House Model

SERVICE

Malaria

ยาเสพติด

TB

DM

Fastrack 3 โรค

Stroke

Sepsis

Trauma

TB

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

①ระดับความสำเร็จการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยง (ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท ย้อนหลัง 5 ปี (ปีงบประมาณ 2556-2560) อย่างน้อยร้อยละ 90

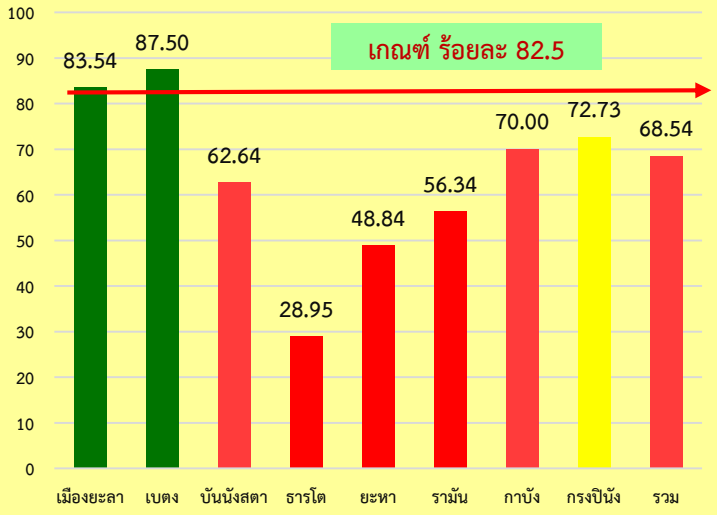
②อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่อย่างน้อยร้อยละ 85

ปีงบประมาณ 2558 - 2560

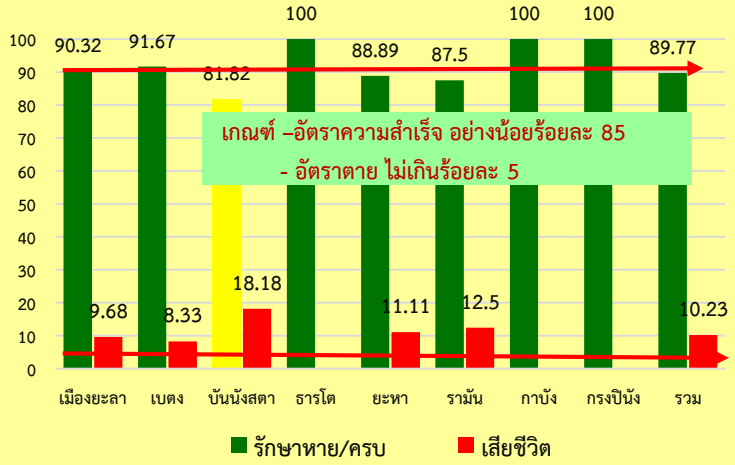
ประเด็น	2558	2559	2560
-จำนวนผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียน (ราย)	371	469	457
-ผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนเปรียบเทียบค่าคาดประมาณ	43.6%	61.2%	59.6%
-อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	87.1%	90.7%	90.4%

ปีงบประมาณ 2561

ร้อยละผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทขึ้นทะเบียน



อัตราความสำเร็จผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่/อัตราตาย



ยุทธศาสตร์/มาตรการหลัก/กิจกรรม

	ค้นให้พบ	จบด้วยหาย	TBCM online
จังหวัด	เร่งรัดติดตาม/สนับสนุนการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงต่างๆด้วยการ X-ray	ประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค	ติดตามผลการดำเนินงานรายสัปดาห์/เดือน/ไตรมาส
รพ.	1.ตั้งจุดคัดกรองค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ/แรงงานต่างด้าว 2.คลินิกกลุ่มเสี่ยง เช่น HIV/DM ผู้รับบริการได้รับการคัดกรองด้วยวิธี x-ray 3.กลุ่มเรือนจำ (รพ.ยะลา/เบตง)	1.ดูแลผู้ป่วยวัณโรคตามมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ 2.จัดทำ dead case conference กรณีผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต	บันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาลใน TBCM online
อำเภอ สสอ.	1.ติดตามการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกได้แก่ผู้สัมผัสร่วมบ้าน 2.DOT Meeting ทุกไตรมาส 3.นิเทศติดตามประเมินหน้างาน	1.ร่วมสอบสวน/ติดตามการเขียนรายงานโรคกรณีผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อ และ ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต	ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลการคัดกรอง
ตำบล	1.ค้นหาผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคย้อนหลัง 5 ปี (ปีงบประมาณ 2556-2560) ส่งต่อเพื่อ x-ray ที่โรงพยาบาล 2.ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่	1.เยี่ยมติดตามผู้ป่วยวัณโรค (DOTS) 2.สอบสวนและเขียนรายงานสอบสวนโรคกรณีผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อ /เสียชีวิต	บันทึกการเยี่ยมติดตามการกินยาผู้ป่วยวัณโรค(DOTS) ผ่าน 43/21 แฟ้ม

ระดับความสำเร็จ

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
ขั้นตอนที่ 1,2,3	ขั้นตอนที่ 3,4	ขั้นตอนที่ 3,4	ขั้นตอนที่ 3,4,5

Malaria

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก ได้ ร้อยละ 80 ของค่าเป้าหมาย

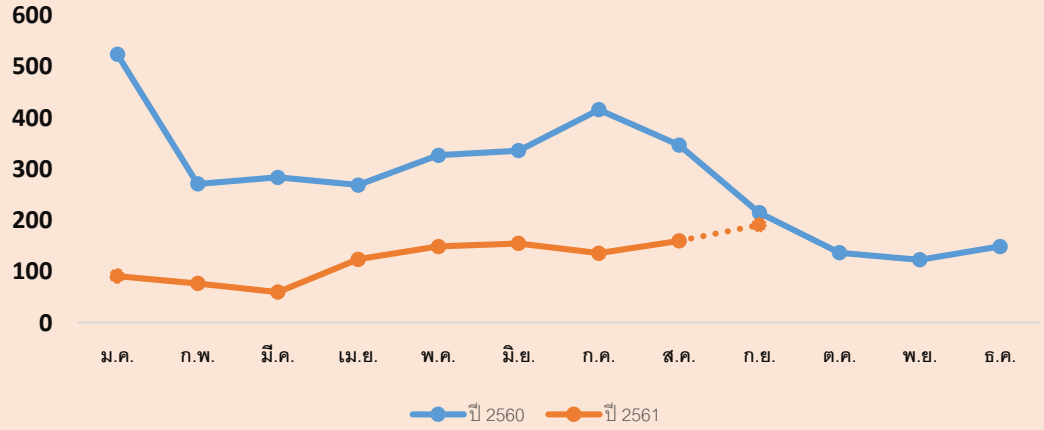
(ผู้ป่วย 1 ราย เจาะเลือดค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม อย่างน้อย 50 ราย ในรัศมี 1 กิโลเมตร)

โรคไข้มาลาเรีย ปี 2559-2561

ปี	จำนวน (ราย)	อัตรา	พื้นที่
2559	7,431	1,659.01	บันนังสตา, กรงปินัง, กาบัง
2560	3,398	758.62	ธารโต, บันนังสตา, กรงปินัง
2561 ณ 30 ก.ย	1141	252.79	ธารโต, บันนังสตา, กรงปินัง

จำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย จำแนกรายเดือน จ.ยะลา

เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างปี 2560 - 2561



จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ปี 2561 พบผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย 1141 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 252.79 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งลดลงร้อยละ 61.85 เมื่อเทียบกับ ปี 2560 ในช่วงเวลาเดียวกัน (ข้อมูล 30 ก.ย.61)

ยุทธศาสตร์/มาตรการหลัก/กิจกรรม

	ต่อคน	ต่อเชื้อ	ต่อยุง
จังหวัด	-สนับสนุนองค์ความรู้ -สรุปสถานการณ์โรค	- สนับสนุนเวชภัณฑ์/ยา - ติดตามการดำเนินงาน	-สนับสนุนเวชภัณฑ์ -ติดตามการดำเนินงาน
อำเภอ	นำเสนอสถานการณ์ สร้างการมีส่วนร่วมระดับอำเภอ	-สร้างการมีส่วนร่วมระดับอำเภอ -ติดตามการดำเนินงาน	-สร้างการมีส่วนร่วมระดับอำเภอ -ติดตามการดำเนินงาน
ตำบล	- ให้สุขศึกษาแก่ประชาชนในพื้นที่ - มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการควบคุมโรค	-ค้นหาผู้ป่วยเชิงรับ/เชิงรุก -พัฒนาคลินิกมาลาเรียในสถานบริการ -ติดตามการกินยาผู้ป่วย	-มาตรการพ่นสารเคมีตามแผน -พ่นสารเคมีในพื้นที่ระบาด -การดูแลจัดการสิ่งแวดล้อมแม่น้ำลำธาร

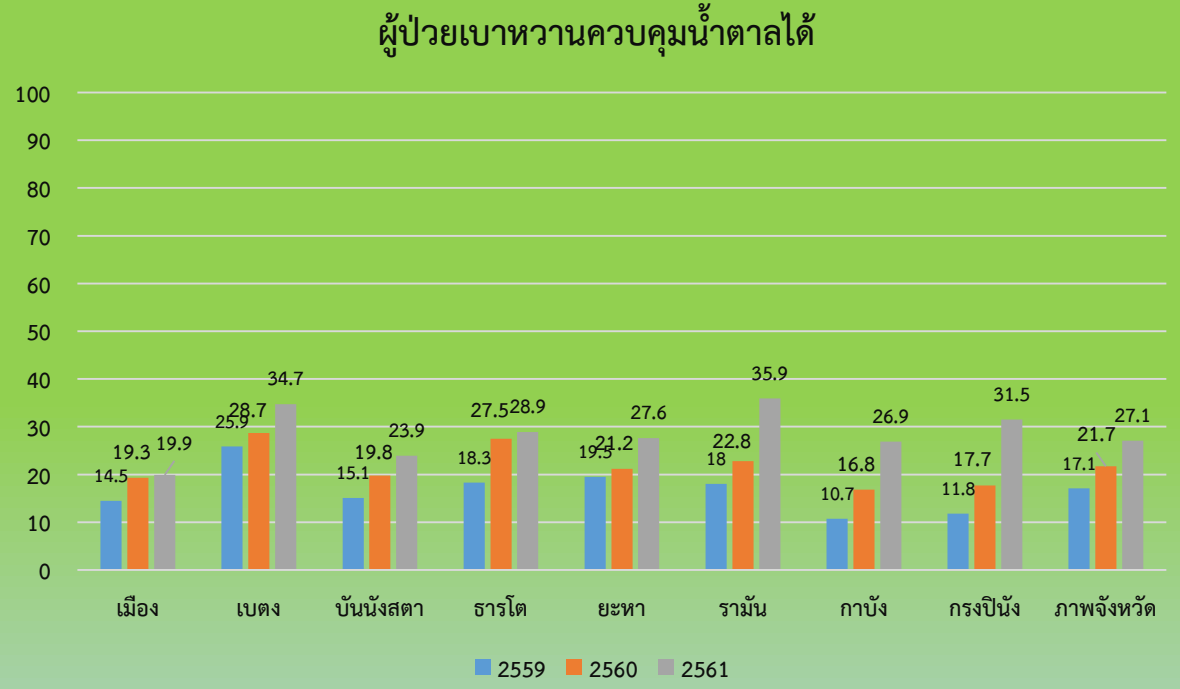
ระดับความสำเร็จ

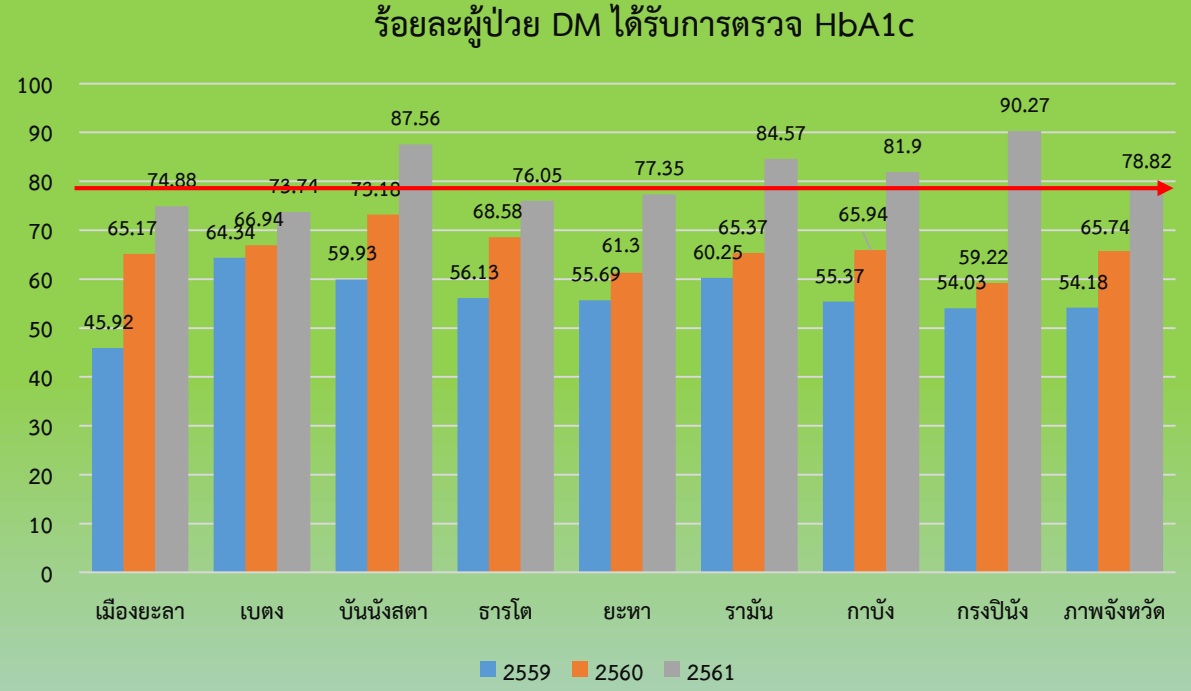
ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
มีการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก ได้ ร้อยละ 80 ของค่าเป้าหมาย (ผู้ป่วย 1 ราย เจาะเลือดค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม อย่างน้อย 50 ราย ในรัศมี 1 กิโลเมตร)	มีการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก ได้ร้อยละ 80 ของค่าเป้าหมาย (ผู้ป่วย 1 ราย เจาะเลือดค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม อย่างน้อย 50 ราย ในรัศมี 1 กิโลเมตร)	มีการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก ได้ร้อยละ 80 ของค่าเป้าหมาย (ผู้ป่วย 1 ราย เจาะเลือดค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม อย่างน้อย 50 ราย ในรัศมี 1 กิโลเมตร)	มีการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก ได้ร้อยละ 80 ของค่าเป้าหมาย (ผู้ป่วย 1 ราย เจาะเลือดค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม อย่างน้อย 50 ราย ในรัศมี 1 กิโลเมตร)

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

DM

ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ควบคุมระดับน้ำตาลได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 3 จากปีที่ผ่านมา





คัดกรอง

ควบคุม

SMBG

ยุทธศาสตร์/มาตรการหลัก/กิจกรรม

	คัดกรอง	ควบคุม	SMBG
จังหวัด	- กำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินงานเร่งรัด คัดกรอง - สรุปและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน นำเสนอผู้บริหาร		- กำหนดรูปแบบและแนวทางการดำเนินงาน การทำ SMBG - สรุปและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน นำเสนอผู้บริหาร
อำเภอ	- นำนโยบายและแนวทางการดำเนินงานเร่งรัดคัดกรองสู่การปฏิบัติ - สำรวจ ค้นหาและจัดทำทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ - สรุปและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน นำเสนอผู้บริหาร		- พัฒนาศักยภาพบุคลากร ใน รพ.สต. - สำรวจ ค้นหาและจัดทำทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน - กำหนดเกณฑ์เป้าหมายผู้ป่วย - สรุปและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน นำเสนอผู้บริหาร
ตำบล	- สำรวจ ค้นหาและจัดทำทะเบียนผู้ป่วย - เตรียมชุมชน - ดำเนินการคัดกรองเบาหวาน - แจ้งค่าและอธิบายความหมาย - ประเมินติดตาม และให้คำแนะนำ		- การติดตามวิธีการเจาะเลือดระยะเวลา ในการเจาะเลือด -ให้บริการแนะนำการปฏิบัติตนที่เหมาะสมตามสถานะความเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยง โอกาสเสี่ยง ระดับน้ำตาลในเลือดที่วัดได้ - ให้ความรู้การดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้าน

ระดับความสำเร็จ

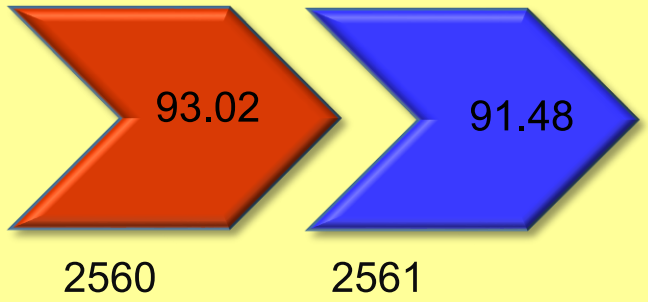
ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
มีข้อมูลให้บริการคัดกรองภาวะแทรกในผู้ป่วย DM และบันทึกในระบบ 43 แฟ้ม	ดำเนินการจัดบริการลดเสี่ยงและ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะแทรกซ้อน	มีการวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาคุณภาพการป้องกันควบคุม DM	มีผลการดำเนินงานการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพิ่มขึ้น

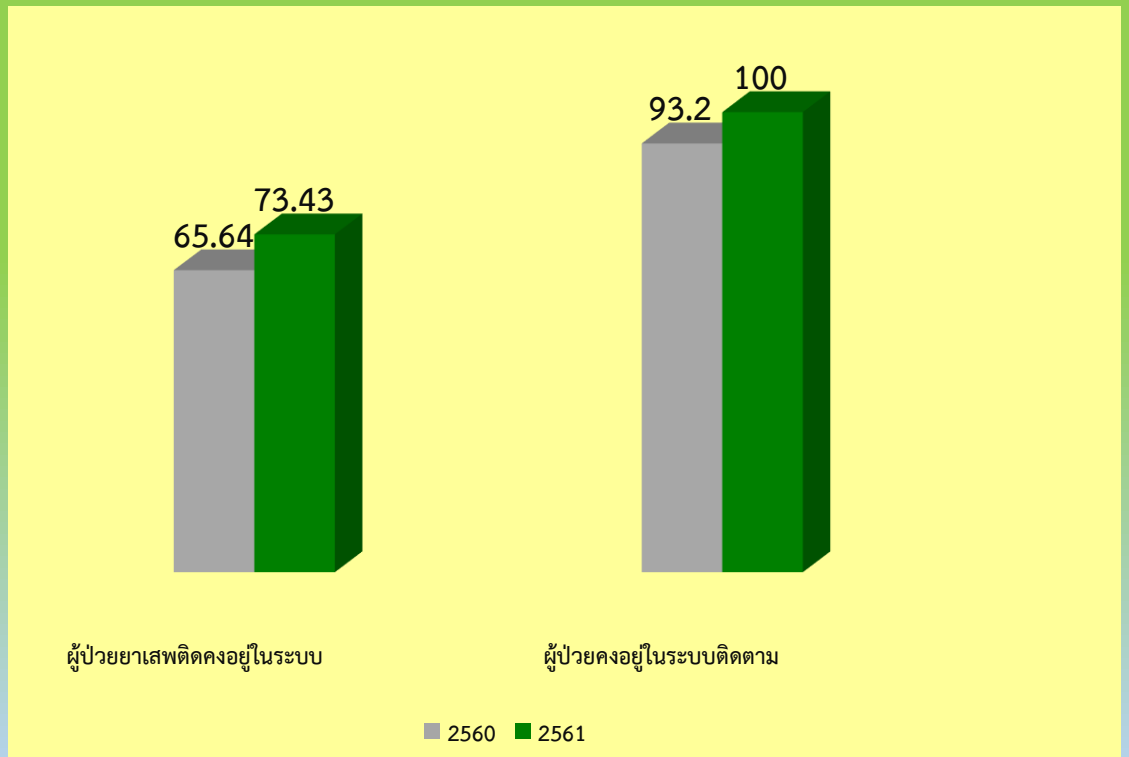
ยาเสพติด

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

1. ร้อยละ 20 ของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention rate)
2. ร้อยละ 40 ของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน (3 months Remission rate)

Ramission rate





ยุทธศาสตร์/มาตรการหลัก/กิจกรรม

มาตรการ ค้นหา คัดกรอง

มาตรการ พัฒนาระบบข้อมูล บสต.

มาตรการ บำบัด ฟื้นฟู ติดตาม

จังหวัด	กำกับดูแลมาตรฐานการคัดกรอง บำบัดฟื้นฟู ของหน่วยการ	เพิ่มประสิทธิภาพการติดตามและการกลับคืนสู่สังคม ของผู้เสพยาเสพติด	ควบคุม กำกับ ตรวจสอบ การบันทึกข้อมูล ในระบบ บสต.
อำเภอ	1.ค้นหา ชักชวน และติดตามผู้เสพ ผู้ติด เข้ารับการบำบัด ร่วมกับ ศปร.อำเภอ 2.คักรองเพื่อประเมินสภาพการเสพ โดยใช้แบบ คัดกรอง V2 (ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติด) 3.กำกับดูแลมาตรฐานหน่วยบำบัดฟื้นฟู	1.สร้างเสริม การบำบัดฟื้นฟูโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) 2.บำบัดในกลุ่มผู้เสพ ผู้ติด ใน รพช. ,รพท. รพศ. 3.ส่งต่อกรณี ผู้บำบัดมีการทางจิตเวชร่วมด้วยที่รุนแรง ไปยัง รพ.สังกัดกรมสุขภาพจิต 4.ส่งผู้ผ่านการบำบัดให้ พื้นที่ติดตาม ภายใน 1 ปี	บันทึกข้อมูล ในระบบ บสต.
ตำบล	1.ค้นหา ชักชวน และติดตามผู้เสพ ผู้ติด เข้ารับการบำบัด 2.คักรองเพื่อประเมินสภาพการเสพ โดยใช้แบบ คัดกรอง V2 (ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติด)	1.บำบัดในกลุ่มผู้ใช้ โดยให้คำปรึกษาระยะสั้น BA และหรือการบำบัดแบบสั้น BI 2.ติดตาม 1 ครั้ง ใน 30 วัน	บันทึกข้อมูล ในระบบ บสต.

ระดับความสำเร็จ

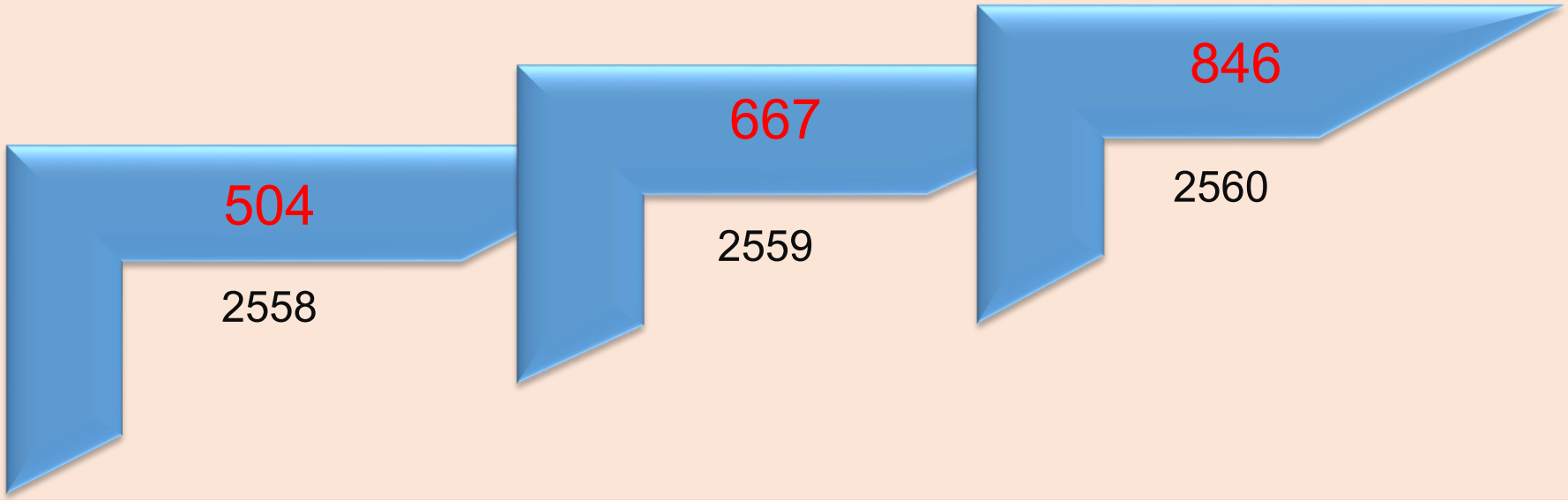
ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
- ร้อยละ 20 ของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention rate) - ร้อยละ 40 ของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน (3 months Remissionrate)	ร้อยละ 20 ของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention rate) - ร้อยละ 40 ของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน (3 months Remissionrate)	ร้อยละ 20 ของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง1 ปี (Retention rate) - ร้อยละ 40 ของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน (3 months Remissionrate)	ร้อยละ 20 ของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1ปี (Retention rate) - ร้อยละ 40 ของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน (3 months Remissionrate)

Stroke

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

ร้อยละ 80 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารพ.ชุมชนภายใน 3 ชม.และรพ.ยะลา ภายใน 4.5 ชั่วโมง หลังเกิดอาการและได้รับยา

สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ย้อนหลัง 3 ปี



ยุทธศาสตร์/มาตรการหลัก/กิจกรรม

	รู้ไว	รักษาเร็ว	ส่งต่อ/ดูแลเป็นเลิศ
จังหวัด	1. กำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน 2. เร่งรัดการคัดกรอง 3. สรุปและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานนำเสนอผู้บริหาร	1.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาที 2.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที	1. เตรียมความพร้อมรับผู้ป่วยจากการส่งต่ออย่างรวดเร็ว 2. คืนข้อมูลให้ รพช.
อำเภอ	1. นำนโยบายสู่การปฏิบัติ 2. อบรม ฟื้นฟู เจ้าหน้าที่ รพ.และ รพ.สต. 3. รณรงค์การคัดกรองและเข้าถึงบริการของผู้ป่วย Stroke ประชาสัมพันธ์ 1669	1. ให้บริการรักษาตามมาตรฐานตามแนวปฏิบัติป้องกัน Stroke 2. Intermediate 3. จัดการส่งต่อ รพ.ยะลา ภายใน 4.5 ชั่วโมง	1. การเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว 2. ติดตาม F/U (snap) 3. HHC
ตำบล	1.ให้ความรู้เรื่องการประเมินผู้ป่วย Stroke 2.ช่องทางการส่งต่อไปยัง รพ.ชุมชน ภายใน 3 ชม. 3. เตรียมผู้ปฏิบัติงาน 4. ดำเนินการคัดกรอง 5.เพิ่มทักษะการประเมินภาวะสี่ยง	1.จำแนกผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วเมื่อมีอาการ FAST 2.ส่งต่อ รพ.ชุมชนภายใน 3 ชม.	1. การเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว 2. HHC 3. ป้องกันการเกิดซ้ำ โดยให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ

ระดับความสำเร็จ

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการภายในเวลา 4.5 ชม. - ได้รับยาละลายลิ่มเลือดร้อยละ 50	- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการภายในเวลา 4.5 ชม. - ได้รับยาละลายลิ่มเลือดร้อยละ 60	- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการภายในเวลา 4.5 ชม. - ได้รับยาละลายลิ่มเลือดร้อยละ 70	- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการภายในเวลา 4.5 ชม. – ได้รับยาละลายลิ่มเลือดร้อยละ 80

sepsis

อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community acquired

น้อยกว่าร้อยละ 30

อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community acquired

ร้อยละ 31.09

ยุทธศาสตร์/มาตรการหลัก/กิจกรรม

พัฒนาศักยภาพ	ติดตาม	ประเมินผล

ประชุมเชิงปฏิบัติการ การดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิดต่าง ๆ
ทบทวนกระบวนการรักษาพยาบาลผู้ป่วย Sepsis
การส่งต่อที่เหมาะสมและการรายงานผล

1.รพ.ยะลา/เบตง ติดตามผลการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง
2.ประธาน/เลขา SP Sepsisติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่ส่วนกลาง/เขต 1กำหนด

- เยี่ยมบ้าน
- เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วย chro, ติดเตียง

- ประชาสัมพันธ์
- ให้ความรู้กับประชาชน

ระดับความสำเร็จ

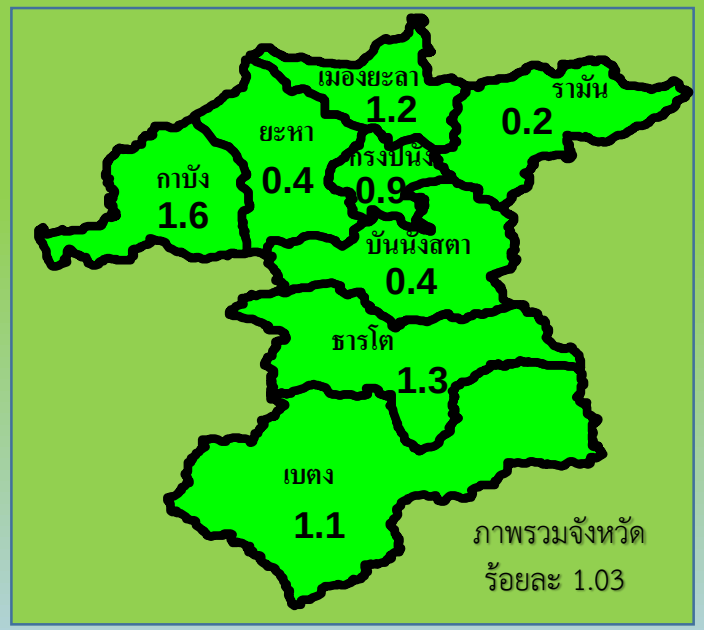
ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
- มีคณะทำงานตามคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ (SP) จังหวัดยะลา - ประชุมเชิงปฏิบัติการ การดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิดต่าง ๆ - ทบทวนการใช้ SOS Score ของ รพ.ทุกระดับ	มีการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ (SP) จังหวัดยะลา	มีการติดตามการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลต่าง ๆ ของจังหวัดยะลา	มีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่ส่วนกลาง/เขต 12 กำหนด

Trauma

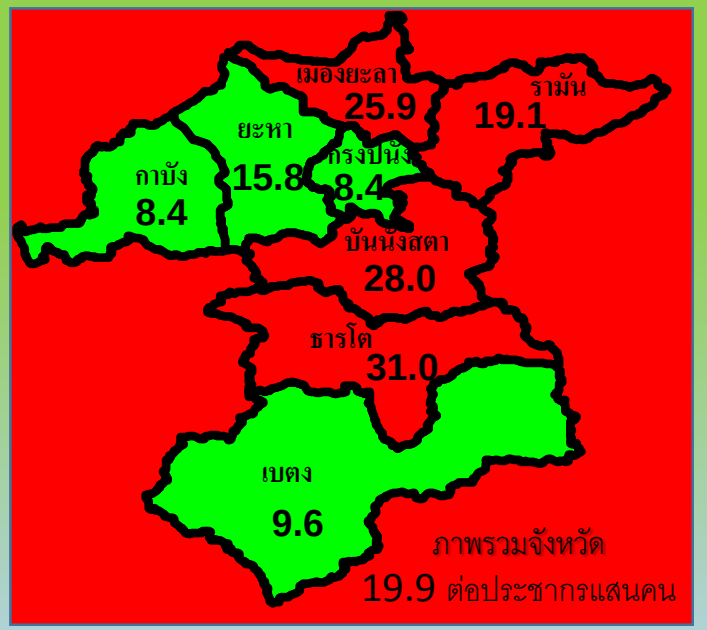
เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป

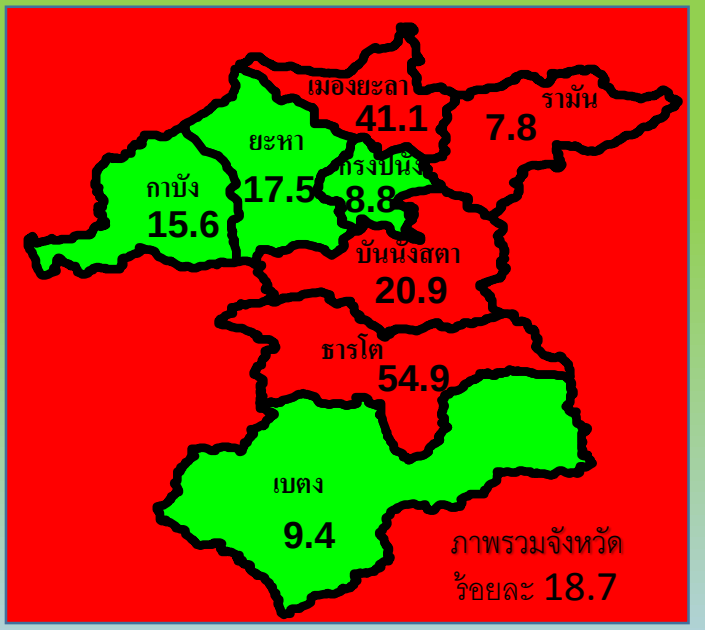
อัตราการเสียชีวิตผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง <12%



อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน (16 ต่อประชากรแสนคน)



ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉิน Triage level 1 มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (ร้อยละ 60)



ผลงานได้ตามเป้าหมาย

ผลงานต่ำกว่า / เกินเป้าหมาย

ยุทธศาสตร์/มาตรการหลัก/กิจกรรม

คุณภาพ

- ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญและมีความรุนแรง
- เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการ definite care

ประสิทธิภาพ

- เพิ่มประสิทธิภาพของข้อมูล
- เพิ่มประสิทธิภาพและมาตรฐานของระบบการแพทย์ฉุกเฉินและส่งต่อ

ศักยภาพ

- เพิ่มอัตรากำลัง EP, EN/ENP
- อบรมหลักสูตร ACLS, MERT, TEA unit
- พัฒนาศักยภาพหน่วยกู้ชีพ

ER EMS Refer คุณภาพ

จังหวัด

- ประสานงาน/สนับสนุน/ร่วมจัดการฝึกอบรม
- กำหนดเป็นนโยบายของจังหวัด

อำเภอ

- มาตรการลดภาวะห้องฉุกเฉินแออัด
- ดำเนินการตามแนวปฏิบัติ ER Safety (2P Safety)
- ER Quality Improvement (Audit)
- ผลักดันกระบวนการผ่าน TEA unit

ตำบล

- พัฒนาการส่งต่อโดยใช้ THAI Refer
- การใช้ Triage MOPH ส่งต่อผู้ป่วย Level 1,2 ได้ทันท่วงที

ระบบข้อมูล

- บูรณาการข้อมูลในระดับจังหวัด โดยใช้ฐาน 43 แฟ้ม (accident) HDC
- วิเคราะห์และใช้ข้อมูล

- บันทึกข้อมูล ใน43 แฟ้ม (accident) HDC และส่งออกข้อมูลครบถ้วน ถูกต้องทันเวลา
- TEA unit มีการวิเคราะห์และใช้ข้อมูล

- บันทึกข้อมูล ใน 43 แฟ้ม (accident) HDC และส่งออกข้อมูลครบถ้วน ถูกต้องทันเวลา

การป้องกัน

- ผลักดันการขับเคลื่อน พชอ.-RTI ระดับอำเภอระดับดีเยี่ยม

- ขับเคลื่อน พชอ.- RTI ระดับอำเภอ ระดับดีเยี่ยม ใน 10 กิจกรรมหลัก

- ขับเคลื่อน พชอ.- RTI ระดับอำเภอ ระดับตำบล ใน 10 กิจกรรมหลัก

ระดับความสำเร็จ

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
1. ขับเคลื่อน พชอ.- RTI ระดับอำเภอระดับตำบล อย่างน้อย ร้อยละ 10 ของตำบลทั้งหมด 2. อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง ไม่เกิน ร้อยละ 45	1.อัตราตายของผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triage level1) ภายใน 24 ชั่วโมง < 15 % 2. ขับเคลื่อน พชอ.- RTI ระดับอำเภอระดับตำบล อย่างน้อยร้อยละ 20 ของตำบลทั้งหมด 3. อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยที่มีค่า PS > 0.75 ทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 100 4. อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง ไม่เกิน ร้อยละ 45	1.อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70 2. ขับเคลื่อน พชอ.- RTI ระดับอำเภอระดับตำบล อย่างน้อยร้อยละ 30 ของตำบลทั้งหมด 3. อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยที่มีค่า PS > 0.75 ทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 100 4. อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง ไม่เกิน ร้อยละ 45	1.อัตราตายของผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triage level1) ภายใน 24 ชั่วโมง < 12 % 1.อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด เข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70 2. ขับเคลื่อน พชอ.- RTI ระดับอำเภอระดับตำบล อย่างน้อยร้อยละ 30 ของตำบลทั้งหมด DHS-RTI ระดับดีเยี่ยม 3. อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยที่มีค่า PS > 0.75 ทำ root cause analysis ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 100 4. อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง ไม่เกิน ร้อยละ 45