รายงานผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการฯ (PA) ของผู้ตรวจราชการกระทรวงฯ-สาธารณสุขนิเทศก์ ไตรมาส 2 รอบ 6 เดือน (1 ต.ค. 61 - 31 มี.ค. 62)

เขตสุขภาพที่ 6

นโยบายสำคัญ	ตัวชี้วัดที่	เป้าหมาย ปีงบฯ 2562	Small Success 6 เดือน	ผลงาน	คำอธิบาย (ระบุกิจกรรมที่ดำเนินการ)	หน่วย ร้อยละ	หมายเหตุ	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด ผู้รายงาน	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด โทร.
การพัฒนาชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)	1. อัตราส่วนการตายมารดา	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	อัตราส่วนการตายมารดา สูตรคำนวน : (A/B)*100,000	0	1. จัดประชุมคณะกรรมการ MCH Board ระดับจังหวัด 1 ครั้ง และระดับอำเภอทุกอำเภอ 2. จัดประชุม Perinatal conference และประชุมวิชาการด้านแม่และเด็ก 1 ครั้ง	ร้อยละ		นางมณี บำรุง	08 9749 6842
			A = จำนวนมารดาตายระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ทุกสาเหตุ ยกเว้นอุบัติเหตุ ในช่วงเวลาที่กำหนด	0		ราย		นวก.สาธารณสุขชำนาญการ	
			B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน	767		ราย			
	2. ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน 2.1 เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	ร้อยละ 90	รอยละของเด็กอายุ 0-5 ป ไดรับการคัดกรองพัฒนาการ สูตร : B/A*100	81.22	1 จัดทำโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย จังหวัดตราดพัฒนาศักยภาพมีความรู้ความเข้าใจและทักษะตลอดจนมีแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยจังหวัดตราด 2. ประชุมชี้แจงแนวทางการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยและทบทวนแนวทางการจัดบริการด้านการส่งเสริมพัฒนาการและการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในสถานบริการและชุมชน เพื่อพัฒนาการจัดระบบบริการของหน่วยบริการและชุมชน (24 ธันวาคม 2561)	ร้อยละ		นางอรพินท์ กันประดับ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	08 1295 2171
			A = เด็กไทยอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขตแต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)	2529		ราย			
			B = จำนวนเด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง ในช่วงเวลาที่กำหนด	2054		ราย			
	2.2 เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า	ร้อยละ 20	รอยละเด็กอายุ 0-5 ป ไดรับการคัดกรองพบสงสัยล่าช้า สูตร : (C+D)/B*100	17.04		ร้อยละ		นางอรพินท์ กันประดับ	08 1295 2171
			C = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า(ตรวจครั้งแรก)ที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261)	344		ราย		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
			D = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า(ตรวจครั้งแรก)ส่งต่อทันที(1B262 : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)	6		ราย			
	2.3 เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ	ร้อยละ 90	ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ สูตร : E/C*100	64.24		ร้อยละ		นางอรพินท์ กันประดับ	08 1295 2171

นโยบายสำคัญ	ตัวชี้วัดที่	เป้าหมาย ปีงบฯ 2562	Small Success 6 เดือน	ผลงาน	คำอธิบาย (ระบุกิจกรรมที่ดำเนินการ)	หน่วย ร้อยละ	หมายเหตุ	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด ผู้รายงาน	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด โทร.
			E = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า(ตรวจครั้งแรก)ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครองส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2	221		รายละ		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
	2.4 เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA 41	ร้อยละ 60	เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA 41 สูตร : H/G*100	52.94	1.จัดอบรมพัฒนาศักยภาพการคัดกรองผู้ที่มีปัญหาสมาธิสั้นและโรคจิตเวชเด็กในบุคลากรทางการศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1	ร้อยละ		น.ส.พรชนก รัตนพิทักษ์	
			G = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการล่าช้า	17		รายละ		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
			H = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I	9		รายละ			
	2.5 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 85	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย สูตร : F/B*100	93.18		ร้อยละ		นางอรพินท์ กันประดับ	08 1295 2171
			F = จำนวนเด็ก 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกรวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการและประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน (1B260)	1914		รายละ		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	3. ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) ที่มีคุณภาพ	ร้อยละ 60	- มีคณะทำงาน วางแผนกำหนดแนวทางในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามที่พื้นที่กำหนด - มีการบริหารจัดการ ทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต	- มีการประชุมฯคณะกรรมการ พชอ. และคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาอย่างน้อย 2 ประเด็น - มีคณะทำงาน วางแผนการดำเนินงานฯ	1. ทุกอำเภอมีการทบทวนและแต่งตั้งคณะกรรมการพชอ.ปี 2562 และประชุมคณะกรรมการพชอ.เพื่อคัดเลือกประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอละอย่างน้อย 2 ประเด็น 2. จัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตฯ ระดับอำเภอ (งบประมาณจากสปส.อำเภอละ 30,000-บาท) 3.จัดทำโครงการเสริมสร้างศักยภาพเพื่อการขับเคลื่อนสุขภาวะระดับพื้นที่แก่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดตราด(งบประมาณสสส.)			นางกัญญา เชื้อเงิน นวก.สาธารณสุขชำนาญการ	089 7482853
			ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) ที่มีคุณภาพ สูตรคำนวน : (A/B)*100	NA		ร้อยละ			

นโยบายสำคัญ	ตัวชี้วัดที่	เป้าหมาย ปีงบฯ 2562	Small Success 6 เดือน	ผลงาน	คำอธิบาย (ระบุกิจกรรมที่ดำเนินการ)	หน่วย ร้อยละ	หมายเหตุ	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด ผู้รายงาน	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด โทร.
			A = จำนวนของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.)	NA		แห่ง			
			B = จำนวนอำเภอทั้งหมด.....แห่ง	7		แห่ง			

นโยบายสำคัญ	ตัวชี้วัดที่	เป้าหมาย ปีงบฯ 2562	Small Success 6 เดือน	ผลงาน	คำอธิบาย (ระบุกิจกรรมที่ดำเนินการ)	หน่วย ร้อยละ	หมายเหตุ	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด ผู้รายงาน	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด โทร.
การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	4. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้ตามเกณฑ์ Green & Clean Hospital	1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 40 2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง	1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 100 สูตรคำนวน : (A1+A2+A3+A4/B) X 100	100.00	แผนการดำเนินงาน ปี 2562 -ประชุมคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลตามเกณฑ์ Green and Clean Hospital ระดับดีมาก Plus และ รพ.สต.ติดดาว (5ดาว 5 ดี) จำนวน 2 ครั้ง เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนดประเด็นการพัฒนา และการบริหารจัดการทรัพยากรร่วมกัน -จัดอบรมผู้ปฏิบัติงานเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ ของโรงพยาบาลและ รพ.สต.ทุกแห่งให้เป็นไปตามกฎกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.2545 -จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม เพื่อตอบสนองต่อเกณฑ์มาตรฐาน Green and Clean Hospital ระดับดีมาก Plus -จัดหาวัสดุที่จำเป็นในการพัฒนาตามเกณฑ์ Green and Clean Hospital ระดับดีมาก Plus เช่น ถุงแดง คลอรีน ถุงผ้าเพื่อลดขยะพลาสติกที่เป็นถุงยา 1.3 ผลการดำเนินงาน ปี 2562 ไตรมาสที่ 1 (ต.ค. - ธ.ค. 2561) -ประชุมคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลตามเกณฑ์ Green and Clean Hospital ระดับดีมาก Plus และ รพ.สต.ติดดาว (5ดาว 5 ดี) จำนวน 1 ครั้ง -โรงพยาบาลประเมินตนเองตามเกณฑ์ Green and Clean Hospital ระดับดีมาก Plus และ รพ.สต.ติดดาว (5ดาว 5 ดี) และจัดทำแผนในการพัฒนา			นายทรงวิทย์ ภิรมย์ภักดิ์ นวก.สาธารณสุขชำนาญการ	08 3789 4754
			2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 80 สูตรคำนวน : (A2+A3+A4/B) X 100	85.71					
			3.โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ฯระดับดีมากขึ้นไป สูตรคำนวน : (A3+A4/B) X 100	57.14		ร้อยละ			
			4.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดีมาก Plus สูตรคำนวน : (A4/B) X 100	ระหว่างพัฒนา		ร้อยละ			
			A1 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ **ระดับพื้นฐาน**	1		แห่ง			
			A2 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ **ระดับดี**	2		แห่ง			
			A3 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ **ระดับดีมาก**	4		แห่ง			
			A4 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ **ระดับดีมาก Plus**	0		แห่ง			
			B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด	7		แห่ง			

นโยบายสำคัญ	ตัวชี้วัดที่	เป้าหมาย ปีงบฯ 2562	Small Success 6 เดือน	ผลงาน	คำอธิบาย (ระบุกิจกรรมที่ดำเนินการ)	หน่วย ร้อยละ	หมายเหตุ	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด ผู้รายงาน	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด โทร.
การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ	5. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)	ร้อยละ 18 (1,170 ทีม) (เป้าหมายสะสม) เป้าหมายดำเนินการในปี 61 จำนวน 806 ทีม	5.1 มีการศึกษาดูงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ PCC ต้นแบบ	0	จังหวัดตราด มีแผนจัดตั้งทีมหมอครอบครัวปี 2562 จำนวน 7 ทีม ปัจจุบัน มีทีมหมอครอบครัวทั้งหมด 5 ทีม ได้แก่ ทีมวัดไผ่ล้อม ทีมปลายคลอง ทีมท้ายวัง ทีมท่าพริก ทีม รพ.แหลมงอบ โดยมีทีมที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน 3S จำนวน 2 ทีม ได้แก่ ทีมวัดไผ่ล้อม ทีม รพ.แหลมงอบ	ร้อยละ		น.ส.โสมาพัฒน์ นิรันต์พานิช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	06 4151 9266
			5.2 คลินิกหมอครอบครัวใหม่ (ผ่าน 3 S) ร้อยละ 50	ร้อยละ 40 (2 ทีม)					
			(PCC สะสม) สูตรคำนวน : (A/B)*100 PCC เป้าหมายสะสม จำนวน ....ทีม	71.43					
			A = จำนวนทีมของคลินิกหมอครอบครัวที่ รพศ./รพท/รพช./รพ.สต ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิ (จำนวนทีมที่เปิดดำเนินการใหม่ในปี 2562 จำนวน = ... ทีม เป็นข้อมูลสะสมเดิม จากปี 2561 จำนวน ... ทีม)	5		ทีม			
			B = จำนวนทีมบริการการแพทย์ปฐมภูมิ	7		ทีม			
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	6. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและระยะเวลาที่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม 6.1. ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63)	น้อยกว่าร้อยละ 5	ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) สูตรคำนวน : (A/B)* 100	2.79	1. ประชาสัมพันธ์ stroke awareness/ stroke alert/ EMS 1669 เพิ่มอาการ “ ชา หนา หนัก” ตามภาษาท้องถิ่น โดยใช้สื่อหลากหลายช่องทางเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ	ร้อยละ		นางสาวธนวรรณ ดิษพันธ์	08 1865 5676
			A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke ;I63) จากทุกหอผู้ป่วย	5	2. พัฒนาระบบ Stroke Fast Track เพื่อความรวดเร็วในการส่งต่อและลด Door to needle time	ครั้ง		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
			B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Ischemic Stroke ; I63)	179	3. พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยใน stroke unit โดยจัดระบบดูแลผู้ป่วย Hemorrhagic stroke ใน stroke unit ใช้ care map ร่วมกันระหว่างแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม การวางแผนจำหน่ายร่วมกับศูนย์ COC เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ความพิการและการกลับเป็นซ้ำ	ครั้ง			
	6.2 ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62)	น้อยกว่าร้อยละ 25	ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) สูตรคำนวน : (A/B)*100	33.33		ร้อยละ			
			A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke ;I60 - I62) จากทุกหอผู้ป่วย	15		ครั้ง			
			B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Hemorrhagic Stroke ;I60-I62)	45		ครั้ง			
	6.3 ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอด	น้อยกว่าร้อยละ 7	ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) สูตรคำนวน : (A/B)*100	8.03		ร้อยละ			

นโยบายสำคัญ	ตัวชี้วัดที่	เป้าหมาย ปีงบฯ 2562	Small Success 6 เดือน	ผลงาน	คำอธิบาย (ระบุกิจกรรมที่ดำเนินการ)	หน่วย ร้อยละ	หมายเหตุ	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด ผู้รายงาน	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด โทร.
	เลือดสมอง (I60-I69)		A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; I60-I69) จากทุกหอผู้ป่วย	20		ครั้ง			
			B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke ;I60-I69)	249		ครั้ง			
	6.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit (%SU)	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit (%SU) สูตรคำนวน : (A/B)*100 ไตรมาส 2 มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 35	73.33		ร้อยละ			
			A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	132					
			B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน	180		ราย			
	6.5 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดาภายใน 60 นาที (door to needle time) (%DTN)	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดภายใน 60 นาที (door to needle time) สูตรคำนวน : (A/B)*100 ไตรมาส 2 มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40	77.78		ร้อยละ			
			A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาทีนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (OPD/ER)	7					
			B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในช่วงเวลาเดียวกัน	9		ราย			
	6.6 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (door to operation room time) (%DTOR) สูตรคำนวน : (A/B)*100 ไตรมาส 2 มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	100		ร้อยละ			

นโยบายสำคัญ	ตัวชี้วัดที่	เป้าหมาย ปีงบฯ 2562	Small Success 6 เดือน	ผลงาน	คำอธิบาย (ระบุกิจกรรมที่ดำเนินการ)	หน่วย ร้อยละ	หมายเหตุ	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด ผู้รายงาน	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด โทร.
	operation room time) (%DTOR)		A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ที่มาที่ ER และได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาทีนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลและนับเฉพาะผู้ป่วยที่มาที่ ER เท่านั้น	1					
			B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ที่มาที่ ER และได้รับการผ่าตัดสมองในช่วงเวลาเดียวกัน	1		ราย			
	7. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (TB)	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85	กำกับและติดตามการดำเนินงานมาตรการตามแผนงาน ตัวชี้วัดกำกับติดตามมาตรการ	ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนตั้งแต่ 1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม 2561 พบจำนวน 53 ราย อยู่ระหว่างการรักษา 48 ราย เสียชีวิต 1 รายเป็นชายไทย อายุ 81 ปี พบเป็นมะเร็งร่วมด้วย และพบโอนออก จำนวน 4 ราย โดย รพ.เขาสมิงโอนไปยัง รพ.ตราด 2 ราย รพ.ตราดโอนไปเรือนจำ จ.ตราด 1 ราย และ รพ.คลองใหญ่ โอนกลับไปรักษาประเทศกัมพูชา 1 ราย (ยังคงกินยาต่อเนื่อง) ส่วนผลการรักษาผู้ป่วยจำนวนนี้สามารถสรุปได้หลังเดือนสิงหาคม 2562 เป็นต้นไป	ดำเนินการติดตามการผลการรักษาทั้งในรายที่กำลังรักษาอยู่ในโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนและในรายที่โอนออกไปรักษายังโรงพยาบาลอื่น รวมทั้งมีการสุ่มเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค เพื่อติดตาม และแนะนำการดำเนินงานให้แก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต.			น.ส.ชื่นหทัย คำเพชร / นวก.สาธารณสุขชำนาญการ	08 6142 2459
	8. ร้อยละของ รพ. ที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	- RDU ขั้นที่ 1 ร้อยละ 80 - RDU ขั้นที่ 2 ร้อยละ 20	RDU ขั้นที่ 1 ร้อยละ 85 สูตร : (A1/B1) x 100	85.71	1. จัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลจังหวัดตราด ทุกไตรมาส 2. ติดตามผลการดำเนินงาน RDU จากโปรแกรม HDC เดือนละ 2 ครั้ง 3. จัดกิจกรรม RDU สัญจร ในแต่ละอำเภอ	ร้อยละ	รพ.เกาะกูด ยังไม่ผ่านขั้น 1	น.ส.รัชนีกร ขาวละเอียด เภสัชกรปฏิบัติการ	09 9961 3523
			RDU ขั้นที่ 2 ร้อยละ 10 สูตร : (A2/B1) x 100	42.86		ร้อยละ			
			A1 = จำนวนโรงพยาบาลผ่าน RDU ขั้นที่ 1	6		แห่ง	รพ.เกาะกูด ยังไม่ผ่านขั้น 1		
			A2 = จำนวนโรงพยาบาลผ่าน RDU ขั้นที่ 2	3		แห่ง	ขั้น2 ผ่าน 3 แห่ง ได้แก่ แหลมงอบ/บ่อไร่/เขาสมิง		
			B1 = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด	7		แห่ง			
	9.ร้อยละของ รพ. ที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ	- ร้อยละ 20 ของ รพศ./รพท. มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (intermediate)	AMR ขั้น Intermediate ≥ ร้อยละ 10		ผ่านขั้น Basic	ร้อยละ	เนื่องจากยังไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูล Lab กับกรมวิทยาศาสตร์ฯ ได้ ตอนนี้ รพ.ตราดกำลังประสานงานเพื่อแก้ไขฯ	นางสาวสุนิดา สดากร เภสัชกรชำนาญการ	0 3951 1040 ต่อ140
			ร้อยละของ รพ. ที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ สูตร : (A/B) x 100	0					
			A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่มีการจัดการ AMR ระดับ	0		แห่ง			
			B = จำนวน รพศ./รพท. ทั้งหมด	1		แห่ง			

นโยบายสำคัญ	ตัวชี้วัดที่	เป้าหมาย ปีงบฯ 2562	Small Success 6 เดือน	ผลงาน	คำอธิบาย (ระบุกิจกรรมที่ดำเนินการ)	หน่วย ร้อยละ	หมายเหตุ	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด ผู้รายงาน	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด โทร.
	10.อัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired	> ร้อยละ 30	อัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired สูตร : (A+C) / D x 100	32.95	1.ทบทวนแนวทางการวินิจฉัยรักษา sepsis แก่เครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2.วางแผนควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล และในชุมชน 3.สร้างความตระหนักรู้แก่ชุมชนในการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อ 4.พัฒนาศักยภาพ รพ.สต.ในการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อและส่งเข้ารับการรักษาอย่างรวดเร็ว 5.พัฒนาระบบการเก็บข้อมูล	ร้อยละ		นางกิติมา สะตะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	091-7093112
			A= จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต(dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquiredที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)	29		ราย			
			B= จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquiredที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type)	0		ราย			
			C= จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย	0		ราย			

นโยบายสำคัญ	ตัวชี้วัดที่	เป้าหมาย ปีงบฯ 2562	Small Success 6 เดือน	ผลงาน	คำอธิบาย (ระบุกิจกรรมที่ดำเนินการ)	หน่วย ร้อยละ	หมายเหตุ	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด ผู้รายงาน	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด โทร.
			D= จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมดที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)	88		ราย			
	11.ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)	ร้อยละ 20	ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate) สูตรคำนวน (A/B) x 100	13.65	1.สนับสนุงบประมาณการบำบัดรักษาแก่สถานบริการสาธารณสุข 2.พัฒนาบุคลากรที่รับผิดชอบงายาเสพติด 3.สนับสนุนในการพัฒนาคุณภาพสถานบริการอย่างต่อเนื่อง	ร้อยละ		นางชวินี วรรณรัตน์ /นวก.สาธารณสุขชำนาญการพิศษ	08 7136 2614
			A = จำนวนผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปีหลังจำหน่าย	49		ราย			
			B = จำนวนผู้ติด ที่รับบการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 จากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด	359		ราย			
	12.ร้อยละของผู้ใช้ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน (3 month Remission rate)	ร้อยละ 40	ร้อยละของผู้ใช้ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน (3 month Remission rate) สูตรคำนวน (A/B) x 100	37.02	1.สนับสนุนงบประมาณในการติดตามดูแลผู้ป่วยยาเสพติด 2.บูรณาการในการติดตามดูแลผู้ป่วยร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ร้อยละ		นางชวินี วรรณรัตน์ /นวก.สาธารณสุขชำนาญการพิศษ	08 7136 2614
			A = จำนวนผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจากการบำบัดรักษาครบตามกำหนด และติดตามแล้วพบตัว	67		ราย			
			B = จำนวนผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 จากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด	181		ราย			
การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการ ส่งต่อ	13. อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triagel level 1) ภายใน 24 ชั่วโมงใน	ร้อยละ 12	อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triagel level 1) ภายใน 24 ชั่วโมงในโรงพยาบาล A, S, M1 สูตรคำนวน (A/B) x 100 ไตรมาส 2 < ร้อยละ 15	6.49	1. สร้างความร่วมมือกับ พชอ. อ.เมือง (คกก.พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ) กำหนดปัญหา RTI เป็นปัญหาที่ 1 2. จัดทำมาตรการองค์กร ของสาธารณสุข	ร้อยละ		นางอันธิกา คะระวานิช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	081-8875713

นโยบายสำคัญ	ตัวชี้วัดที่	เป้าหมาย ปีงบฯ 2562	Small Success 6 เดือน	ผลงาน	คำอธิบาย (ระบุกิจกรรมที่ดำเนินการ)	หน่วย ร้อยละ	หมายเหตุ	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด ผู้รายงาน	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด โทร.
	เรงพยาบาล A, S, M1		A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง	116	3.สร้างองค์ความรู้สู่ชุมชนให้สามารถทำการช่วยชีวิตเบื้องต้นอย่างมีประสิทธิภาพ (Basic CPR)			นายพิบูลย์ รองศิริคง	08 5091 1669
			B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด	1787		ราย			
การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ	14.ร้อยละของเขตสุขภาพ ที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	มีแผนบริหารตำแหน่ง และมีการดำเนินการตามแผน	มีหน่วยงาน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด 15 หน่วยงาน / หน่วยงานที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอไม่น้อยกว่า ร้อยละ 71 จำนวน 15 หน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ 100	1. ข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานเป็นปัจจุบัน 2. มีการรายงานสถิติกำลังคน . 3. มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข ในการพิจารณาย้าย บรรจุ การจ้างบุคลากร ทุกหน่วยงาน 4. มีการจัดประชุมเตรียมความพร้อมในการจัดทำแผนกำลังคน โดยประชุม เดือนสิงหาคม 2561 เพื่อสรุปผลการดำเนินการ และ เตรียมจัดทำแผนกำลังคน และประชุม คณะกรรมการCHRO เมื่อ เดือนธันวาคม 2561 5.จัดทำแผนกำลังคน และมีแผนบริหารตำแหน่ง 6.มีแผนพัฒนาบุคลากร 7. ตำแหน่งว่างที่ได้รับจัดสรร 21 ตำแหน่ง /จำนวนตำแหน่งว่างทั้งหมดที่ดำเนินการ ณ 1 มีนาคม 2562 20 ตำแหน่ง คิดเป็น ร้อยละ 95.23 8.จำนวนหน่วยงานที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอไม่น้อยกว่า ร้อยละ 71 / จำนวนหน่วยงานทั้งหมด		เฉพาะ CHRO ตอบระดับเขต	นางทีรากุล อุยนันท พิทักษ์ นวก.สาธารณสุขชำนาญการ	08 1949 6903

นโยบายสำคัญ	ตัวชี้วัดที่	เป้าหมาย ปีงบฯ 2562	Small Success 6 เดือน	ผลงาน	คำอธิบาย (ระบุกิจกรรมที่ดำเนินการ)	หน่วย ร้อยละ	หมายเหตุ	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด ผู้รายงาน	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด โทร.
	15.จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization)	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70 ของหน่วยงานในจังหวัด/กรม มีการวิเคราะห์ผล Happinometer และ HPI รวมทั้งมีการจัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข	100		ร้อยละ		นางฑีรากุล อุยนันท พิทักษ์ นวก.สาธารณสุขชำนาญการ	08 1949 6903

นโยบายสำคัญ	ตัวชี้วัดที่	เป้าหมาย ปีงบฯ 2562	Small Success 6 เดือน	ผลงาน	คำอธิบาย (ระบุกิจกรรมที่ดำเนินการ)	หน่วย ร้อยละ	หมายเหตุ	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด ผู้รายงาน	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด โทร.
การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ	16. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	1. กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลาง ระดับ 5 (ร้อยละ 70) 2.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ระดับ 5 (ร้อยละ 70) 3.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ระดับ 5 (ร้อยละ 40)	1.ส่วนราชการส่งรายงานผลการดำเนินงานแผนพัฒนาองค์การครบ 2 หมวด ภายในระยะเวลาที่กำหนด	ดำเนินการแล้ว	สสจ.ตราดจัดทำแผนพัฒนาองค์การ ตามโอกาสการปรับปรุง (OFI) หมวด 2 การจัดทำยุทธศาสตร์ จำนวน 3 แผน และหมวด 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ จำนวน 3 แผน		ระดับ 1 จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน ระดับ 2 ประเมินองค์กรด้วยตนเองในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน ระดับ 3 จัดทำแผนพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน ระดับ 4 จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน ระดับ 5 ร้อยละของการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (วัดกระบวนการดำเนินการพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ)	นางกัญญา เชื้อเงิน นวก.สาธารณสุขชำนาญการ	08 9748 2853
			2.ส่วนราชการส่งรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดครบ 2 หมวด ภายในระยะเวลาที่กำหนด	ดำเนินการแล้ว	สสจ.ตราดจัดทำตัวชี้วัด และรายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template) สะท้อนผลลัพธ์ตามแผนพัฒนาองค์การหมวด 2 การจัดทำยุทธศาสตร์ 3 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดสะท้อนผลลัพธ์ตามแผนพัฒนาองค์การหมวด 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้				
			ระดับ 5 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ	NA	อยู่ระหว่างการดำเนินการพัฒนาองค์การตามพัฒนาองค์การหมวด 2 การจัดทำยุทธศาสตร์ และหมวด 4 การวัด การวเคราะห์และการจัดการความรู้				
			A = สสจ. ผ่านเกณฑ์ระดับ 5 ขึ้นไป	NA	ผลการดำเนินงานอยู่ในระดับ 4	ระดับ			
			ร้อยละของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ระดับ 5 ขึ้นไป สูตร : (B1/C1) x 100	NA		ร้อยละ			
			B1 = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ ระดับ 5 ขึ้นไป	1 (ระดับ 4)		แห่ง			
			C1 = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด	1		แห่ง			
			ร้อยละของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ระดับ 5 ขึ้นไป สูตร : (B2/C2) x 100	NA	สสอ. 7 แห่งมีผลการดำเนินงานอยู่ในระดับ 4 และอยู่ระหว่างการพัฒนาองค์กรตามแผนพัฒนาองค์การ หมวด 2 การจัดทำยุทธศาสตร์ และหมวด 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้	ร้อยละ			
			B2 = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ ระดับ 5 ขึ้นไป	7 (ระดับ 4)	สสอ. 7 แห่งมีผลการดำเนินงานอยู่ในระดับ 4 โดยได้จัดทำลักษณะความสำคัญขององค์กร ตอบข้อถำถามครบ 13 ข้อ และประเมินองค์กรตามเกณฑ์PMQAหมวด 2การจัดทำยุทธศาสตร์ และหมวด 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้และจัดทำแผนพัฒนาองค์กรตามโอกาสการปรับปรุง หมวดละ 3 แผน รวมถึงจัดทำตัวชี้วัดสะท้อนผลลัพธ์แผนพัฒนาองค์กร จัดส่งข้อมูลรายงานเข้าระบบรายงานออนไลน์ของก พร.สป.ตามเวลาที่กำหนด (8 ม.ค.62)	แห่ง			
			C2 = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้งหมด	7		แห่ง			
	17. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3	- โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต ร้อยละ 100 - ร้อยละ 90 ของ รพช.	1. ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์,โรงพยาบาลทั่วไป , รพ. สังกัดกรมการแพทย์,กรมควบคุมโรคและกรมสุขภาพจิตที่มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3 ร้อยละ 98 สูตร : (A/B) x 100	100	จ.ตราดมีรพ.ทั่วไปได้แก่ รพ.ตราด ระดับ S จำนวนเตียง 312 เตียง ได้รับการรับรองคุณภาพ HA ซ้ำครั้งที่ 4 (R4) เมื่อวันที่ 26 มิถุนายน 2561 สิ้นสุดระยะเวลาการรับรอง 24 มิถุนายน 2564 สถานะปี 2562 ธำรงสภาพ และพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องตามข้อเสนอแนะของสรพ.โดยสรพ.ติดตามเยี่ยมภายหลังจากการส่งแผนพัฒนาองค์กรในเดือนมิถุนายน 2562	ร้อยละ		นางกัญญา เชื้อเงิน นวก.สาธารณสุขชำนาญการ	08 9748 2853
			A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต ที่มีผลการรับรองขั้น 3 + Reaccredit	1		แห่ง			

นโยบายสำคัญ	ตัวชี้วัดที่	เป้าหมาย ปีงบฯ 2562	Small Success 6 เดือน	ผลงาน	คำอธิบาย (ระบุกิจกรรมที่ดำเนินการ)	หน่วย ร้อยละ	หมายเหตุ	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด ผู้รายงาน	โทร.
			B = โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์	1		แห่ง			
			2. ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3 ร้อยละ 88 สูตร : (C/D) x 100	100	จ.ตราดมีจำนวนรพ.ชุมชน 6 แห่ง ระดับ F2 (ขนาด 30 เตียง) จำนวน 5 แห่ง(รพ.แหลมงอบ/รพ.เขาสมิง/รพ.บ่อไร่/รพ.คลองใหญ่/รพ.เกาะช้าง) ระดับ F3 (ขนาด 10 เตียง) จำนวน 1 แห่ง (รพ.เกาะกูด) ได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA และการรับรองซ้ำครั้งที่ 1 ทุกแห่ง และได้รับรองซ้ำครั้งที่ 2 จำนวน 1 แห่ง(รพ.บ่อไร่) และอยู่ระหว่างการขอรับรองซ้ำฯ ครั้งที่ 2 ในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ รพ.แหลมงอบ กำหนดวันเยี่ยมสำรวจ 17-18 ม.ค.62/รพ.เขาสมิงส่งเอกสาร SA เดือนม.ค.62/รพ.คลองใหญ่ส่งเอกสาร SA เดือนมี.ค.62/รพ.เกาะช้างส่งเอกสาร SA เดือนมิ.ย.62และรพ.เกาะกูดกำหนด R2 ส่งเอกสาร SA เดือนม.ค.63	ร้อยละ			
			C = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลการรับรองขั้น 3 + Reaccredit	6		แห่ง			
			D = โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด	6		แห่ง			
	18. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว	ร้อยละ 60	1. อบรม ครู ข ทุกเขต อย่างน้อย เขตละ 1 ครั้ง					นางกัญญา เชื้อเงิน	08 9748 2853
			2. แต่งตั้งทีมพัฒนา/ทีมประเมินระดับจังหวัด 1 ทีม อำเภอ 1 ทีม	ระดับจังหวัด 1 ทีม /อำเภอ 7 ทีม	ดำเนินการแต่งตั้งทีมพัฒนา/ทีมประเมินระดับจังหวัด 1 ทีม และทีมอำเภอๆละ 1 ทีม รวม 7 ทีม			นวก.สาธารณสุขชำนาญการ	
การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ	19. เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital	- รพศ./รพท จังหวัดละ 1 แห่ง - ร้อยละ 50 ของ รพช - ร้อยละ 50 ของ รพ.สังกัดกรมวิชาการ	รพ.กลุ่มเป้าหมายคือ รพ.สังกัด สป. คือ - รพศ/รพท 116 แห่ง - รพช 781 แห่ง	7	1. ชี้แจงเกณฑ์การดำเนินงาน Smart Hospital ให้ รพ.ทุกแห่งทราบ 2.มีการดำเนินการทำ MOU กับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตราด แล้วเมื่อเดือนธันวาคม ๒๕๖๑ 3.ชี้แจงเกณฑ์ Smart Hospital ให้ผู้รับผิดชอบงาน IT ของ รพ. ผ่านทาง Web Conference เมื่อวันที่ 24 ธันวาคม ๒๕๖๑ 4.โรงพยาบาลทุกแห่งได้ดำเนินการตอบแบบสำรวจ Digital Transformations ของเขตสุขภาพที่ ๖ 5.อยู่ระหว่างการศึกษาโปรแกรมQ4U เปรียบเทียบกับโปรแกรมคิวในระบบHOSxP นำร่องที่ รพ.เขาสมิง โดยผู้รับผิดชอบงานไอทีจะไปเรียนรู้โปรแกรมระบบคิว ต้นเดือนเมษายน 2562 6.รพ.ตราดเตรียมพร้อมเครื่อง sever ก่อนถึงจะดำเนินการติดตั้งโปรแกรม Q4U เพราะโปรแกรมpmk ที่รพ.ตราดใช้อยู่ ไม่ได้ออนไลน์ / ส่วนรพช.ทุกแห่งติดตั้งโปรแกรมQ4U ก็สามารถเชื่อมกับโปรแกรมHOSxPได้เลย			นายธีรศักดิ์ จันทร์เทวาลิขิต นวก.สาธารณสุขชำนาญการ	08 1912 1243
			2.ร้อยละ 50 ของรพ.กลุ่มเป้าหมายดำเนินการตามเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital และผ่านเกณฑ์ ระดับ 2 ขึ้นไป	0					
			เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital สูตร : (A/B) x 100	0		ร้อยละ			
			A = จำนวนโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด	NA		แห่ง			
			B = จำนวนโรงพยาบาลในจังหวัด/ เขต/ กรมวิชาการ	7		แห่ง			
	20. มีการใช้ Application สำหรับ PCC ในหน่วยบริการปฐมภูมิ	ทีม PCC ทั้งหมด ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป. ปี 2562 ใช้ app. PCC ในการปฏิบัติงาน	1. มีการพัฒนา Application และทดสอบใช้งานใน PCC นำร่อง	0	PCC Appication/PCC Link อยู่ในช่วงรอการพัฒนาจากส่วนกลาง และในไตรมาส 2 จะมีการนำมาใช้ในจังหวัดนำร่อง เขตสุขภาพละ 1 จังหวัด โดยเขตสุขภาพที่ 6 ได้แก่ จังหวัดฉะเชิงเทรา			น.ส.โสมาพัฒน์ นิรันต์พานิช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	06 4151 9266
			2. มีการรายงานความก้าวหน้าในการพัฒนา Application PCC เสนอ CIO สป.สธ. ทราบ	0					
			มีการใช้ Application สำหรับ PCC ในหน่วยบริการปฐมภูมิ สูตร : (A/B) x 100	0				นายธีรศักดิ์ จันทร์เทวาลิขิต	08 1912 1243

นโยบายสำคัญ	ตัวชี้วัดที่	เป้าหมาย ปีงบฯ 2562	Small Success 6 เดือน	ผลงาน	คำอธิบาย (ระบุกิจกรรมที่ดำเนินการ)	หน่วย ร้อยละ	หมายเหตุ	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด ผู้รายงาน	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด โทร.
			A = จำนวนทีม PCC ที่ใช้ Application PCC	0					
			B = จำนวนทีม PCC ทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป.	5					
การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ	21. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7	ไม่เกินร้อยละ 4	ร้อยละของหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 4 สูตร : (A/B) x 100	0	1. ประชุมคณะทำงานการเงินการคลัง เพื่อวิเคราะห์ และเฝ้าระวังสถานการณ์การเงิน 30 พย. 2561, 2 มค.2562, 31 มค.2562และ 1 มีค.2562 2. ประชุมแลกเปลี่ยนการบันทึกข้อมูลของนักบัญชี วิเคราะห์ข้อมูล ณ 28 กุมภาพันธ์ 2562	ร้อยละ		นางสุวรา เกษโกวิท นวก.สาธารณสุข ชำนาญการ	08 6340 8909
			A= จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7	0	- รพ.ทุกแห่งมีรายได้มากกว่าค่าใช้จ่าย - หน่วยบริการทุกแห่งจัดทำแผนทางการเงิน (Planfin) ปีงบประมาณ 2562 มีความครบถ้วนถูกต้อง สมบูรณ์ ผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงของแผนทางการเงิน (Risk Planfin) พบว่า Normal (ภาวะปกติ) ได้แก่ โรงพยาบาลคลองใหญ่ โรงพยาบาลบ่อไร่ โรงพยาบาลแหลมงอบ และโรงพยาบาลเกาะช้าง ความเสี่ยงระดับ 2 (Low Risk) ได้แก่ โรงพยาบาลเกาะกูด ความเสี่ยงระดับ 3 ได้แก่ โรงพยาบาลตราด ความเสี่ยงระดับ 4 (Medium Risk) คือโรงพยาบาลเขาสมิง	แห่ง			
			B= จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด (หน่วยบริการที่จัดส่งรายงานงบทดลอง)	7	- วิเคราะห์เฉลี่ยกองทุน UC พบว่าโรงพยาบาลจำนวน 6แห่ง มีผลต่างของแผนและรายได้สูงต่ำเกินร้อยละ 5 มีโรงพยาบาลตราดเท่านั้นที่มีผลต่างของแผนและรายได้สูงต่ำ ไม่เกินร้อยละ 5 (ร้อยละ -2.56) - โรงพยาบาลจำนวน 6แห่ง มีผลต่างของแผนและรายได้สูงต่ำ ไม่เกินร้อยละ 5 มีโรงพยาบาลเกาะช้างเท่านั้นที่มีผลต่างของแผนและรายได้สูงต่ำเกินร้อยละ 5 (ร้อยละ 8.27) - โรงพยาบาลบ่อไร่และโรงพยาบาลเกาะกูดมีคะแนนประเมินประสิทธิภาพทางการเงิน 7 ตัว อยู่ที่ระดับ b โรงพยาบาลคลองใหญ่ ระดับ b- โรงพยาบาลตราด เขาสมิง และแหลมงอบ อยู่ที่ระดับ c และโรงพยาบาลเกาะช้าง ระดับ c-	แห่ง			
					- รพ.ที่มีต้นทุนบริการ OP/IP ไม่เกินค่าเฉลี่ยกลุ่มระดับเดียวกัน จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลตราด โรงพยาบาลคลองใหญ่ โรงพยาบาลเขาสมิง โรงพยาบาลบ่อไร่ และโรงพยาบาลแหลมงอบ คิดเป็นร้อยละ 71.42 - ปีงบประมาณ 2561 คุณภาพระบบบัญชี เฉลี่ย 80.93 หรือระดับ A โรงพยาบาลระดับ A+ ได้แก่ โรงพยาบาลเขาสมิง ระดับ A ได้แก่ โรงพยาบาลตราด คลองใหญ่ แหลมงอบ ระดับ B+ได้แก่ โรงพยาบาลบ่อไร่ ระดับ B ได้แก่ โรงพยาบาลเกาะกูด เกาะช้าง สำหรับปีงบประมาณ 2562 อยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบ				