3	โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก	รพช. ขนาด 10 เตียง
เกณฑ์เป้าหมาย: รพ.มีเตียงรองรับผู้ป่วย IMC มี IMC Bed ใน รพ.ชุมชนทุกแห่ง		
ปีงบประมาณ 64		ปีงบประมาณ 65
มี IMC Bed ใน รพ.ชุมชนทุกแห่ง		มี IMC Bed ใน รพ.ชุมชนทุกแห่ง
วัตถุประสงค์	1. ลดความแออัดผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศูนย์ / เพิ่มอัตราครองเตียง โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 9 2. พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย Stroke,	

	traumatic brain injury และ spinal cord injury ไปจนครบระยะเวลา 6 เดือน 3. สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 4. เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย 5. เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ในเขตสุขภาพที่ 9 ผู้ป่วย Intermediate care ในเขตสุขภาพที่ 9		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้รับผิดชอบงาน และรวบรวมตามตัวชี้วัด ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง		
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง ในเขตสุขภาพที่ 9		
รายการข้อมูล 1	A=โรงพยาบาลชุมชนที่จัดให้บริการเตียงดูแลและรักษาผู้ป่วย IMC		
รายการข้อมูล 2	B=โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 9		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x100		
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาสและสิ้นปีงบประมาณ 2564, 2565		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2564:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ปี 2565:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
วิธีการประเมินผล :	ประเมิน และสำรวจจำนวนโรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 – F3 ที่มีเตียงรองรับผู้ป่วย IMCและจัดระบบบริการ IMC ได้ตามมาตรฐาน		
เอกสารสนับสนุน :	- เอกสารตัวชี้วัดการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563 - รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการศึกษาการจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ - รายงานสรุปโครงการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Subacute Rehabilitation) - แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice		

	Guidelines for Stroke Rehabilitation) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 พ.ศ. 2559				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	รพ.มีเตียงรองรับผู้ป่วย IMC				
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2663
มี IMC Bed ใน รพ.ชุมชนทุกแห่ง	จำนวน รพ.				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ New normal Service Delivery เขตสุขภาพที่ 9				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	ผู้รับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับงาน IMC care ของโรงพยาบาลชุมชน ในเขตสุขภาพที่ 9 กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9				



หมวด	การจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9					
แผนที่	ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาศักยภาพสถานบริการ					
ระดับการวัดผล	ระดับจังหวัด					
ชื่อตัวชี้วัด (2.8)	รพ.มีเตียงรองรับผู้ป่วย IMC มี IMC Center ใน รพ.ระดับจังหวัด เพื่อติดตามการดูแลผู้ป่วย					
คำนิยาม	<p>Intermediate care; IMC หมายถึง การบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward)</p> <p>IMC Center หมายถึง โรงพยาบาลระดับ A และ S ระดับจังหวัด จัดให้มีหน่วยงานหรือจัดให้มีระบบงานที่มีบทบาทเป็นผู้คัดกรอง ส่งต่อและติดตามข้อมูลผู้ป่วยผู้ป่วยระยะกลาง รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านวิชาการและการรับปรึกษา มีบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้าน IMC เป็น case manager ในโรงพยาบาลสนับสนุนการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ให้แก่โรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัด</p>					
เกณฑ์เป้าหมาย:	<p>รพ.มีเตียงรองรับผู้ป่วย IMC มี IMC Center ใน รพ.ระดับจังหวัด เพื่อติดตามการดูแลผู้ป่วย</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 64</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4 แห่ง</td> <td>4 แห่ง</td> </tr> </tbody> </table>		ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	4 แห่ง	4 แห่ง
ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65					
4 แห่ง	4 แห่ง					
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย Stroke, traumatic brain injury และ spinal cord injury ไปจนครบระยะเวลา 6 เดือน สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ที่บ้านและชุมชน ลดความแออัด รพช. รพท. / เพิ่มอัตราครองเตียง รพช. 					

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลระดับจังหวัดทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 9 ผู้ป่วย Intermediate care ในเขตสุขภาพที่ 9																
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สสจ. จัดเก็บข้อมูลตามแบบรายงาน																
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลระดับจังหวัดทุกแห่ง ในเขตสุขภาพที่ 9																
รายการข้อมูล 1	A= โรงพยาบาลระดับจังหวัด ที่มี IMC Center																
รายการข้อมูล 2	B=โรงพยาบาลระดับจังหวัดทุกแห่ง ในเขตสุขภาพที่ 9																
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x100																
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาสและสิ้นปีงบประมาณ 2564, 2565																
เกณฑ์การประเมิน :																	
ปี 2564:																	
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน													
ปี 2565:																	
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน													
วิธีการประเมินผล :	ประเมิน และสำรวจจำนวนโรงพยาบาลระดับจังหวัดที่มีIMC Center																
เอกสารสนับสนุน :	<p>รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการศึกษาการจัดการจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - รายงานสรุปโครงการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Subacute Rehabilitation) - แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 พ.ศ. 2559 <p>เอกสารตัวชี้วัดการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563</p>																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<p>รพ.มีเตียงรองรับผู้ป่วย IMC</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วย วัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2561</th> <th>2562</th> <th>2663</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>มี IMC Center ใน รพ.ระดับจังหวัด เพื่อ ติดตามการดูแลผู้ป่วย</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2561	2562	2663	มี IMC Center ใน รพ.ระดับจังหวัด เพื่อ ติดตามการดูแลผู้ป่วย				
Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2561	2562	2663													
มี IMC Center ใน รพ.ระดับจังหวัด เพื่อ ติดตามการดูแลผู้ป่วย																	

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ New normal Service Delivery เขตสุขภาพที่ 9
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	ผู้รับผิดชอบที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลระดับจังหวัดทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 9 กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9



หมวด	การจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9					
แผนที่	ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาศักยภาพสถานบริการ					
ระดับการวัดผล	ระดับจังหวัด					
ชื่อตัวชี้วัด (2.8)	โรงพยาบาลมีเตียงรองรับผู้ป่วย IMC มี IMC ward ในโรงพยาบาล Node					
คำนิยาม	<p>Intermediate care; IMC หมายถึง การบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward)</p> <p>IMC ward หมายถึง หอผู้ป่วยสำหรับให้บริการดูแลรักษาบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางรวมทั้งจัดระบบบริการ Intermediate care ได้ตามมาตรฐาน</p> <p>โรงพยาบาล Node หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย/โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1) ที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ รองรับผู้ป่วยส่งต่อจากเครือข่ายบริการทุติยภูมิในเครือข่าย ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาหลักทุกสาขา และสาขารองในบางสาขาที่จำเป็นรวมทั้งมีหอผู้ป่วยใน ห้องผ่าตัด ห้องคลอด หอผู้ป่วยหนักห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยประกอบการรักษาของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ รังสีวิทยาเพื่อวินิจฉัยประกอบการรักษาของแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก 5 สาขา กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยระดับกลาง รองรับส่งต่อจากรพ.อื่นและลดการส่งต่อไปโรงพยาบาลระดับจังหวัด</p>					
เกณฑ์เป้าหมาย:	<p>โรงพยาบาลมีเตียงรองรับผู้ป่วย IMC มี IMC ward ในโรงพยาบาล Node</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 64</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>โรงพยาบาลมีเตียงรองรับผู้ป่วย IMC มี IMC ward ในโรงพยาบาล Node</td> <td>โรงพยาบาลมีเตียงรองรับผู้ป่วย IMC มี IMC ward ในโรงพยาบาล Node</td> </tr> </tbody> </table>		ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	โรงพยาบาลมีเตียงรองรับผู้ป่วย IMC มี IMC ward ในโรงพยาบาล Node	โรงพยาบาลมีเตียงรองรับผู้ป่วย IMC มี IMC ward ในโรงพยาบาล Node
ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65					
โรงพยาบาลมีเตียงรองรับผู้ป่วย IMC มี IMC ward ในโรงพยาบาล Node	โรงพยาบาลมีเตียงรองรับผู้ป่วย IMC มี IMC ward ในโรงพยาบาล Node					
วัตถุประสงค์	1.ลดความแออัดผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศูนย์ / เพิ่มอัตราครองเตียง โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 9					

	<p>2. พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย Stroke, traumatic brain injury และ spinal cord injury ไปจนครบระยะเวลา 6 เดือน</p> <p>3. สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ</p> <p>4. เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย</p> <p>5. เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ที่บ้านและชุมชน</p>								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>โรงพยาบาลทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 9</p> <p>โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย/โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1) ในเขตสุขภาพที่ 9</p> <p>ผู้ป่วย Intermediate care ในเขตสุขภาพที่ 9</p>								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้รับผิดชอบงาน และรวบรวมตามตัวชี้วัด ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง								
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลระดับ A S M1 M2 F1 F2 F3 ภายในจังหวัดที่เริ่มให้การรักษาผู้ป่วยและรับส่งต่อผู้ป่วยระยะ กลาง								
โรงพยาบาลมีเตียงรองรับผู้ป่วย IMC									
รายการข้อมูล 1	A=โรงพยาบาลที่มีเตียงรองรับบริการผู้ป่วย IMC								
รายการข้อมูล 2	B=โรงพยาบาลทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 9								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
มี IMC ward ในโรงพยาบาล Node									
รายการข้อมูล 1	A=โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายที่มีหอผู้ป่วยรองรับบริการผู้ป่วย IMC								
รายการข้อมูล 2	B=โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย M1 ทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 9								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาสและสิ้นปีงบประมาณ 2564, 2565, 2566								
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2564:									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ปี 2565:									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						

วิธีการประเมินผล :	ประเมิน และสำรวจจำนวนโรงพยาบาลที่มีเตียงรองรับผู้ป่วย IMC และ โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายที่มี IMC ward																		
เอกสารสนับสนุน :	<ul style="list-style-type: none"> - เอกสารตัวชี้วัดการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563 - รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการศึกษาการจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ - รายงานสรุปโครงการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Subacute Rehabilitation) - แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 พ.ศ. 2559 																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<p>รพ.มีเตียงรองรับผู้ป่วย IMC</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2561</th> <th>2562</th> <th>2663</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>มี IMC ward ใน โรงพยาบาล Node</td> <td>จำนวน รพ.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2561	2562	2663	มี IMC ward ใน โรงพยาบาล Node	จำนวน รพ.								
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2561	2562	2663															
มี IMC ward ใน โรงพยาบาล Node	จำนวน รพ.																		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ New normal Service Delivery เขตสุขภาพที่ 9																		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	ผู้รับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับงาน IMC care ของโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมายในเขตสุขภาพที่ 9 กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9																		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9																		



หมวด	การจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9	
แผนที่	ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาประสิทธิภาพระบบสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขทุกระดับ	
ระดับการวัดผล	ระดับเขต	
ชื่อตัวชี้วัด (3.1)	ระดับความสำเร็จของการนำแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาใช้	
คำนิยาม	<p>สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9 หมายถึง ส่วนราชการที่อยู่ภายใต้การกำกับ ดูแล ของ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 (Public Sector Management Quality Award: PMQA) ประกอบด้วย 1) ลักษณะสำคัญขององค์กร 2) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 7 หมวด คือ หมวด 1 การนำองค์กรหมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหมวด 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้หมวด 5 การมุ่งเน้นบุคลากรหมวด 6 การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ และหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการโดยดำเนินการในปี 2564- 2565 ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน 13 ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี 2. ดำเนินการในปี 2564 –2565 ปีละ 7หมวด 3. นำผลการประเมินองค์กรด้วยตนเอง (OFI) มาจัดทำเป็นประเด็นสุขภาพ Quic Win Project และเป้าหมายการพัฒนา ปีละ 3 ประเด็น โดยให้มีความสอดคล้องกับหมวด 1-6 ตามประเด็นที่เกี่ยวข้อง (เน้น ยุทธศาสตร์/คน/คลัง) 4. จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการตามหมวด 7 5. ดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กร 6. ติดตามประเมินผล โดยกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร/ผู้บริหารเขตสุขภาพ 	
เกณฑ์เป้าหมาย:	สำนักงานเขตสุขภาพ	
	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	ระดับ 5 (ร้อยละ 80)	ระดับ 5 (ร้อยละ 100)

วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของสำนักงานเขตสุขภาพ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีพ.ศ. 2546</p> <p>2. เพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2562 มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การและเป็นบรรทัดฐานการติดตามประเมินผลของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานเขตสุขภาพ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานผลการประเมินผลของกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์และสารสนเทศ สำนักงานเขตสุขภาพ			
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. กองส่วนกลาง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 4. โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน 			
รายการข้อมูล 1	A=ผลรวมของระดับคะแนนที่ 1-5			
รายการข้อมูล 2	B=จำนวน 5 คะแนน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2564:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน 2. ประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 (หมวด 1-6) 3. คัดเลือกประเด็นสุขภาพเพื่อจัดทำ Quic Win Project และเป้าหมายการพัฒนา จำนวน 3 ประเด็น 4. จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ Quic Win Project ที่ดำเนินการได้ครบถ้วน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาองค์กรในประเด็นสุขภาพที่ดำเนินการ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดใน Quic Win Project 	<ol style="list-style-type: none"> ร้อยละของสำนักงานเขตสุขภาพที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 80)

ปี 2565:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน 2.ประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 (หมวด 1-6) 3.คัดเลือกประเด็นสุขภาพเพื่อจัดทำ Quic Win Project และเป้าหมายการพัฒนา จำนวน 3 ประเด็น 4.จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ Quic Win Project ที่ดำเนินการได้ครบถ้วน	1.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาองค์กรในประเด็นสุขภาพที่ดำเนินการ	1.ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดใน Quic Win Project	ร้อยละของสำนักงานเขตสุขภาพที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 100)

วิธีการประเมินผล :

ระดับคะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน				
1	จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน				
	เกณฑ์การให้คะแนน				
	0.20 คะแนน 5 คำถาม	0.40 คะแนน 7 คำถาม	0.60 คะแนน 9 คำถาม	0.80 คะแนน 11 คำถาม	1 คะแนน 13 คำถาม
2	ประเมินองค์กรด้วยตนเองได้ครบถ้วน				
	พ.ศ.		เกณฑ์การให้คะแนน		
	2564-2565		0.50 คะแนน ไม่ครบ 6 หมวด	1 คะแนน ครบ 6 หมวด	
3	คัดเลือกประเด็นสุขภาพเพื่อจัดทำ Quic Win Project และเป้าหมายการพัฒนา				
	พ.ศ.		เกณฑ์การให้คะแนน		
	2564-2565		0.50 คะแนน มีแผนไม่ครบ 6 หมวด	1 คะแนน มีแผนครบ 6 หมวด	
4	จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ Quic Win Project ได้ครบถ้วน				
	พ.ศ.		เกณฑ์การให้คะแนน		
	2564-2565		0.50 คะแนน ไม่ครบ 6 หมวด	1 คะแนน ครบ 6 หมวด	

หมวด	การจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9
แผนที่	ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาประสิทธิภาพระบบสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขทุกระดับ
ระดับการวัดผล	ระดับจังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด (3.2)	มีการบริหารจัดการตำแหน่งว่างในระดับจังหวัด โดยตำแหน่งว่างจะต้องน้อยกว่าร้อยละ 3
คำนิยาม	<p>การบริหารจัดการตำแหน่งว่าง หมายถึง</p> <ol style="list-style-type: none"> ตำแหน่งว่าง หมายถึง ตำแหน่งที่ไม่มีผู้ครองตำแหน่ง ประเภทลูกจ้างชั่วคราวและพนักงานกระทรวงสาธารณสุขโดยไม่เกินกรอบอัตราที่กำหนด ตำแหน่งว่างเป้าหมาย หมายถึง ตำแหน่งว่างประเภทลูกจ้างชั่วคราวและพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ตามเงื่อนไขที่ สป.สร. กำหนดให้เขตสุขภาพ จังหวัด หน่วยงาน ดำเนินการบริหารจัดการให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด โดยไม่รวมกับตำแหน่งว่างระหว่างปี เช่น เสียชีวิต ลาออก ฯลฯ แผนบริหารตำแหน่งว่าง หมายถึง การกำหนดวิธีการ กระบวนการ ขั้นตอนการบริหารจัดการตำแหน่งว่างของหน่วยงาน เพื่อให้สามารถสรรหาบุคคลมาดำรงตำแหน่ง ได้ตามเป้าหมาย การดำเนินการบริหารตำแหน่งว่าง หมายถึง การดำเนินการสรรหา คัดเลือก รวมทั้งการบริหารจัดการตำแหน่ง เพื่อให้สามารถสรรหาบุคคลมาดำรงตำแหน่งได้ตามเป้าหมายและความต้องการของหน่วยงาน โดยจะต้องมีการบันทึกคำสั่งและข้อมูลในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) หน่วยงาน หมายถึง สสจ. รพศ. รพท. รวม 14 แห่ง ตำแหน่งลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด หมายถึง ตำแหน่งว่างเป้าหมายของบุคลากรประเภทลูกจ้างชั่วคราว และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข คงเหลือไม่เกินร้อยละ 3 ในไตรมาสที่ 2 และ 4 เมื่อเทียบกับจำนวนตำแหน่งทั้งหมดของลูกจ้างชั่วคราวและพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ที่มีอยู่ ณ วันที่รายงาน ร้อยละของการบริหารจัดการตำแหน่งว่างในระดับจังหวัด หมายถึง จำนวนหน่วยงานที่มีการบริหารจัดการตำแหน่งว่าง เทียบกับหน่วยงานทั้งหมดในเขตสุขภาพที่ 9

เกณฑ์เป้าหมาย: มีการบริหารจัดการตำแหน่งว่างในระดับจังหวัด โดยตำแหน่งว่างจะต้องน้อยกว่า ร้อยละ 2									
	<table border="1"> <tr> <th>ปีงบประมาณ 64</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> </tr> <tr> <td>ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 3 (≥7หน่วยงานผ่านเกณฑ์)</td> <td>ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ (≥14หน่วยงานผ่านเกณฑ์)</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 3 (≥7หน่วยงานผ่านเกณฑ์)	ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ (≥14หน่วยงานผ่านเกณฑ์)				
ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65								
ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 3 (≥7หน่วยงานผ่านเกณฑ์)	ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ (≥14หน่วยงานผ่านเกณฑ์)								
วัตถุประสงค์	1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ 2. เพื่อให้มีบุคลากรเพียงพอต่อการยกระดับคุณภาพ มาตรฐานบริการสุขภาพ								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. บุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ ข้าราชการ และพนักงานราชการ 2. หน่วยงานในเขตสุขภาพที่ 9 ได้แก่ สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. รพ.สต. และสอน.								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (HROPS) 2. แผนบริหารตำแหน่งของหน่วยงาน และเขตสุขภาพ								
แหล่งข้อมูล	1. ระบบ HROPS 2. เขตสุขภาพ และหน่วยงานในเขตสุขภาพที่ 9 ได้แก่ รพศ. รพท. รพช. สสอ. รพ.สต. และ สอน.								
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนตำแหน่งว่างเป้าหมายทั้งหมด (ลูกจ้างชั่วคราว + พนักงานกระทรวงสาธารณสุข) ณ วันที่ รายงานผล								
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนตำแหน่งทั้งหมด (ลูกจ้างชั่วคราว + พนักงานกระทรวงสาธารณสุข) ณ วันที่รายงานผล								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 2 และที่ 4								
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2564: <table border="1"> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> <tr> <td></td> <td>≥3 หน่วยงานที่มีตำแหน่งว่างไม่เกินร้อยละ 3</td> <td></td> <td>≥7 หน่วยงานที่มีตำแหน่งว่างไม่เกินร้อยละ 3</td> </tr> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		≥3 หน่วยงานที่มีตำแหน่งว่างไม่เกินร้อยละ 3		≥7 หน่วยงานที่มีตำแหน่งว่างไม่เกินร้อยละ 3
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
	≥3 หน่วยงานที่มีตำแหน่งว่างไม่เกินร้อยละ 3		≥7 หน่วยงานที่มีตำแหน่งว่างไม่เกินร้อยละ 3						
ปี 2565: <table border="1"> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> <tr> <td></td> <td>≥10 หน่วยงานที่มีตำแหน่งว่างไม่เกินร้อยละ 3</td> <td></td> <td>≥14 หน่วยงานที่มีตำแหน่งว่างไม่เกินร้อยละ 3</td> </tr> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		≥10 หน่วยงานที่มีตำแหน่งว่างไม่เกินร้อยละ 3		≥14 หน่วยงานที่มีตำแหน่งว่างไม่เกินร้อยละ 3
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
	≥10 หน่วยงานที่มีตำแหน่งว่างไม่เกินร้อยละ 3		≥14 หน่วยงานที่มีตำแหน่งว่างไม่เกินร้อยละ 3						

หมวด	การจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9	
แผนที่	ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาประสิทธิภาพระบบสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขทุกระดับ	
ระดับการวัดผล	ระดับจังหวัด	
ชื่อตัวชี้วัด (3.3)	สถานพยาบาลพื้นที่ต้นแบบมีระบบ R9Tele consult	
คำนิยาม	<p>สถานพยาบาลพื้นที่ต้นแบบได้แก่</p> <p>จังหวัดนครราชสีมา</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาลพระทองคำเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา และ หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งในอำเภอพระทองคำ <p>จังหวัดชัยภูมิ</p> <ul style="list-style-type: none"> - รพ.ชัยภูมิ รพ.คอนสวรรค์ และ หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งในอำเภอคอนสวรรค์ <p>จังหวัดบุรีรัมย์</p> <p>รพ.นางรอง รพ.ละหานทราย และ หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งในอำเภอละหานทราย</p> <p>จังหวัดสุรินทร์</p> <p>รพ.ปราสาท รพ.พนมดงรักเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา และ หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งในอำเภอพนมดงรัก</p> <p>ระบบ R9Tele consult คือ ระบบให้คำปรึกษาการรักษาพยาบาลทางไกล ผ่าน R9Refer</p>	
เกณฑ์เป้าหมาย:	รพ.ทุกระดับมีระบบ Tele consult	
	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	100	100
วัตถุประสงค์	<p>1.ลดความแออัด ลดระยะเวลาารอคอยในการเข้ารับบริการในแผนก NCD ในสถานพยาบาลต้นแบบ</p> <p>2.เพิ่มการเข้าถึงบริการสำหรับผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกล</p>	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรค NCD (DM/HT) ในพื้นที่ต้นแบบ	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานการใช้งานระบบ R9TeleConsult	
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากระบบ R9TeleConsult	
รายการข้อมูล 1	A=สถานพยาบาลพื้นที่ต้นแบบมีการใช้ระบบ R9Tele consult	
รายการข้อมูล 2	B=สถานพยาบาลพื้นที่ต้นแบบ	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$	
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส(1-4)	

เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2564:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	พัฒนาระบบ R9TeleConsult	ทดสอบระบบโปรแกรม R9TeleConsult ในพื้นที่ ต้นแบบ ร้อยละ 30	ทดสอบระบบโปรแกรม R9TeleConsult ในพื้นที่ ต้นแบบ ร้อยละ 60	ทดสอบระบบโปรแกรม R9TeleConsult ในพื้นที่ ต้นแบบ ร้อยละ 100	
วิธีการประเมินผล :	1.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจสอบผลการดำเนินงานและจัดส่งรายงานผลไปสำนักงานเขตสุขภาพที่ 9 2.สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9 กำกับติดตามการใช้งานระบบ R9TeleConsult				
เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	รพ.ทุกระดับมีระบบ Tele consult	แห่ง	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	4. นพ.ดุสิต ขำชัยภูมิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 044-244089 โทรสาร : 044-244089		นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) โทรศัพท์มือถือ : 089-6308222 E-mail : dusit.dr@gmail.com		
	5. นายอมรเทพ ชงสันเทียะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 044-244089 โทรสาร : 044-244089		นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 089-6246489 E-mail : cio.r9office@gmail.com		
	6. นส.นิธิภรณ์ โสดาศรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 044-244089 โทรสาร : 044-244089		นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 086-2605406 E-mail : niti_sodasri@hotmail.com		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	3. นายอมรเทพ ชงสันเทียะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 044-244089 โทรสาร : 044-244089		นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 089-6246489 E-mail : cio.r9office@gmail.com		
	4. นส.นิธิภรณ์ โสดาศรี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 044-244089 โทรสาร : 044-244089		นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 086-2605406 E-mail : niti_sodasri@hotmail.com		

หมวด	การจัดการสาธารณสุขตามวิถีแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9		
แผนที่	ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาประสิทธิภาพระบบสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขทุกระดับ		
ระดับการวัดผล	ระดับจังหวัด		
ตัวชี้วัด (3.4)	1. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 และระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 6		
คำนิยาม	หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤตทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤตทางการเงินระดับ 7 (Risk Scoring) ดังนี้		
	ประเภทดัชนีชี้วัด	น้ำหนักความรุนแรงของความเสี่ยง (Risk Score)	คำอธิบาย
	1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์		กลุ่มแสดงความคล่องสภาพสินทรัพย์
	1.1 CR < 1.5	1	CR = สินทรัพย์หมุนเวียน / หนี้สินหมุนเวียน
	1.2 QR < 1.0	1	QR = เงินสด รายการเทียบเท่าเงินสดและลูกหนี้ / หนี้สินหมุนเวียน
	1.3 Cash < 0.8	1	Cash Ratio = เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด / หนี้สินหมุนเวียน
	2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน		กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน
	2.1 แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) NWC < 0	1	เงินทุนหมุนเวียน = สินทรัพย์หมุนเวียน หัก หนี้สินหมุนเวียน
	2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ) NI < 0	1	ผลประกอบการสุทธิ = รายได้ - ค่าใช้จ่าย

3. กลุ่มแสดงระยะเวลา เข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง มี 2 มิติ		กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้า สู่ปัญหาการเงิน
3.1 มิติ NWC หรือทุนหมุนเวียน ที่เพียงพอ รับภาระการขาดทุนเฉลี่ยต่อ เดือน (กรณี NWC เป็นบวก & มี NI ติดลบ)		กลุ่มแสดงเข้าสู่ปัญหาการเงิน รุนแรงสามารถดูได้ทั้ง 2 มิติ
a) ระยะเวลาทุน หมุนเวียนอาจหมด >6 เดือน	0	เนื่องจากทั้ง 2 มิติ มี ผลกระทบต่อ ความอยู่รอดของหน่วยบริการ
b) ระยะเวลาทุน หมุนเวียนอยู่ได้ >3 เดือน ไม่เกิน 6 เดือน	1	* กรณีมีทุนหมุนเวียน คงเหลือ แต่มี ผลการดำเนินงานขาดทุน หรือ
c) ระยะเวลาทุน หมุนเวียนอยู่ได้ <หรือ = 3เดือน	2	
3.2 มิติ ผลกำไรจาก การดำเนินการ เพียงพอกับภาระ หนี้สินหมุนเวียน (กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็น บวก)		
a) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็น บวก >6 เดือน	2	* กรณีมีกำไรจากผลการ ดำเนินงานแต่ขาดเงินทุน หมุนเวียน
b) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็น บวก >3 เดือนไม่เกิน 6 เดือน	1	
c) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็น บวก <หรือ = 3 เดือน	0	

	3.3กรณี NWCติด บวก & มี NI เป็นบวก	0											
	3.4กรณี NWCติดลบ & มี NI เป็นลบ	2											
<p>การประเมินสถานะการเงินจะประเมินทุกสิ้นไตรมาส โดยกำหนดให้หน่วยบริการที่ได้ 7 คะแนน มีความเสี่ยงทางการเงินสูงสุด ทั้งนี้ ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการที่ดีมีคุณภาพมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผลการประเมินสถานะทางการเงินมีความถูกต้อง และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยแก้ไขปัญหามภาวะวิกฤติทางการเงินที่เกิดขึ้นได้</p>													
<p>เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 และระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 6</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 64</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 6</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4		4	4	ระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 6		6	6
ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65												
ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4													
4	4												
ระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 6													
6	6												
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อเป็นเกณฑ์มาตรฐานสำหรับการประเมินสภาพคล่องและเฝ้าระวังภาวะวิกฤตทางการเงิน 2. เป็นข้อมูลสำหรับนำไปสู่การจัลดสรรทรัพยากรสุขภาพให้เกิดความเป็นธรรม 												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข												
รายการข้อมูล	กระทรวงสาธารณสุข	เขตสุขภาพที่ 9											
วิธีจัดเก็บข้อมูล	การวิเคราะห์จากรายงานการเงินของหน่วยบริการที่ส่งส่วนกลาง (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ) รายไตรมาส	การวิเคราะห์จากรายงานการเงินของหน่วยบริการที่ส่งส่วนกลาง (กลุ่มงานประกันสุขภาพ) รายไตรมาส											
แหล่งข้อมูล	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ	กลุ่มงานประกันสุขภาพ ในหน่วยบริการสังกัดหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข											

รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 6 และระดับ 7
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด (หน่วยบริการที่จัดส่งรายงานงบทดลอง)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาการประเมิน	ไตรมาสที่ 1,2,3,4
วิธีประเมินผล	การวัด/วิเคราะห์

เกณฑ์การประเมิน

ปีงบประมาณ 2564 :

รอบ -3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ7 ไม่เกินร้อยละ 4 และระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 6			

ปีงบประมาณ 2565 :

รอบ -3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ7 ไม่เกินร้อยละ 4 และระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 6			

วิธีการประเมิน	การวัด/วิเคราะห์
เอกสารสนับสนุน	รายงานหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baselinedata	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
	ตัวชี้วัดหลัก -สถานการณ์วิกฤตทางการเงินระดับ7ไม่เกินร้อยละ 4	ร้อยละ	0	0	0
ตัวชี้วัดรอง -สถานการณ์วิกฤตทางการเงินระดับ4ไม่เกินร้อยละ6	ร้อยละ	6.74	0	0 ข้อมูลไตรมาสที่ 3	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายอภิชาติ อยู่สำราญ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ (หัวหน้ากลุ่มงานบริหารการเงินการคลัง สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4424 5188 โทรศัพท์มือถือ : 086 468 7887 โทรสาร :0 4424 5188E - mail :bie14.moph@gmail.com				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ส่วนกลาง)	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นายอภิชาติ อยู่สำราญ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ (หัวหน้ากลุ่มงานบริหารการเงินการคลัง สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4424 5188 โทรศัพท์มือถือ : 086 468 7887 โทรสาร : 0 4424 5188E - mail : bie14.moph@gmail.com 2. นายอริวัฒน์ แสนโคตรนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9 โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4424 5188 โทรศัพท์มือถือ :098 848 4459 โทรสาร : 0 4424 5188E - mail : tongtukta1990@gmail.com				

หมวด	การจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9					
แผนที่	ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาประสิทธิภาพระบบสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขทุกระดับ					
ระดับการวัดผล	ระดับจังหวัด					
ชื่อตัวชี้วัด (3.5)	สถานพยาบาลทุกแห่งมีการจัดพื้นที่และรูปแบบบริการในโรงพยาบาลทุกระดับเป็นไปตามมาตรฐาน Universal Precaution					
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> - Universal precautions หมายถึง การปฏิบัติในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย โดยถือว่าผู้ป่วยทุกรายมีเชื้อ HIV, เชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือเชื้อที่อยู่ในเลือดตัวอื่นๆอยู่ในร่างกาย และเชื้อสามารถแพร่กระจายสู่บุคคลได้หากบุคลากรขาดความระมัดระวัง 					
เกณฑ์เป้าหมาย:	มีการจัดพื้นที่และรูปแบบบริการในโรงพยาบาลทุกระดับเป็นไปตามมาตรฐาน Universal Precaution					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 64</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>จำนวนสถานบริการทั้งหมดที่มีการดำเนินการ Universal Precaution</td> <td>จำนวนสถานบริการทั้งหมดที่มีการดำเนินการ Universal Precaution</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	จำนวนสถานบริการทั้งหมดที่มีการดำเนินการ Universal Precaution	จำนวนสถานบริการทั้งหมดที่มีการดำเนินการ Universal Precaution	
ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65					
จำนวนสถานบริการทั้งหมดที่มีการดำเนินการ Universal Precaution	จำนวนสถานบริการทั้งหมดที่มีการดำเนินการ Universal Precaution					
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 9 มั่นใจ และได้รับความปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคต่าง ๆ 2. เพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยและให้ความเสมอภาคในการบริการ 3. เพื่อความประหยัดและคุ้มค่าในการให้บริการ หากเกิดการติดต่อและแพร่กระจายเชื้อโรค 4. เพื่อให้ผู้ให้บริการมั่นใจและปลอดภัยในขณะปฏิบัติหน้าที่ 					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานพยาบาลทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 9					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคสำรวจ ประเมิน และขอรับข้อมูลจากศูนย์ IC ของสถานพยาบาลทุกแห่ง					
แหล่งข้อมูล	ศูนย์ IC ของสถานพยาบาล					
รายการข้อมูล 1	A=สถานพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 9 ที่มีการจัดพื้นที่และรูปแบบบริการเป็นไปตามมาตรฐาน Universal Precaution					
รายการข้อมูล 2	B=สถานพยาบาลทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 9					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาสและสิ้นปีงบประมาณ 2564, 2565					

เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2564:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
ปี 2565:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
วิธีการประเมินผล :	ศูนย์ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประเมินการดำเนินงานตามมาตรฐาน Universal Precaution หากมีการดำเนินงานเป็นไปตามมาตรฐาน ถือว่าผ่านเกณฑ์ จากนั้นรายงานข้อมูลไปยังกลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือมาตรฐาน Universal Precaution				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2663
	มีการจัดพื้นที่และรูปแบบบริการในโรงพยาบาลทุกระดับเป็นไปตามมาตรฐาน Universal Precaution	ร้อยละ			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ New normal Service Delivery เขตสุขภาพที่ 9				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	ศูนย์ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9				

หมวด	การจัดบริการสาธารณสุขตามวิถีชีวิตแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 9	
แผนที่	ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาประสิทธิภาพระบบสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขทุกระดับ	
ระดับการวัดผล	ระดับจังหวัด	
ชื่อตัวชี้วัด (3.6)	มีนวัตกรรมบริการ อย่างน้อย จังหวัดละ 1 เรื่อง	
คำนิยาม	<p>1. นวัตกรรมบริการ (Service Innovation) เป็นการนำเสนอบริการใหม่ที่เกิดจากการสร้างขึ้นใหม่ หรือปรับปรุงสิ่งเดิม เช่น Test Service การทดสอบความชำนาญ OECD GLP ขอการรับรองตามมาตรฐานระดับประเทศและสากล ระบบบริการ Online บริการตรวจสอบเครื่องมือ เป็นต้น</p> <p>2. นวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ หมายถึง นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่มีการศึกษาวิจัย ประดิษฐ์ คิดค้นใหม่ ผ่านการทดสอบว่าสามารถใช้ได้จริง</p> <p>3. การคิดค้นนวัตกรรมและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ หมายถึง การคิด ประดิษฐ์ สร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่นำมาใช้ในการแก้ไขปัญหา ทั้งในเชิงสิ่งประดิษฐ์ เชิงกระบวนการใหม่ แนวทางใหม่ เชิงวิธีการใหม่ หรืออื่นๆ</p>	
เกณฑ์เป้าหมาย:	มีนวัตกรรมบริการ อย่างน้อย จังหวัดละ 1 เรื่อง	
	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	จังหวัดละ 1 เรื่อง	จังหวัดละ 2 เรื่อง
วัตถุประสงค์	เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขมีการจัดทำนวัตกรรมบริการ และส่งผลงานเผยแพร่ในการประชุมวิชาการระดับต่างๆ	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	นวัตกรรมบริการของบุคลากรในเขตสุขภาพที่ 9	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>การแจ้งนับองค์ความรู้ที่ผลิตโดย</p> <p>1. จำนวนหน่วยงาน (โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ(รวม รพ.สต.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ที่ส่งผลงานเข้าร่วมเผยแพร่ในการประชุมวิชาการระดับต่างๆ (จังหวัด เขต ประเทศ) หรือเผยแพร่ทางสื่อต่าง ๆ</p> <p>2. จำนวนผลงานที่สถานบริการสุขภาพทุกระดับส่งผลงานเข้าร่วมประกวดและผ่านการคัดเลือกให้เผยแพร่ในการประชุมวิชาการระดับต่างๆ (จังหวัดเขต ประเทศ) หรือเผยแพร่ทางสื่อต่าง ๆ</p> <p>3. จำนวนผลงานที่สถานบริการสุขภาพทุกระดับส่งผลงานเข้าร่วมประกวดและผ่านการคัดเลือกให้เผยแพร่ และผลงานที่ได้รับรางวัลจากคณะกรรมการ</p>	
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ	
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนหน่วยบริการที่มีนวัตกรรมบริการ	

รายการข้อมูล 2	B=จำนวนหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานเขตสุขภาพที่ 9
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x100
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (เดือนกันยายน)

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
- จัดทำกรอบแนวคิด นวัตกรรมการบริการ	- จัดทำ/พัฒนา/ ปรับปรุงนวัตกรรมการ บริการ	- จัดทำรายงานผล ความก้าวหน้านวัตกรรม บริการให้แก่หน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง - สรุปผลการถ่ายทอด นวัตกรรมการ - สสำรวจจำนวน นวัตกรรมการที่สำเร็จ ในปีงบประมาณ 2564	- จัดทำรายงานสรุป เสนอผู้บริหาร - จำนวนนวัตกรรมบริการที่คิดค้นขึ้น ใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดเพิ่มขึ้นอย่างปี ที่ผ่านมาอย่างน้อย 1 เรื่อง - จำนวนนวัตกรรมบริการที่คิดค้นขึ้น ใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดใน ปีงบประมาณ 2564 มีการใช้ประโยชน์ ทางการแพทย์

ปี 2565:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
- จัดทำกรอบ แนวคิดนวัตกรรม บริการ	- จัดทำ/พัฒนา/ ปรับปรุงนวัตกรรมการ บริการ	- จัดทำรายงานผล ความก้าวหน้านวัตกรรม บริการให้แก่หน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง - สรุปผลการถ่ายทอด นวัตกรรมการ - สสำรวจจำนวน นวัตกรรมการที่สำเร็จ ในปีงบประมาณ 2564	- จัดทำรายงานสรุป เสนอผู้บริหาร - จำนวนนวัตกรรมบริการที่คิดค้นขึ้น ใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดเพิ่มขึ้นอย่างปี ที่ผ่านมาอย่างน้อย 1 เรื่อง - จำนวนนวัตกรรมบริการที่คิดค้นขึ้น ใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดใน ปีงบประมาณ 2565 มีการใช้ ประโยชน์ทางการแพทย์

วิธีการประเมินผล :

ประเมินผลจากจำนวนนวัตกรรมที่นำไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุข

เอกสารสนับสนุน :

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	จำนวนหน่วยงานที่มี นวัตกรรมบริการ	เรื่อง			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9 นางพรอนันต์ กิตติมั่นคง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 044-245188 โทรศัพท์มือถือ : 092-9966563</p> <p>นายจักรกฤษณ์ มงคลสวัสดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 044-245188 โทรศัพท์มือถือ : 083-8289588</p> <p>นางสาลินี โพธิ์สอน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 044-245188 โทรศัพท์มือถือ : 092-6532664</p>				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำนักงานเขตสุขภาพที่ 9				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	<p>นายจักรกฤษณ์ มงคลสวัสดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 044-245188 โทรศัพท์มือถือ : 083-8289588</p> <p>นางสาลินี โพธิ์สอน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 044-245188 โทรศัพท์มือถือ : 092-6532664</p>				





เขตสุขภาพที่ ๑

