

สรุปผลการดำเนินงานตรวจราชการ และนิเทศงานกรณีปกติ



(ตุลาคม 2562 – กันยายน 2563) ปีงบประมาณ 2563

ประเด็นการตรวจราชการ ปีงบประมาณ 2563

1. Agenda base : ยุทธศาสตร์ชาติ นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง (จำนวน 2 ประเด็น)

1.1 โครงการพระราชดำริ

1.2 ภัยสุขภาพและการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

เช่น คลินิกการให้บริการภัยสุขภาพทางการแพทย์แผนปัจจุบัน และแพทย์แผนไทย

2. Functional base : ระบบงานของหน่วยบริการ (จำนวน 2 ประเด็น)

2.1 สุขภาพกลุ่มวัย เช่น สุขภาพแม่และเด็ก, ผู้สูงอายุคุณภาพ ฯลฯ

2.2 ลดการแออัด ลดการรอคอย เช่น ระบบสุขภาพปฐมภูมิ (PCC), ER คุณภาพ, Smart Hospital ฯลฯ

3. Area base : ปัญหาสำคัญของพื้นที่ (จำนวน 2 ประเด็น)

3.1 STEMMI : ลดอัตราการตาย

3.2 CA : ลด Radiotherapy waiting time

กรอบการนำเสนอ

Agenda Base

PA ปลัด

1. การควบคุมป้องกันโรค
2. การจัดการภัยคุกคามความมั่นคงทางสุขภาพ

*RDU

3. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

* พชอ.

* รพ.สต. ติดตาม

* อสม. หมอประจำบ้าน

4. ลดความแออัด ลดการรอคอยในโรงพยาบาล

* SMART Hospital



Area Base

การพัฒนา/ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

- * STEMI / * CA /
- * DM/HT / *Stroke

Functional Base

PP&P excellence

- * การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย (วัยสตรี , วัยเด็ก0-5ปี , วัยเรียน , วัยรุ่น , วัยผู้สูงอายุ)
- * ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- * การพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร

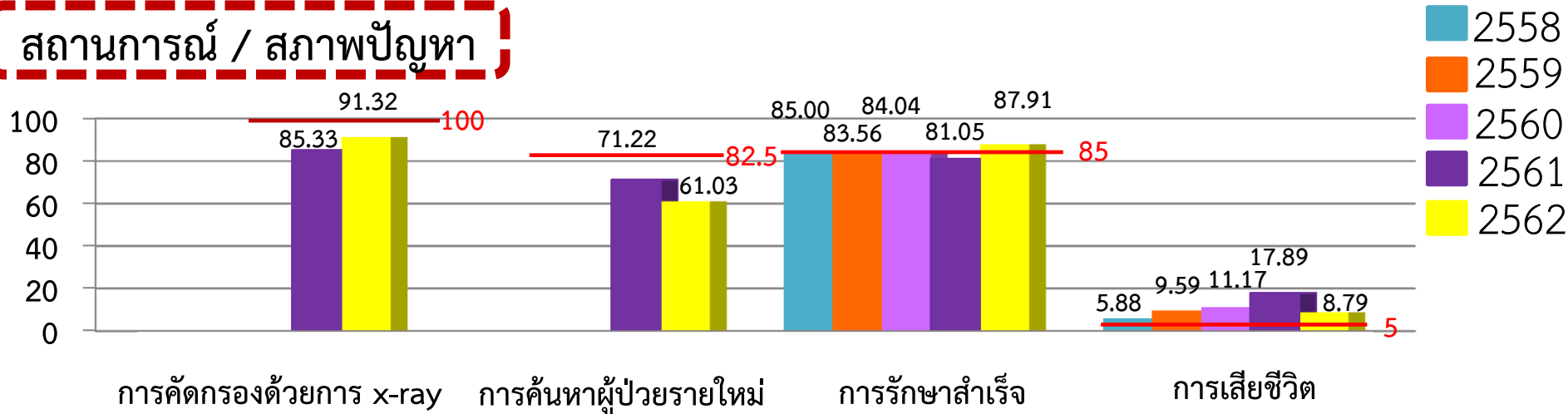
Service excellence

- * คลินิกหมอครอบครัว (PCC)

Governance excellence

- * ITA
- * PMQA
- * องค์กรแห่งความสุข
- * การเงินการคลัง

สถานการณ์ / สภาพปัญหา



สถานการณ์ / ปัญหาที่พบ

1. การคัดกรองที่ต่ำกว่าเกณฑ์ส่วนมากเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ (89.92%) ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดบ้านและติดเตียง
2. พบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยารุนแรงมาก (Pre-XDR TB และ XDR TB) ในปี 2561 จำนวน 3 ราย (ตำบลทุ่งทอง , ตำบลท่าม่วง และตำบลวังศาลา) / ปี 2562 จำนวน 3 ราย (ตำบลเขาน้อย , ตำบลบ้านใหม่และตำบลวังศาลา)
3. ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคร่วม (โรคเบาหวาน , HIV , โรคมะเร็ง) รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าถึงการรักษาช้า มักจะมีอาการรุนแรงและเสียชีวิตภายใน 2 เดือนแรกของการรักษา

แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการ

โครงการ / กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12เดือน	งบประมาณ
โครงการควบคุมป้องกันโรคโควิด ปี 2563						280,500
1.ประชุมชี้แจงแนวทางการให้ความรู้ ค้นหาผู้ป่วยโรครายใหม่และการ ดูแลกำกับการกินยาในผู้ป่วยโรคที่ บ้านแก่เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	- อัตราความครอบคลุมใน การค้นหาผู้ป่วยโรค รายใหม่ มากกว่าร้อยละ 82.5		ม.ค.63			
2.ประชุมชี้แจงแนวทางการ ดำเนินงานกับองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นเพื่อขอความร่วมมือ ในการคัดกรองและดูแลรักษาใน ชุมชน	- อัตราความสำเร็จในการ รักษาโรค มากกว่า ร้อยละ 88 - อัตราการเสียชีวิตน้อย กว่าร้อยละ 5		ม.ค.63			

Agenda Base

การควบคุมป้องกันวัณโรค

แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการ

โครงการ / กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	งบประมาณ
3.รณรงค์เชิงรุก ค้นหาผู้ป่วยวัณโรค ใน ประชากรกลุ่มเสี่ยง6 กลุ่มเป้าหมายในชุมชน ด้วยรถ Mobile X-ray			ม.ค- มี.ค.63	เม.ย.- มิ.ย63	ก.ค.- ส.ค.63	
4.ส่งตรวจหาเชื้อวัณโรคด้วยวิธี Gene X-pert ใน กลุ่มเสี่ยงที่มีผลย้อมเชื้อเสมหะเป็นลบ (AFB negative)			ม.ค- มี.ค.63	เม.ย.- มิ.ย63	ก.ค.- ส.ค.63	
5.ส่งตรวจความไวต่อยา (Drug sensitivity test : DST) ในผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อทุกรายเพื่อเฝ้าระวัง วัณโรคดื้อยา			ม.ค- มี.ค.63	เม.ย.- มิ.ย63	ก.ค.- ส.ค.63	
6.ตรวจเด็กอายุต่ำกว่า15ปี ที่เป็นผู้สัมผัสวัณโรค เพื่อค้นหาวัณโรคแฝง และให้ยาป้องกันวัณโรค ใน รายที่ผลตรวจเป็นบวก (PPD skin test)			ม.ค- มี.ค.63	เม.ย.- มิ.ย63	ก.ค.- ส.ค.63	

Agenda Base

การควบคุมป้องกันโรค

แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการ

โครงการ / กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	งบประมาณ
7.ให้ความรู้เรื่องวัณโรค การตรวจคัดกรองและการดูแลรักษาในประชากรกลุ่มเสี่ยง			ม.ค- มี.ค.63	เม.ย.- มิ.ย 63	ก.ค.- ส.ค.63	
8.Admit ผู้ป่วยรายใหม่โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ได้แก่ ผู้สูงอายุ มีโรคร่วม ทพโภชนาการ โลหิตจาง			ม.ค- มี.ค.63	เม.ย.- มิ.ย63	ก.ค.- ส.ค.63	
9.จัดตั้ง case manager ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนและมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง			ม.ค.63			
10.ประสานงาน สื่อสาร ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยผ่าน “Line group TB Thamuang”			ม.ค- มี.ค.63	เม.ย.- มิ.ย63	ก.ค.- ส.ค.63	
11.ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจาก รพ.มะการักษ์ ผ่าน “Line group ส่งต่อ TB ท่าม่วง พนมทวน”			ม.ค- มี.ค.63	เม.ย.- มิ.ย63	ก.ค.- ส.ค.63	

Agenda Base

การควบคุมป้องกันโรค

แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการ

โครงการ / กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	งบประมาณ
12.ติดตามเยี่ยม ส่งต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ให้กับหน่วยบริการในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพ			ม.ค- มี.ค.63	เม.ย.- มิ.ย.63	ก.ค.- ส.ค.63	
13.ดูแลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ด้วยมาตรการ 2-2-2 1) 2 ตัวแรกหมายถึงคลินิกแจ้งให้พื้นที่ทราบเมื่อมี ผู้ป่วยรายใหม่ภายใน 2 วัน 2) 2 ตัวที่สอง หมายถึง ดูแลรักษาผู้ป่วยรายใหม่ อย่างใกล้ชิดใน 2 สัปดาห์แรกเหมือนผู้ป่วยนอน อยู่ในโรงพยาบาล 3) 2 ตัวที่สาม หมายถึงการดูแลผู้ป่วยอย่างเข้มข้น ต่อเนื่องใน 2 เดือนแรก			ม.ค- มี.ค.63	เม.ย.- มิ.ย.63	ก.ค.- ส.ค.63	
14.ประชุม Case Conference กรณีผู้ป่วยขาดยา และเสียชีวิต			ม.ค.63			

แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการ

โครงการ / กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	งบประมาณ
15.การกำกับการกินยาแบบมีพี่เลี้ยง (Directedtive Observe Treatment short cause : DOT) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม.			ม.ค- มี.ค.63	เม.ย.- มิ.ย.63	ก.ค.- ส.ค.63	
16.บันทึกการคัดกรองและข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคส่วนบุคคล (NTIP : national tuberculosis information program) ให้เป็นปัจจุบัน			ม.ค- มี.ค.63	เม.ย.- มิ.ย.63	ก.ค.- ส.ค.63	
17.รณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องโรค,การดูแลรักษา,การเข้าถึงระบบบริการต่างๆในสัปดาห์วัณโรค			มี.ค.63			
18.กำกับ ติดตาม ผลการดำเนินงาน			มี.ค.63	มิ.ย.63	ก.ย.63	

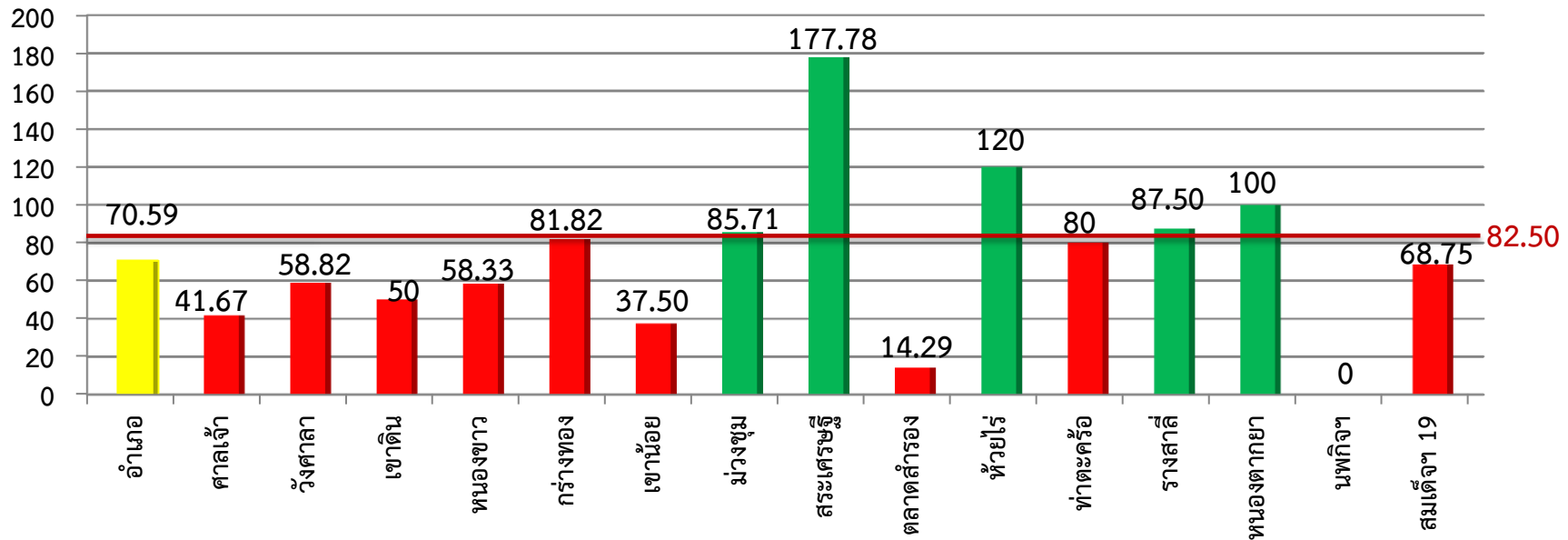
Agenda Base

การควบคุมป้องกันโรค

ผลการดำเนินการ

ความครอบคลุมในการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่

Estimate = 156/แสนประชากร



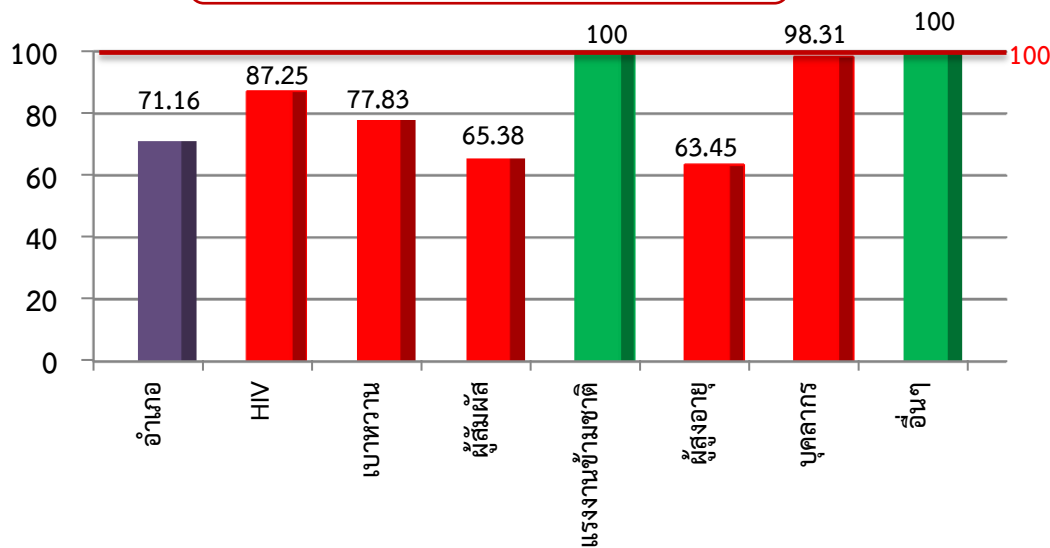
เป้าหมาย การค้นหา	136	12	17	10	12	11	8	7	9	7	5	5	8	6	4	16
ผลงาน	96	5	10	5	7	9	3	6	16	1	6	4	7	6	0	11

Agenda Base

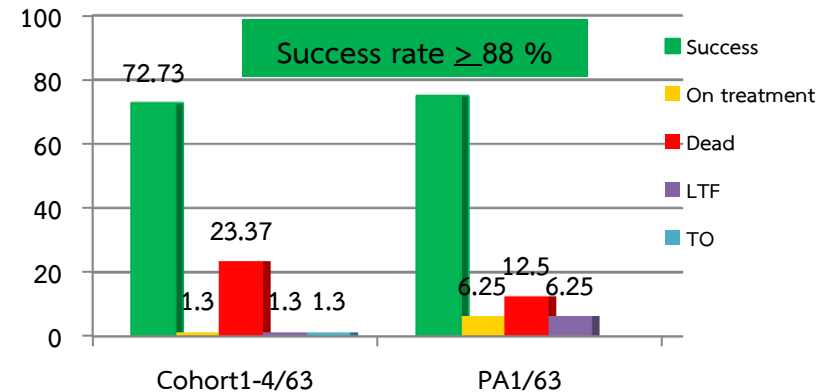
การควบคุมป้องกันโรค

ผลการดำเนินการ

การคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง



ผลการรักษาโรคไวรัส



เป้าหมาย	21,938	494	5,674	234	854	13,461	295	926
คัดกรอง	15,611	431	4,416	153	854	8,541	290	926

Cohort1-3/63						PA1/63				
จำนวนผู้ป่วย	หาย	รักษา	ตาย	ขาดยา	โอนออก	จำนวนผู้ป่วย	หาย	รักษา	ตาย	ขาดยา
77	56	1	18	1	1	16	12	1	2	1

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข
- อัตราการเสียชีวิตสูง	- จัดตั้งคณะทำงาน Case management ในการดูแลผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพ - Death case conference
- สถานการณ์การระบาดของโรค Covid -19 ทำให้ไม่สามารถนัดหมายการคัดกรองในชุมชนได้ - การเข้าถึงบริการของกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง - Treatment cover rate ต่ำ	- เพิ่มความเข้มข้นในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการในโรงพยาบาล - ประสานข้อมูลผ่าน อปท. ในการขอความร่วมมือ - ค้นหาคัดกรองจากกลุ่มที่มารับบริการใน รพ.อย่างเข้มข้นทุกจุดบริการ
- ขาดการกำกับกำกับการกินยาอย่างจริงจัง	- ใช้เทคโนโลยีช่วยในการกำกับการกินยา ได้แก่ Line video call - พัฒนาศักยภาพ อสม.ในพื้นที่ ช่วยดูแลการกำกับการกินยา

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข
- การบันทึกข้อมูลใน TBCM ล่าช้าไม่ครบถ้วน	- กำหนดผู้รับผิดชอบในการบันทึกข้อมูลชัดเจน เพื่อลดภาระงานในส่วนที่เกี่ยวข้อง - ติดตามความก้าวหน้ารายไตรมาส
ผู้รับผิดชอบงานคลินิกมีปัญหาด้านสุขภาพ ไม่สามารถปฏิบัติงานในคลินิกได้ ใช้การหมุนเวียนลง ปฏิบัติงานทำให้ข้อมูลขาดความต่อเนื่อง ไม่สมบูรณ์ ไม่ สามารถวิเคราะห์ปัญหาได้อย่างแท้จริง	

Agenda Base

การจัดการภัยคุกคามความมั่นคงทางสุขภาพ : RDU

KPI : ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล : $RDU\ 1 \geq 95\%$, $RDU\ 2 \geq 20\%$

สภาพปัญหา

- มีการใช้ยาไม่สมเหตุผล โดยเฉพาะในกลุ่มยา antibiotic ส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษาและก่อให้เกิดเชื้อดื้อยา
- มูลค่าการใช้ยาที่เพิ่มขึ้นจากการใช้ยาไม่สมเหตุผล

สถานการณ์

ปี 2561 ผ่านขั้นที่ 1
ปี 2562 ผ่านขั้นที่ 2
ปี 2563 ยังไม่ผ่านขั้นที่ 3

เป้าหมาย

- ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยด้านยา
 - ค่าใช้จ่ายด้านยาลดลง
 - การติดเชื้อดื้อยาลดลง
- เป้าหมาย ระยะ 5 ปี**
1. ให้โรงพยาบาลทุกแห่งเป็น RDU hospital
 2. ให้ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งเป็น RUA : Responsible Use of Antibiotic : ส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ
- เป้าหมาย ระยะ 2 ปี**
1. โรงพยาบาลทุกแห่งผ่าน RDU ขั้นที่ 1 (2560) ขั้นที่ 2 (ปี 2561-2562) และขั้นที่ 3 (2563-2564)

มาตรการ

1. ดำเนินการให้มีการคัดเลือกจัดหาเวชภัณฑ์ยาที่เหมาะสมและมีคุณภาพไว้ในสถานบริการ (Rational Drug Supply)
2. ดำเนินการให้มีการสั่งใช้ยาและการจ่ายยาอย่างสมเหตุผล (Rational Prescribe and Dispense)
3. ดำเนินการให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างถูกต้องและสมเหตุผล (Rational Use)

Agenda Base

การจัดการภัยคุกคามความมั่นคงทางสุขภาพ : RDU

RDU1 :

ประเมินผล out put

รพ.ต้องผ่านเกณฑ์ต่อไปนี้

1.ตัวชี้วัด RDU ผ่านเกณฑ์ทั้ง 18 ตัวชี้วัด

RDU2:

ประเมินผล out put

รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกแห่ง ผ่านตัวชี้วัดที่ 19
และ 20 (ทั้ง URIและAD)

RDUชั้น2 ปี2562

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 60	ปี 61	ปี 62
15.ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid(ICS)	$\geq 80\%$	67.63	65.67	72.05
18.ร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (ครอบคลุมโรคตามรหัส ICD-10 ตาม RUA-URI) และได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating	$\leq 20\%$	31.61	18.84	26.41

Agenda Base

การจัดการภัยคุกคามความมั่นคงทางสุขภาพ : RDU

แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการ

แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	เป้าหมาย	ระยะเวลา	ผลลัพธ์
1. ชี้แจงมาตรการ RDU ชั้น3 ให้แก่ คกก.บริหาร/องค์กรแพทย์/พยาบาล/คกก.คปสอ/เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบ	ทุกครั้งที่มีการประชุม	ไตรมาส1	100%
2. สรุป/วิเคราะห์ผลตัวชี้วัด ความเหมาะสมการสั่งใช้ยา non-sedative antihistamine ในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับ Dx URI ความเหมาะสมการสั่งใช้ยา ICS ในผู้ป่วย Asthma	องค์กรแพทย์/ พยาบาล	ทุกเดือน	3 ครั้ง
3. ชี้แจงมาตรการ RDU ออกมาตรการส่งเสริมการใช้ ICS ในผู้ป่วย Asthma	องค์กรแพทย์/ พยาบาล	ไตรมาส1	2 ครั้ง
4. ชี้แจงมาตรการ RDU ออกมาตรการควบคุมการสั่งใช้ยา non-sedative antihistamine ในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับ Dx URI	องค์กรแพทย์/ พยาบาล	ปีงบ2563	
5. พัฒนาโปรแกรมแจ้งเตือนความเหมาะสมการสั่งใช้ยา non-sedative antihistamine ในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับ Dx URI	HosXp OPD/ER	ปีงบ2563	กำลังดำเนินการ
6.กำกับติดตามผลตัวชี้วัด	เดือนละ1ครั้ง	ปีงบ2563	12 ครั้ง

Agenda Base

การจัดการภัยคุกคามความมั่นคงทางสุขภาพ : RDU

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63
1.ร้อยละการส่งยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	≥85%	93.32	92.41	92.56	94.34
2.ประสิทธิภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการขึ้นนำสื่อสารและส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	ระดับ3	3	3	3	3
3. การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน 13 กลุ่ม ที่มีรายละเอียดครบถ้วน	ระดับ3	3	3	4	4
4. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล	≤1 รายการ	0	0	0	0
5.การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา	ระดับ3	3	3	3	3
6.ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	≤20%	37.15	17.42	17.35	15.69
7.ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	≤20%	38.11	13.24	11.54	17.12
8.ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	≤40%	65.46	57.62	34.10	35.36

Agenda Base

การจัดการภัยคุกคามความมั่นคงทางสุขภาพ : RDU

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63 ไตรมาส3
9. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด	≤10%	41.28	32.05	8.61	5.36
10. ร้อยละของการใช้ RAS blockade (ACEI / ARB / Renin inhibitor) 2 ชนิดร่วมกัน ในการรักษาความดันเลือดสูง	ร้อยละ0	0.17	0	0	0
11. ร้อยละการใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี หรือมี eGFR น้อยกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร	≤5	38.29	0	0	0
12. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้	≥ 80%	85.28	87.02	87.08	87.63
13.ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยากกลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน	≤ 5%	0.19	0.19	0.06	0.07
14. ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับ NSAIDs	≤ 10%	1.06	0.43	0.48	0.11
15.ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid	≥ 80%	67.63	65.67	72.05	80.09
16.ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุ (มากกว่า 65 ปี) ที่ใช้ยากกลุ่ม long-acting benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide, diazepam, dipotassium chlorazepate	≤ 5%	0.83	0.81	0.29	0.73

Agenda Base

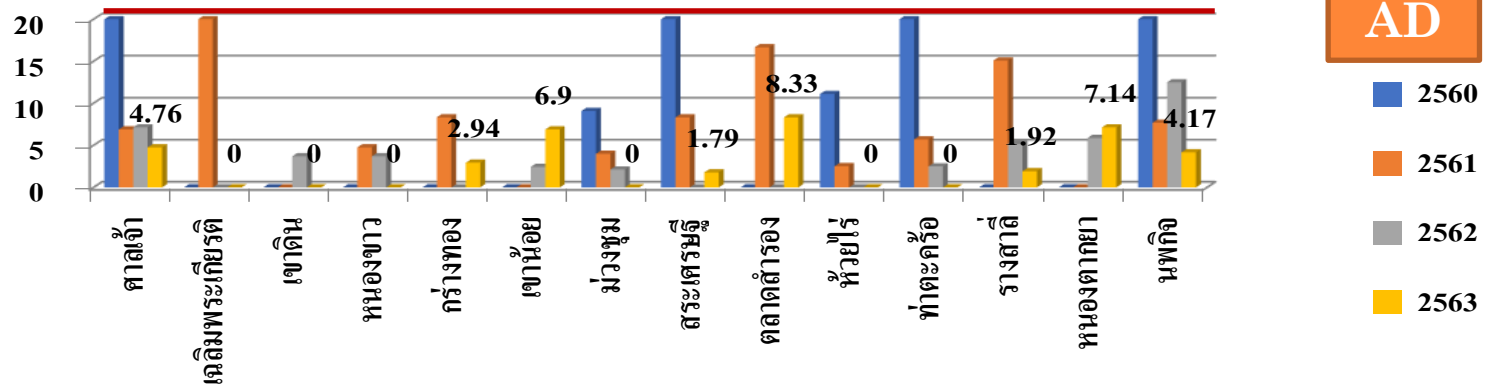
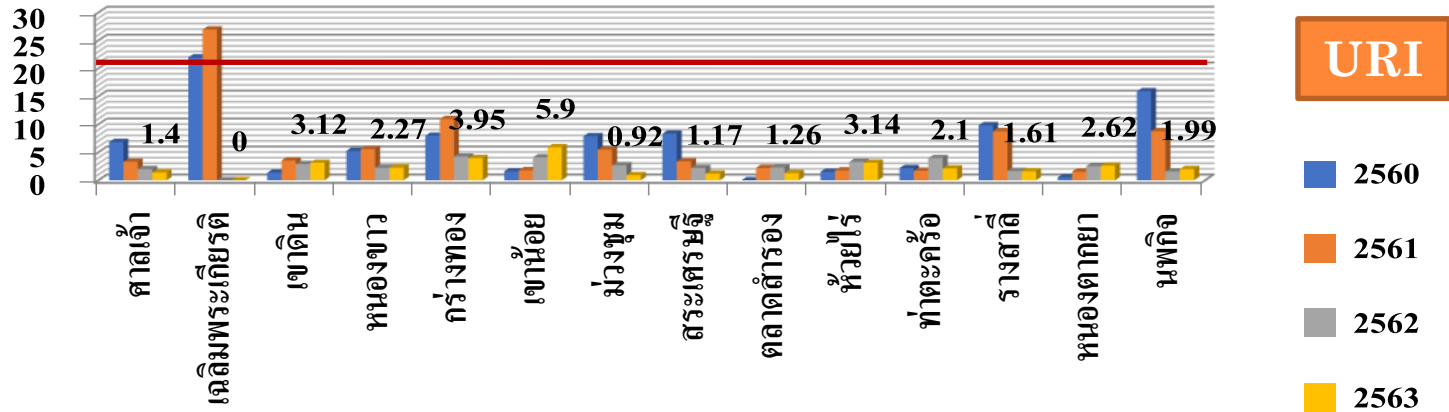
การจัดการภัยคุกคามความมั่นคงทางสุขภาพ : RDU

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63 ไตรมาส3
17. จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ ยา warfarin*, statins, ergots เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart value)	0	0	0	0	0
18. ร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (ครอบคลุมโรคตามรหัส ICD-10 ตาม RUA-URI) และได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating	≤20%	31.61	18.84	26.41	26.95
19. ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ≤ ร้อยละ 20	100%	71.42	85.71	100	100
20. ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย ที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤ ร้อยละ 20	100%	78.57	92.85	100	100

Agenda Base

การจัดการภัยคุกคามความมั่นคงทางสุขภาพ : RDU



RUA รพสต-ปี 2563 ผ่าน 2 โรค 14/14 (100%)

Agenda Base

การจัดการภัยคุกคามความมั่นคงทางสุขภาพ : RDU

สรุปการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ขั้นที่3 (2563)

ร.พ.	RDU 1 (โรงพยาบาล)					RDU 2 (โรงพยาบาล)													RDU 2 (รพ.สต.)				สรุปผลการประเมินการเป็น RDU ขั้นที่ 3
	1) ร้อยละการใช้ ED	2) ประสิทธิภาพ PTC	3) รายการยาที่ควรตัดออก	4) ฉลากยามาตรฐาน 13 กลุ่มยา	5) จริยธรรมในการจัดซื้อ	6) ใช้ ATB ใน URI	7) ใช้ ATB ใน AD	8) ใช้ ATB ใน แผลสด	9) ใช้ ATB ใน สตรีคลอดปกติ	10) การใช้ RAS เข้าซื้อ	11) ใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุหรือไต	12) ใช้ Metformin DM	13) NSAIDs เข้าซื้อ	14) ใช้ NSAIDs ในระดับ 3	15) ใช้ ICS ใน Asthma	16) ใช้ BZD ใน preg	17) ห้ามเลือดในสตรีตั้งครรภ์	18) ใช้ Non-Steroidal Anti-inflammatory drugs ในเด็ก	รพ.สต./PCU ทั้งหมด	เป้าหมาย รพ.สต./PCU ร้อยละ 60	ผ่านทั้ง AD & URI	ร้อยละผ่าน	
สมเด็จฯ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	14	14	14	100	✗
เกณฑ์เป้าหมาย	M1-M2 ≥ ร้อยละ 85	ระดับ 3	0 รายการ	รายการยา 13 กลุ่มระดับ 3	ระดับ 3	≤ ร้อยละ 20	≤ ร้อยละ 20	≤ ร้อยละ 40	≤ ร้อยละ 10	0	≤ ร้อยละ 5	≥ ร้อยละ 80	≤ ร้อยละ 5	≤ ร้อยละ 10	≥ ร้อยละ 80	≤ ร้อยละ 5	0 คน	≤ ร้อยละ 20	≥ ร้อยละ 100				≥ ร้อยละ 20

Agenda Base

การจัดการภัยคุกคามความมั่นคงทางสุขภาพ : RDU

ลำดับ	โรงพยาบาล	RDU ขั้นที่ 1 2561	RDU ขั้นที่ 2 2562	RDU ขั้นที่ 3 2563	ตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านในขั้นที่ 3
1	พหลฯ	✓	✓	✗	6/15/RDU2
2	มะการักษ์	✓	✗	✗	6/7/15/18
3	พระสังฆราช	✓	✓	✗	18
4	ทองผาภูมิ	✓	✗	✗	6/7/15/18
5	บ่อพลอย	✓	✗	✗	6/15
6	ด่านมะขามเตี้ย	✓	✓	✗	8/12/15/RDU2
7	ไทรโยค	✓	✗	✗	6/8/15/18
8	พระปียะฯ	✓	✗	✗	7/8/15
9	สังขละบุรี	✓	✓	✓	-
10	เจ้าคุณฯ	✓	✗	✗	8/15/18
11	เลาขวัญ	✓	✓	✗	8
12	ห้วยกระเจา	✓	✓	✓	-
13	สถานพระบรมมัย	✓	✓	✓	-
14	ท่ากระดาน	✓	✓	✗	15
15	สุราษฎร์ฯ	✓	✗	✓	-

Agenda Base

การจัดการภัยคุกคามความมั่นคงทางสุขภาพ

: RDU

สรุปผลการดำเนินงาน RDU จังหวัดกาญจนบุรี ไตรมาส 4 ปีงบประมาณ 2563

ลำดับ	โรงพยาบาล	ED	RI	AD	FTW	APL	RAS block 2 ตัว	Gli ben	Met For min	Nsaid ซ้ำ ซ้อน	Nsaid ตัว 3	Inh.	Long acting	ตัว กรรก ห้ามใช้	Non- Seda ting	รพ.สภ. RI& AD	ผ่าน ขั้นที่	เป็นเป้าหมาย
1	พหลฯ		28.86									74.88					2	
2	มะกรักษ์		28.16	22.01								61.19			36.11		1	
3	พระสังวรราช														26.95		2	เป้า 3
4	ทองภูมิ		23.75	20.66								71.21			22.27		1	
5	บ่อพลอย		21.33									77.43					1	เป้า 3
6	ด่านมะขามเตี้ย				40.55				75.57			57.45					2	
7	ไทรโยค		20.44		41.01							70.13			20.69		1	เป้า 2
8	พระปรางค์			24.94	47.32												1	เป้า 2
9	สังขละบุรี																3	
10	เจ้าคุณฯ				52.76							78.57			29.97		1	
11	เลขาวิทยุ				45.42												2	เป้า 3
12	หัวกระเจา																3	
13	พระบาณี																3	
14	ท่ากระดาน											63.83					2	เป้า 3
15	สุราษฎร์ฯ																3	
เกณฑ์ ขั้นที่ 3			≤ 20 F ≤ 30 AS M	≤ 20	≤ 40(3) ≤ 50(2)	≤ 10(3) ≤ 15(2)	0	≤ 5	≥ 80	≤ 5	≤ 10	≥ 80	≤ 5	0	≤ 20		สรุปผล ผ่านขั้น 3 = 26.67% ผ่านขั้น 2 = 60%	

Agenda Base

การจัดการภัยคุกคามความมั่นคงทางสุขภาพ : RDU

แผนงานปี 2563

กำกับ ติดตาม การดำเนินงาน RDU ในโรงพยาบาลและ
รพ.สต.

- ชี้แจงองค์กรแพทย์เกี่ยวกับ RDU ชั้น3
- วิเคราะห์ปัญหา หาสาเหตุ ที่ทำให้ตัวชี้วัด 15,18 ไม่ผ่าน
- รายงานผลตัวชี้วัดแก่ทีม PCT สู่ติ/องค์กรแพทย์

ปัญหาและอุปสรรค

1. ตัวชี้วัดที่ต้องกำกับ ติดตามมีจำนวนมาก ต้องอาศัยความร่วมมือกับบุคลากรทั้งในรพ.และรพสต.
2. การดำเนินงานเพื่อให้ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก และความร่วมมือจากบุคลากรโดยเฉพาะแพทย์ผู้สั่งใช้ยา รวมถึงผู้รับบริการด้วย
3. โปรแกรมที่ใช้ดึงข้อมูล RDU 2016 ยังไม่สมบูรณ์

Agenda Base

การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ : พชอ

สถานการณ์ / สภาพปัญหา



ผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น



ปี 61 = 19.81 %

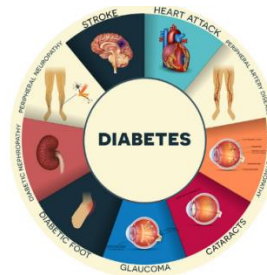


ปี 62 = 20.28 %



ปี 63 = 21.39 %

การควบคุมโรคเบาหวาน



เกณฑ์ 40 %

2560	27.50%
2561	29.42%
2562	36.02%

- ผู้ป่วยได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อน ทางไต
เป้าหมาย 80% ทำได้ 61.52%
- ลด stroke รายใหม่ (ร้อยละผู้ป่วย stroke รายใหม่)
เป้าหมาย 192.58 ต่อแสนปชก. ทำได้ 150.39 ต่อแสนปชก.
- อุบัติเหตุทางถนน ปี 2560-2562 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ครั้ง/คน)
เท่ากับ 2,379/1,991, 2,339/2,065, 2,149/1,895
- อัตราการเสียชีวิต/แสนประชากร (อุบัติเหตุทางถนน) ปี 2560-2562
มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เท่ากับ 31.38, 38.29, 40.18

Agenda Base

การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ : พชอ

แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการ

โครงการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	งบ ประมาณ
โครงการเสริมสร้างศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อขับเคลื่อนสุขภาพระดับพื้นที่ อำเภอท่าม่วง						สำนักงานปลัด กระทรวงฯ 10,000 บ.
- ทบทวนคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ	ธ.ค. 62				
- ประชุมคณะกรรมการ พชอ., คณะกรรมการ พชต. และ ทีมดำเนินงาน เพื่อทบทวนสถานการณ์ของอำเภอ และ ตำบล วิเคราะห์สภาพปัญหาและกำหนดประเด็นระดับอำเภอ			ม.ค. 63			
- ประชุมคณะกรรมการ พชอ., คณะกรรมการพชต. และทีมดำเนินงาน เพื่อติดตามความก้าวหน้าการขับเคลื่อนประเด็นระดับอำเภอ				พ.ค. 63		

แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการ

โครงการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	งบ ประมาณ
- ประชุมคณะกรรมการพชอ., คณะกรรมการพชต.และทีมดำเนินงาน เพื่อสรุปผลการดำเนินงานและจัดทำ รายงาน “แผนพัฒนาคุณภาพชีวิต” ของอำเภอ					ส.ค. 63	
- สรุปผลโครงการและรายงานจังหวัด					ก.ย. 63	

แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการ

โครงการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	งบ ประมาณ
โครงการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคและลดความเสี่ยงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ภายใต้กลไก พชอ. อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี ปี 2563						สำนักงาน ปลัด กระทรวงฯ 10,000 บ.
1.จัดทำและนำเสนอโครงการ เพื่อพิจารณาอนุมัติ	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)ที่มีคุณภาพ			พ.ค.63		
2. ประชุมคณะกรรมการ พชอ., พชต. เพื่อให้ความรู้ คำแนะนำ และกำหนดมาตรการในการเฝ้าระวัง ป้องกันและลดความเสี่ยงการแพร่ระบาดของโรค และติดตามการดำเนินงานระดับอำเภอ และตำบล				มิ.ย. 63		

แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการ

โครงการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	งบ ประมาณ
3. ประชุมเยี่ยมเสริมพลังคณะกรรมการ พชอ., พชต. และนำเสนอผลงานทีมโควิดระดับ ตำบลที่มีผลงานดีเด่น 1 ครั้ง					ก.ค. 63	
4. การประเมินประเด็นคุณภาพชีวิตของ อำเภอ ตามแนวทาง UCCARE ครั้งที่ 2					ส.ค. 63	
5. สรุปและรายงานผลการดำเนินงาน					ก.ย. 63	

Agenda Base

การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ : พชอ

แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการ

โครงการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	งบ ประมาณ
โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการประเมินตนเองแบบมีส่วนร่วมและเทคนิคการเยี่ยมเสริมพลัง ในงานสาธารณสุขยุค 4.0 ภายใต้งาน พชอ.อำเภอท่าม่วง ประจำปี 2563						สำนักงาน ปลัด กระทรวงฯ
1.จัดทำและนำเสนอโครงการ เพื่อพิจารณาอนุมัติ	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ				ก.ค. 63	10,000 บ.
2. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการประเมินตนเองแบบมีส่วนร่วมและเทคนิคการเยี่ยมเสริมพลังในงานสาธารณสุขยุค 4.0 สำหรับคณะกรรมการ พชอ. คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนประเด็น พชอ. และแกนนำคณะกรรมการ พชต. ทุกตำบล 1 ครั้ง					ส.ค. 63	
3. สรุปผลโครงการและรายงานผล					ก.ย. 63	

ผลการดำเนินงาน

1. ทบทวนและจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ พชอ. 1 คณะ และ พชต.13 คณะ
2. ทบทวนสถานการณ์ของอำเภอและตำบล ได้กำหนดประเด็นปัญหาจำนวน 3 เรื่อง NCD, LTC และ อุบัติเหตุทางถนน
3. ประเมิน UCCARE (2 ประเด็น คือ NCD, LTC)

ลำดับ	รายชื่อ อำเภอ	การร่วมกันแก้ไข ปัญหาคุณภาพชีวิต ของพื้นที่ตามบริบท2 เรื่อง/อำเภอ(ระบุชื่อ เรื่อง การพัฒนา/ แก้ไขปัญหา พชอ.)	ระดับพัฒนา UCCARE ในภาพรวม (ระบุระดับ)												รวม		เฉลี่ย	
			1.Unity team		2.Customer Focus		3.Community Participation		4.Appriciation		5.Resource sharing and human		6.Essential care					
			รอบ1	รอบ2	รอบ1	รอบ2	รอบ1	รอบ2	รอบ1	รอบ2	รอบ1	รอบ2	รอบ1	รอบ2	รอบ1	รอบ 2	รอบ1	รอบ2
1	ท่าม่วง	1.NCD	3	4	3	4	2	3.5	3	3	3	3	4	4	18.00	21.50	3.00	3.58
		2.LTC	5	5	3.5	3.5	4	4	4	4	4	4	4	4	24.50	24.50	4.08	4.08

4. ประชุมคณะกรรมการ พชอ. พชต. เพื่อให้ความรู้ คำแนะนำ กำหนดมาตรการในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และลดความเสี่ยงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 จำนวน 40 คน

ผลการดำเนินงาน

5. ประชุมเชิงปฏิบัติการประเมินตนเองแบบมีส่วนร่วมและเทคนิคการเยี่ยมเสริมพลัง ให้แก่ คณะกรรมการ พชอ. พชต. อนุกรรมการขับเคลื่อนประเด็นปัญหาระดับอำเภอ ตำบล จำนวน 41 คน
6. ประชุมเยี่ยมเสริมพลังคณะกรรมการ พชอ. พชต. และนำเสนอผลงานทีมโควิดระดับตำบล จำนวน 40 คน
7. ประชุมคณะกรรมการ พชอ. พชต. และเครือข่าย เพื่อติดตามความก้าวหน้าและสรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นปัญหาระดับอำเภอ

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา

-

Agenda Base

การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ : อสม.หมอประจำบ้าน

สถานการณ์ / สภาพปัญหา



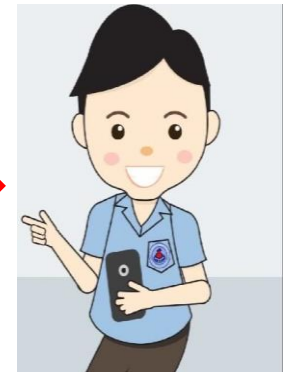
นโยบายใหม่ ในปี 2563

ยกระดับ
ความรู้



อสม. อำเภอตาม่วง
(1,999 คน)

เป็น



อสม. หมอประจำบ้าน
(126 คน)

เป้าหมาย : ประธานอสม.ระดับ
หมู่บ้านและชุมชน

Agenda Base

การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ : อสม.หมอประจำบ้าน

แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการในปี 2563

โครงการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	Small Success				งบประมาณ
		3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	
โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพและ อสม.						สสจ.กาญจนบุรี
- ประชุมชี้แจงแนวทางสู่การปฏิบัติแก่ผู้รับผิดชอบงานทราบ	- ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดีจำนวน 378 คน - อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน จำนวน 126 คน	ธ.ค.62				
- อบรมยกระดับ อสม.เป็นหมอประจำบ้าน			ม.ค. 63			
- ประเมินความรู้ ทักษะ และการทำงานของ อสม. หมอประจำบ้านในการดูแลสุขภาพคนในชุมชน				มิ.ย.63		

Agenda Base

การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ : อสม.หมอประจำบ้าน

ผลการดำเนินงาน



- อสม.หมอประจำบ้านมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 100
- อสม.หมอประจำบ้าน ผ่านการประเมินศักยภาพ ร้อยละ 100
- ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้านด้านสุขภาพมีคุณภาพชีวิตที่ดี จำนวน 378 คน คิดเป็นร้อยละ 100

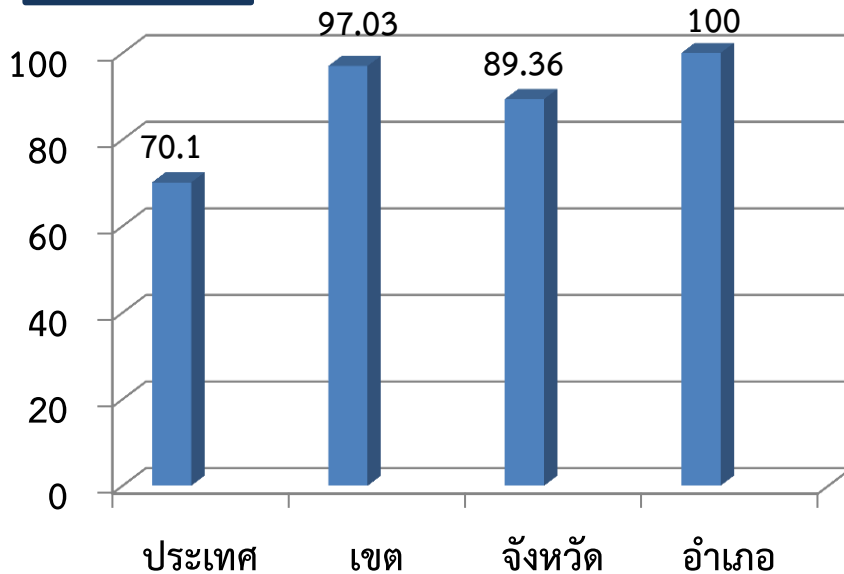
ประธาน อสม. ระดับหมู่บ้าน ได้รับการอบรมยกระดับความรู้เป็นหมอประจำบ้านและได้รับการติดตามประเมินผลการดำเนินงานจำนวน 126 คน (100%)



สถานการณ์ / สภาพปัญหา

รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีตดาว

ในปี 2562



เป้าหมายในปี 2563

อำเภอ	จำนวน รพ.สต. (แห่ง)	เป้าหมาย(แห่ง) ระดับตีตดาว Re-accredit 100% ระดับจังหวัด
ท่าม่วง	13 (ไม่รวม สอน.เฉลิมพระ เกียรติฯ)	4

แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการในปี 2563

โครงการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	งบประมาณ
โครงการพัฒนาคุณภาพรับบริการ รพ.สต.ติดดาว คปสอ.ท่าม่วง จ.กาญจนบุรี ปี 2563						8,550
- ทบทวนและแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาและประเมินคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับอำเภอ	รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ร้อยละ 100	ธ.ค.62				
- คณะทำงานพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว (ทีมพี่เลี้ยง) เข้าร่วมประชุมชี้แจงเกณฑ์การประเมิน โดย สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี			ก.พ.63			
- ประชุมวิชาการแนวทางการประเมิน รพ.สต.ตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ให้กับเจ้าหน้าที่รพ.สต.ทุกแห่ง			ก.พ.63			

แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการในปี 2563

โครงการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	งบ ประมาณ
- ประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต. ติดดาว สำหรับ เป้าหมาย			มี.ค.63			
- จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.เป้าหมาย			ก.พ.62			
- ประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการจัดระบบ บริการด้านเภสัชกรรม, LAB,IC,IT ให้กับ เจ้าหน้าที่			มี.ค.63			
- คณะทำงานพัฒนาคุณภาพ(ทีมพี่เลี้ยง) เยี่ยม เสริมพลัง รพ.สต. เป้าหมาย เพื่อรับรองซ้ำ				มิ.ย.63		
- จัดทำรายงานและบันทึกข้อมูลในระบบ Gishealth.moph.go.th/pcu				มิ.ย.63		
- ประชุมสรุปผลการดำเนินงานและรับรองผล การประเมิน รพ.สต.ติดดาว กลุ่มเป้าหมาย				มิ.ย.63		

ผลการดำเนินงาน

1. จัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ รพ.สต.ติดดาว คปสอ.ท่าม่วง จ.กาญจนบุรี ปี 2563
2. ทบทวนและแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ(ทีมพี่เลี้ยง) รพ.สต.ติดดาวระดับอำเภอ (ต.ค.62)
3. คณะทำงานพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว (ทีมพี่เลี้ยง)เข้าร่วมประชุมชี้แจงเกณฑ์การประเมิน โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี (17 ก.พ.63)
4. ประชุมวิชาการแนวทางการประเมิน รพ.สต.ตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ให้กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ทุกแห่ง (5 มี.ค.63)
5. ประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว สำหรับ เป้าหมาย (มี.ค.63)
6. จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.เป้าหมาย (มี.ค.63)
7. ประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการจัดระบบบริการด้านเภสัชกรรม, LAB, IC, IT ให้กับ เจ้าหน้าที่รพ.สต. ทุกแห่ง (17 มี.ค.63)
8. จัดทำรายงานและบันทึกข้อมูลในระบบ Gishealth.moph.go.th/pcu (5 มี.ค.63)

ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
-	-

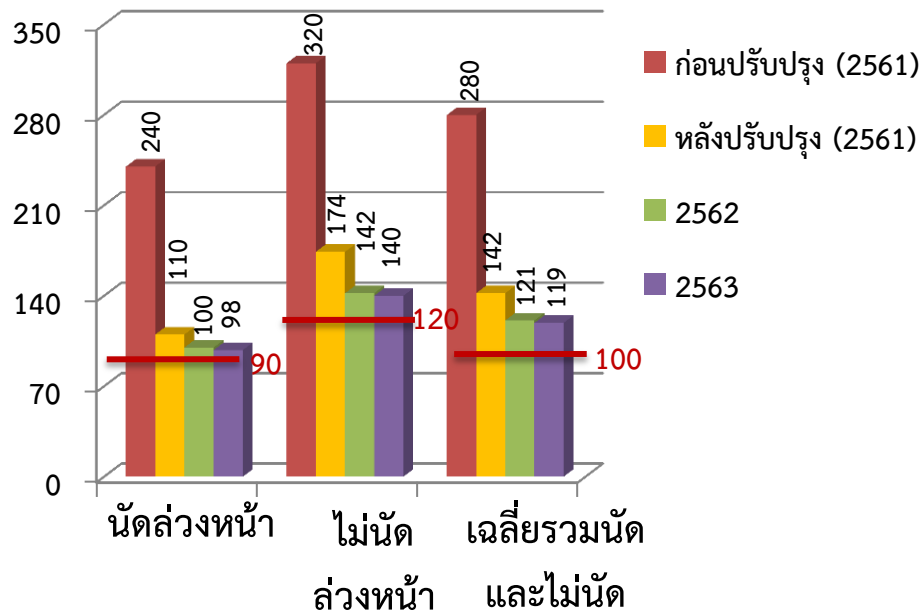
ประเด็น	เป้าหมาย (แห่ง)	ผลงาน (แห่ง)	ร้อยละ
ร้อยละ 100 ของ รพ.สต.ได้รับการ รับรองฯ ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว	4	ไม่มีการประเมิน เนื่องจาก สถานการณ์โรคระบาด ไวรัสโคโรนา-19	-

Agenda Base

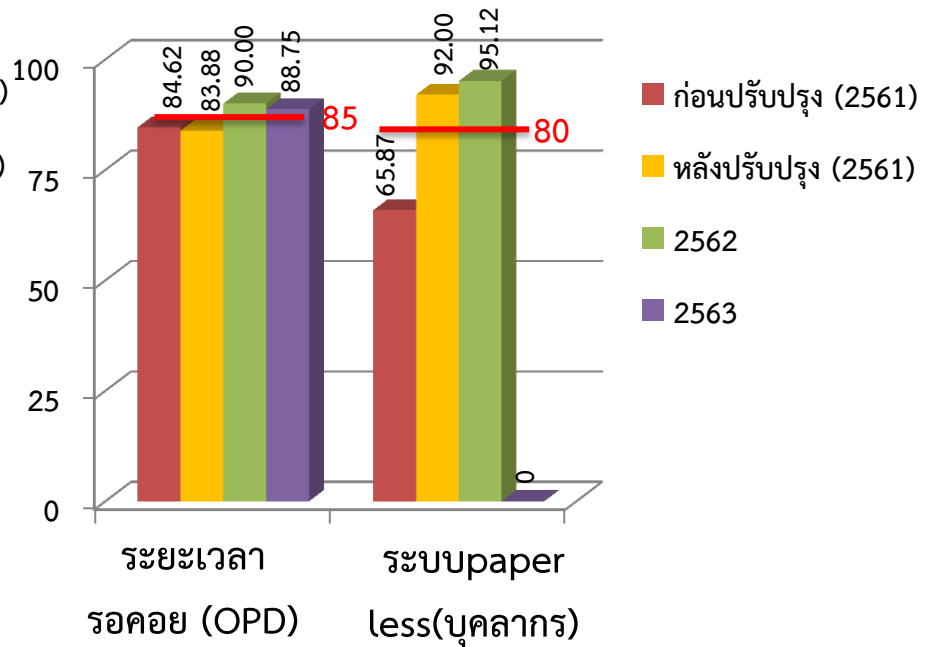
การลดความแออัด/ลดการรอคอยในโรงพยาบาล : SMART Hospital

สถานการณ์ / สภาพปัญหา

ระยะเวลารอคอยผู้ป่วย (นาที)



ร้อยละความพึงพอใจ



รายการ	เป้าหมาย	ก่อนปรับปรุง	หลังปรับปรุง	หลังปรับปรุง				
		(ต.ค.60-ก.พ.61)	(มี.ค.61-ก.ย.61)	ปี 62	ปี63			
					ไตรมาส1	ไตรมาส2	ไตรมาส 3	ไตรมาส4
จำนวนข้อร้องเรียนระยะเวลารอคอย	0	31ครั้ง	5 ครั้ง	3ครั้ง	2ครั้ง	2ครั้ง	3ครั้ง	5ครั้ง

Agenda Base

การลดความแออัด/ลดการรอคอยในโรงพยาบาล : SMART Hospital

แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการในปี 2563

โครงการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12เดือน	จบ ประมาณ
1.พัฒนาระบบการส่งแลบ NCD ออนไลน์ในรพ.สต. 14 แห่ง	ยกระดับโรงพยาบาล ให้กลายเป็น Smart Hospital	ต.ค. 62				
2. พัฒนาระบบคิวนัดออนไลน์ ใน รพ. และ รพ.สต. 14 แห่ง		ต.ค. 62				
3. ใช้ Application Mapping กลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยง ใน รพ.และ รพ.สต. 14 แห่ง		ต.ค. 62				
4. Mapping กลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยง คปสอ. ท่าม่วง (10,535 ราย)		ต.ค. - ธ.ค. 62 (1,771 ราย : 16.81%)	ม.ค. - มี.ค. 63 (4,108 ราย : 38.99%)	เม.ย. - มิ.ย. 63 (5,695 ราย : 54.06%)	ก.ค. - ก.ย. 63 (6,845 ราย : 64.97%) เกณฑ์ 70%	
5. พัฒนาระบบคิวดิจิทัล ในห้องยา, ผู้ป่วยนอก, การเงิน, ห้องบัตร และ ห้องแล็บ		ต.ค. 62				
6. การใช้ PCC Application		ต.ค. 62				

Agenda Base

การลดความแออัด/ลดการรอคอยในโรงพยาบาล : SMART Hospital

ผลการดำเนินการ

SMART place	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาล Green and Clean Hospital (ระดับดีมาก)
SMART Tools (ผ่าน 2 ใน 3 ข้อ)	1 Queue: มีหน้าจอแสดงลำดับคิว ในจุดที่เหมาะสม เพื่อลดความแออัด บริเวณจุดบริการ และหน้าห้องตรวจ (OPD/ER/ห้องจ่ายยา/ห้องการเงิน)
	2 Queue: มีช่องทางออนไลน์ หรือ ช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด เช่น คิวพบแพทย์
	3 Devices: มีการเชื่อมต่อข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ (Vital Sign) อย่างน้อย 1 อุปกรณ์ เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ
SMART Services (ผ่าน 4 ใน 5 ข้อ)	1. ยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชน
	2. มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์
	3. มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (OPD ทุกห้องตรวจ)
	4. มีข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการ
	5. มีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา



ประสานศูนย์
เครื่องมือแพทย์
ในการจัดหา
เครื่องมือ

- ช่องทางผู้สูงอายุ
- คลินิก NCD ไม่มี LAB นัดจ่าย
- ปรับระบบการนัดของ OPD

Agenda Base

การลดความแออัด/ลดการรอคอยในโรงพยาบาล : SMART Hospital

ผลการดำเนินการ

รายงาน smart Hospital (จังหวัดกาญจนบุรี)

Service Plan	โรงพยาบาล	1. Smart Place		2. Smart Tools			3. Smart Services					ผลการประเมิน
		HIS	1.1	2.1	2.2	2.3	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	
S	รพ.พหลพลพยุหเสนา	HOSxP	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
M1	รพ.มะการักษ์	HOSxP	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
M2	รพ.สมเด็จพระสังฆราชองค์ที่๑๙	HOSxP	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
M2	รพ.ทองผาภูมิ	HOSxP	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน
F1	รพ.บ่อพลอย	HOSxP	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
F2	รพ.เลาขวัญ	HOSxP	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
F2	รพ.ด่านมะขามเตี้ย	HOSxP	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
F2	รพ.ไทรโยค	HOSxP	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
F2	รพ.สถานพระบารมี	HOSxP	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
F2	รพ.สมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต	HOSxP	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน
F2	รพ.ห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา	HOSxP	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน
F2	รพ.ท่ากระดาน	HOSxP	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
F2	รพ.สังขละบุรี	HOSxP	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน
F2	รพ.เจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน	HOSxP	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
F3	รพ.ศุภศิริศรีสวัสดิ์	HOSxP	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน
F3	รพ.หนองปรือ	HOSxP	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน

Agenda Base

การลดความแออัด/ลดการรอคอยในโรงพยาบาล : SMART Hospital

ผลการดำเนินการ

รายงาน smart Hospital (M2ในเขตสุขภาพที่5)

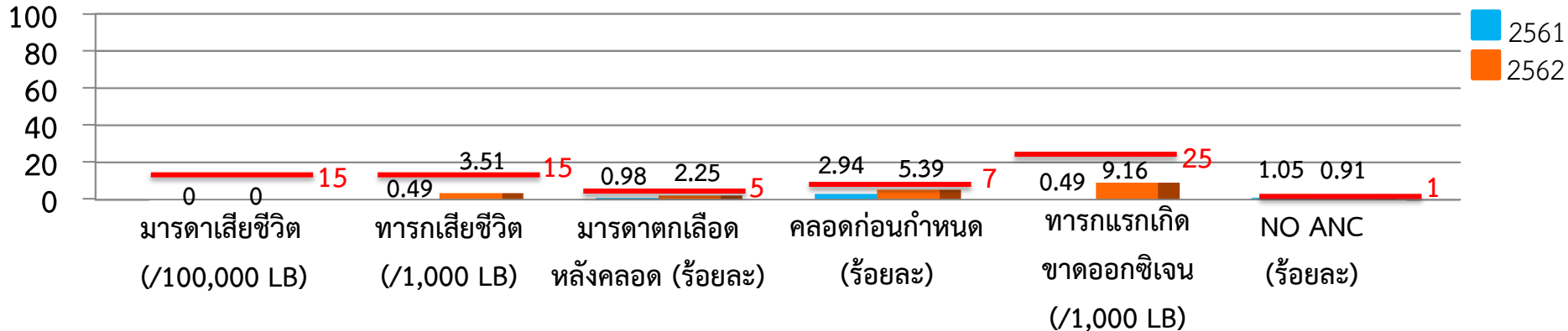
Service Plan	โรงพยาบาล	1. Smart Place		2. Smart Tools			3. Smart Services					ผลการประเมิน
		HIS	1.1	2.1	2.2	2.3	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	
M2	รพ.สมเด็จพระสังฆราชองค์ที่๑๙	HOSxP	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
M2	รพ.ทองผาภูมิ	HOSxP	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน
M2	รพ.สามพราน	HOSxP	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
M2	รพ.บางสะพาน	HOSxP	ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
M2	รพ.อู่ทอง	HOSxP	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
M2	รพ.ชะอำ	HOSxP	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน

ข้อมูล : ณ 10ก.ค.63 จากกองการบริหารสาธารณสุข

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหาอุปสรรคที่พบ และจะดำเนินการแก้ไขเอง	ปัญหาอุปสรรคที่ต้องการให้ผู้เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการ
1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่มีอยู่ให้สามารถดำเนินการตามนโยบาย smart hospital	1. ขยายการจ้างเจ้าหน้าที่ไอทีประจำ รพ.สต. เพื่อตอบสนองนโยบาย smart hospital เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขภาระด้านการบริการมาก
2. ลงพื้นที่ ทำความเข้าใจให้ สถานบริการสาธารณสุขเห็นความสำคัญการพัฒนา smart hospital	2. การมีงบประมาณที่เฉพาะสำหรับการพัฒนาระบบ smart hospital เนื่องจากเทคโนโลยีต่างๆเงินลงทุนสูง
3.สำรวจครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์/โปรแกรมที่จำเป็นต่อการพัฒนาระบบเพื่อทำแผนจัดซื้อในงบประมาณถัดไป	3. มีการสร้างโปรแกรมต่างๆ เช่น ระบบคิว ระบบนัดออนไลน์ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลต่างๆจากส่วนกลางให้พื้นที่สามารถนำไปใช้ได้เลยเพื่อลดการจัดซื้อจัดจ้างการเขียนโปรแกรมต่างๆ

สถานการณ์ / สภาพปัญหา



ปัญหาที่พบ

- การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น/หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นท้องซ้ำ จากการวิเคราะห์พบว่าสาเหตุมาจาก ตั้งใจตั้งครรภ์/มีความพร้อมในการมีบุตร (70%) , มีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนโดยคุมกำเนิดไม่ถูกต้อง (20%) , มีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนโดยตั้งใจไม่คุมกำเนิด (10%) , ไม่ต้องการคุมกำเนิดโดยฝังยาคุมเพราะกลัวน้ำหนักขึ้นและครอบครัว(มารดา/สามี)ไม่ต้องการให้คุมกำเนิดเพราะต้องการให้มีบุตรอีก
- ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์และการคลอด (คลอดก่อนกำหนด โลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ตกเลือดหลังคลอด ครรภ์เป็นพิษ ทารกขาดออกซิเจนแรกเกิด) จากการวิเคราะห์พบว่าสาเหตุมาจาก ไม่สามารถวินิจฉัยความผิดปกติ และความเสี่ยงได้ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ (early detection) และ คุณภาพในการค้นหาปัจจัยเสี่ยง และการประเมินความผิดปกติในขณะตั้งครรภ์ /รอคคลอดและช่วงแรกคลอดล่าช้า การช่วยเหลือมารดา/ทารกในภาวะฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ

แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการในปี 2563

โครงการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	งบประมาณ
พัฒนาคุณภาพมาตรฐานการบริการสูติ-นรีเวชกรรม						
- รับการประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก	1.ระดับความสำเร็จการดำเนินงานห้องคลอด คุณภาพ (ระดับ 5) 2. อัตรามารดาเสียชีวิตไม่เกิน 15/100,000 LB 3. ภาวะคลอดก่อนกำหนด (<7%) 4. อัตราการตั้งครรภ์ NO ANC (<1%)	พ.ย. 62				4,750
- อบรมNCPRแก่แพทย์และ พยาบาลวิชาชีพ				พ.ค.		18,700
- ขยายบริการกลุ่มครรภ์เสี่ยงสูง High risk ANC						
- พัฒนาโปรแกรม Smart ANC MAMA Plan		ต.ค.				
- พัฒนาระบบการดูแลเพื่อป้องกันการคลอดก่อน กำหนด ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง		ต.ค.				

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
ตัวชี้วัดหลัก			
1. ระดับความสำเร็จการดำเนินงานห้องคลอดคุณภาพ	ระดับ5	ระดับ5	
2. ระดับความสำเร็จการลดภาวะคลอดก่อนกำหนด	ระดับ5	ระดับ5	
ตัวชี้วัดรอง			
1. อัตราส่วนมารดาตายในห้องคลอด	<15/100,000 LB	0 (0/1,354)	
2. อัตราทารกตายปริกำเนิด	<15/1,000 LB	3.69 (5/1,354)	
3. อัตราตกเลือดหลังคลอด	<5%	2.13 (29/1,358)	ทุกชนิดการคลอด
4. อัตราการคลอดก่อนกำหนด	<7%	1.45 (20/1,370)	รวมส่งต่อแล้วคลอด (ตัดกลุ่ม Therapeutic)
5. อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน	<25: 1,000 LB	7.38 (10/1,354)	
6. อัตราหญิงตั้งครรภ์ No ANC	≤1%	0.58 (8/1,358)	

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหาอุปสรรคที่พบ และจะดำเนินการแก้ไขเอง

1. การคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ในระยะฝากครรภ์ให้พบภาวะผิดปกติอย่างรวดเร็ว และส่งต่อสูติแพทย์ดูแลต่อในคลินิก Highrisk ANC
2. สื่อสารข้อมูลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมดูแลต่อทั้งในระยะฝากครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดในชุมชน

ปัญหาอุปสรรคที่ต้องการให้ผู้นิเทศรับไปดำเนินการ

1. ระบบส่งต่อภายในจังหวัดที่ซ้ำซ้อน การประสานงานการส่งต่อล่าช้า แม่ข่ายไม่ช่วยส่งต่อโดยเฉพาะใน Case Preterm

นวัตกรรมที่สามารถนำมาเป็นแบบอย่าง

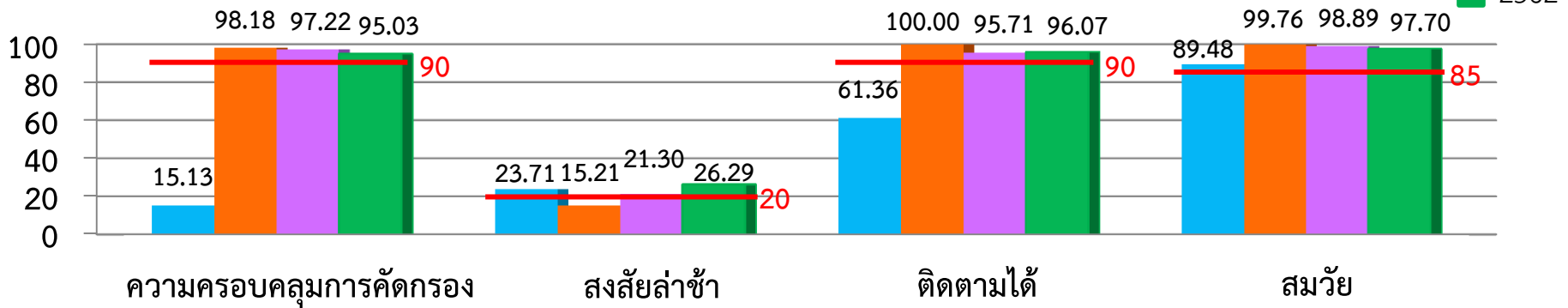
Account Line application “Smart MOM”

Functional Base

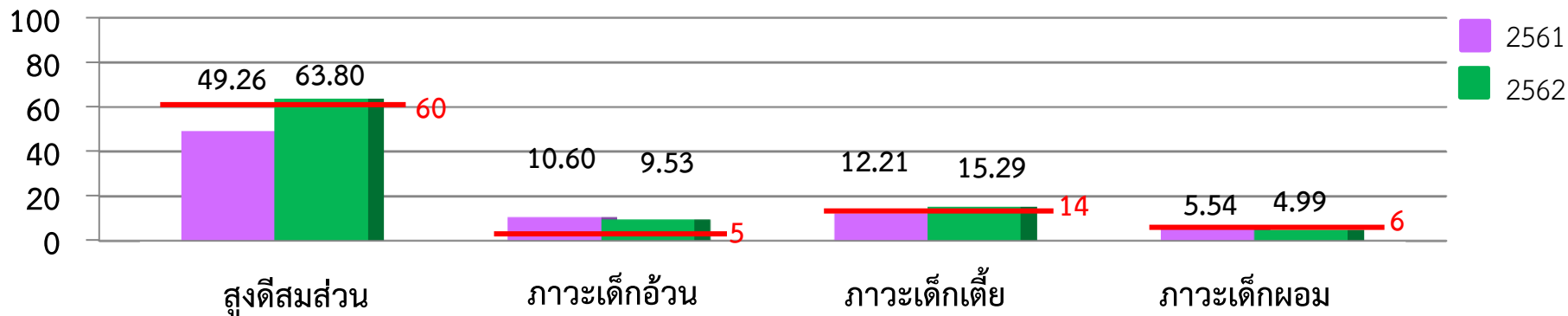
การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย : กลุ่มวัยเด็ก 0-5 ปี

สถานการณ์ / สภาพปัญหา

พัฒนาการเด็ก (9,18,30,42 เดือน)



โภชนาการเด็ก 0-5 ปี

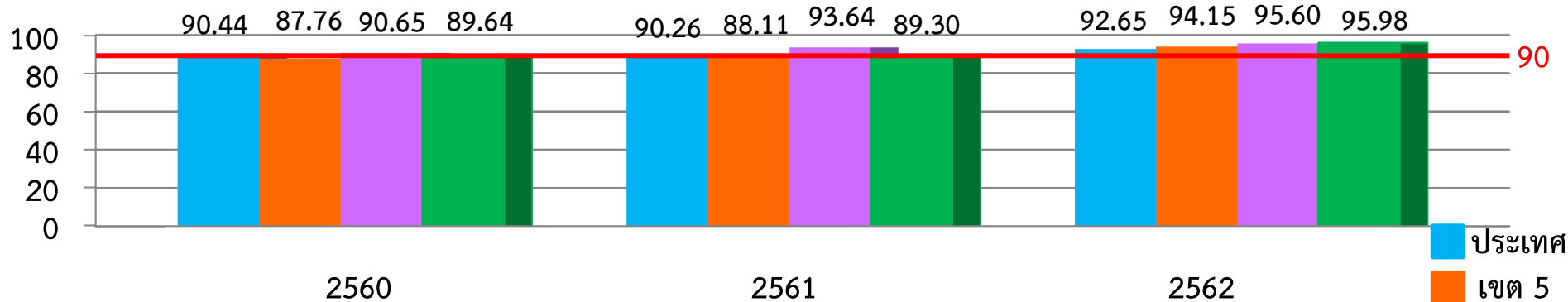


Functional Base

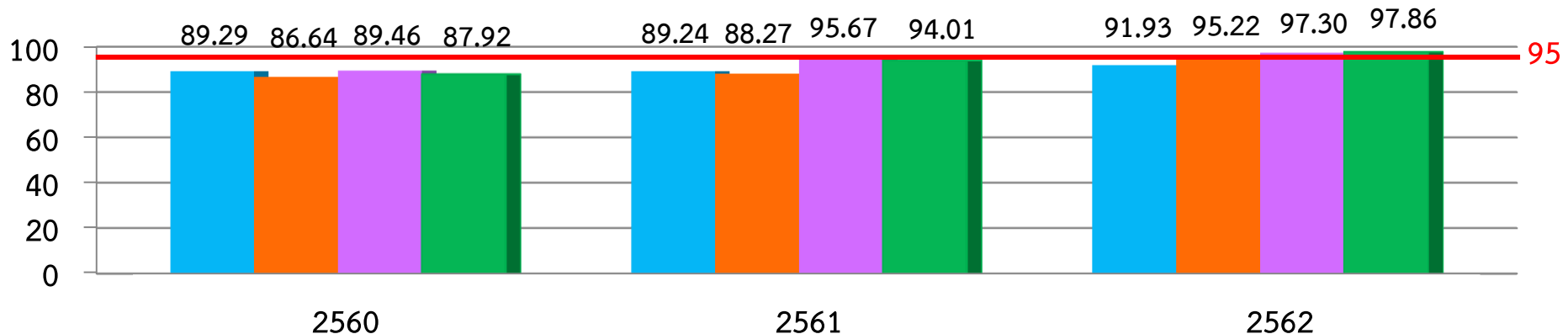
การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย : กลุ่มวัยเด็ก 0-5 ปี

สถานการณ์ / สภาพปัญหา

การได้รับวัคซีนในเด็กอายุ 1 ปี (OPV3)



การได้รับวัคซีนในเด็กอายุ 1 ปี (MMR1)



สถานการณ์ / สภาพปัญหา

ปัญหาที่พบ

1. พ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็กขาดความรู้ความเข้าใจในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ผู้ปกครองนิยมให้เด็กเล่นโทรศัพท์มือถือ และดูโทรทัศน์
2. คัดกรองกลุ่มเป้าหมายได้ไม่ครบทุกคน บางคนย้ายออกนอกพื้นที่
3. บุคลากรในการตรวจพัฒนาการมีการโยกย้าย เปลี่ยนงานผู้รับผิดชอบแทนขาดทักษะในการตรวจประเมิน และช่วยส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการเด็กตามกลุ่มวัย
4. ขาดบุคลากรในการกระตุ้น/ส่งเสริมพัฒนาการ เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ด้วย TEDA4I ต้องส่งต่อให้โรงพยาบาลมะเร็ง ผู้ปกครองบางคนไม่สะดวกในการพาเด็กไป
5. พ่อ แม่ ผู้ปกครอง ไม่ยอมรับ ไม่ช่วยส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการเด็ก
6. เด็กที่ต้องไปรับการกระตุ้นพัฒนาการที่โรงพยาบาลแม่ข่าย ไม่ไปรับบริการอย่างต่อเนื่อง
7. ศูนย์เด็กเล็กสังกัด อบท. ไม่เห็นความสำคัญในการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ
8. การบันทึกข้อมูลไม่ถูกต้องครบถ้วน คัดกรองแล้วไม่บันทึกใน Special pp
9. ขาดการติดตามเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้า
10. การบันทึกข้อมูลภาวะโภชนาการยังไม่ครอบคลุมตามไตรมาส การบันทึกข้อมูลยังไม่ได้คุณภาพ
11. การติดตามวัคซีนเด็กในเขตยังไม่ครอบคลุม

Functional Base

การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย : กลุ่มวัยเด็ก 0-5 ปี

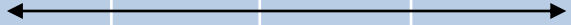
แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการในปี 2563

โครงการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	งบประมาณ
	1.เด็กครบอายุ 1 ปีได้รับวัคซีน MMR1 ร้อยละ 95 และ OPV3 ร้อยละ 90	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	
	2.ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดี สมส่วน > ร้อยละ 60	> 57	> 58	> 59	> 60	
	3.ร้อยละเด็ก 0-5 ปี พัฒนาการ สมวัย ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	
1.เยี่ยมหญิงตั้งครรภ์แนะนำ เรื่อง ภาวะโภชนาการ โดย หญิงตั้งครรภ์ ที่มีน้ำหนักเพิ่ม ตามเกณฑ์เดือนละ 1 ครั้ง หญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักไม่ เพิ่มตามเกณฑ์ และ/หรือน้ำหนัก น้อย หรืออ้วน ทุก 2 สัปดาห์						

Functional Base

การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย : กลุ่มวัยเด็ก 0-5 ปี

แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการในปี 2563

โครงการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	งบประมาณ
2.เฝ้าระวังและติดตามส่วนสูง น้ำหนักเด็ก 0-5 ปี						
3. ให้คำแนะนำ เรื่องนมแม่ อาหารหญิงให้นมบุตร กอด เล่น เล่า นอนเฝ้า ดูฟัน เสริมสร้างภูมิคุ้มกัน ป้องกันอุบัติเหตุและประชาสัมพันธ์ให้สมัครโครงการก้าวอย่างเพื่อสร้างลูก						
4. จ่ายยาเม็ดไอโอดีน เหล็กโฟลิกแก่หญิงหลังคลอดทุกคนตลอดการให้นมลูก 6 เดือน						

แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการในปี 2563

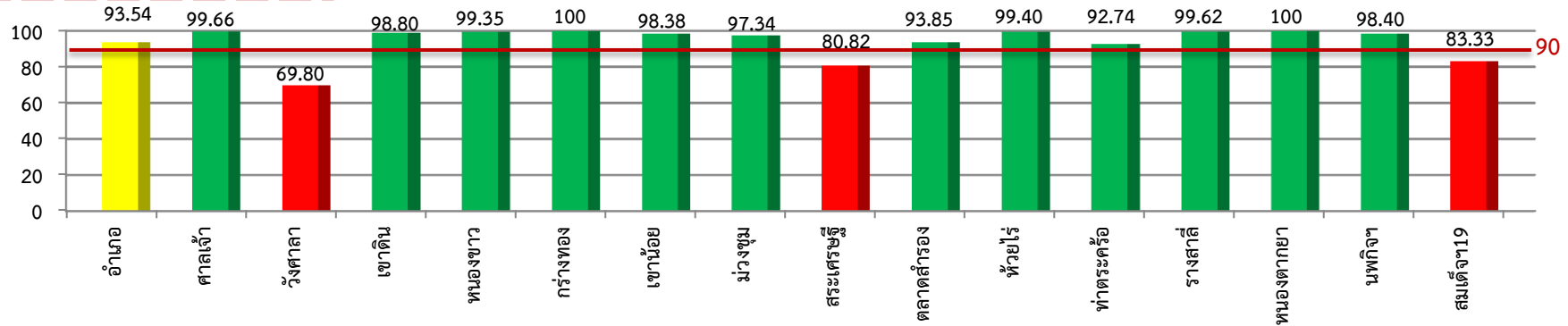
โครงการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	งบประมาณ
5. แนะนำคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM)		←			→	
6. คัดกรอง ส่งเสริม ติดตาม/กระตุ้นพัฒนาการเด็กโดยใช้ DSPM/TIDA4I		←			→	
7. ส่งต่อพัฒนาการล่าช้าทุกคน		←			→	

Functional Base

การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย : กลุ่มวัยเด็ก 0-5 ปี

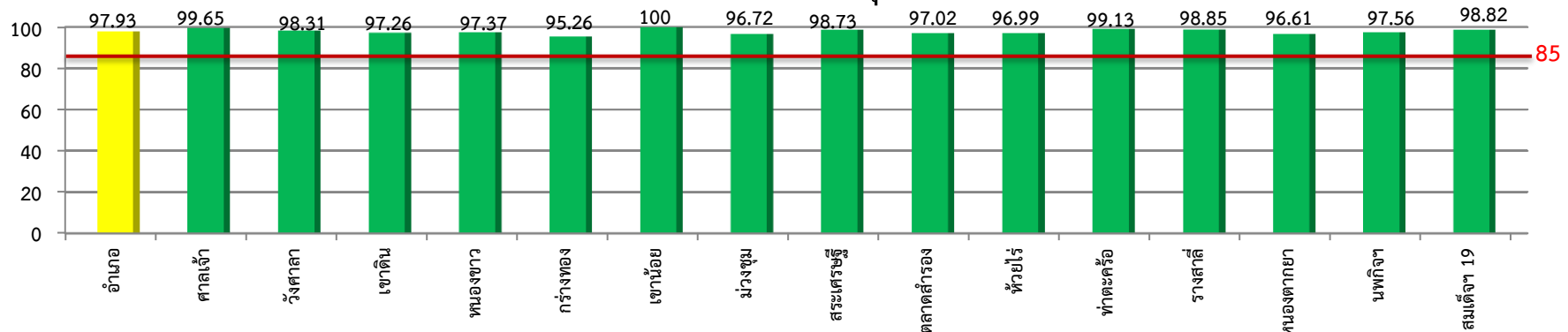
ผลการดำเนินงาน

การตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี



เป้าหมาย	3,466	290	255	332	306	274	247	188	292	179	167	124	263	118	125	306
คัดกรอง	3,242	289	178	328	304	274	243	183	236	168	166	115	262	118	123	255

ผลการตรวจพัฒนาการเด็ก 4 ช่วงอายุ (สมวัย)



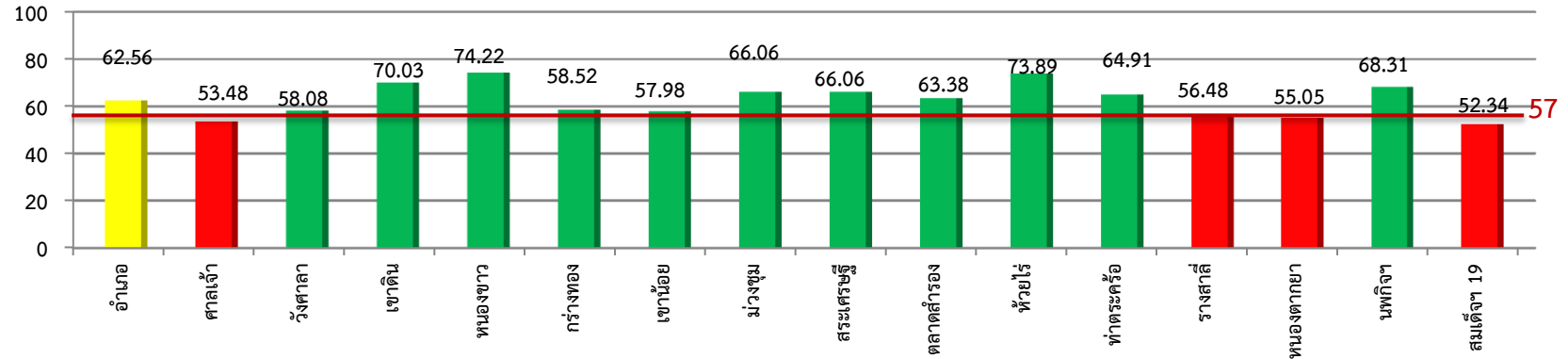
เป้าหมาย	3,242	289	178	328	304	274	243	183	236	168	166	115	262	118	123	255
สมวัย	3,175	288	175	319	296	261	243	177	233	163	161	114	259	114	120	252

Functional Base

การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย : กลุ่มวัยเด็ก 0-5 ปี

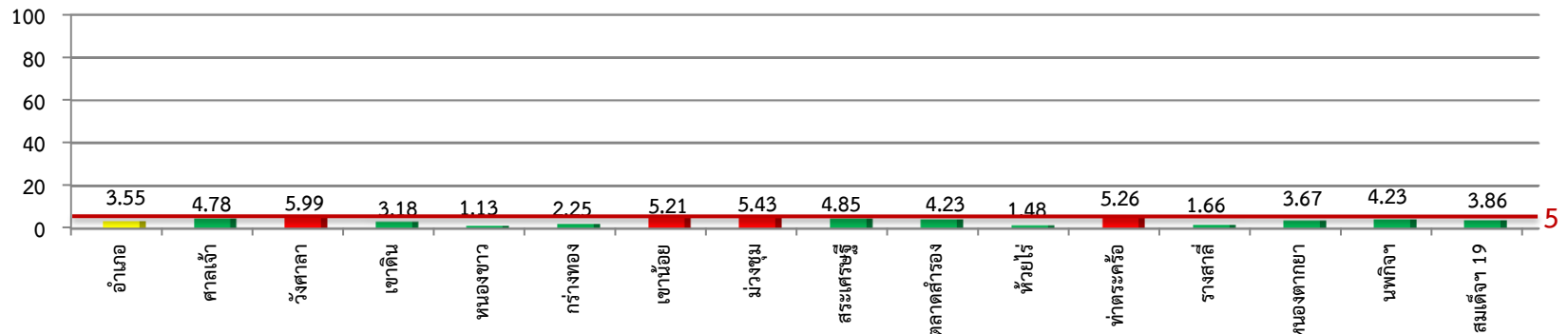
ผลการดำเนินงาน

ผลภาวะโภชนาการเด็กวัยเด็ก 0-5 ปี (สูงดีสมส่วน)



ชั้นน้ำหนัก/วัดส่วนสูง	3,576	230	167	377	353	311	307	221	165	213	203	114	301	109	142	363
สูงดีสมส่วน	2,237	123	97	264	262	182	178	146	109	135	150	74	170	60	97	190

ผลภาวะโภชนาการเด็กวัยเด็ก 0-5 ปี (อ้วน)



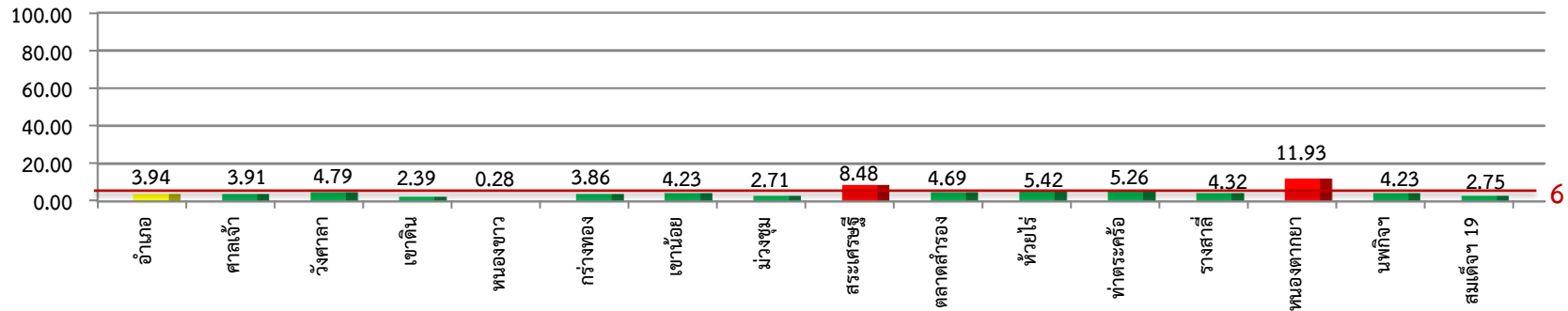
ชั้นน้ำหนัก/วัดส่วนสูง	3,576	230	167	377	353	311	307	221	165	213	203	114	301	109	142	363
อ้วน	127	11	10	12	4	7	16	12	8	9	3	6	5	4	6	14

Functional Base

การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย : กลุ่มวัยเด็ก 0-5 ปี

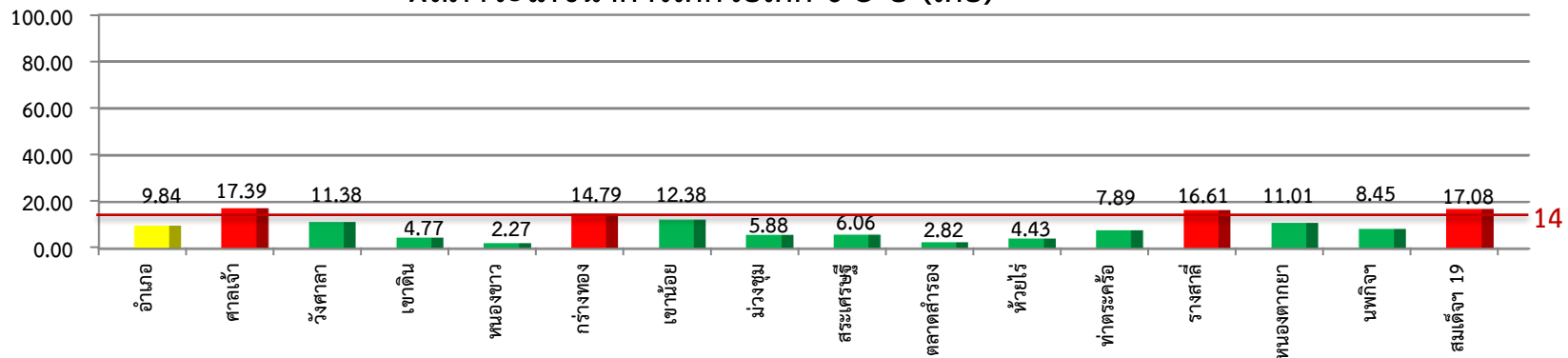
ผลการดำเนินงาน

ผลภาวะโภชนาการเด็กวัยเด็ก 0-5 ปี (ผอม)



ชั้นน้ำหนัก/วัดส่วนสูง	3,576	230	167	377	353	311	307	221	165	213	203	114	301	109	142	363
ผอม	141	9	8	9	1	12	13	6	14	10	11	6	13	13	6	10

ผลภาวะโภชนาการเด็กวัยเด็ก 0-5 ปี (เตี้ย)



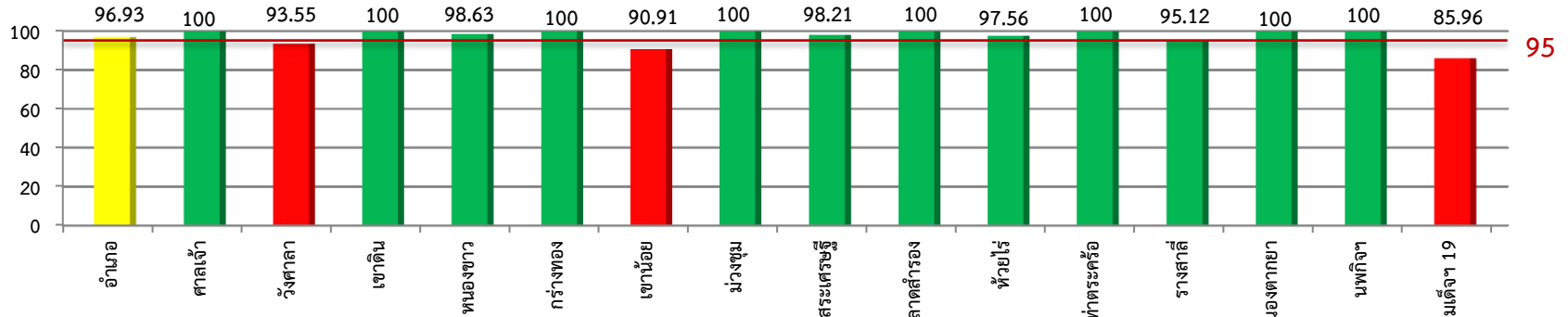
ชั้นน้ำหนัก/วัดส่วนสูง	3,576	230	167	377	353	311	307	221	165	213	203	114	301	109	142	363
เตี้ย	352	40	19	18	8	46	38	13	10	6	9	9	50	12	12	62

Functional Base

การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย : กลุ่มวัยเด็ก 0-5 ปี

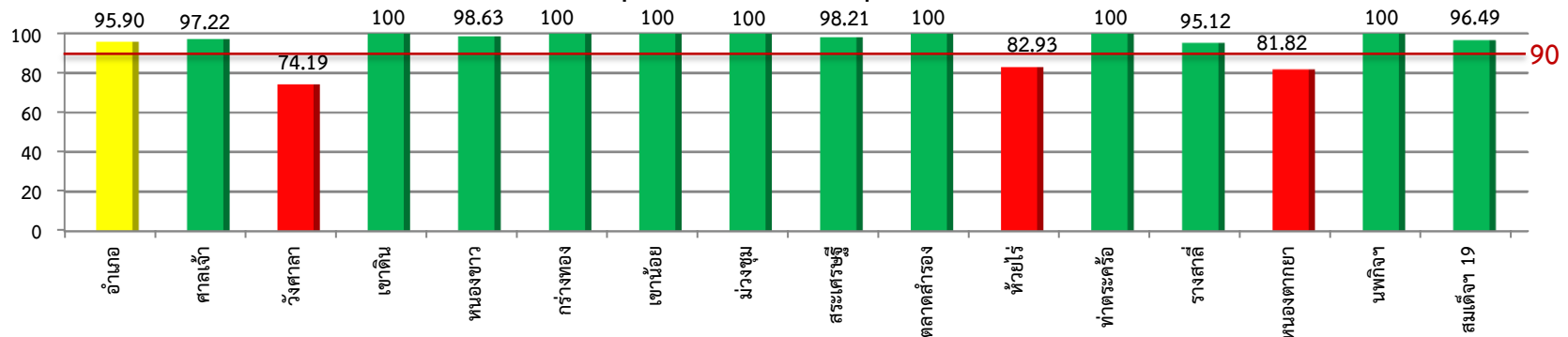
ผลการดำเนินงาน

ความครอบคลุมของเด็กครบอายุ 1 ปีได้รับวัคซีน MMR1



เป้าหมาย	586	36	31	64	73	41	33	24	56	32	41	23	41	11	23	57
ผลงาน	568	36	29	64	72	41	30	24	55	32	40	23	39	11	23	49

ความครอบคลุมของเด็กครบอายุ 1 ปีได้รับวัคซีน OPV3



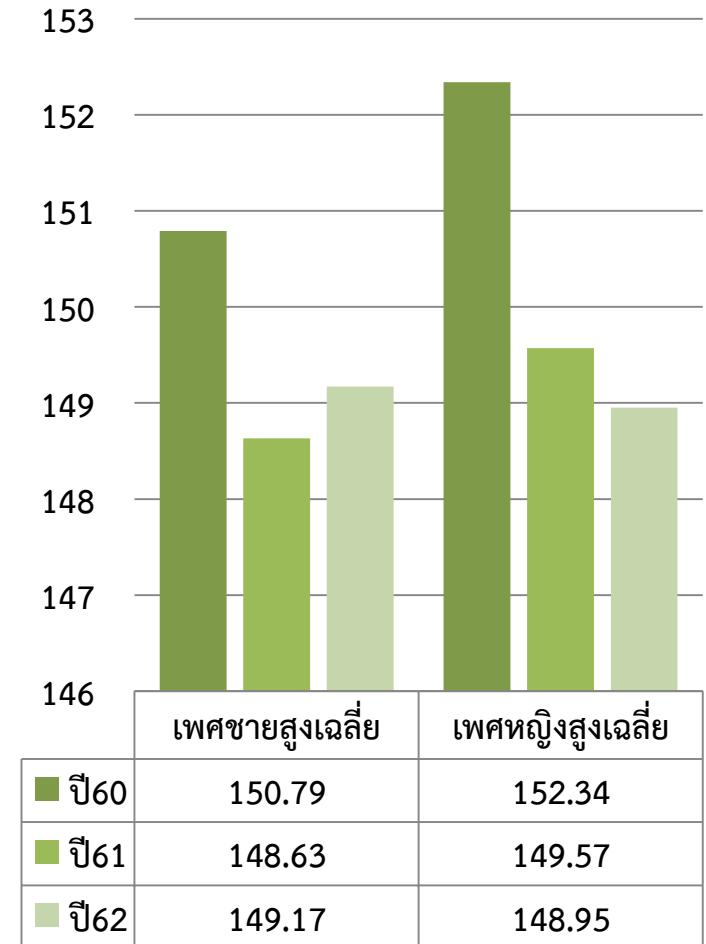
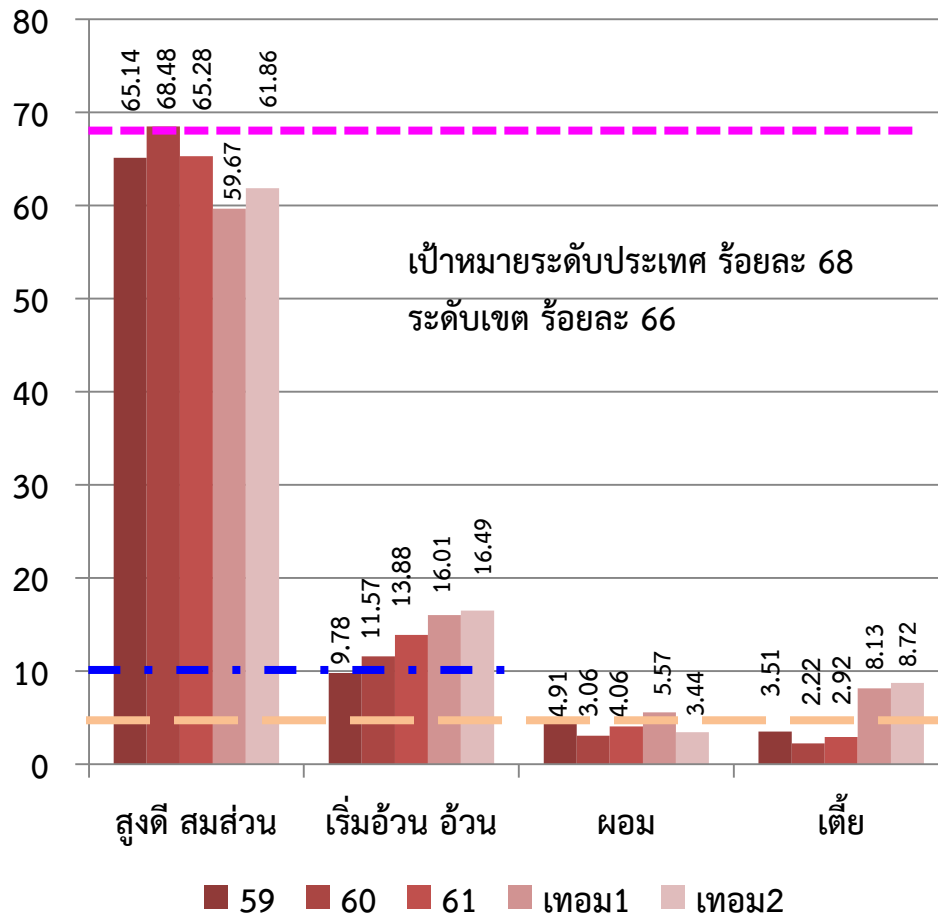
เป้าหมาย	586	36	31	64	73	41	33	24	56	32	41	23	41	11	23	57
ผลงาน	562	35	23	64	72	41	33	24	55	32	34	23	39	9	23	55

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหาอุปสรรคที่พบ และจะดำเนินการแก้ไขเอง	ข้อเสนอแนะ
1. ด้านทักษะการตรวจคัดกรองพัฒนาการ ได้มีการอบรมบุคลากรสาธารณสุข , อสม. และผู้ดูแลเด็ก/ผู้ปกครองในการช่วยส่งเสริม และกระตุ้นพัฒนาการเด็กตามกลุ่มวัย	- ควรมีการดูแลสุขภาพเด็กอย่างเป็นระบบ เช่น กรณีเมื่อพบปัญหาพัฒนาการและสุขภาพเด็กทั้งในด้านโภชนาการ และปัญหาโรคติดเชื้อต่างๆ ครู/ผู้ดูแลจะแจ้งให้ผู้ปกครองและเจ้าหน้าที่รพ.สต.ทราบ เพื่อวางแผนดำเนินการให้การช่วยเหลือและติดตามเยี่ยมบ้านเด็กแต่ละรายสม่ำเสมอทุกเดือน พร้อมทั้งให้คำแนะนำแก่ครูและผู้ปกครองในการดูแลเด็กเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ และหากไม่สามารถดูแลรักษาและแก้ปัญหาให้ดีขึ้นได้จะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเพื่อให้เด็กได้รับการดูแลถูกต้องเหมาะสม
2. ด้านการบันทึกข้อมูลการให้บริการและการส่งออก 43 แฟ้ม ได้ดำเนินการจัดประชุมเรื่อง บันทึกข้อมูลให้ผู้รับผิดชอบงานงานเด็ก 0-5 ปี	- พัฒนาการล่าช้าเมื่อส่งต่อไปรักษาที่ รพท /รพศ. ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางค่าใช้จ่ายอื่นๆ ชุมชน อบต.ควรมีงบประมาณการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเบื้องต้น

Functional Base

การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย : กลุ่มวัยเรียน



สภาพปัญหา

- ❖ การดูแลของผู้ปกครองในเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในช่วงที่อยู่นอกบ้านและปิดเทอม
- ❖ การประกอบอาหารที่ไม่เหมาะกับเด็กที่มีภาวะอ้วน เตี้ย ผอม เช่น ของทอด อาหารประเภทผัด มีส่วนประกอบของเนื้อสัตว์มาก ทั้งที่บ้านและโรงเรียนซึ่งไม่เหมาะสมกับเด็กภาวะอ้วน
- ❖ การออกกำลังกายที่ไม่สม่ำเสมอและเหมาะสมกับภาวะทุพโภชนาการของเด็ก
- ❖ มาตรฐานเครื่องชั่งน้ำหนัก และที่วัดส่วนสูง ทำให้ผลการชั่งวัดคลาดเคลื่อน
- ❖ ร้านค้าภายนอกจำหน่ายอาหาร เครื่องดื่มที่ส่งผลต่อการเพิ่มน้ำหนักของนักเรียน **ไม่สามารถควบคุมได้**
- ❖ โรงเรียน ไม่ใช้โปรแกรม THAI SCHOOL LUNCH ในการจัดอาหารกลางวัน

แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการในปี 2563

มาตรการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	งบประ มาณ
โครงการเด็กวัยเรียนสุขภาพดี สูงดีสมส่วน อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี ปี 2563						24,895
1. ประชุมชี้แจงผู้รับผิดชอบงานวัยเรียนระดับรพ.สต./รพช.	1. ร้อยละของเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 66	25 ธ.ค. 62				2,635
2. ประชุมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาทักษะบุคลากรด้านการศึกษาและจนท. สาธารณสุขเพื่อส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน ไม่อ้วน ผอมเตี้ยและเทคนิคการคัดกรอง	2. ร้อยละของเด็กอ้วนและเริ่มอ้วน ไม่เกินร้อยละ 10 3. เด็กวัยเรียน (6-14 ปี) มีภาวะเตี้ย ไม่เกินร้อยละ 5 4. เด็กวัยเรียน (6-14 ปี) มีภาวะผอม ไม่เกินร้อยละ 5		12 ก.พ.63			22,260
3. เฝ้าระวังภาวะโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง และนำเข้าข้อมูลสถานการณ์ 2 รอบ		ต.ค. - ธ.ค. 62		พ.ค. - มิ.ย. 63	ก.ค. 63	

Functional Base

การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย : กลุ่มวัยเรียน

แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการในปี 2563

มาตรการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	งบประมาณ
4. เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจObesity sign 3-4 อาการ (คอดำ นิ่งหลับ นอนกรน ประวัติครอบครัว NCD) หากมีรายที่ผิดปกติให้ทำการส่งต่อไปยัง NCD Clinic		ต.ค. - ธ.ค. 62		พ.ค. - มิ.ย. 63	ก.ค. 63	
5. รณรงค์และผลักดันให้เด็กมีนมจืดยืดความสูงวันละ 2-3 แก้ว		พ.ย. 62	← วันเด็ก แห่งชาติ →	พ.ค. - มิ.ย. 63	ส.ค. - ก.ย. 63	
6. ติดตามอบรมFamily coaches ในเรื่องของการดูแลด้านการกิน การออกกำลังกาย และการนอน ให้แก่ผู้ปกครอง ของนักเรียนโรงเรียนยูงเหี่ยว-เขี้ยวและ โรงเรียนวีรศิลป์					ก.ค. 63	

การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย : กลุ่มวัยเรียน

แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการในปี 2563

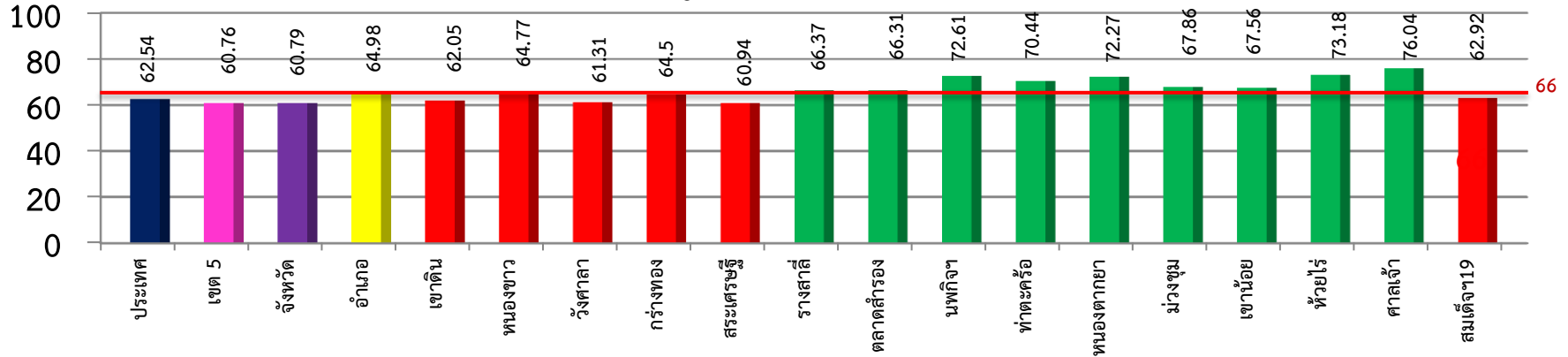
มาตรการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	งบประมาณ
7. จัดกิจกรรมออกกำลังกายที่มีการยืดตัว และส่งผลต่อการเกิดแรงกดดันต่อกระดูกวันละ 60 นาที โดย ทำต่อเนื่อง ครั้งละ 20-30 นาที						
8. ติดตามผลการคัดกรองจากรายงานผ่านทางระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ประเมินผลงาน HDC						

Functional Base

การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย : กลุ่มวัยเรียน

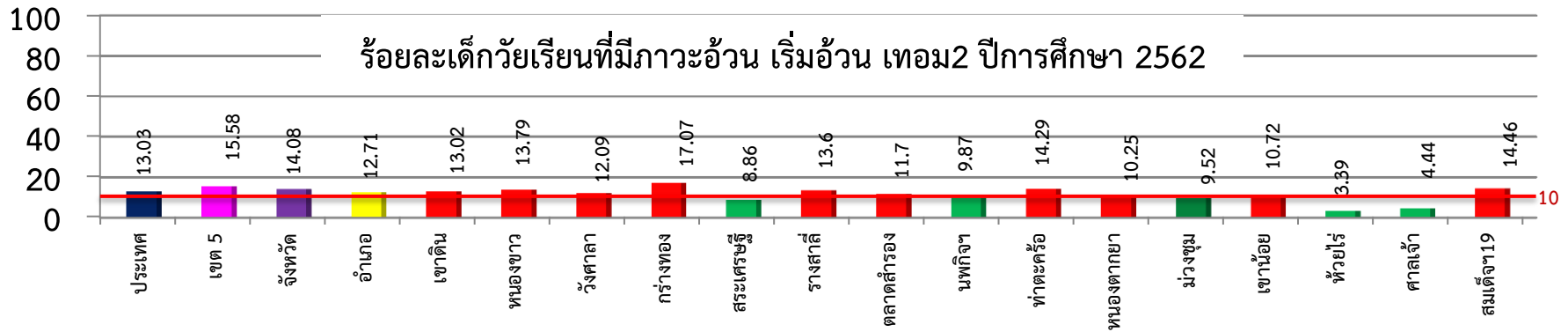
ผลการดำเนินงาน

ร้อยละเด็กวัยเรียนสูงตีสัดส่วน เทอม2 ปีการศึกษา 2562



นักเรียนทั้งหมด	10,689	722	457	579	369	361	559	282	314	203	440	252	373	384	338	5,056
นักเรียนที่สูงตีสัดส่วน	6,946	448	296	355	238	220	371	187	228	143	318	171	252	281	257	3,181

ร้อยละเด็กวัยเรียนที่มีภาวะอ้วน เริ่มอ้วน เทอม2 ปีการศึกษา 2562



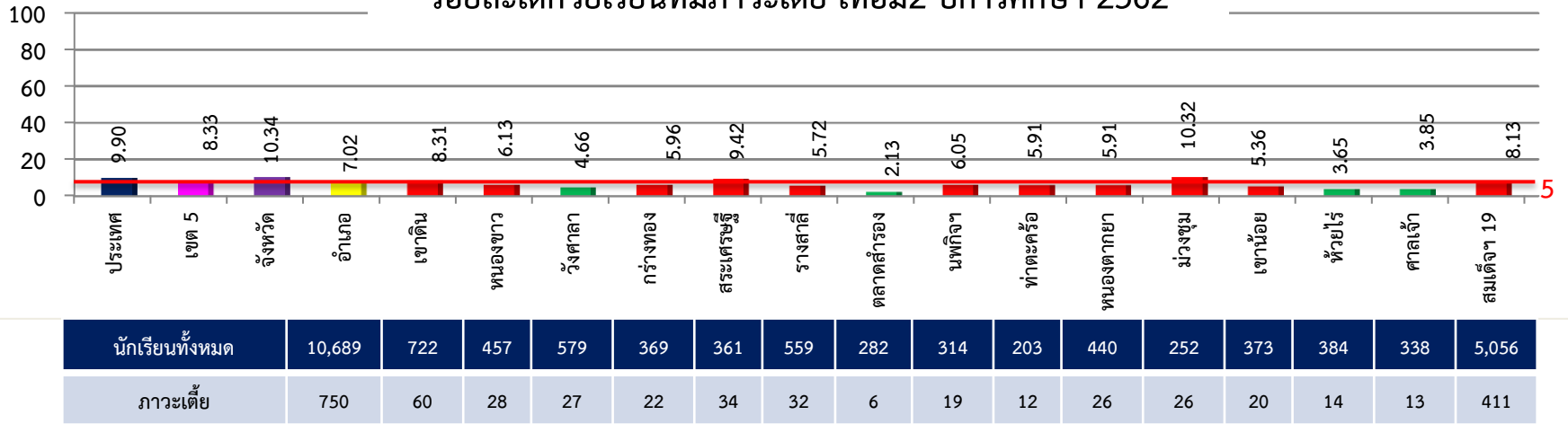
นักเรียนทั้งหมด	10,689	722	457	579	369	361	559	282	314	203	440	252	373	384	338	5,056
ภาวะอ้วน เริ่มอ้วน	1,359	94	63	70	63	32	76	33	31	29	45	24	40	13	15	731

Functional Base

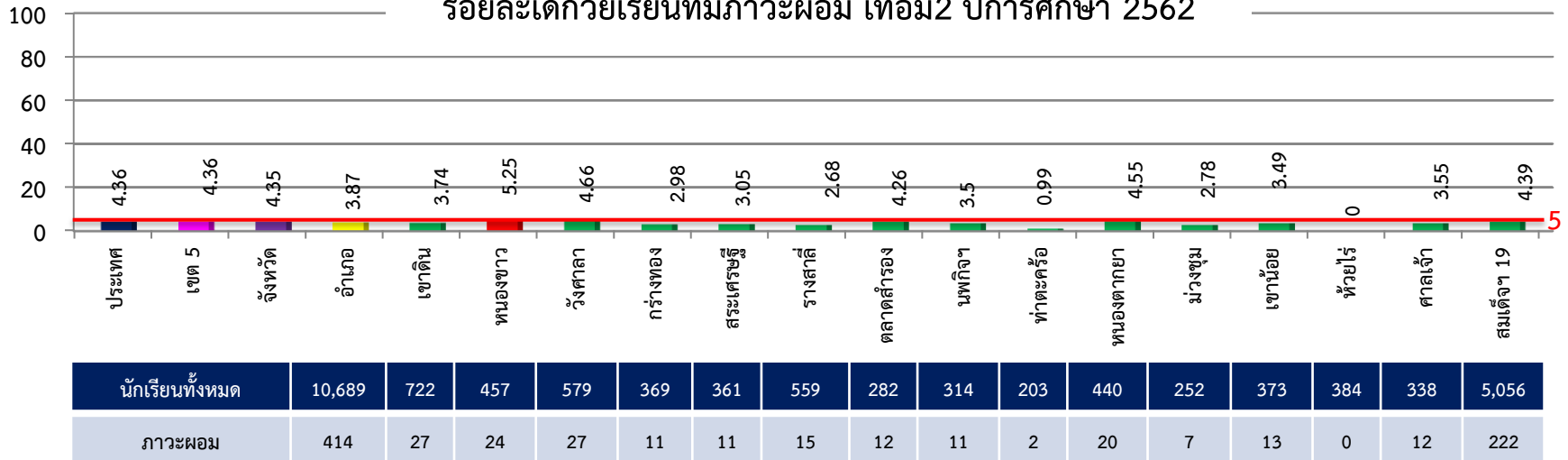
การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย : กลุ่มวัยเรียน

ผลการดำเนินงาน

ร้อยละเด็กวัยเรียนที่มีภาวะเตี้ย เทอม2 ปีการศึกษา 2562



ร้อยละเด็กวัยเรียนที่มีภาวะผอม เทอม2 ปีการศึกษา 2019-2020

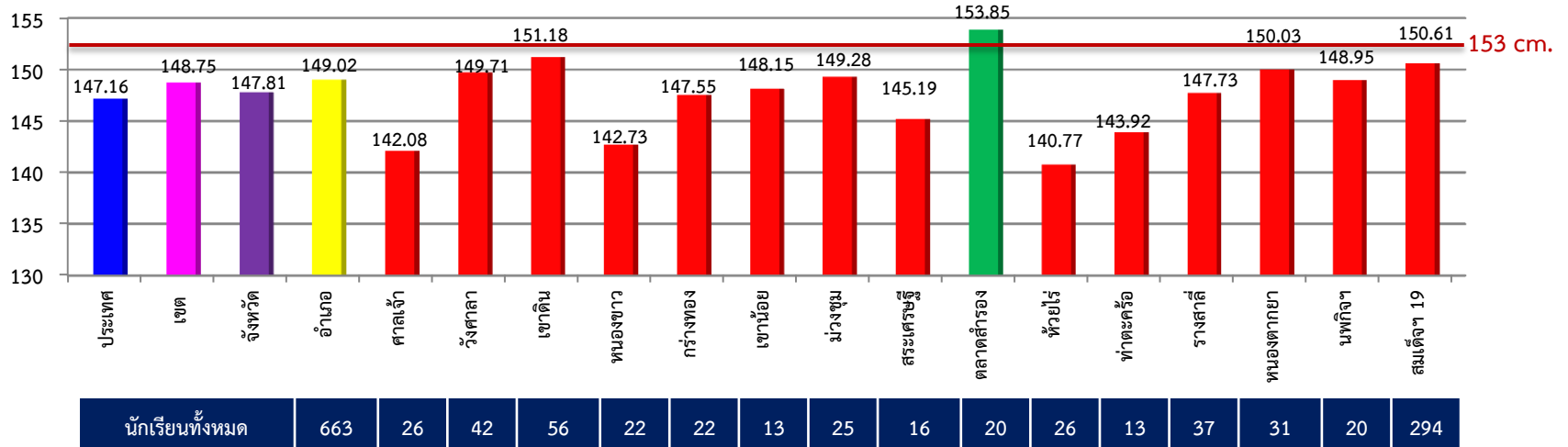


Functional Base

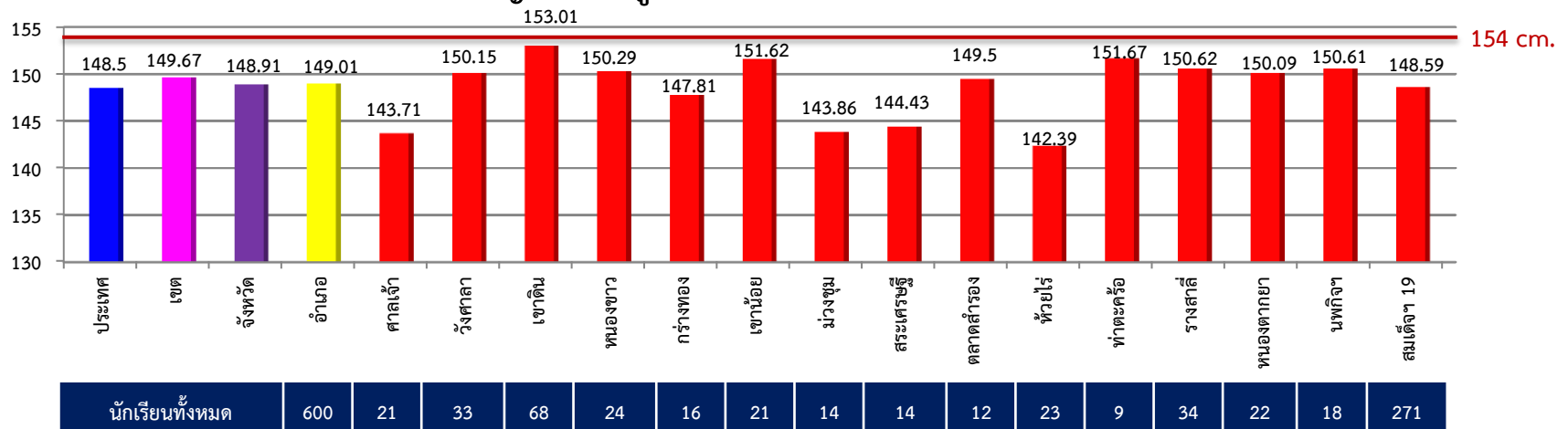
การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย : กลุ่มวัยเรียน

ผลการดำเนินงาน

เด็กวัยเรียน ชาย มีส่วนสูงเฉลี่ย เทอม 2 ปีการศึกษา 2562



เด็กวัยเรียน หญิง มีส่วนสูงเฉลี่ย เทอม 2 ปีการศึกษา 2562



Functional Base

การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย : กลุ่มวัยรุ่น

ผลการดำเนินงาน

ผลการตรวจ Obesity sign/ซีกประวัติ : คอดำ นิ่งหลับ นอนกรนและประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจและหลอดเลือด ปี 2562 (ภาคเรียนที่ 1)



อ.ท่าม่วง ตรวจ 1,385 คน ร้อยละ 11.71 พบ 3-4 อาการ 38 คน ร้อยละ 4.53

DTX ผิดปกติ - คน ส่งต่อ Service plan - คน

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

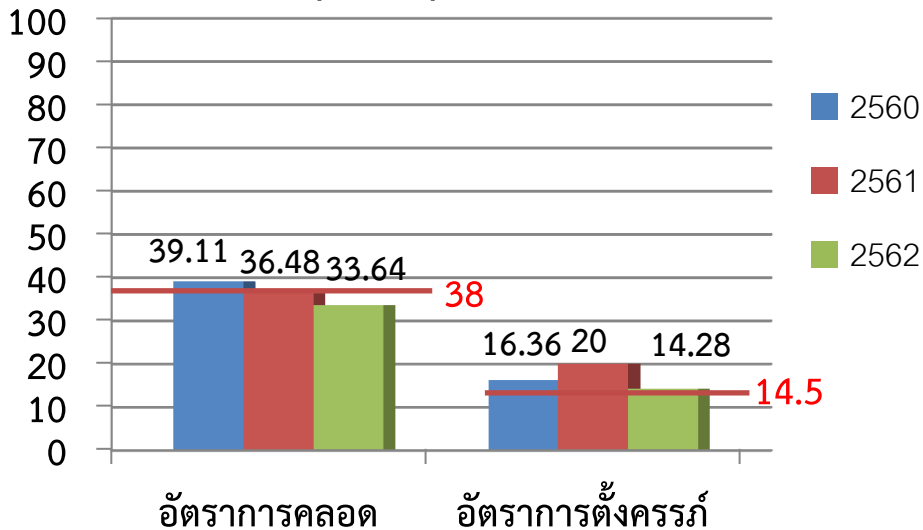
ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข
1. ข้อมูลจากรายงานงานโภชนาการของ HDC บางสถานบริการยังไม่ได้บันทึกข้อมูล	แจ้งผู้รับผิดชอบบันทึกข้อมูล ตรวจสอบข้อมูล ภายใน เดือน กุมภาพันธ์
2. การดูแลเด็กอ้วนยังไม่ได้ บูรณาการร่วมกัน ทั้งสาธารณสุข โรงเรียน และผู้ปกครอง	<u>สาธารณสุข</u> คัดกรอง Obesity sign ส่งต่อ เข้า ระบบ Service Plan : เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงปรับพฤติกรรมที่ DPAC Clinic : เด็ก Obesity sign +กลุ่มป่วย ปรับพฤติกรรมที่ NCD clinic
3. โรงเรียนบางแห่งยังไม่เห็นความสำคัญ ผลประโยชน์ทับซ้อน (ร้านขายอาหารและเครื่องดื่มในโรงเรียน)	ประสานงานทางโรงเรียนในการจัด จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม
4. ไม่สามารถควบคุมร้านค้าภายนอกรอบบริเวณโรงเรียนในการจำหน่ายอาหาร เครื่องดื่ม	
5. การเก็บข้อมูลน้ำหนัก ส่วนสูงนักเรียน แต่ยังไม่มีการตรวจสอบข้อมูลคุณภาพ มาตรฐานเครื่องชั่งน้ำหนัก และที่วัดส่วนสูง ทำให้ผลการชั่งวัดคลาดเคลื่อน	แนะนำการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงที่ถูกต้อง รวมทั้งการตรวจสอบเครื่องชั่งน้ำหนัก

มาตรการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	งบประมาณ
6. ติดตามอบรมFamily coaches ในเรื่องของการดูแลด้านการกิน การออกกำลังกายและการนอน ให้แก่ผู้ปกครองของนักเรียนโรงเรียนยูงเหี่ยวเหี้ยะเลี้ยว และ โรงเรียนวีรศิลป์					ก.ค.63	

กิจกรรม หุ่นสวยด้วยตัวเรา โรงเรียนยูงเหี่ยวเหี้ยะเลี้ยว	1.ชี้แจงให้นักเรียนทราบกิจกรรมการดำเนินงานกิจกรรมหุ่นสวยด้วยตัวเรา 2.รวบรวมรายชื่อนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินที่เข้าร่วมกิจกรรม และบันทึกข้อมูลน้ำหนักส่วนสูงไว้ 3.เชิญผู้ปกครองนักเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมประชุมให้ความรู้กิจกรรมหุ่นสวยด้วยตัวเรา 4.เชิญเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 มาเป็นวิทยากรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน การเลือกกินอาหาร และการออกกำลังกาย 5.ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงนักเรียนหลังเข้าร่วมกิจกรรม และสรุปกิจกรรม นักเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 55 คน น้ำหนักลด 9 คน คิดเป็นร้อยละ 16.36
---	--

สถานการณ์ / สภาพปัญหา

วัยรุ่น อายุ 15 - 19 ปี



ปัญหาที่พบ

1. ในสถาบันการศึกษา การค้นหาและดูแลกลุ่มเสี่ยง ยังไม่ทั่วถึง และครอบคลุม เนื่องจากเด็กยังไม่มีควมไว้วางใจในการเปิดเผยข้อมูล การเข้าถึงข้อมูลจึงเป็นไปได้ยาก
2. บริการเชิงรุกเข้าไม่ถึงกลุ่มวัยรุ่นนอกระบบการศึกษา การเข้าหาวัยรุ่นนอกระบบทำได้ยาก เนื่องจากวัยรุ่นเหล่านี้ต้องออกไปทำงาน ยัง ไม่มีพื้นที่สำหรับวัยรุ่นนอกระบบ
3. การคุมกำเนิดก่อนกลับบ้านยังทำไม่ได้ทุกราย เนื่องจากบางครั้งสภาพร่างกาย จิตใจผู้ป่วยไม่พร้อม ในการฝังยา เช่น ตกเลือดหลังคลอด วัยรุ่นไม่กล้าตัดสินใจ ผู้ปกครองหรือสามีไม่ยินยอม น้ำหนักเกินเกณฑ์
4. ยังขาดการติดตามมารดาวัยรุ่นในเรื่องการคุมกำเนิดอย่างต่อเนื่องในรายที่ไม่ได้ฝังยาว่ามีรับบริการคุมกำเนิดชั่วคราวหรือไม่ หรือในรายที่ฝังยาไปเอาออกที่อื่นหรือไม่

แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการในปี 2563

โครงการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	งบประมาณ
ส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยรุ่น ในการป้องกันการตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ซ้ำ อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี						27,600
1.ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานวัยรุ่น ป้องกันส่งเสริม ภาวะสุขภาพให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานวัยรุ่น	1.อัตราการคลอดมีชีพในอายุ 10 – 14 ปี ไม่เกิน 1.2 ต่อพันประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 2.อัตราการคลอดมีชีพในอายุ 15 – 19 ปี ไม่เกิน 38 ต่อพันประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 3.หญิงอายุ 15-19 ปี ตั้งครรภ์ซ้ำ ไม่เกินร้อยละ 14.5 4.จัดบริการด้านสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชนใน PCC 2 แห่ง รพสต.บ้านศาลเจ้าโพรงไม้ รพสต. บ้านหนองขาว	พ.ย. 62				27,600

Functional Base

การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย : กลุ่มวัยรุ่น

แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการในปี 2563

โครงการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	งบประมาณ
2.ดำเนินกิจกรรม โรงเรียนพ่อแม่ ให้คำปรึกษาข้อดี ข้อเสีย ของการคุมกำเนิดกึ่งถาวร ให้วัยรุ่น และครอบครัว ตั้งแต่ในคลินิกฝากครรภ์						
3.บริการด้านสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Service)ในรพ.สต ตามเกณฑ์มาตรฐานของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์						
4.อบรมเชิงปฏิบัติการ การป้องกันการตั้งครรภ์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แก่นักเรียน				มิ.ย. 63		

Functional Base

การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย : กลุ่มวัยรุ่น

แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการในปี 2563

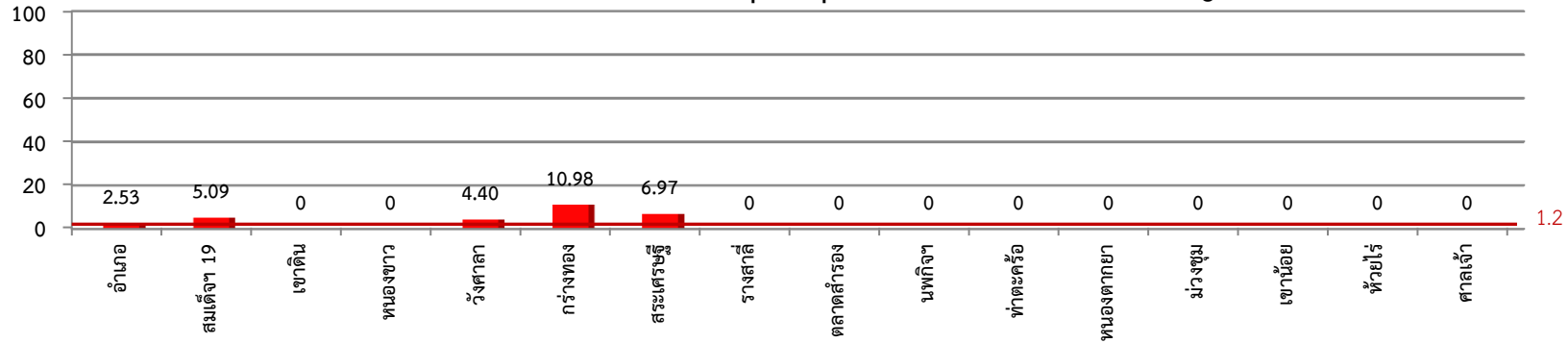
โครงการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	งบประมาณ
5.บริการคุมกำเนิดและวางแผนครอบครัวให้กับหญิงหลังคลอดที่อายุต่ำกว่า 20 ปี ก่อนออกจากโรงพยาบาล เช่น ผังยาคุมกำเนิดฟรี ,ฉีดยาคุมกำเนิด , ยาเม็ดกินคุมกำเนิด						
6.ติดตามการคุมกำเนิดมารดาวัยรุ่นทุกเดือน						
7.บันทึกข้อมูล และรายงานผลการให้บริการการคุมกำเนิด						
8.ประชุม กำกับ ติดตามผลการดำเนินงานวัยรุ่น และการคุมกำเนิด			มี.ค.63		ก.ย. 63	

Functional Base

การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย : กลุ่มวัยรุ่น

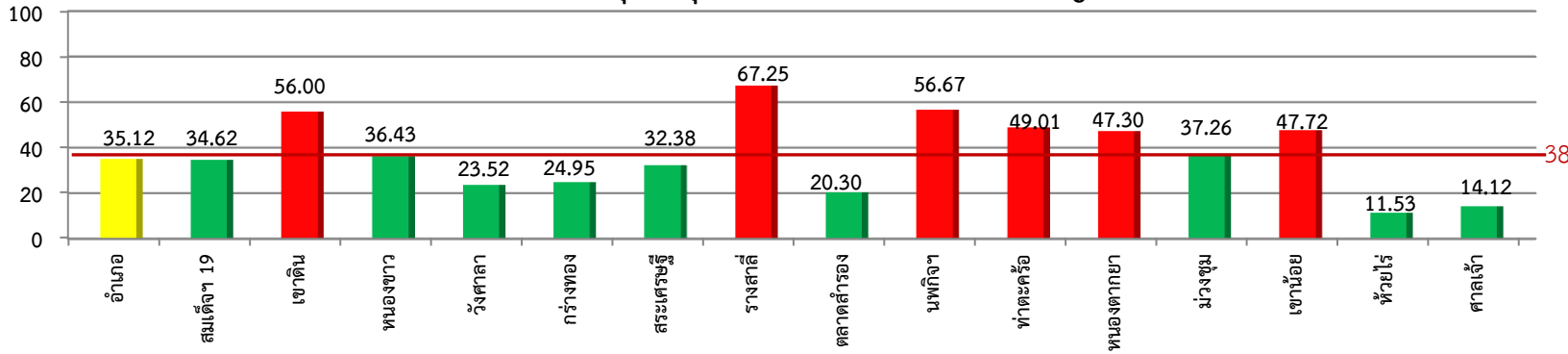
ผลการดำเนินงาน

อัตราการคลอดมีชีพของวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี (พันต่อประชากรหญิง)



ปชก.หญิงอายุ 110-14 ปีทั้งหมด	2,766	275	182	229	318	255	201	200	132	95	103	131	152	152	100	241
คลอดบุตร	5	1	0	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

อัตราการคลอดมีชีพของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี (พันต่อประชากรหญิง)



ปชก.หญิงอายุ 15-19 ปีทั้งหมด	2,788	275	170	224	347	218	168	182	134	120	111	115	146	171	118	289
คลอดบุตร	72	7	7	6	6	4	4	9	2	5	4	4	4	6	1	3

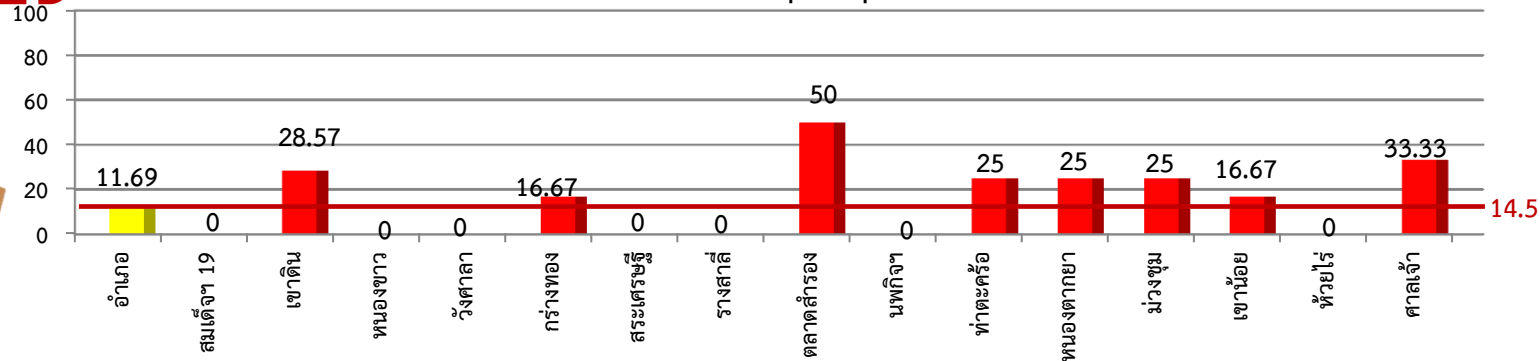
Functional Base

การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย : กลุ่มวัยรุ่น

ผลการดำเนินงาน

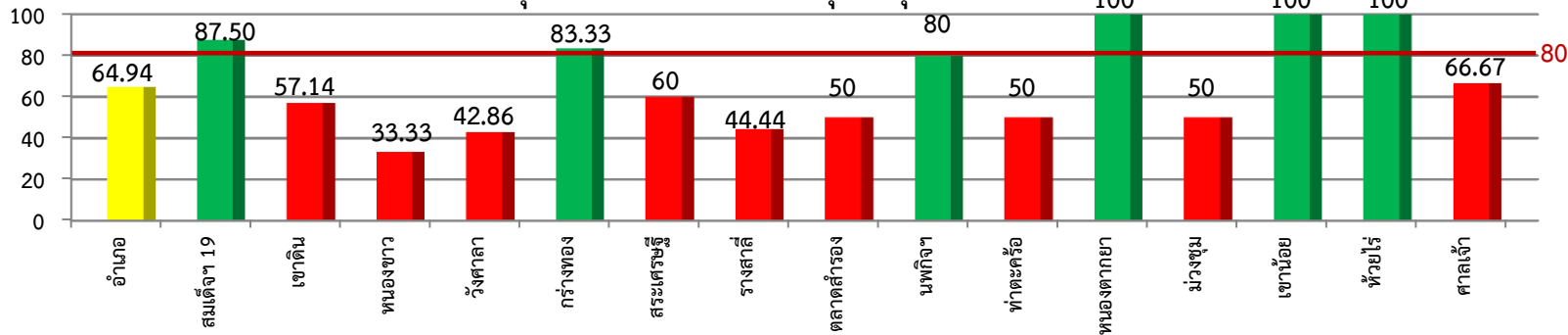
การตั้งครุฑจำนวน 9 ราย เป็นการตั้งครุฑ เนื่องจากมีความพร้อม และต้องการมีบุตร

ร้อยละการตั้งครุฑซ้ำของวัยรุ่นอายุ 15 -19 ปี



จำนวนหญิงหลังคลอดและหลังแท้ง	77	8	7	6	7	6	5	9	2	5	4	4	4	6	1	3
คลอดบุตร	9	0	2	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1

ร้อยละการคุมกำเนิดกึ่งถาวรของวัยรุ่นอายุ 15 -19 ปี



จำนวนหญิงหลังคลอดและหลังแท้ง	77	8	7	6	7	6	5	9	2	5	4	4	4	6	1	3
คุมกำเนิดกึ่งถาวร	50	7	4	2	3	5	3	4	1	4	2	4	2	6	1	2

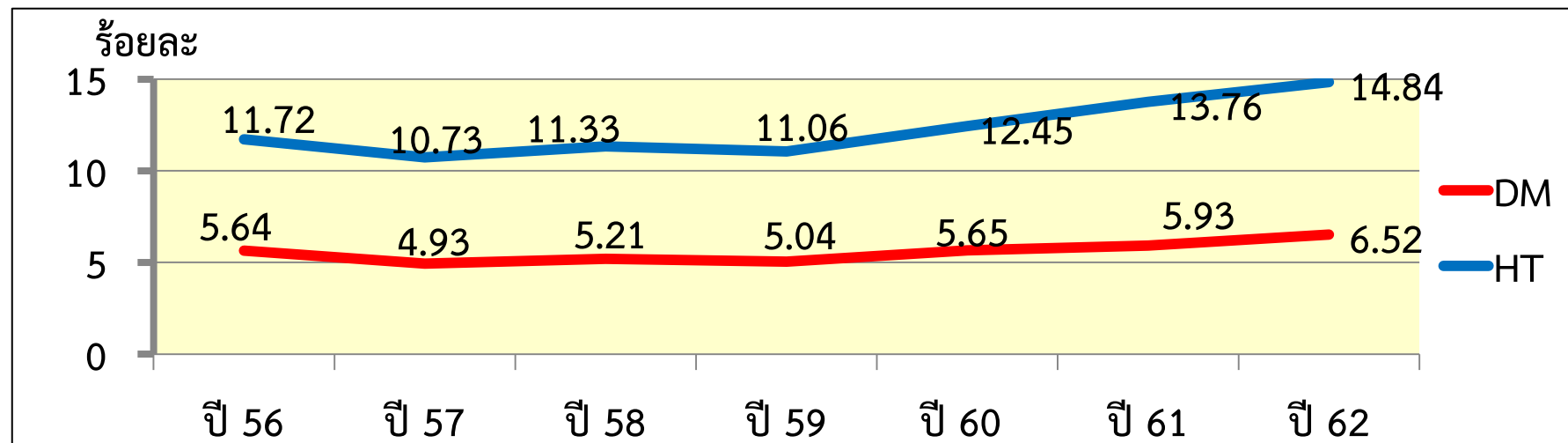
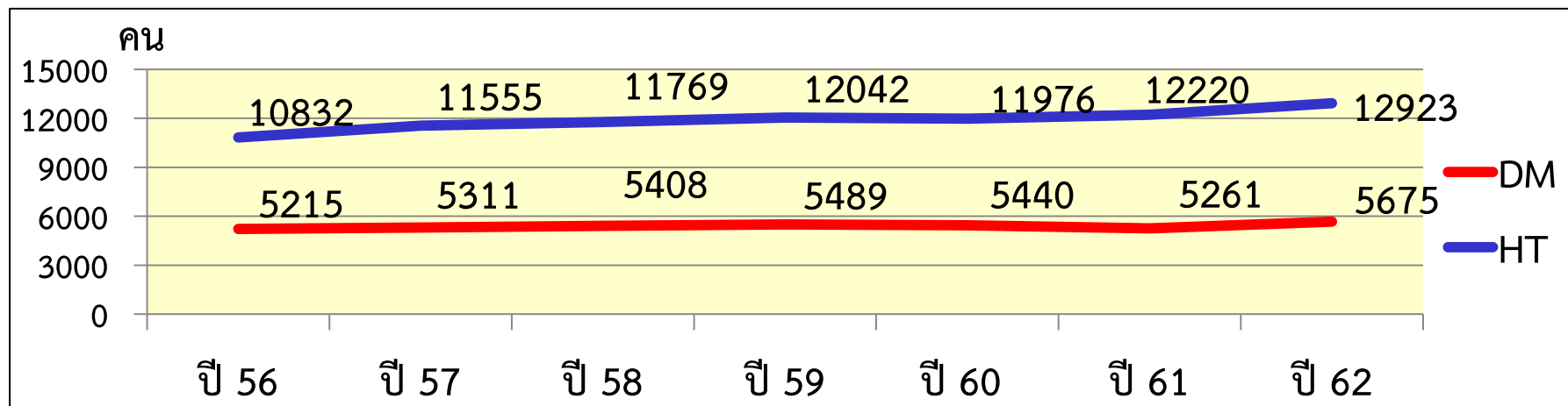
ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

1. การสอนเพศศึกษารอบด้าน /พฤติกรรมเสี่ยง ในโรงเรียนมัธยม และขยายโอกาสในพื้นที่ที่มีมารดาวัยรุ่นสูง เกินเกณฑ์ยังทำได้ไม่ครอบคลุม วัยรุ่นนอกระบบการศึกษายังไม่สามารถเข้าไปให้ความรู้ได้
2. การคุมกำเนิดก่อนกลับบ้านยังทำไม่ได้ทุกราย เนื่องจากบางครั้งสภาพร่างกาย จิตใจผู้ป่วยไม่พร้อม ในการ ฝังยา เช่น น้ำหนักเกินเกณฑ์ ผู้ปกครองหรือสามีไม่ยินยอม ตกเลือดหลังคลอด วัยรุ่นบางรายมีความพร้อม ในการมีบุตร ไม่ต้องการคุมกำเนิด แต่งงานใหม่
3. การดำเนินงาน คลินิกYFHS ใน รพ.สต. ยังไม่ครอบคลุม
4. มีการติดตามมารดาวัยรุ่นในเรื่องการคุมกำเนิดต่อในรายที่ไม่ได้ฝังยาว่ามีรับบริการคุมกำเนิดชั่วคราวต่อ หรือไม่ หรือในรายที่ฝังยาไปเอาออกที่อื่นหรือไม่ ได้ในบางสถานบริการ

Functional Base

การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย : กลุ่มวัยทำงาน

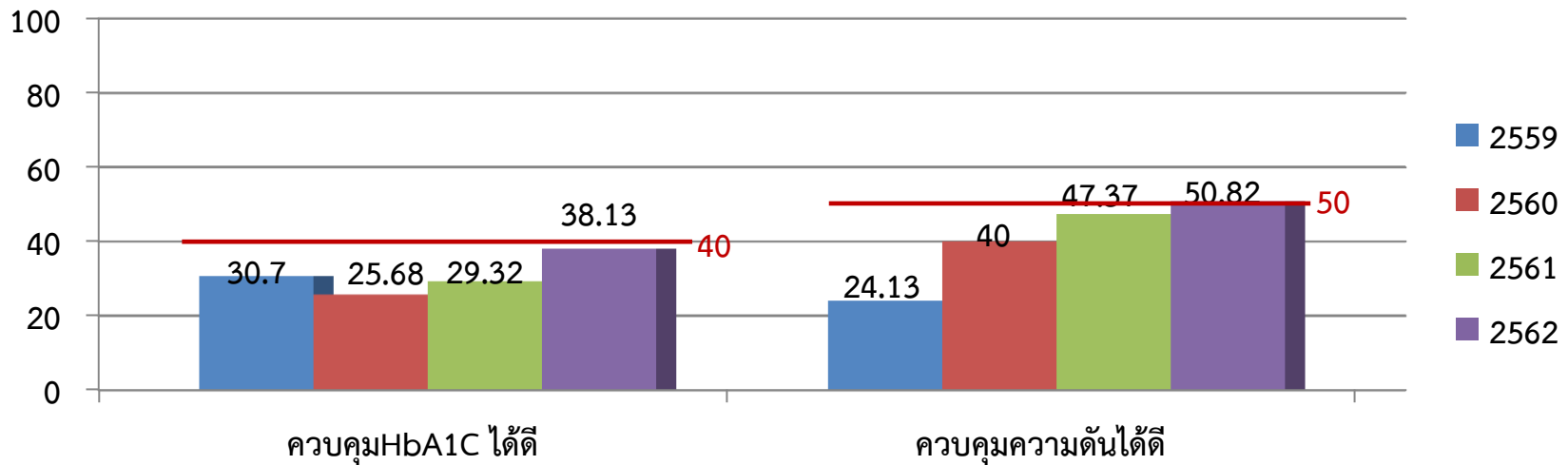
สถานการณ์ / สภาพปัญหา



Functional Base

การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย : กลุ่มวัยทำงาน

สถานการณ์ / สภาพปัญหา



ปัญหาที่พบ

1. พบกลุ่มผู้ป่วยรายใหม่ ในกลุ่มโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น
2. การควบคุมโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย
3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ขาดการติดตามอย่างต่อเนื่อง
4. สภาพแวดล้อมไม่ส่งเสริมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
5. การดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังขาดความรู้สึกรับรู้การเป็นเจ้าของปัญหาของชุมชน

Functional Base

การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย : กลุ่มวัยทำงาน

แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการในปี 2563

โครงการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	งบประ มาณ
โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการ จัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง คปสอ.ท่าม่วง 2563						216,216
1. ขับเคลื่อนหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใน ชุมชน	- การตรวจติดตามกลุ่ม สงสัยป่วย โรคเบาหวาน และ/หรือความดัน โลหิตสูง ร้อยละ 60 - ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 40 - ผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูงควบคุมความดันโลหิต ได้ดีตามเกณฑ์ ร้อยละ 50					
1.1 บูรณาการงานNCDในตำบล จัดการสุขภาพ 1 รพ.สต. หมู่บ้าน				ก.ค.63		
1.2 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผู้รับผิดชอบ งาน NCD และตำบล จัดการสุขภาพ (1 ครั้ง)						
2.1 คัดกรองเชิงรุกในประชากรกลุ่มเป่า หมาย (ประชากร 35 ปีขึ้นไป)		พ.ย. - ธ.ค.62 (80 %)	ม.ค. - ก.พ.62 (90 %)			216,216
2.1.1 คัดกรองโรค DM/HT				(100 %)	(100 %)	
2.1.2 คัดกรองสุขภาพจิต และจิตเวช						

Functional Base

การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย : กลุ่มวัยทำงาน

แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการในปี 2563

โครงการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	งบประ มาณ
3. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงสูง และกลุ่มป่วย						
3.1 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง		(30 %)	↔ (40 %)	(50 %)	(60 %)	
3.2 ปรับปรุงแนวทางการการดูแลผู้ป่วยDM HT ที่มีภาวะแทรกซ้อน		ต.ค.62 (20 %)	(30 %)	(40 %)	(50 %)	
3.3 กิจกรรม self health group ในผู้ป่วยที่ admit ในโรงพยาบาล		พ.ย. - ธ.ค.62 (30 %)	ม.ค. - มี.ค.63 (40 %)	เม.ย. - มิ.ย.63 (50 %)	ก.ค. - ส.ค.63 (60 %)	
4. พัฒนาการดำเนินงาน NCD clinic คุณภาพ		←-----→ ก.ค.63				
4.1 ดำเนินงานตามองค์ประกอบ NCD clinic คุณภาพ			ผ่าน ระดับดี	ผ่านระดับ ดีมาก		

Functional Base

การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย : กลุ่มวัยทำงาน

แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการในปี 2563

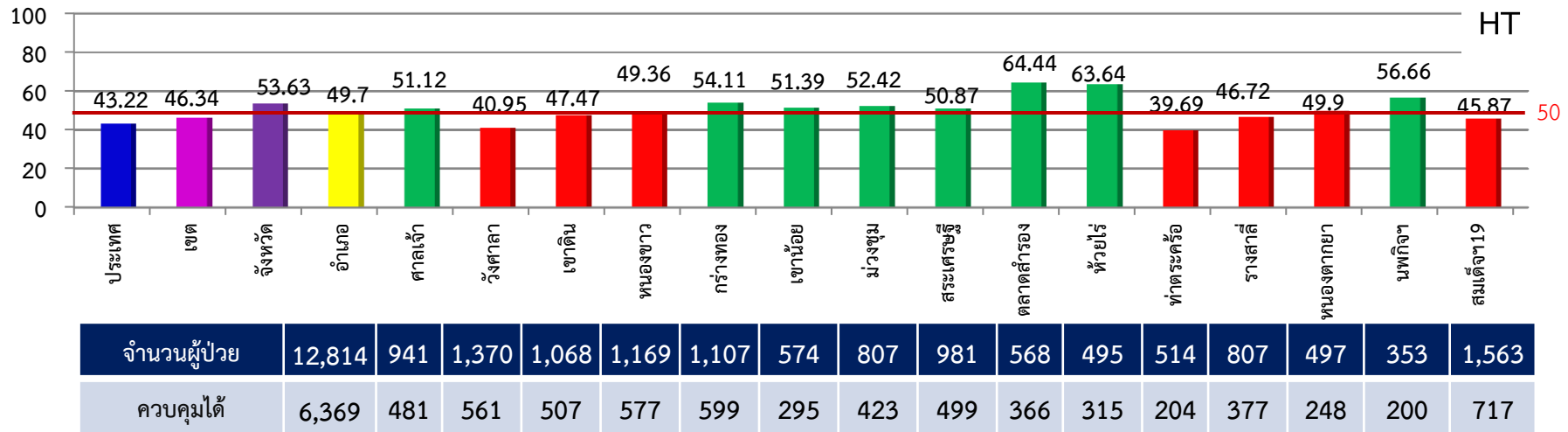
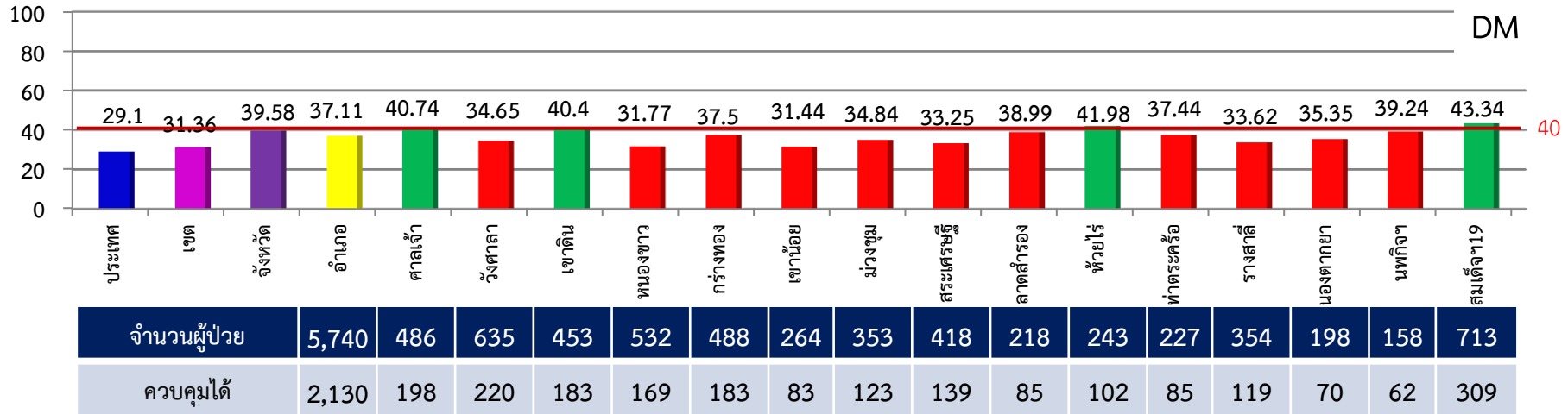
โครงการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	งบประ มาณ
4.2 ติดตามการประเมินตนเอง/รับประเมิน NCD คลินิกคุณภาพ		ธ.ค.62		พ.ค.62		
<u>มาตรการ 3 เฝ้าระวังและติดตามประเมินผล</u>						
5. พัฒนาระบบการเฝ้าระวังและดูแลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย DM HT						
5.1 ประชุมคณะกรรมการ NCD ระดับอำเภอ		พ.ย.62	ก.พ.63	พ.ค.63	ส.ค.63	
5.2 นิเทศติดตาม ประเมินผล การดำเนินงาน ตามตัวชี้วัด		ธ.ค.62	มี.ค.63	มิ.ย.63	ก.ย.63	
5.3 ส่งพยาบาลผู้รับผิดชอบ NCD คลินิกอบรม หลักสูตรผู้จัดการ รายกรณี			เม.ย.63			
5.4 อบรม mini case manager			ม.ค.63			

Functional Base

การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย : กลุ่มวัยทำงาน

ผลการดำเนินงาน

ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมได้



Functional Base

การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย : กลุ่มวัยทำงาน

ผลการดำเนินงาน

ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยโรคเบาหวาน

หน่วยบริการ	ได้รับการตรวจยืนยันโดย FBS		
	เป้าหมาย (B)	ผลงาน (A)	%
รพสต.บ้านศาลเจ้าโพรงไม้	0	0	0
สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ	27	5	18.52
รพสต.บ้านเขาดิน	4	4	100
รพสต.บ้านหนองขาว	1	1	100
รพสต.บ้านกร่างทอง	1	1	100
รพสต. บ้านเขาน้อย	0	0	0
รพสต.บ้านม่วงชุม	7	7	100
รพสต.บ้านสระเศรษฐี	1	1	100
รพสต. บ้านตลาดสำโรง	1	1	100
รพสต.บ้านห้วยไร่	3	3	100
รพสต. บ้านท่าตะคร้อ	4	2	50
รพสต.บ้านรางสาละ	38	38	100
รพสต. บ้านหนองตากยา	20	20	100
รพสต. นพกิจโกศล	12	9	75
รพ.สมเด็จพระสังฆราชฯ	4	3	75
รวม	123	95	77.24

Functional Base

การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย : กลุ่มวัยทำงาน

ผลการดำเนินงาน

ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยโรคความดันโลหิตสูง

หน่วยบริการ	ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิต HBP		
	เป้าหมาย (B)	ผลงาน (A)	%
รพสต.บ้านศาลเจ้าโพรงไม้	1	1	100
สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ	6	5	83.33
รพสต.บ้านเขาดิน	0	0	0
รพสต.บ้านหนองขาว	3	3	100
รพสต.บ้านกร่างทอง	2	2	100
รพสต. บ้านเขาน้อย	16	16	100
รพสต.บ้านม่วงชุม	27	26	96.3
รพสต.บ้านสระเศรษฐี	1	1	100
รพสต. บ้านตลาดสำโรง	0	0	0
รพสต.บ้านห้วยไร่	30	30	100
รพสต. บ้านท่าตะคร้อ	11	9	81.82
รพสต.บ้านรางสาสี่	38	38	100
รพสต. บ้านหนองตากยา	110	101	91.82
รพสต. นพกิจโกศล	21	11	52.38
รพ.สมเด็จพระสังฆราชฯ	145	145	100
รวม	411	388	94.40

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
1. การคัดกรองค้นหาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วย ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ในบางหน่วยบริการ ภาพรวมอำเภอยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย	1. ให้ผู้รับผิดชอบงานสถานบริการ ที่ยังคัดกรองไม่บรรลุเป้าหมาย เร่งรัดคัดกรองต่อ 2. ให้ผู้รับผิดชอบงานทุกสถานบริการเร่งดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง
2. พบกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยรายใหม่ โรค NCD จำนวนมาก ขาดความต่อเนื่องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	<u>มาตรการ</u> : ส่งเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยง 1. คืบข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มสงสัยป่วยเพื่อให้เร่งรัดปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และประเมินผล 2. บูรณาการกับงานสุขศึกษา โภชนาการ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3. พัฒนาความรู้ให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย อสม., อสม. ชีวชาญ , Care giver , ทีมหมอครอบครัว 4. ชุมชน ลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อ

Functional Base

การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย : กลุ่มวัยผู้สูงอายุ

สถานการณ์ / สภาพปัญหา

ปี 62 อ.ท่าม่วง พบว่า



18,608 คน (19.46%)

ในอนาคต



สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (20%)

การดำเนินการ LTC ใน ปี 62



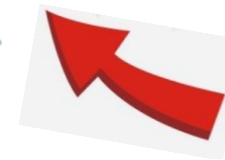
ผู้สูงอายุติดสังคม

15,339/15,565 คน (98.55%)



ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

226 คน (1.45 %)



Care giver 87 คน



Care manager 17 คน

Functional Base

การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย

: กลุ่มวัยผู้สูงอายุ

แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการในปี 2563

โครงการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	งบปร มาณ
โครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อำเภอท่าม่วง ปี 2563						60,180
<u>มาตรการที่ 1 สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ(Geriatric Syndromes)</u> 1.ประชุมเชิงปฏิบัติการการใช้โปรแกรม ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (โปรแกรมLTC)	- ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม care plan - ร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ - ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรองการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน(ADL) - ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรองโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และGeriatric syndromes	พ.ย. 62				6,080
2. ตรวจประเมิน ADL จัดกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อการดูแล		← ร้อยละ 30	ร้อยละ 90	≥ร้อยละ 90	≥ร้อยละ 90 →	

Functional Base

การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย

: กลุ่มวัยผู้สูงอายุ

แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการในปี 2563

โครงการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	งบประ มาณ
3.ตรวจคัดกรอง/ประเมินกลุ่ม Geriatric Syndrome , โรคที่เป็นปัญหาและพบบ่อย		←	←	←	←	
มาตรการที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในรพ.ทุ ระดับ		ร้อยละ 30	ร้อยละ 80	≥ร้อยละ 80	≥ร้อยละ 80	
4.รักษา,ส่งต่อผู้สูงอายุที่พบปัญหาในการคัดกรอง / ประเมินกลุ่ม Geriatric Syndrome , โรคที่เป็นปัญหา และพบบ่อย		←	←	←	←	
5.จัดตั้งจุดรับ-ส่งต่อหรือ คลินิกผู้สูงอายุ รองรับผู้สูงอายุที่ ได้รับการคัดกรองและส่งต่อมารับการรักษาที่รพ.สมเด็จฯ			ม.ค. 63			
6.อบรมผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ(Care Manager)หลักสูตร 70 ชม.ทดแทน ใน รพ.สต.กร่างทอง, สอ.เฉลิมพระเกียรติฯ				มิ.ย. 63		

Functional Base

การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย

: กลุ่มวัยผู้สูงอายุ

แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการในปี 2563

โครงการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	งบประ มาณ
<u>มาตรการที่ 3 สนับสนุนให้ชุมชนและท้องถิ่นมีส่วนร่วม</u> <u>ให้บริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว</u> 7. ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4 กลุ่มตามชุดสิทธิประโยชน์โดยชุมชนมีส่วนร่วม		←				
		อปท.เข้า ร่วม LCT13 ตำบล	มี CM 17คน (ครบทุก รพสต.)	Care confer ence ครบทุก ตำบล	ตำบลLT Cผ่าน เกณฑ์ ร้อยละ 100	
8.ประชุมเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุระดับอำเภอ		พ.ย. 62	ก.พ. 63	พ.ค. 63	ส.ค. 63	31,300
9.ประชุมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูความรู้ และเพิ่มทักษะการดูแลผู้สูงอายุในผู้ดูแลผู้สูงอายุ(Care Giver)			มี.ค. 63			22,800
10. ติดตามแนะนำ และประเมินผลผลสำเร็จการดำเนินงานโครงการฯ		←				

ผลการดำเนินงาน

1. การดำเนินงานตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

พบว่า มีเทศบาล/อบต.เข้าร่วมแสดงเจตจำนงทั้งสิ้น 17 แห่ง (ร้อยละ 100) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care plan 219 ราย (ร้อยละ 100) นอกจากนี้ยังได้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในกลุ่มที่ติดสังคมให้มีสุขภาพดี โดยการสร้างเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุอำเภอท่าม่วง และขับเคลื่อนชมรมผู้สูงอายุในระดับตำบลต่างๆ ให้มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จนสามารถพัฒนาให้มีความเข้มแข็ง นำไปสู่โรงเรียนผู้สูงอายุในหลายๆตำบล



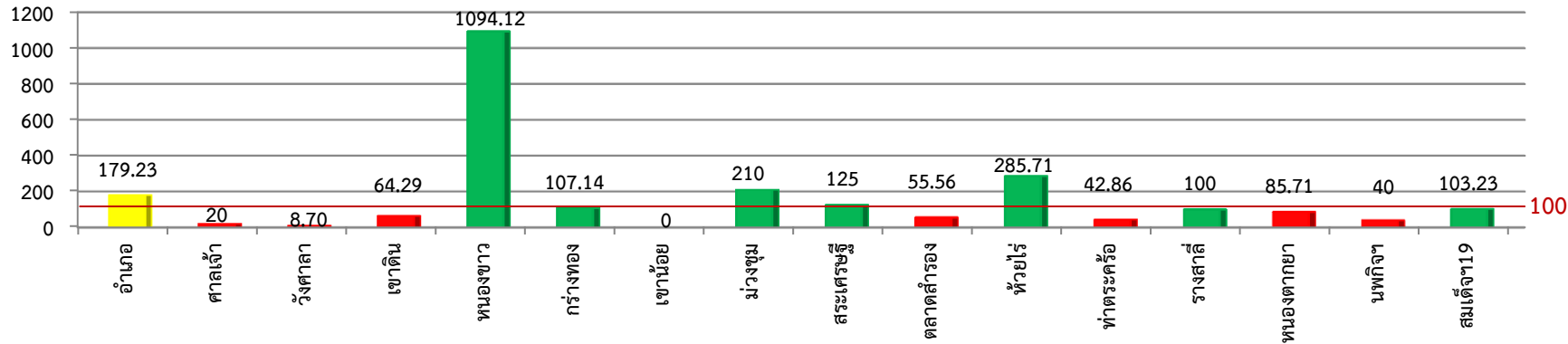
Functional Base

การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย

: กลุ่มวัยผู้สูงอายุ

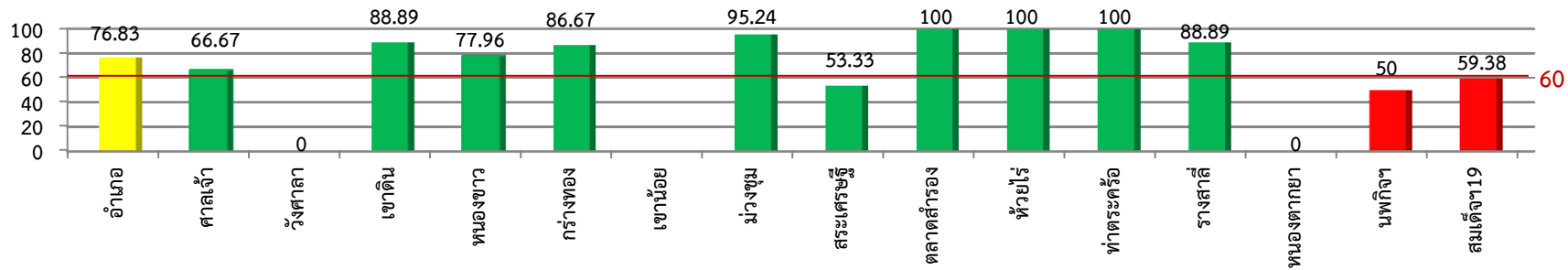
ผลการดำเนินงาน

ร้อยละการคัดกรองพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ



ผู้สูงอายุทั้งหมด	18,227	1,447	2,244	1,357	1,682	1,359	817	957	1,185	817	624	683	894	664	478	3,019
เป้าหมายคัดกรอง : 1%	183	15	23	14	17	14	9	10	12	9	7	7	9	7	5	31
คัดกรองได้	328	3	2	9	186	15	0	21	15	5	20	3	9	6	2	32

ร้อยละผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์



ผู้สูงอายุที่ได้รับคัดกรอง	328	3	2	9	186	15	0	21	15	5	20	3	9	6	2	32
ที่พึงประสงค์	252	2	0	8	145	13	0	20	8	5	20	3	8	0	1	19

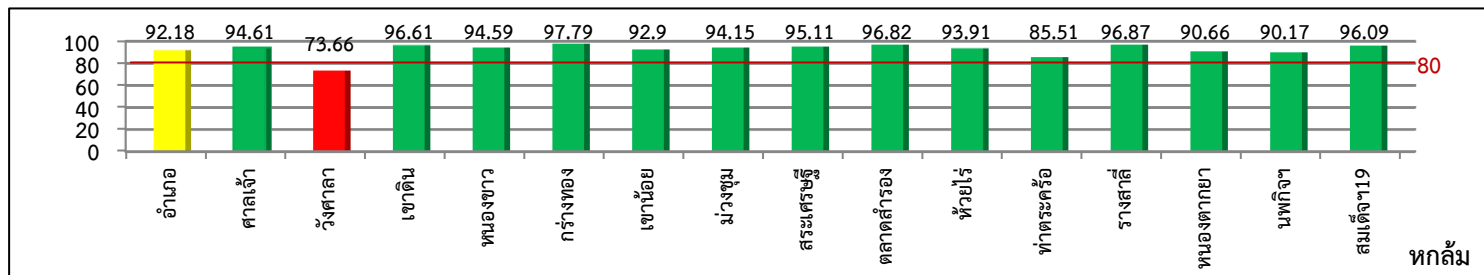
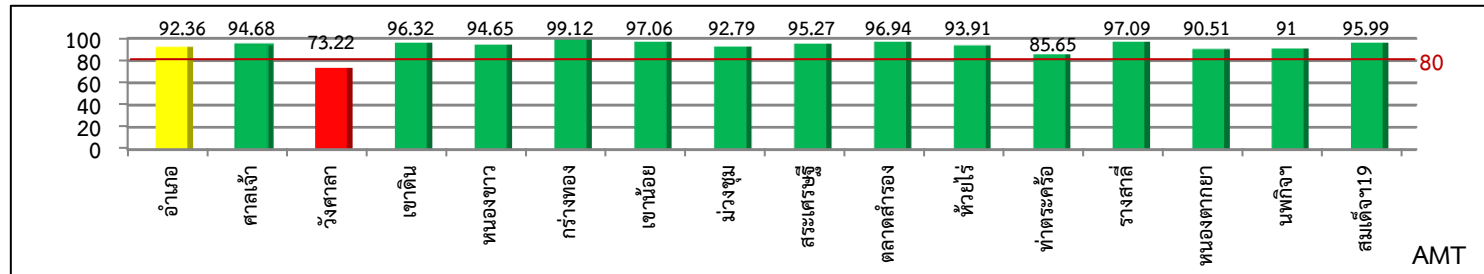
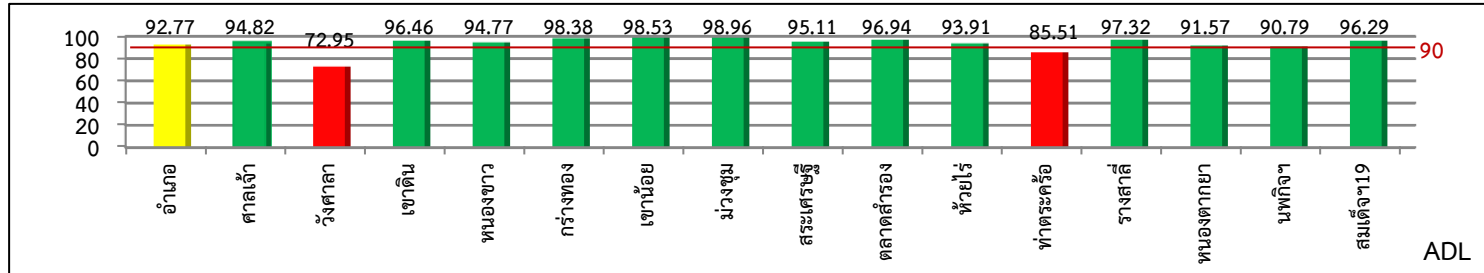
Functional Base

การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย

: กลุ่มวัยผู้สูงอายุ

ผลการดำเนินงาน

ผู้สูงอายุที่ได้ประเมินคัดกรอง ADL, Geriatric syndromes และ โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ



ทั้งหมด	18,227	1,447	2,244	1,357	1,682	1,359	817	957	1,185	817	624	683	894	664	478	3,019
ADL	16,909	1,372	1,637	1,309	1,594	1,337	805	947	1,127	792	586	584	870	608	434	2,907
AMT	16,834	1,370	1,643	1,307	1,592	1,347	793	888	1,129	792	586	585	868	601	435	2,898
ทุกกลุ่ม	16,801	1,369	1,653	1,311	1,591	1,329	759	901	1,127	791	586	584	866	602	431	2,901

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหาอุปสรรคที่พบ และจะดำเนินการแก้ไขเอง	วิธีการแก้ไขปัญหา
1. บุคลากรที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุและอปท.ยังขาดความเข้าใจในระบบโปรแกรม LTC (สปสช.) โปรแกรม 3 C (กรมอนามัย) ทำให้ขั้นตอนการบันทึกการดำเนินงานต่างๆ ไม่ครบถ้วนและไม่ถูกต้อง	- ศึกษาระบบโปรแกรม LTC ,3 C และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน
2. การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยให้ผู้สูงอายุเป็นผู้บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม H4U ผู้สูงอายุไม่สามารถใช้ smart phone ได้	- เจ้าหน้าที่ใช้แบบสอบถามผู้สูงอายุ แล้วนำมาบันทึกลงในโปรแกรม H4U

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหาอุปสรรคที่ต้องการให้ผู้นิเทศรับไปดำเนินการ	วิธีการแก้ไขปัญหา
1. ระเบียบการจ่ายเงินจ้างเหมาCG ยังไม่เหมาะสม	- ผู้เกี่ยวข้องระดับจังหวัดควรติดตามนิเทศหน่วยงาน พร้อมสะท้อนปัญหานี้ให้ผู้เกี่ยวข้องส่วนกลาง
2. บุคลากรที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุและอปท.ยังขาดความเข้าใจในระบบโปรแกรมLTC และ 3C ทำให้ขั้นตอนการบันทึกการดำเนินงานต่างๆ ไม่ครบถ้วนและไม่ถูกต้อง	- ผู้เกี่ยวข้องระดับจังหวัดจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ นิเทศ แนะนำให้ผู้ปฏิบัติสามารถทำงานได้
3. บุคลากรที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ(CM) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) มีการลาออก ย้าย และเปลี่ยนงาน	- ผู้เกี่ยวข้องระดับจังหวัดประสานเขตฯ เพื่อจัดอบรมเพิ่มเติม/ฟื้นฟูหลักสูตร Care Manager และ เพื่อวางแผนสนับสนุนงบประมาณในการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
4. หน่วยบริการที่อยู่สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่มีระบบการดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่เหมาะสม เนื่องจากไม่ได้อยู่ภายใต้การบริหารของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ผลการดำเนินงานต่างๆไม่ได้ตามเป้าหมาย	- หน่วยงานต้นสังกัดที่เกี่ยวข้องควรมีแนวทางการบริหารที่ชัดเจน
5. สถานการณ์การแพร่ระบาดไวรัสโคโรนา(COVID-19) ทำให้ไม่สามารถดำเนินงานผู้สูงอายุได้	- ปรับระบบการดูแลให้เหมาะสม เช่น การใช้โทรศัพท์ LINE ในการติดตาม แนะนำ

สถานการณ์ / สภาพปัญหา



นโยบายใหม่ ในปี2563

ปัญหาที่พบ

- ปรับค่าเป้าหมายบ้อย เพราะมีการรวมฐานข้อมูลของโครงการก้าวทำใจ season2 จึงมีการปรับเปลี่ยนค่าเป้าหมายในการดำเนินงาน (จาก 5% เป็น 10% ลดเป็น 5% และขยับเป็น 7% ในไตรมาส 4)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ



การเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน
และปรับใช้ข้อมูลความรู้
กิจกรรมทางกาย

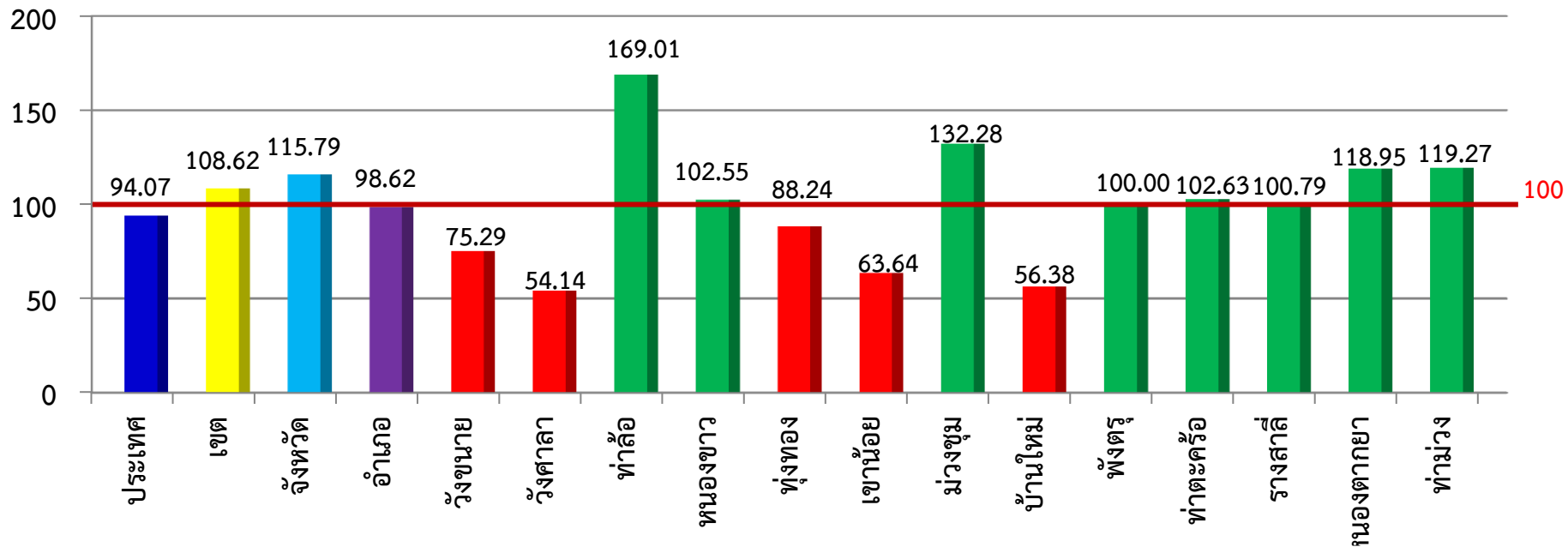
เป้าหมาย : การลงทะเบียน
ครอบครัว $\geq$ ร้อยละ 7
หรือ 2,171 ครอบครัว

แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการในปี 2563

โครงการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	งบ ประมาณ
ประชุมชี้แจงให้กับแต่ละตำบลได้รับทราบแนวทาง เพื่อเชิญชวนให้สมาชิกแต่ละครอบครัวได้ทำการลงทะเบียนทางเว็บไซต์ตามที่กำหนด	มีครอบครัวที่ได้รับการลงทะเบียนจำนวน 2,171 ครอบครัว	ต.ค. - ธ.ค. 62	ม.ค. - มี.ค. 63	เม.ย. - มิ.ย. 63	ก.ค. - ก.ย. 63	

ผลการดำเนินงาน

การลงทะเบียนครอบครัวอบอุ่นออกกำลังกาย

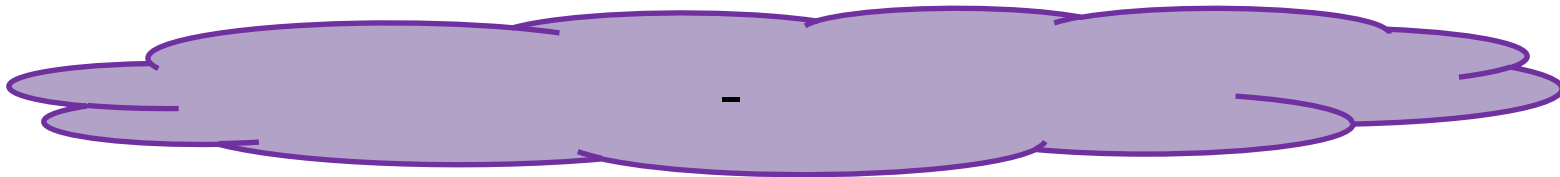


เป้าหมายจำนวนครอบครัว	2,171	174	266	171	196	153	99	127	149	179	76	127	153	301
ครอบครัวที่ลงทะเบียน	2,141	131	144	289	201	135	63	168	84	179	78	128	182	359

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

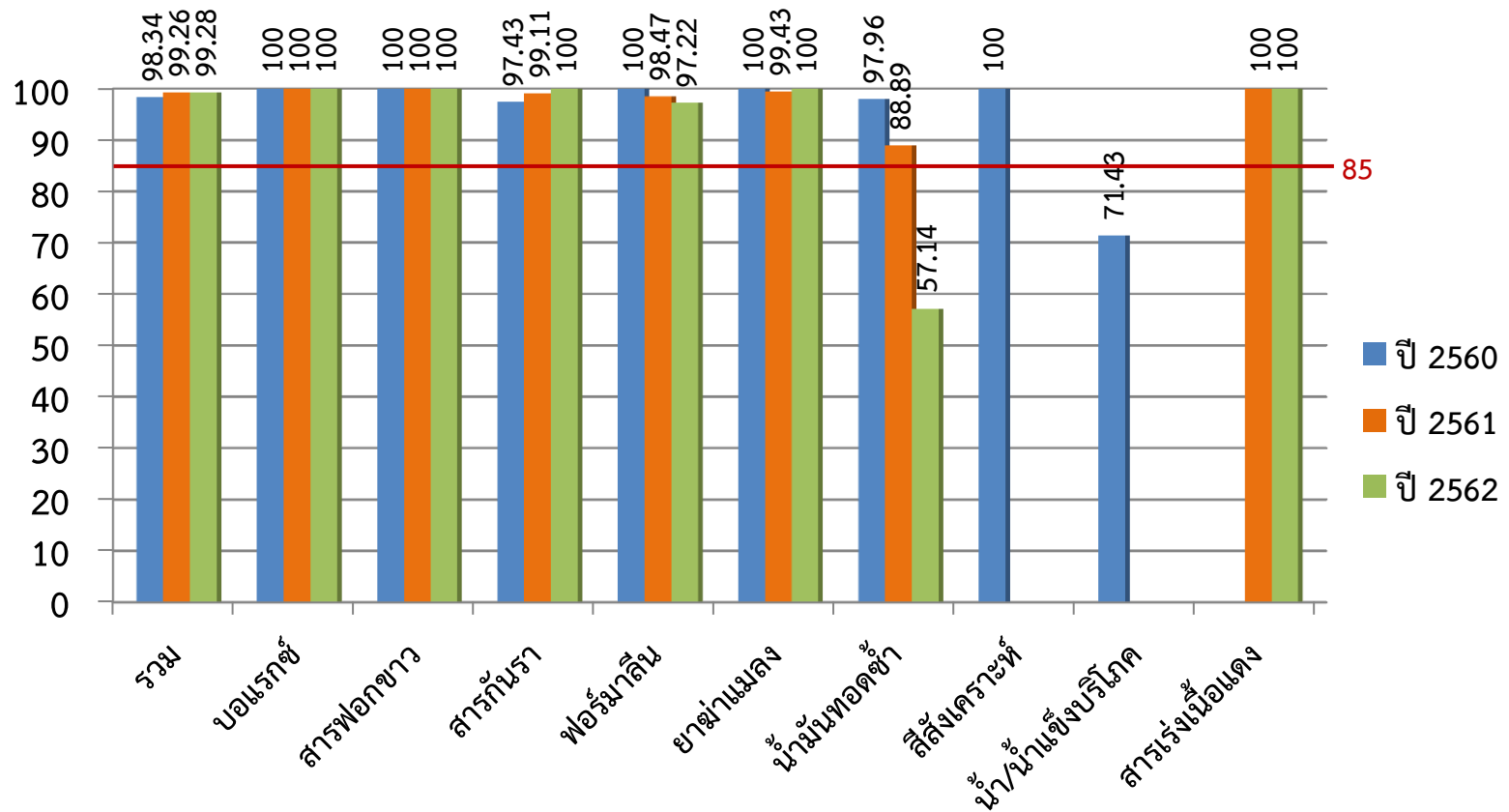
ปัญหาอุปสรรคที่พบ และจะดำเนินการแก้ไขเอง	ปัญหาอุปสรรค ที่ต้องการให้ผู้นิเทศรับไปดำเนินการ
-	- ควรมีการกำหนดเป้าหมายการทำงานที่ชัดเจน ไม่เปลี่ยนไปเปลี่ยนมา - พื้นที่ตำบลวังศาลาที่ไม่สามารถดำเนินการได้เต็มที่ เนื่องจากขึ้นกับเทศบาลวังศาลา

นวัตกรรมที่สามารถนำมาเป็นแบบอย่าง



สถานการณ์ / สภาพปัญหา

ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย



แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการในปี 2563

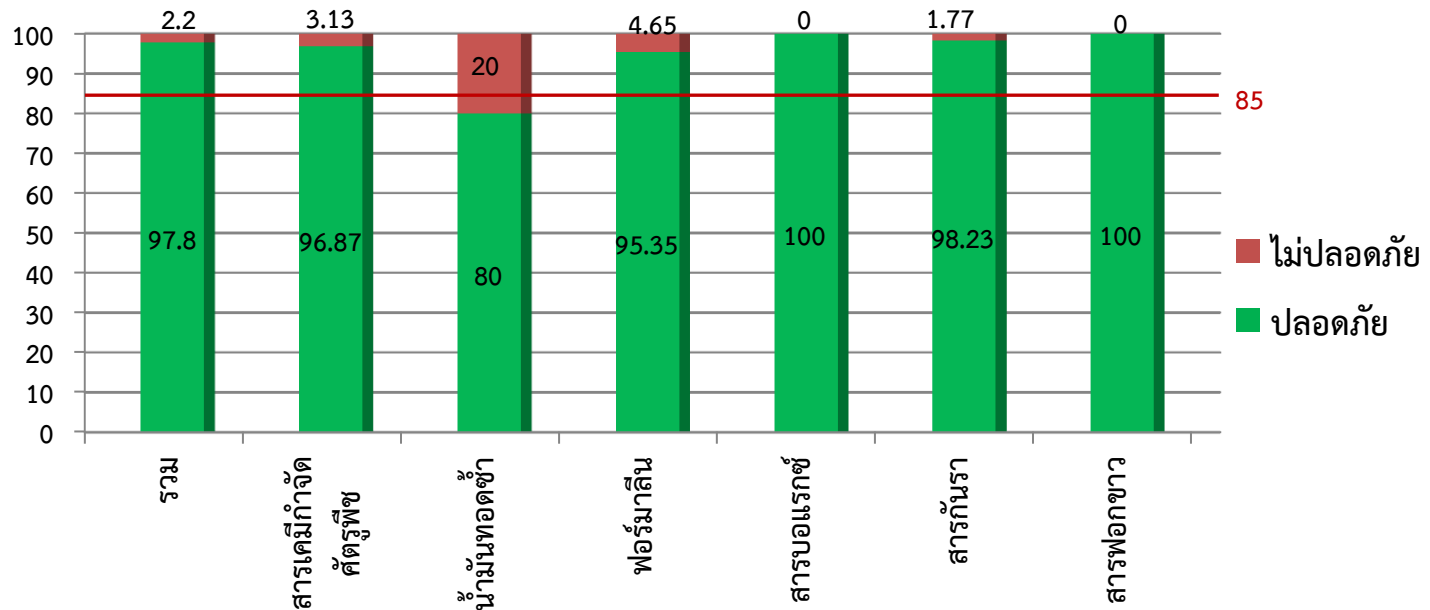
โครงการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	งบประมาณ
- ตรวจสอบสารปนเปื้อนในอาหารที่ โรงอาหารโรงเรียน	ไม่พบสารปนเปื้อนใน อาหารสดและอาหาร แปรรูป ร้อยละ 85					ไม่ใช้ งบประมาณ
- ตรวจสอบสารปนเปื้อนในอาหารใน ร้านค้า						
- ตรวจสอบสารปนเปื้อนในอาหารใน ศูนย์เด็กเล็ก						
- ตรวจสอบสารปนเปื้อนในอาหารที่ ตลาดนัด/ตลาดสด						
- ตรวจยาฆ่าแมลงในผักและผลไม้ ในโรงครัวโรงพยาบาล						

แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการในปี 2563

โครงการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	งบประมาณ
- ตรวจสอบอาหารปนเปื้อนในโรงครัว โรงพยาบาล						
- ร่วมกับ Mobile Unit ศูนย์วิทย ตรวจสอบปนเปื้อนอาหารทุกชนิด ทุกสถานที่						
- เก็บตัวอย่างอาหารและ เครื่องสำอาง ณ สถานที่ผลิตส่ง ตรวจวิเคราะห์ ประจำปี						
- ให้คำแนะนำการเลือกซื้ออาหารสด และอาหารแปรรูป						

ผลการดำเนินงาน

ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย

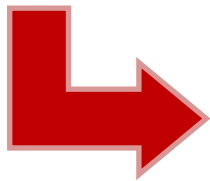


จำนวนตัวอย่าง	499	96	10	86	100	94	499
ตัวอย่างที่ปลอดภัย	488	93	8	82	100	94	488
ตัวอย่างที่ไม่ปลอดภัย	11	3	2	4	0	2	0

สถานการณ์ / สภาพปัญหา



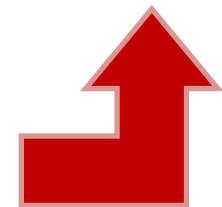
นโยบาย ในปี 2561
(PP&P Excellence)



- ❖ รพ.จะต้องเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ไม่ส่งผลกระทบต่อชุมชน
- ❖ รพ.สต. มีการพัฒนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์มาตรฐานในระดับพื้นฐาน

เป้าหมาย :

ร้อยละ 100 รพ.สต.มี
การพัฒนามัยสิ่งแวดล้อม
ได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN
Hospital ระดับพื้นฐาน และ
คงไว้ซึ่งมาตรฐานเช่นนั้น



แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการในปี 2563

โครงการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	งบประมาณ
โครงการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย						3,040 บาท
- ชี้แจงการดำเนินงานกับเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขใน รพ. และ รพ.สต. สุ่ม ตรวจร้านอาหารที่มีแหล่งท่องเที่ยว คือ ตำบลม่วงชุม ตำบลหนองขาว	รพ.สต.พัฒนางานอนามัย สิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ร้อยละ 100	ธ.ค. 62				
- แลกเปลี่ยนการดำเนินงาน พรบ. สาธารณสุข พ.ศ.2535 กับองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น			(ยกเลิก ประชุม)			
- ลงพื้นที่ตรวจประเมิน GREEN & CLEAN Hospital สำหรับ รพ.สต.		พ.ย.63	←————→			ส.ค.63

แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการในปี 2563

โครงการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	งบประมาณ
- สุ่มตรวจสอบสุขภาพอาหารในเขตเทศบาลทั้ง 9 แห่งในช่วง COVID-19		ธ.ค. 63			ส.ค. 63	
- ตรวจสอบสารเคมีตกค้างในเกษตรกรและ สุ่มตรวจสอบสุขภาพอาหาร					ส.ค. 63	
- ประเมินผลการปฏิบัติงาน					ก.ย. 63	

ผลการดำเนินงาน

1. รพ.สต. ทั้ง 13 แห่ง คงไว้ซึ่ง
คุณภาพเกณฑ์ GREEN & CLEAN
ระดับพื้นฐาน และต่อยอดนวัตกรรม
ขยะอินทรีย์รักษ์โลก



ผลการดำเนินงาน

2. การเฝ้าระวังสุขาภิบาลอาหารในพื้นที่องค์กรปกครองท้องถิ่น (เทศบาล) ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) โดยสุ่มตรวจแนะนำสุขาภิบาล และตรวจหาโคลิฟอร์มแบคทีเรีย(ชีวภาพ) ด้วยน้ำยา SI2 จากร้านอาหาร 90 ร้าน ตลาดนัด 9 แห่ง มีผลสรุป ดังนี้

สิ่งที่ตรวจ	จำนวน	ผ่าน	ร้อยละ
1. มือผู้สัมผัสอาหาร	186	158	84.95
2. อุปกรณ์	354	294	83.05
3. อาหารและเครื่องดื่ม	431	344	79.81

สถานการณ์ / สภาพปัญหา

อำเภอ	ประชากร (คน)	ปี/จำนวนทีมหมอบรรพ										รวมแผน 10 ปี	
		63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	ทีม	Cluster
ท่าม่วง	113,559	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	4
จำนวนทีมสะสม		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
ร้อยละความครอบคลุม		10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		

ปัญหาที่พบ

1. อัตรากำลังสหสาขาวิชาชีพ เทียบกับจำนวนประชากร ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เช่น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, พยาบาลวิชาชีพ, เจ้าพนักงานเภสัชกรรม, ทันตภิบาล, แพทย์แผนไทย, นักกายภาพบำบัด การจัดอัตรากำลังให้ปฏิบัติงานในคลินิกหมอบรรพ จึงยังต้องใช้ระบบการหมุนเวียนจาก รพ.แม่ข่าย
2. การจัดประชากรให้ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ในคลินิกหมอบรรพ ค่อนข้างยาก เนื่องจากพื้นที่อำเภอท่าม่วง เป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท ประชากรหนาแน่นในเขตเมือง ทำให้เกินเกณฑ์ในการจัดทีม ส่วนในชนบทมีประชากรไม่เพียงพอในการกำหนดทีมต้องเอาพื้นที่ใกล้เคียงมาเพิ่ม

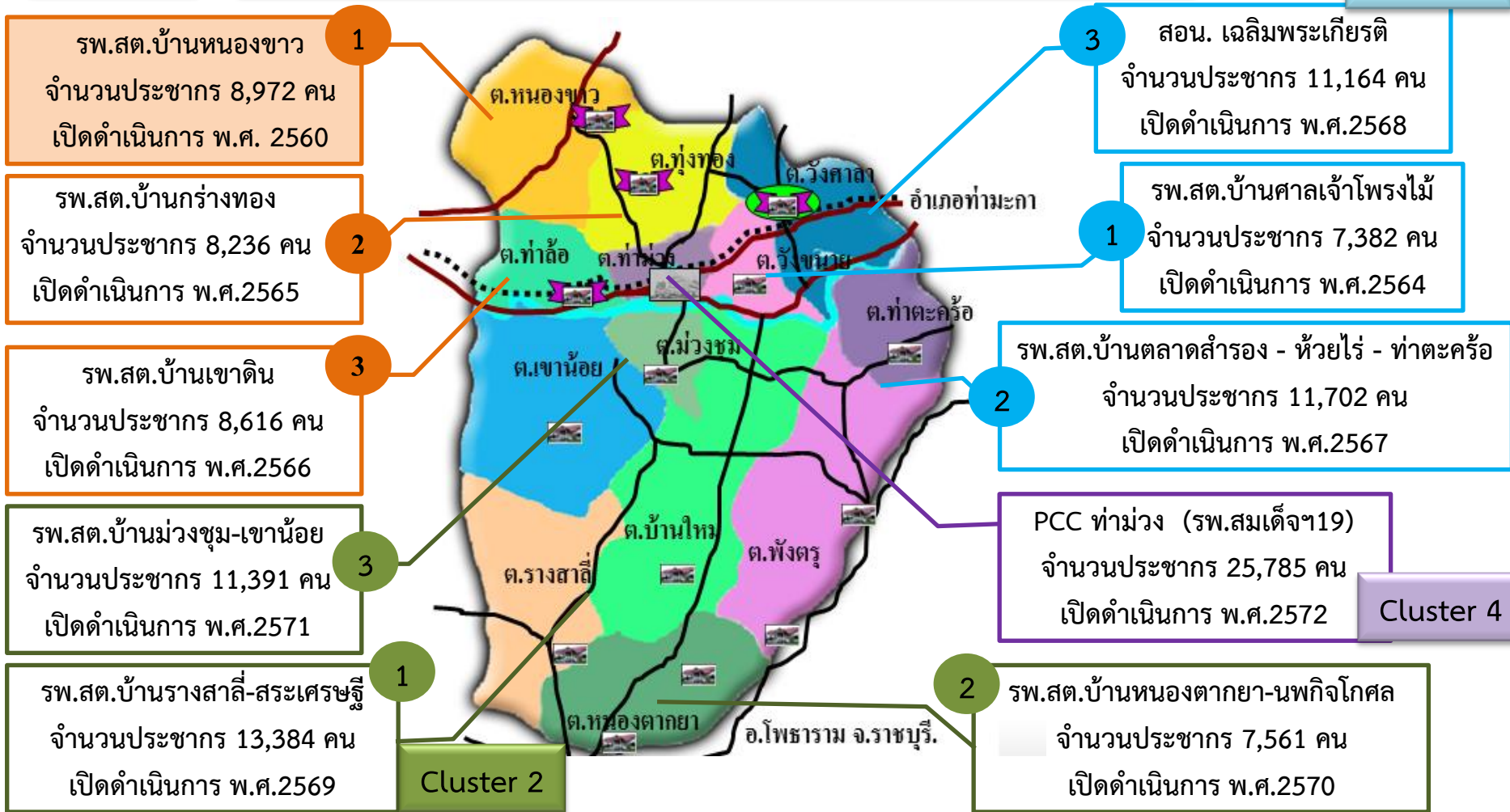
Functional Base

คลินิกหมอบรรพรว

Cluster 1

Mapping PCC อำเภอท่าม่วง ปี 2563-2572

Cluster 3



แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการในปี 2563

โครงการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	งบ ประมาณ
- ทบทวนจัดทำคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการพัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิ (PCC)	คลินิกหมอครอบครัวเปิด ดำเนินการในพื้นที่ ปี 2563 ร้อยละ 100	ต.ค.62				
- ชี้แจงรายละเอียดการ ดำเนินงาน ในวาระประชุม คปสอ.		ต.ค.62				
- ส่งแพทย์เข้าร่วมหลักสูตร แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว		กำลัง ศึกษา				

แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการในปี 2563

โครงการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	งบประมาณ
- ส่งพยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต. เข้าอบรมเวชปฏิบัติทั่วไปครบ ทุก รพ.สต.		ธ.ค.62	มี.ค.63	มิ.ย.63	ก.ย.63	ใช้เงินบำรุง รพ.
- จัดทำแผนขอสนับสนุนงบลงทุน สิ่งก่อสร้าง/ครุภัณฑ์ให้กับ รพ.สต.ทุกแห่งเพื่อรองรับPCC เป้าหมาย		ต.ค.62				
- รายงานผลการดำเนินงาน ทุก 3 เดือน		ธ.ค.62	มี.ค.63	มิ.ย.63	ก.ย.63	

ผลการดำเนินงาน

อำเภอ	ปี พ.ศ. 2560			ปี พ.ศ. 2561			ปี พ.ศ. 2562			ปี พ.ศ. 2563		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ท่าม่วง	1	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-

จากตาราง ในปีงบประมาณ 2560 อำเภอท่าม่วง มีเป้าหมายเปิดคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 1 ทีม ดำเนินการได้ 1 ทีม (รพ.สต.บ้านหนองขาว) และในปี 2561-2563 อำเภอท่าม่วง ไม่มีเป้าหมายเปิดคลินิกหมอครอบครัว

ทางด้านจำนวนบุคลากรในคลินิกหมอครอบครัว

ทีมหมอครอบครัวมีสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว รวมทั้งสิ้น 10 คน ขาดสหวิชาชีพตามเกณฑ์ 5 คน (Minor Criteria) ได้แก่ พยาบาล 1 คน, นวก./จพง. 2 คน, ทันตแพทย์ 1 คน, เภสัชกร 1 คน ดังนั้น ในปี 2561 ส่งแพทย์เรียนหลักสูตร แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน
ปี 2563 ส่งพยาบาลเรียนหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง(เวชปฏิบัติทั่วไป) 2 คน

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
ขาดแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและ สหวิชาชีพ บางสาขา	- เชิญชวนแพทย์เข้ารับอบรมระยะสั้นเพื่อ ปฏิบัติงานคลินิกหมอบกรอบคร้าว - หมุนเวียน สหวิชาชีพ ในเครือข่าย เช่น แพทย์แผนไทย, ทันตภิบาล, จพ.เภสัชกรรม

สถานการณ์ / สภาพปัญหา

ผลการดำเนินงาน ITA (2562)



96.15 คะแนน



92.30 คะแนน

ปัญหาที่พบ

เนื่องจากในปัจจุบันระบบการจัดซื้อจัดจ้างได้ปรับเปลี่ยน พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.2560 และจำเป็นต้องมีการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณชนให้ได้รับทราบข้อมูลข่าวสาร ซึ่งหน่วยงานภาครัฐต้องดำเนินการ สิ่งที่เป็นปัญหาสำคัญในการดำเนินงานเนื่องจากยังขาดการจัดทำการเผยแพร่ต่อประชาชนทางออนไลน์ หรือ เว็บไซต์

แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการในปี 2563

โครงการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	3 เดือน (ระดับ5)	6 เดือน (80%)	9 เดือน (85%)	12 เดือน (90%)	งบ ประมาณ
เก็บรวบรวมข้อมูลและ ประเมินตามแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment (EBIT) ใน EBIT ที่ 1-4	หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ร้อยละ 90	ต.ค. - ธ.ค. 62 ()				
เก็บรวบรวมข้อมูลและ ประเมินตามแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment (EBIT) ใน EBIT ที่ 1-26			ม.ค. - มี.ค. 63			

แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการในปี 2563

โครงการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	3 เดือน (ระดับ5)	6 เดือน (80%)	9 เดือน (85%)	12 เดือน (90%)	งบ ประมาณ
ทบทวนจากแบบประเมินในส่วน ที่ขาด และดำเนินงานให้ครบ				เม.ย. - มิ.ย. 63		
นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์แก้ไข ปัญหาเพื่อให้การปฏิบัติงานโปร่งใส เป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล					ก.ค. - ก.ย. 63	

ผลการดำเนินงาน



ระดับ 5

96.15 คะแนน



ระดับ 5

100 คะแนน

ในส่วน of โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช
องค์ที่ 19 ได้ดำเนินการจัดทำเอกสารตามแบบ
ประเมิน **ขาดในข้อ EB24** เรื่อง การกำกับติดตาม
แผนปฏิบัติการป้องกัน ปราบปรามทุจริตและ
ส่งเสริมคุณธรรมของชมรมจริยธรรม

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

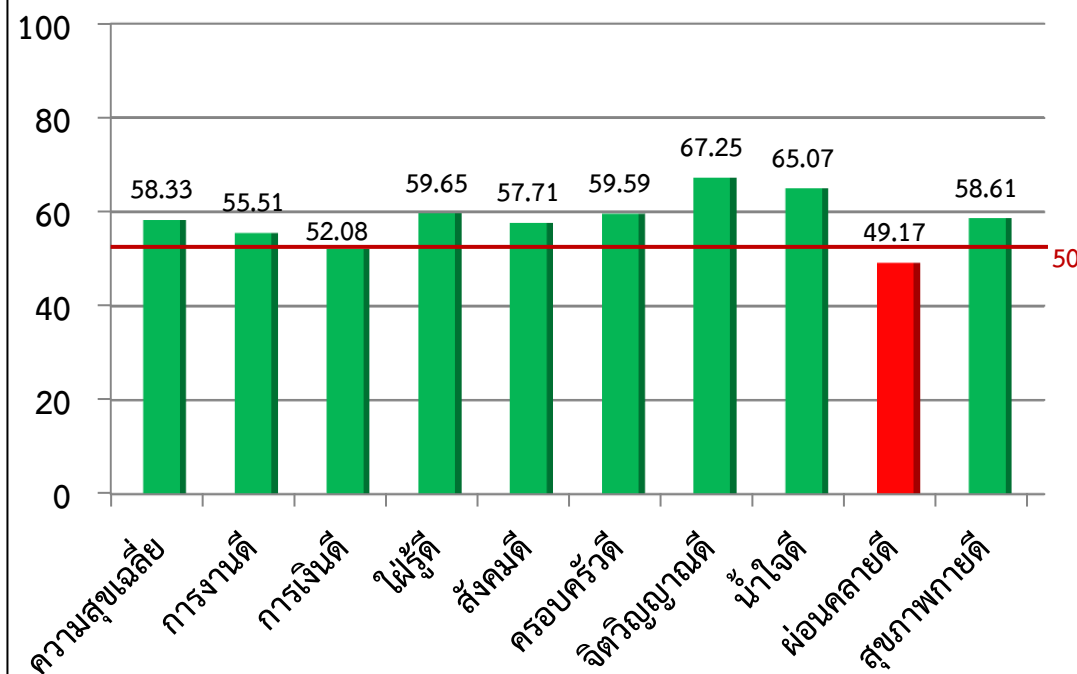
ปัญหาอุปสรรคที่พบ
และจะดำเนินการแก้ไขเอง

-

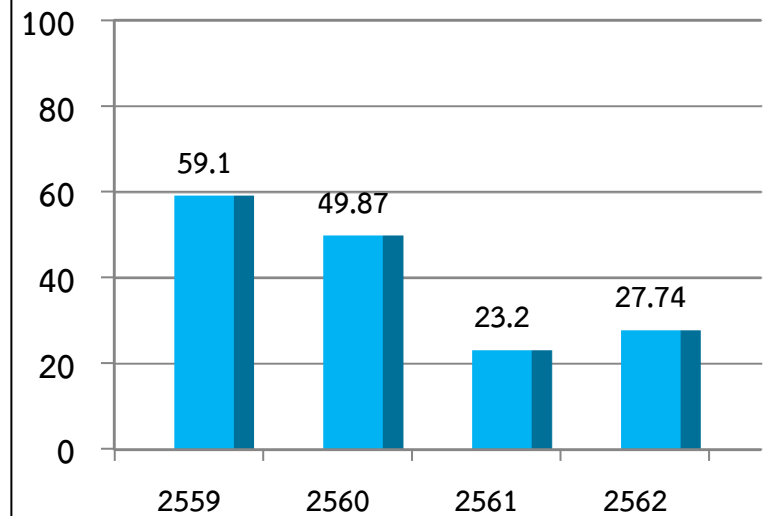
ผู้รับผิดชอบ: ว่าที่ ร.อ.สงกรานต์ ศุภสุข
ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สถานการณ์ / สภาพปัญหา

ร้อยละผลการสำรวจความสุขของบุคลากร ปี 2562



ร้อยละผลการสำรวจความพึงพอใจของบุคลากร



จากผลสำรวจความพึงพอใจครั้งล่าสุด
เมื่อแยกวิเคราะห์รายข้อ พบว่า ข้อที่มี
คะแนนเฉลี่ยต่ำๆ ได้แก่ เรื่องสวัสดิการ และ
ขวัญกำลังใจ

แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการในปี 2563

โครงการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	งบประมาณ
โครงการสร้างสุขในการทำงาน และพัฒนาคุณภาพชีวิตของ บุคลากร คปสอ.ท่าม่วง	ดัชนีความสุข(Happinometer) เพิ่มขึ้นร้อยละ 5					
	อัตราความพึงพอใจของบุคลากร เพิ่มขึ้นร้อยละ 5					
- วิเคราะห์ข้อมูลการจ่ายตอบ แทนทุกกลุ่มวิชาชีพ และภาระ งานที่ เหมาะสม				พ.ค.63		
- ประชุมเชิงปฏิบัติการ "พัฒนา งานอาชีวอนามัยและความ ปลอดภัยของบุคลากรใน โรงพยาบาล"					24-25 ก.ย.63	
- ประชุมเชิงปฏิบัติการ "ความสุข กับการทำงาน"					ก.ย. 63	

แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการในปี 2563

โครงการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	งบประมาณ
- ผู้บริหารพบหน่วยงาน Leadership walk round			ม.ค.63			
โครงการส่งเสริมสุขภาพและ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Happy Body)	- บุคลากรมีผลการตรวจสุขภาพอยู่ในกลุ่มปกติ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60					98,300 บาท
โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19	- บุคลากรมีผลการตรวจสุขภาพอยู่ในกลุ่มป่วย ไม่เกินร้อยละ 10					
	- บุคลากรมีผลการตรวจสุขภาพอยู่ในกลุ่มเสี่ยง ไม่เกิน ร้อยละ 30					
	- บุคลากรมีผลการทดสอบสมรรถภาพระดับดีขึ้นไป มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40					

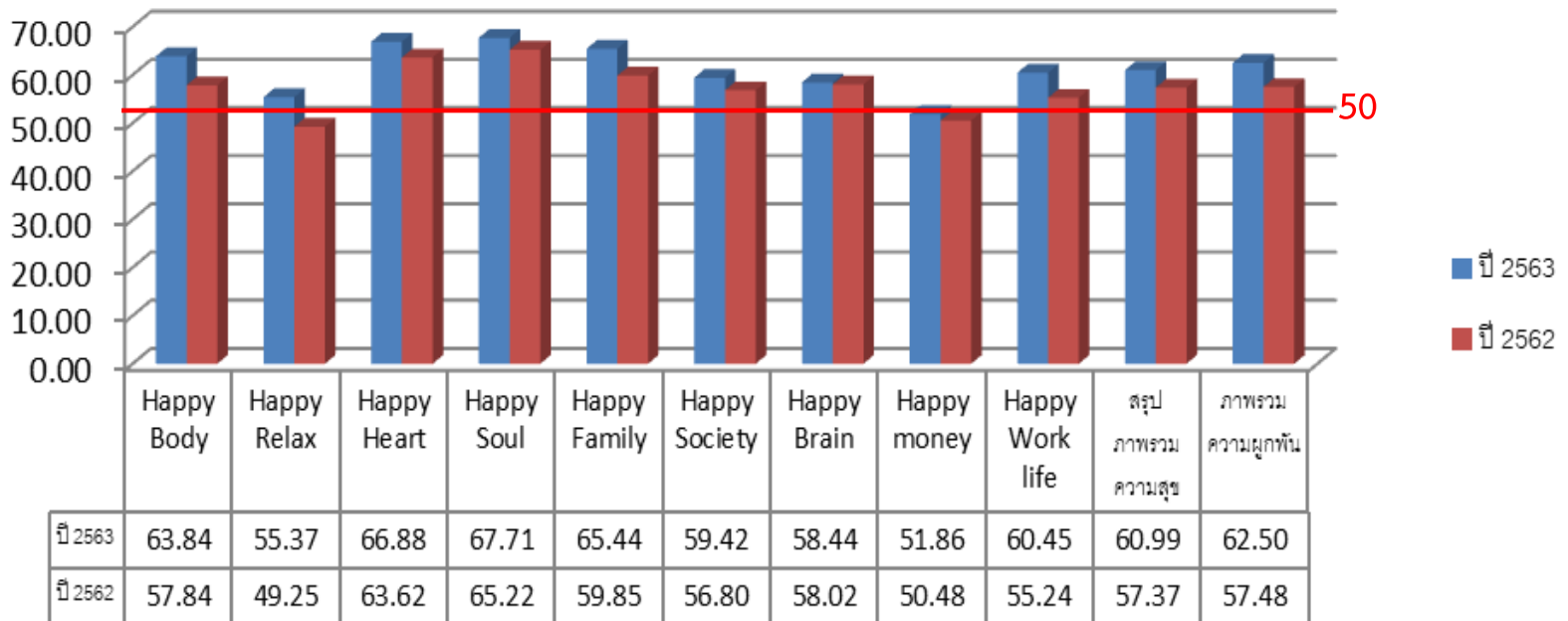
แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการในปี 2563

โครงการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	งบประมาณ
	- ค่าคะแนนความสุขด้านสุขภาพกาย ดี(Happy Body) มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 65					
- การตรวจสุขภาพ ประจำปีบุคลากร				มิ.ย.63		
- ส่งเสริมการออกกำลังกาย ภายในบุคลากร					16 ก.ค.63 - 13 ก.ย.63	
- การทดสอบสมรรถภาพ บุคลากรสาธารณสุข					ก.ย.63	

ผลการดำเนินงาน

การประเมินความสุขด้วยตนเอง Happinometer ปี 2563 ในภาพอำเภอ มีบุคลากรเข้าทำแบบประเมินทั้งสิ้น 497 คน จากบุคลากรทั้งหมด 532 คน คิดเป็น ร้อยละ 93.42

ผล Happinometer
เปรียบเทียบระหว่างปี 62 และ ปี 63



ผลการประเมินด้วยเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19

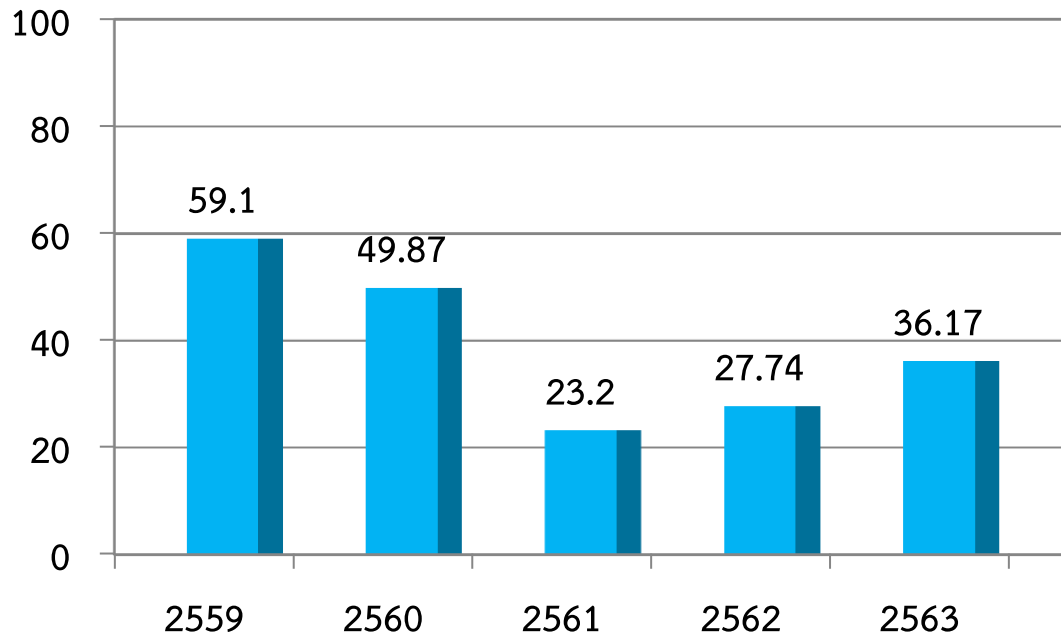
หมวดการประเมิน	คะแนนประเมิน
หมวดที่ 1 ความสำเร็จเชิงผลลัพธ์	100.00
หมวดที่ 2 การบริหาร	60.00
หมวดที่ 3 มุ่งเน้นดูแลสุขภาพ กาย-ใจของบุคลากร	63.89
หมวดที่ 4 บรรยากาศในการ ทำงาน	75.00
หมวดที่ 5 การลงทุนเพื่อการสร้าง สุขในองค์กร	58.33
คะแนนเฉลี่ย	71.44
ผลการประเมิน	สุขภาวะของคนในองค์กรนี้ กำลังพัฒนา

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าม่วง

หมวดการประเมิน	คะแนนประเมิน
หมวดที่ 1 ความสำเร็จเชิงผลลัพธ์	87.50
1) องค์กรมีมาตรฐานเป็นที่ ยอมรับของสังคม	100.00
2) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	75.00
หมวดที่ 2 การบริหาร	50.00
หมวดที่ 3 มุ่งเน้นดูแลสุขภาพ กาย- ใจของบุคลากร	58.33
หมวดที่ 4 บรรยากาศในการทำงาน	50.00
หมวดที่ 5 การลงทุนเพื่อการสร้างสุข ในองค์กร	50.00
คะแนนเฉลี่ย	59.17
ผลการประเมิน	สุขภาวะของคนใน องค์กรนี้กำลังพัฒนา

ผลการดำเนินงาน

ร้อยละผลการสำรวจความพึงพอใจของบุคลากร

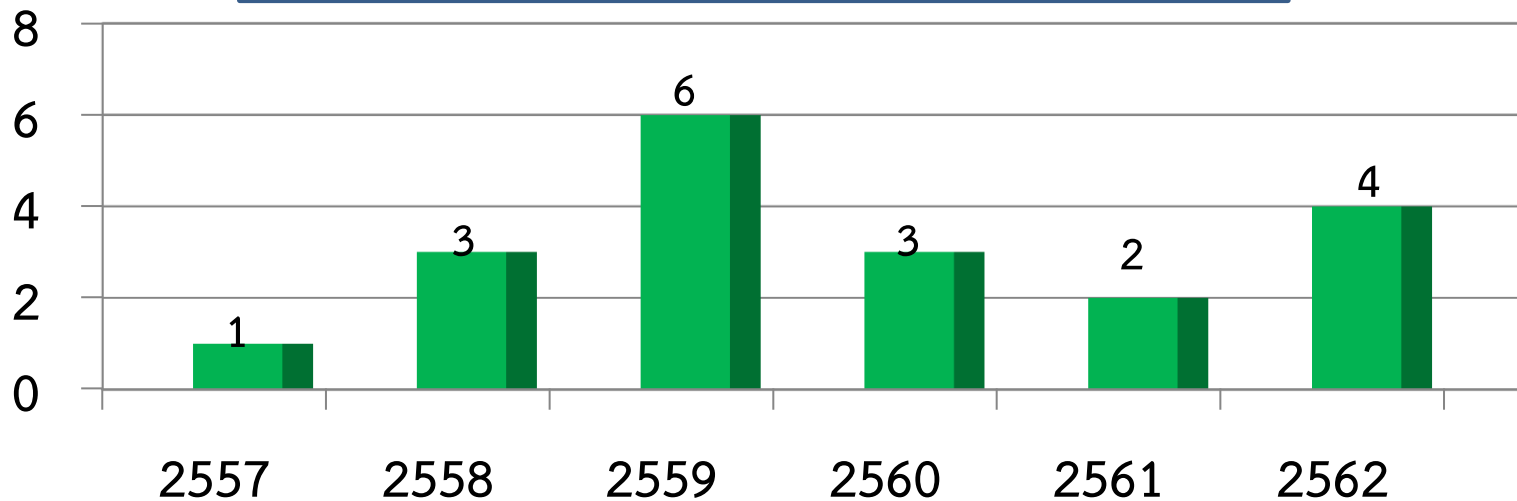


ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ความล่าช้าในการชี้แจง
รายละเอียดการดำเนินงาน
ตามตัวชี้วัด ทำให้อาจไม่ได้
ผลลัพธ์ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้

สถานการณ์ / สภาพปัญหา

สถานะวิกฤตทางการเงิน (ไม่เกินระดับ 7)



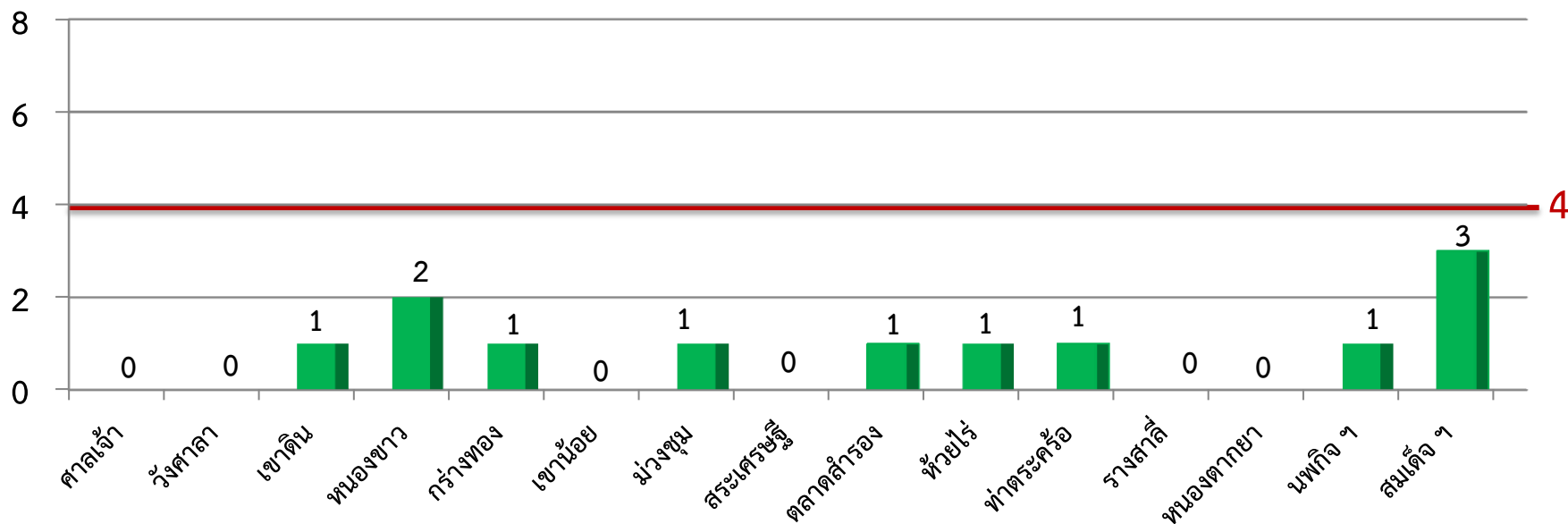
เดือนสิงหาคม 2559 : สถานะวิกฤตทางการเงินอยู่ในระดับ 7

แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการในปี 2563

โครงการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	งบ ประมาณ
มีการติดตามผลการดำเนินงานด้านการเงินการคลัง นำเสนอในที่ประชุมกรรมการ CFO ทุกเดือน และทุกไตรมาส - มีการรายงานผลการดำเนินงานสถานการณ์ด้านการเงินการคลังทุกเดือน และทุกไตรมาส - เมื่อพบรายการที่ไม่เป็นไปตามแผนวิเคราะห์หาสาเหตุแก้ไข และวางระบบควบคุมให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนด	รพ. และรพ.สต. 13 แห่งไม่ติดภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 4	←			→	
		←			→	

ผลการดำเนินงาน

ระดับสถานะวิกฤตทางการเงิน



ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข
- ความเข้าใจในการเก็บข้อมูลเพื่อนำมาบันทึกบัญชีของ รพ.สต.ยังมีข้อผิดพลาด เมื่อบันทึกบัญชีไม่ถูกต้องมีผลกระทบต่อการเงินและข้อมูลนำมาวิเคราะห์ดัชนีทางการเงินการคลังได้	- จัดประชุมในการจัดการจัดเก็บข้อมูล การจัดทำบัญชี เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เชื่อถือได้และนำไปใช้บริหารจัดการได้อย่างถูกต้อง
- ในส่วนของ รพ. ต้องระวังด้านรายจ่ายเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่เกิดขึ้นช่วงระหว่างปีงบประมาณอาจเกิดระดับ 3	- มีการติดตามประเมินผล หลังการประชุม - ติดตามผลการดำเนินงาน นำเสนอที่ประชุม คณะกรรมการ CFO ทุกเดือน

KPI : อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่เกิน 26/แสนประชากร

สถานการณ์

ปี 2562

- อัตรา ผป. STEMI ได้รับยา SK > 80 % (20/21 ราย = 95.23%)
- อัตราตาย ผป. STEMI < 10 % (0/28 ราย = 0 %)



สภาพปัญหา

1. Miss/delay diagnosis ทำให้การเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดล่าช้า
2. ผู้ป่วยที่ให้ SK / TNK ไม่ได้ไม่สามารถส่งต่อได้ทันเวลาที่กำหนด
3. การเสียชีวิตจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันนอกโรงพยาบาลมีอัตราสูง (OHCA)
4. ไม่มีโรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ในจังหวัด
5. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงขาดทักษะในการดูแลตัวเองและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอย่างเหมาะสม
6. เจ้าหน้าที่ขาดทักษะในการอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

เป้าหมาย

1. อัตราตาย STEMI ≤ 8 %
2. ผู้ป่วยเข้ารับบริการภายใน 4 ชั่วโมงร้อยละ 50
3. Door to needle time < 30 นาที ร้อยละ 50
4. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ยา SK/TNK ได้ตามข้อบ่งชี้ หรือมีภาวะแทรกซ้อน มี รพ. เครือข่ายเพื่อส่งต่อ กรณีฉุกเฉินได้
5. ไม่เกิดอุบัติการณ์ miss diagnosis delay diagnosis

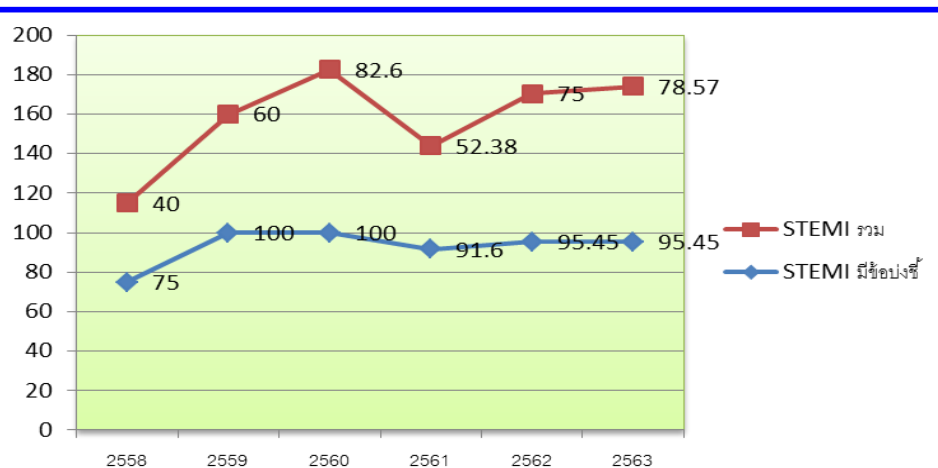
มาตรการ

1. พัฒนาระบบ STEMI Fast Track ลด onset to needle time ในผู้ป่วย STEMI
2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการวินิจฉัยโรคและการส่งต่อ
3. เพิ่มคัดกรอง CVD risk ลดการเกิดรายใหม่
4. ให้ความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ early warning signs ในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยควบคุมปัจจัยเสี่ยงให้เป็นไปตามเป้าหมาย
5. Mapping ผู้ป่วยที่มี CVD risk > 30 ครอบคลุมทุกอำเภอ

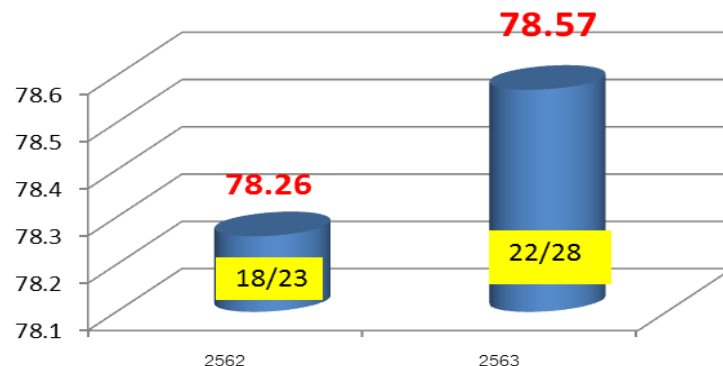
Area Base

Fast track : STEMI

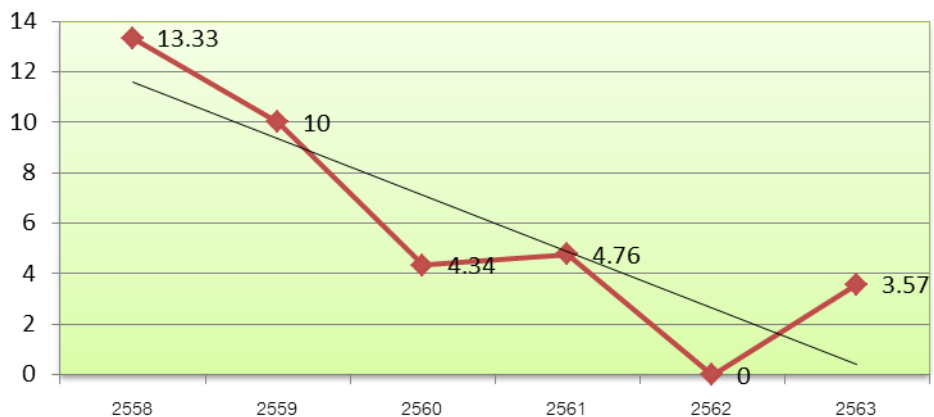
อัตรา ผป. STEMI ได้รับยา SK > 80 % (21/22 = 95.45%)



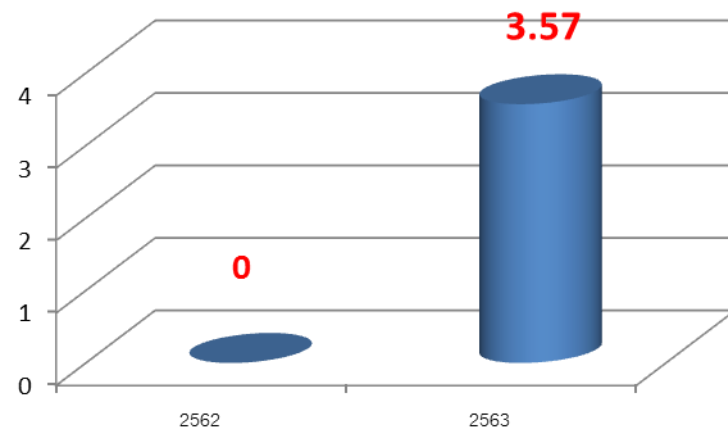
อัตราการให้ SK ปี 2562 เปรียบเทียบกับปี 2563



อัตราตาย ผป. STEMI < 8 % (1/28 = 3.57%)



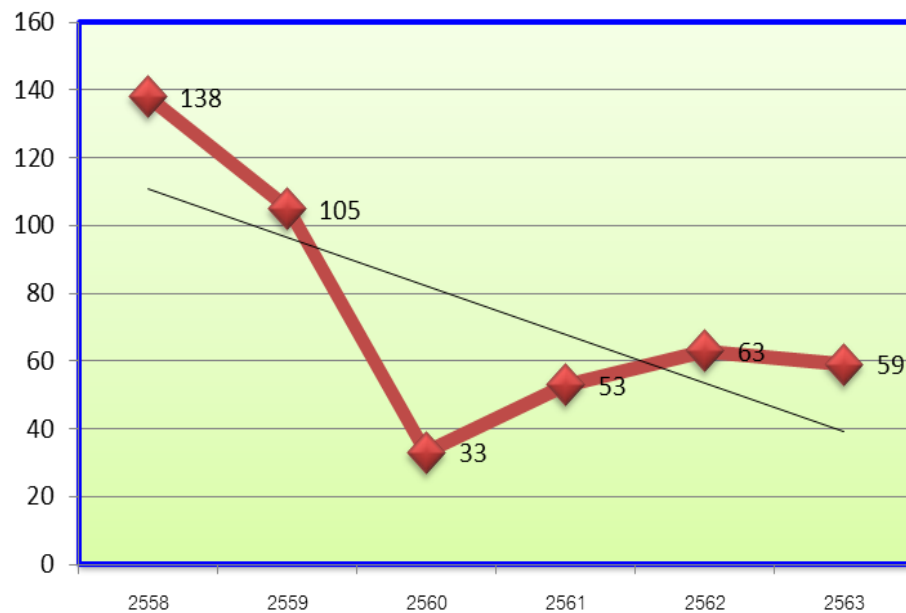
อัตราการตาย ปี 2562 เปรียบเทียบกับปี 2563



Area Base

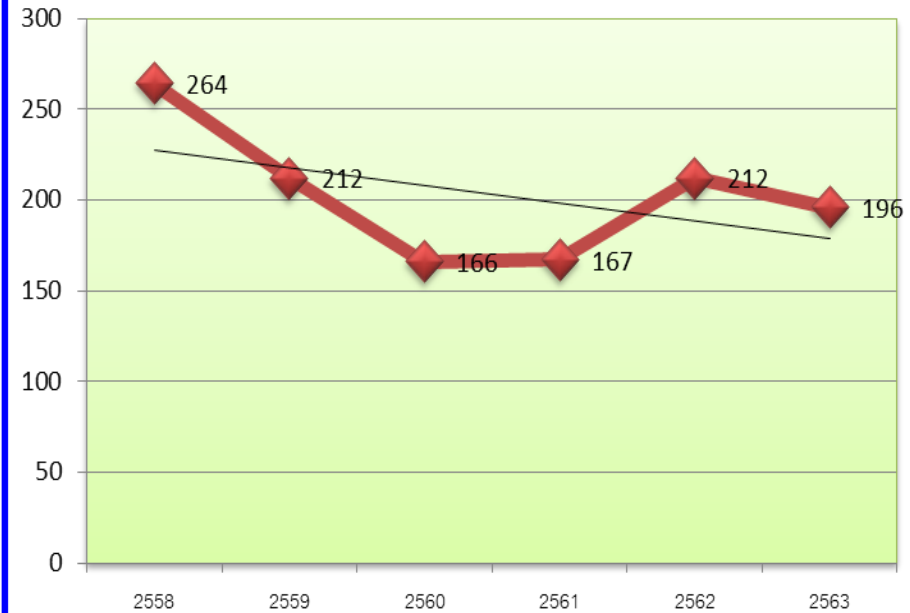
Fast track : STEMI

Door to Needle Time (เวลาเฉลี่ย)



30 นาที

Onset to Needle Time (เวลาเฉลี่ย)



180 นาที

บททวนการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI ปี 61

สาเหตุการตาย	จำนวน
Cardiogenic shock VF (Dead ER)	1 ราย ไม่ได้ SK

อุบัติการณ์	จำนวน (ครั้ง)
Miss diagnosis	1
แพ้ยา (Anaphylactic shock)	1
Delay diagnosis	5

สาเหตุการไม่ได้รับ SK/TNK

สาเหตุการไม่ให้ SK ปี 62	จำนวน
Complete heart block	1 ราย
Onset เกิน 12 ชั่วโมง	5 ราย
Miss diagnosis	1 ราย

สาเหตุการไม่ให้ SK ปี 63	จำนวน
มีข้อห้ามการให้ยา	1 ราย
Miss diagnosis	1 ราย
Onset >12 ชั่วโมง	3 ราย
Spontaneous reperfusion	1 ราย

ปัญหา

- Triage ผิดพลาด
- การวินิจฉัยล่าช้า เนื่องจากการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
- พยาบาลขาดสมรรถนะด้านการอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

ข้อเสนอแนะ

- Primary prevention ในกลุ่มที่ยังไม่ป่วยโดยเฉพาะกลุ่ม metabolic syndrome
- ป้องกัน OHCA ผู้ป่วยควรรับรู้เกี่ยวกับ early warning signs เพื่อเข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว
- เพิ่มสมรรถนะพยาบาลในการอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

KPI : 1. ลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก (มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งปากมดลูก)

2. ลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งต่อแสนประชากร

สถานการณ์

ปี 2562

1. คัดกรองมะเร็งเต้านม 88.16%
2. คัดกรองมะเร็งปากมดลูก 67.25%
HDC (สะสม 5 ปี) ไม่มีผ่าตัด 4 สัปดาห์ = 0 Refer ในเขต
3. ผู้ป่วยCa colon 24 ราย ,OR ใน 4 สัปดาห์ 14 ราย =58.33% ,Refer 10 รักษา/ผ่าตัด 1 ฉายแสง/เคมี 10 ราย
4. CA Breast 16 ราย ,OR (4 สัปดาห์) 11 ราย =68.758% ,Refer 2 ราย ฉายแสง+ เคมี
5. Refer มะเร็งเต้านม/ลำไส้ นอกเขต เป็น 11 ราย เพื่อ สายแสง 11 ราย
6. ทำ Palliative Care 100% (51 ราย) ผู้ป่วยadmit
7. Tumor Registry จำนวน 65 ราย ทะเบียนมะเร็งเต้านม/ลำไส้

สภาพปัญหา

1. ค้นหาคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่ำกว่าเป้าหมาย
2. การดำเนินการเชิงรุก/เชิงรับไม่ต่อเนื่อง
3. ค้นหาคัดกรองมะเร็งลำไส้ให้ได้ตามเป้าหมาย
4. ระบบส่งต่อรักษาต่อเนื่องนอกเขต ไม่ลดลง
5. ทะเบียนมะเร็งครอบคลุม

เป้าหมาย

1. คัดกรองมะเร็งเต้านมสตรีอายุ 30-70 ปี > 80 %
2. คัดกรองมะเร็งปากมดลูก สตรีอายุ 30-60 ปี >20%
3. คัดกรองมะเร็งลำไส้ Fit test 1,943 ราย
4. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับการผ่าตัดมากกว่า 4 สัปดาห์ (> ร้อยละ 70)
5. ผู้ป่วยมะเร็งได้รับเคมีบำบัดมากกว่า 6 สัปดาห์ (> ร้อยละ 70)
3. ผู้ป่วยมะเร็งได้รับรังสีรักษา มากกว่า 6 สัปดาห์ (> ร้อยละ 60)
4. ร้อยละการค้นพบมะเร็งเต้านมระยะที่ 1,2 ต่ำกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 80)
5. ร้อยละการค้นพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ ระยะที่ 1,2 ต่ำกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ80)

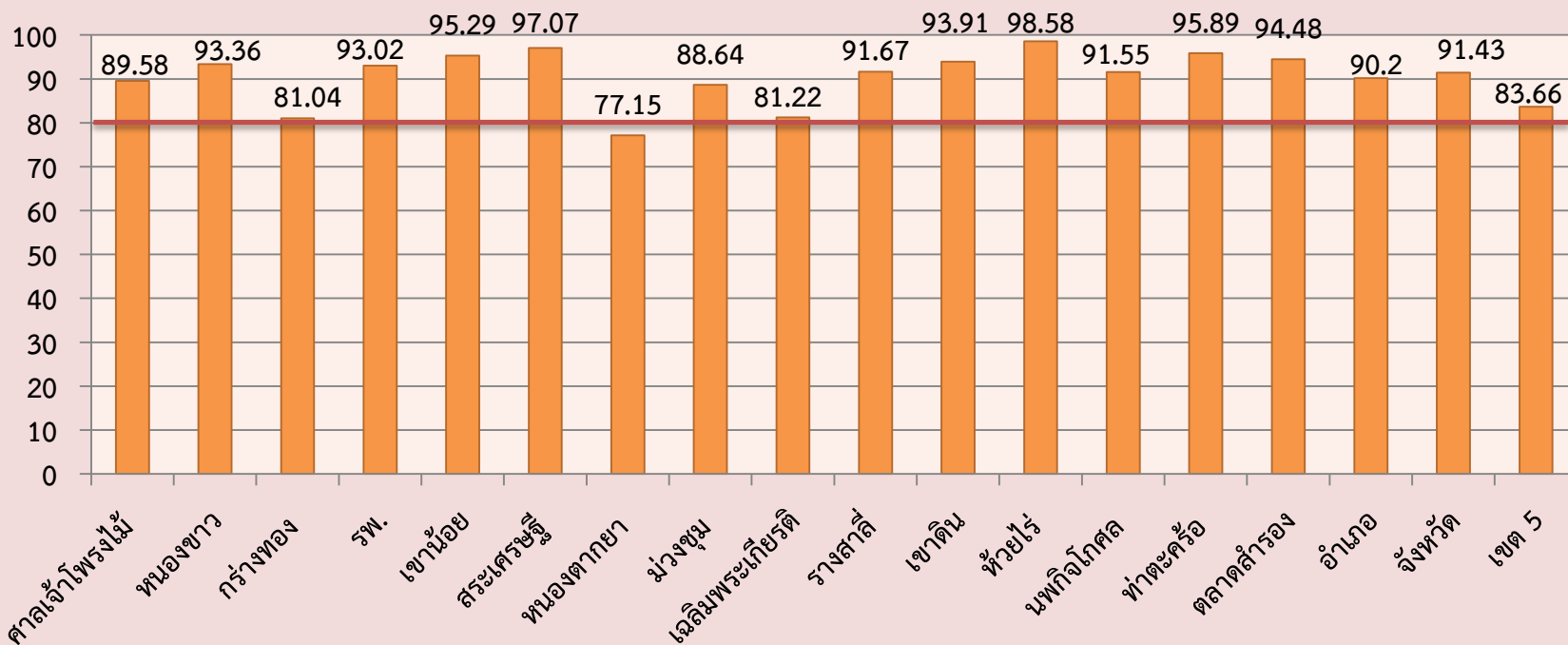
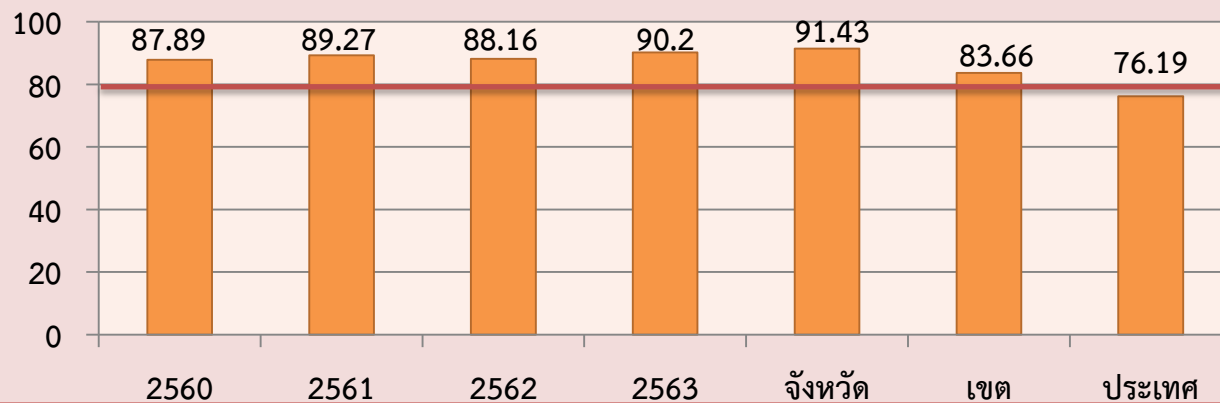
มาตรการ

1. ค้นหาคัดกรองมะเร็งปากมดลูก/ลำไส้
2. ติดตามกลุ่มเป้าหมายเชิงรุกไม่เคยตรวจ pap smear ใน5ปี
3. ลดจำนวนผู้ป่วยมะเร็งระยะ 3 และ4
4. พัฒนาการดูแลรักษามะเร็งรักษา ผ่าตัดเต้านม ภายใน 4 สัปดาห์
5. พัฒนาระบบการดูแลส่งต่อกลอง colono ตามสิทธิรักษา Admit
6. พัฒนาการดูแลส่งต่อในเขตและติดตามผู้ป่วย

Area Base

มะม่วง

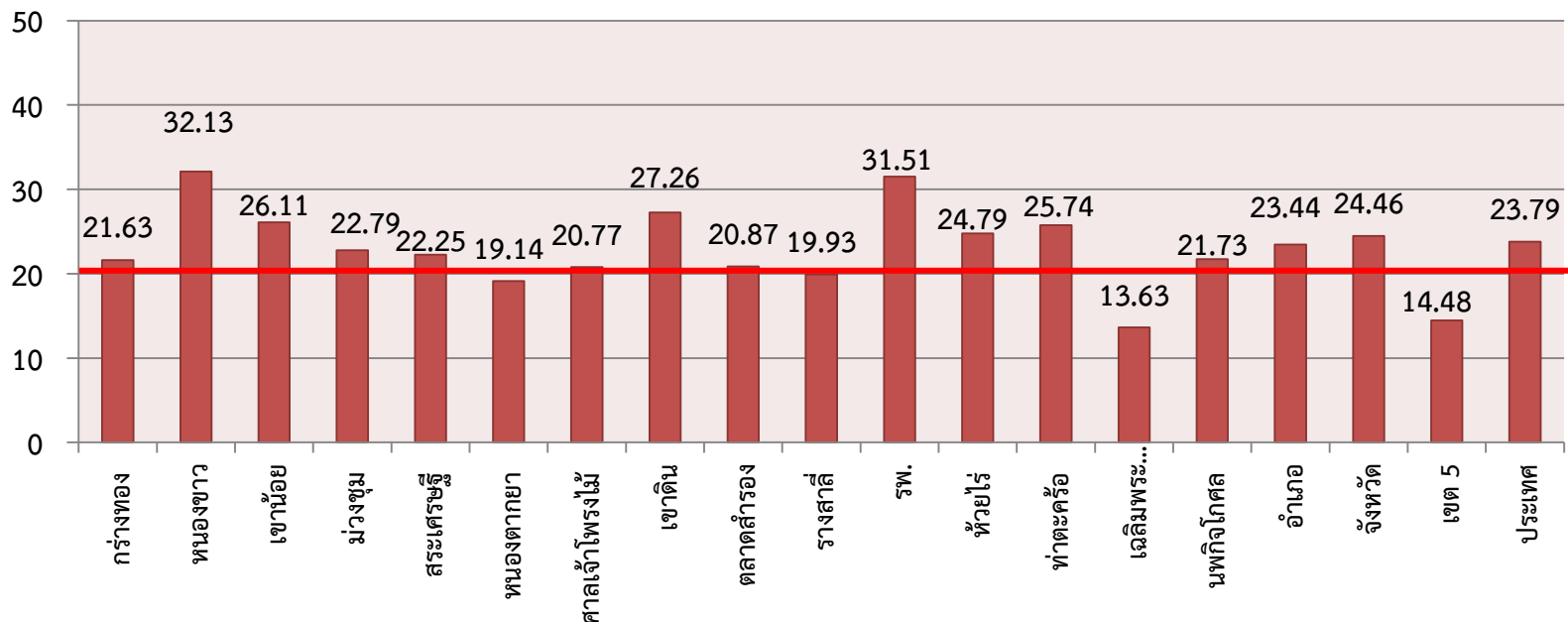
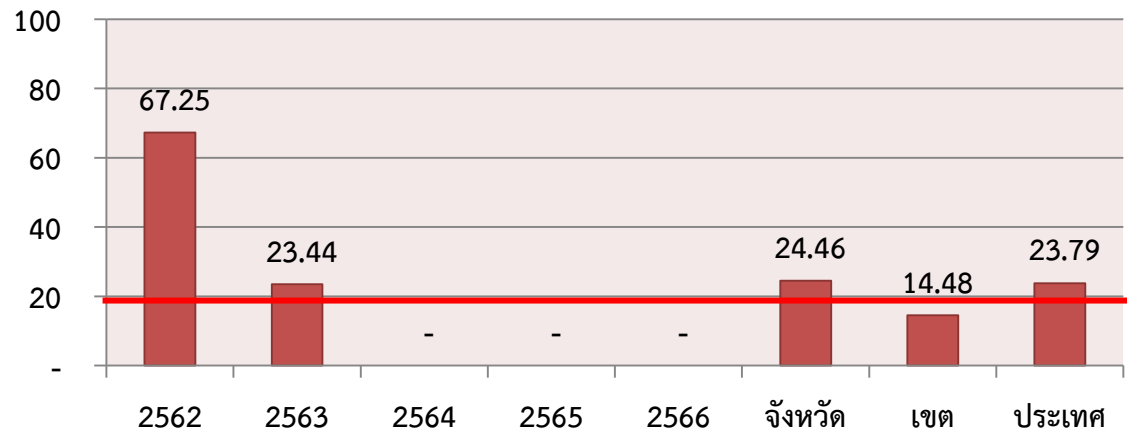
ร้อยละของสตรี 30-70 ปี
ที่มีการตรวจเต้านม จนท.
(เกณฑ์ $\geq 80\%$)



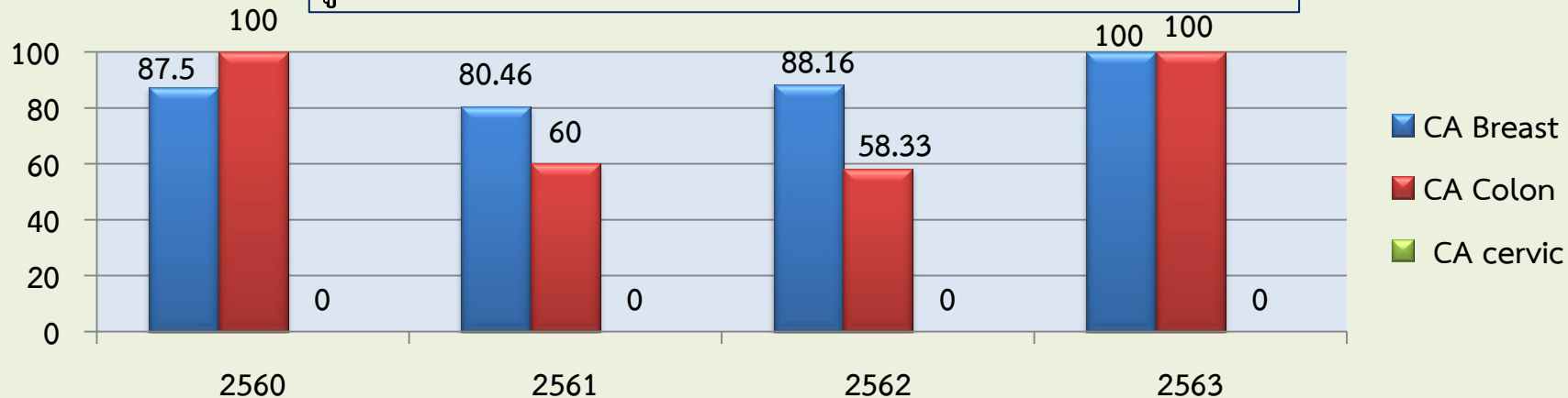
Area Base

มะเร็ง

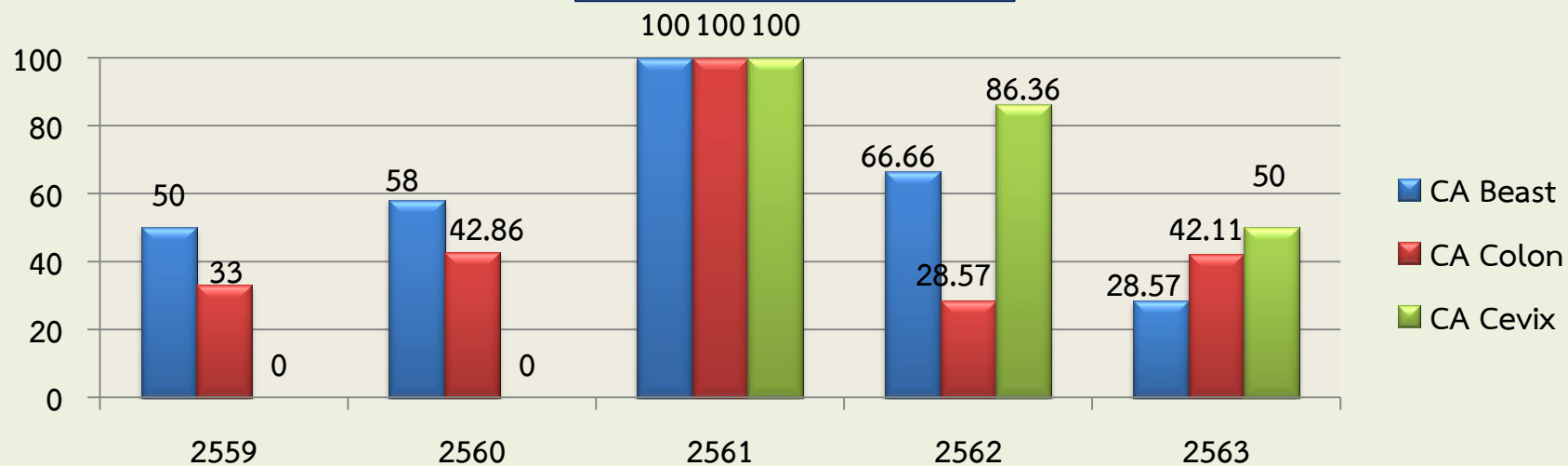
ร้อยละของสตรี 30-60 ปี
ที่มีการตรวจคัดกรอง
มะเร็งปากมดลูก
(เกณฑ์ $\geq 20\%$) ปีที่1



ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ ร้อยละ 70 (ทะเบียนมะเร็ง)



สถิติ Staging 1-2 ร้อยละ 80



กิจกรรม

- ประชุมทีมคณะกรรมการมะเร็ง และผู้รับผิดชอบ
- ปี 63 คัดกรองมะเร็งปากมดลูก
คัดกรองมะเร็งเต้านม จนท/ตนเอง
- ผ่าตัดมะเร็งเต้านม ภายใน 4 สัปดาห์
- ผ่าตัดมะเร็งลำไส้ ภายใน 4 สัปดาห์
- เป้าคัดกรองมะเร็งลำไส้ กลุ่มอายุ 50-70 ปี ด้วย fit test
เป้าหมาย 1,943 ราย ผลตรวจเป็นบวกนัดส่องกล้อง ทำ
admit เบิกค่าใช้จ่ายตาม DRG
เริ่มดำเนินการไตรมาส 2 เดือน มค. 63-เมย.
- ลงทะเบียนมะเร็ง เต้านม/ลำไส้ รายใหม่ปี 63
- หน่วยเคลื่อนที่คัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเครื่องเอ็กซเรย์
Mammogram ประชาชนทั่วไปและสตรีอายุ 25 ปีขึ้นไป
จำนวน 400 คน ค้นหากลุ่มเสี่ยง ผิดปกติ 150 คน
ในวันที่ 14-16 กันยายน 2563 ณ.ลานชมวิว
สวนรุกขชาติเฉลิมพระเกียรติอำเภอนาทม

ผลงาน

- รณรงค์คัดกรองตรวจมะเร็ง เต้านม/ปากมดลูก/ลำไส้ เชิงรุก ที่ รพ.สต.15 แห่ง /
เชิงรับที่ OPD ทุกวัน
คัดกรองมะเร็งปากมดลูก สะสมปีที่ 1 เป้าหมาย 20% ทำได้ 23.44 %
CA cervic = 8 ราย 1 , 2 state = 4 , state 3, 4 = 4
คัดกรองมะเร็งเต้านม ทำได้ 90.2 % Ca Breast = 14 ราย
state 1, 2 = 4 state 3 , 4 = 9 ไม่ทราบระยะ 1 ราย
CA colon = 19 ราย state 1, 2 = 8 ราย state 3 , 4 = 10 ราย ไม่ทราบ = 1
- ผ่าตัดเต้านมใน 4 สัปดาห์ จำนวน 7 ราย
ส่งต่อ ฉายแสง, ฉีด kemo
- * ผ่าตัดลำไส้ ใน 4 สัปดาห์ จำนวน 13 ราย
- คัดกรองมะเร็งลำไส้ ได้รับจัดสรรเงิน สปสช 69,724 บาท
เป้าหมาย 1,943 ราย
ผลดำเนินการ ไตรมาส 4 คัดกรอง Fit test 1918 ราย
- ผลบวก 83 ราย Set ทำ colono 56 ราย ปฏิเสธ 15 ราย, สิทธิปกส. 2 ราย
เคยทำ 4 ราย Admit เบิก DRG
ผลปกติ 39 ราย ผิดปกติ , CA 2 mas 2 Polyp 14
- ลงทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ เต้านม , ลำไส้ Ca อื่นๆ รวม 42 ราย

มะเร็ง 5 อันดับในRefer

ลำดับที่

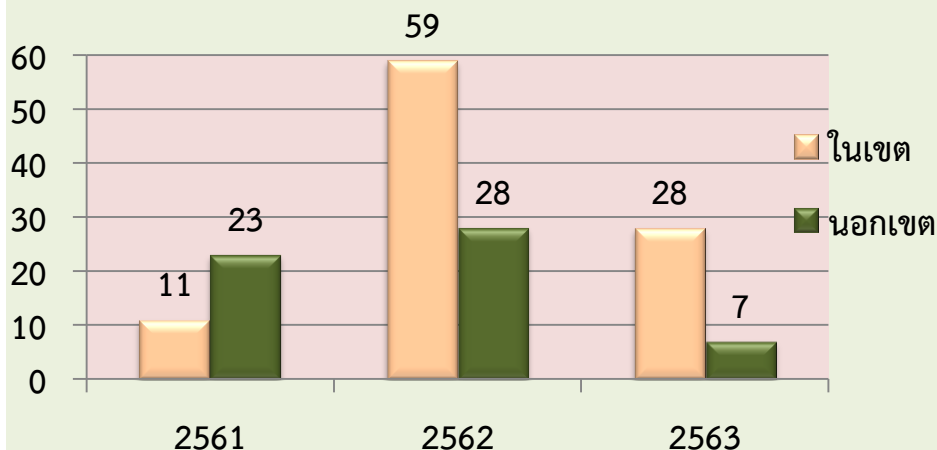
- | | |
|--|--------|
| 1. เนื้องอกร้ายของเต้านม | 89 คน |
| 2. เนื้องอกร้ายที่ปากช่องคลอด | 26 ราย |
| 3. เนื้องอกของลำไส้ใหญ่ส่วนตรง (เร็กตัม) | 23 ราย |
| 4. เนื้องอกร้ายต่อมไทรอยด์ | 17 ราย |
| 5. เนื้องอกของหลอดอาหาร | 14 ราย |

มะเร็ง 5 อันดับเสียชีวิต

ลำดับที่

- | | |
|--|----------|
| 1. เนื้องอกที่หลอดลม/ปอด | 7 ราย |
| 2. เนื้องอกของลำไส้ใหญ่ ที่มีได้ระบุ | 4 ราย |
| 3. เนื้องอกตับ | 3 ราย |
| 4. เนื้องอกลำไส้มีได้ระบุรายละเอียด | 2 ราย |
| 5. เนื้องอกปากมดลูกมีได้ระบุรายละเอียด/
เนื้องอกของกระพุ้งลำไส้ (ซิกัม) | 1, 1 ราย |

ผู้ป่วยที่ส่งต่อใน/นอกเขต (มะเร็งเต้านม, มดลูก, ลำไส้)



ผลจากการคัดกรองมะเร็งลำไส้
(โครงการ/จัดบริการของรพ.)

- คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ ในกลุ่มประชากร อายุ 50-70 ปี สิทธิ UC
อ.ท่าม่วง ปี 63 เป้าหมาย สปสช.เขต ปรับแผนเป้าหมายปี 63
1. จำนวนคัดกรองด้วยวิธี FIT test จำนวน 1943 ราย
 2. จำนวนส่งต่อเพื่อส่องกล้อง colonoscopy

ผลการทำ Colonoscopy

1. ตรวจพบอาการผิดปกติ โครงการ

ผล fit test 85 ราย ทำแล้ว Colono 56 ราย

ปัญหา / อุปสรรค

1. การคัดกรองมะเร็งลำไส้พบความล่าช้าในการทำแผนจัดซื้อ fit test
2. ผลตรวจ pap smear ผิดปกติ ที่คลินิกนรีเวช , เวชครอบครัว Refer ส่งตรวจ copro ไม่ทราบผลการวินิจฉัย , ไม่รู้ state , การรักษา ผ่าตัด/ ฉายแสง/ เคมี
3. สถานการณ์ Covid 19 ประชาชนอาศัยในพื้นที่ ไม่เข้ามารับบริการ กลัวติดเชื้อ อยู่ในบ้าน

แผนการดำเนินการขั้นตอนต่อไป

1. ค้นหาคัดกรองเชิงรุก/รับ รพสต./รพ กลุ่มหญิง อายุ 30-60 ปี มะเร็งเต้านมและปากมดลูก อย่างต่อเนื่อง
2. คัดกรองมะเร็งลำไส้ กลุ่มอายุ 50-70 ปี ตรวจ Fit test ผลบวก ส่งตรวจ Colonoscopy/ ขึ้นเนื้อ
3. ตรวจเต้านมด้วยเครื่องเอ็กซเรย์เคลื่อนที่ Mammogram ค้นหาไว้วงหน้า รพ.สต.ละ 5-10 คน (เดือน ก.ย.63)

สิ่งที่ต้องการสนับสนุน

1. ระบบติดตามผู้ป่วย Refer/ /ตอบกลับ จากรพ.ศูนย์
2. ระบบรายการเคมีผลงานสปสข. ขอ IT ช่วยเหลือ

KPI : ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคสมอง (Stroke I60-I69) < ร้อยละ 7

สถานการณ์

ปี 2562

- อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Acute stroke) รายใหม่เป้าหมายไม่เกิน 200:แสนประชากร (190.57)
- อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง (Acute stroke) ที่เข้าสู่ระบบแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองได้ตามเวลาที่กำหนด เป้าหมาย 50% (45.78%)
- อัตราผู้ป่วย Ischemic Stroke ได้รับการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องเป้าหมาย 100% (91.48%)
- อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง (Acute stroke) ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพเป้าหมาย 80% (92.19%)

สภาพปัญหา

- ผู้ป่วย Stroke เข้าถึงบริการล่าช้า
- ไม่ทราบอาการเตือน/ระยะเวลา
- อาการไม่ชัดเจน
- ผู้ป่วย HT ขาดยา
- กลุ่ม NCD ไม่ได้รับการปรับพฤติกรรมในเรื่องสูบบุหรี่/สุรา

เป้าหมาย

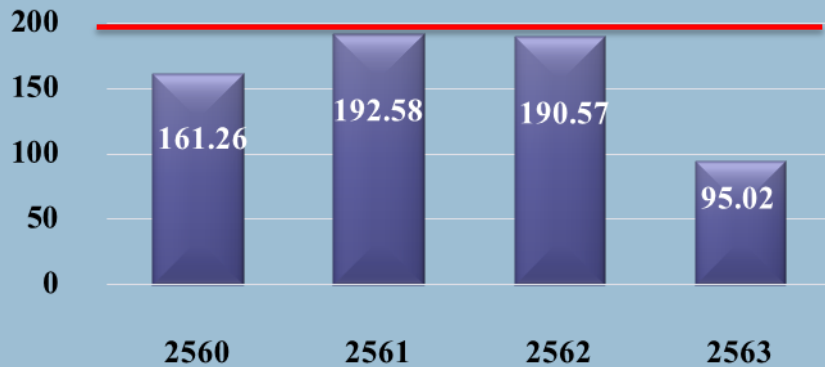
- อัตราการตาย Stroke < 7%
- อัตราการตาย Hemorrhagic Stroke < 25%
- อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic:I63) < 5 %
- Door to needle time in 60 min $\geq$ ร้อยละ 50
- Stroke ที่มีอาการภายใน 72 hr. เข้ารับการรักษาใน stroke unit $\geq$ 40%
- Door to operation room time in 90 min > 60%

มาตรการ

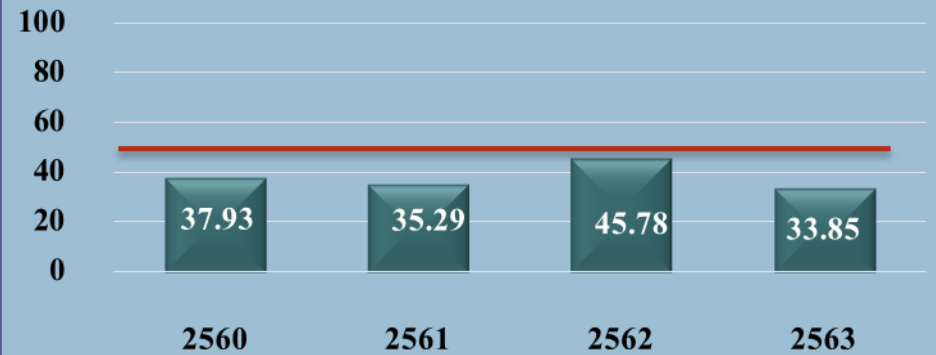
- มีการคัดกรองและให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองกับกลุ่ม CVD Risk ร่วมกับ NCD
- เพิ่มองค์ความรู้เจ้าหน้าที่
- พัฒนาระบบการติดตามขนาดนัด/ขาดยา
- พัฒนาระบบเครือข่ายบริการ Stroke Fast Track

ผลการดำเนินงานสาขาอายุรกรรม (Stroke) ปีงบประมาณ 2560-2563

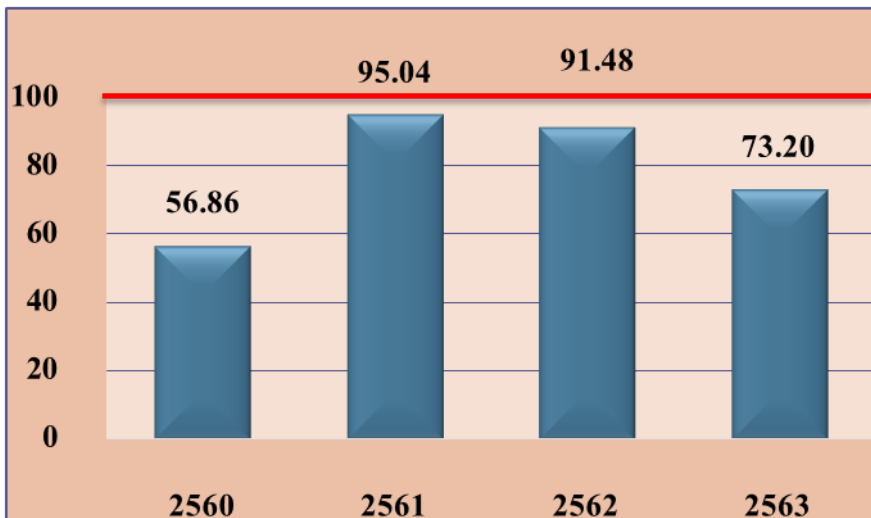
อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง(Acute stroke) รายใหม่
ไม่เกิน 200:แสนประชากร



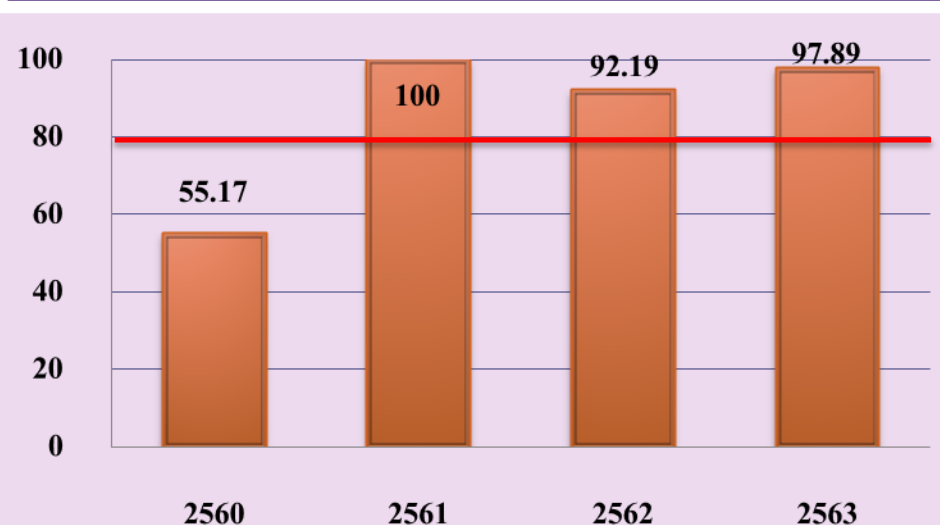
อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง (Acute stroke) ที่เข้าสู่ระบบ
แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองได้ตามเวลาที่กำหนด 50%



อัตราผู้ป่วย Ischemic Stroke ได้รับการวางแผนจำหน่ายและ
ดูแลต่อเนื่อง100%



อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง (Acute stroke) ได้รับการดูแล
ต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพ 80%



แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการในปี 2563

รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ
1. ประชุมทบทวน CPG การดูแลผู้ป่วย	ต.ค.62	-
2. จัดอบรมฟื้นฟูบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย	เม.ย.63	-
3. Case Conference (Dead, Refer)	ทุกเดือน	-
4. จัดทำ Mapping CVD Risk > ร้อยละ 30 (MI, Stroke)	ทุกเดือน	-
5. จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์อาการสำคัญที่ต้องมาโรงพยาบาล	ก.พ.63	-
6. ส่งอบรม Basic Stroke nurse		-
7. Tracer หน่วยงาน	ทุก 3 เดือน	-
8. อบรมฟื้นฟู CARE Giver	มี.ค.63	-
9. ติดตามผู้ป่วย NCD ที่ขาดนัด	ทุกเดือน	-
10. ประชุมคั่นข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาพร้อมวางแผนจำหน่ายกับทีมสหวิชาชีพ	ทุกเดือน	-
11. เยี่ยมบ้านผู้ป่วย Stroke	ทุกเดือน	-

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 57	ปี 58	ปี 59	ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63 (ต.ค.-มิ.ย.)
1. อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Acute stroke) รายใหม่	ไม่เกิน 200:แสน ปชก.	165.32	132.82	128.47	161.26	192.58	190.57 (166 ราย)	95.01 (83ราย)
2. อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง (Acute stroke) ที่เข้าสู่ระบบแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองได้ตามเวลาที่กำหนด	50%	9.37	26.41	38.93	37.58	40.35	45.78 (76 ราย)	33.85 (44ราย)
3. อัตราผู้ป่วย Ischemic Stroke ได้รับการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง	100%	NA	NA	57.5	65.10	95.04	91.48 (129 ราย)	73.20 (112ราย)
4. อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง (Acute stroke) ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพ	80%	NA	NA	26.71	48.32	100	92.19 (130 ราย)	97.89 (93ราย)

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหาอุปสรรค	แนวทางแก้ไข
1. ผู้ป่วยเข้ารับบริการล่าช้าเนื่องจากไม่ทราบ อาการ/อาการไม่ชัดเจน	1. ให้ความรู้กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ประชาชนทั่วไป
2. HT ขาดนัด ขาดยา	2. มีการติดตามระบบนัดในคลินิก
3. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงไม่ได้รับการปรับพฤติกรรมใน การละเลิกบุหรี่/สุรา	3. คัดกรองกลุ่มเสี่ยงเข้าคลินิกเลิกบุหรี่

สรุปผลการดำเนินงานตรวจราชการ และนิเทศงานกรณีปกติ

ลำดับ	ตัวชี้วัดผลการตรวจราชการ	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
			เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	ประเมิน
1.	การควบคุมป้องกันโรคโควิดโรค					
	- อัตราความสำเร็จของการรักษาโควิดโรค	> ร้อยละ 88	77 คน	56 คน	72.73 ^(-1.04)	X
	- อัตราการเสียชีวิต	< ร้อยละ 5	77 คน	18 คน	23.37 ^(+3.7)	X
	- อัตราความครอบคลุมในการค้นหาผู้ป่วยโควิดโรครายใหม่	> ร้อยละ 82.5	136 คน	96 คน ⁽⁺²⁷⁾	70.59 ^(+19.85)	X
2.	- ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	ขั้นที่ 3	ขั้นที่ 3	ขั้นที่ 2		X
3.	พัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ					
	- คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.) ที่มีคุณภาพ	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5	✓
	- จำนวนอสม.ที่ได้รับการพัฒนาเป็นอสม.หมอบริการบ้าน	126 คน	126 คน	126 คน	100	✓
	- ร้อยละ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว	ร้อยละ 100	4	ไม่มีแผนการดำเนินงาน		✓
4.	ยกระดับโรงพยาบาลให้กลายเป็น Smart Hospital	ร้อยละ 100	1	1	100	✓

สรุปผลการดำเนินงานตรวจราชการ และนิเทศงานกรณีปกติ

ลำดับ	ตัวชี้วัดผลการตัวชี้วัดผลการตรวจราชการ	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
			เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	ประเมิน
5.	กลุ่มวัยสตรี					
	- ระดับความสำเร็จการดำเนินงานห้องคลอดคุณภาพ	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5		✓
	- อัตรามารดาเสียชีวิต	≤15/100,000 LB	1,354	0	0	✓
	- ภาวะคลอดก่อนกำหนด	< ร้อยละ 7	1,370	20	1.45 ^(+0.45)	✓
	- อัตราการตั้งครรภ์NO ANC	< ร้อยละ 1	1,358	8	0.58 ^(+0.28)	✓
6.	กลุ่มเด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี)					
	- ร้อยละเด็กครบอายุ 1 ปีได้รับวัคซีน					
	- MMR1	≥ร้อยละ 95	586 คน	568 คน	96.93 ^(+11.03)	✓
	- OPV3	≥ร้อยละ 90	586 คน	562 คน	95.90 ^(+6.8)	✓
	- ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	>ร้อยละ 57	3,576 คน	2,237 คน	62.55 ^(-7.73)	✓
	- ร้อยละเด็ก 0-5 ปี พัฒนาการสมวัย	≥ร้อยละ 85	3,242 คน	3,175 คน	97.93 ^(+0.11)	✓

สรุปผลการดำเนินงานตรวจราชการ และนิเทศงานกรณีปกติ

ลำดับ	ตัวชี้วัดผลการตรวจราชการ	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
			เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	ประเมิน
7.	กลุ่มเด็กวัยเรียน					
	- ร้อยละของเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน	≥ร้อยละ 66	10,689 คน	6,946 คน	64.98	X
	- ร้อยละของเด็กอ้วนและเริ่มอ้วน	≤ร้อยละ10	10,689 คน	1,359 คน	12.71	X
	- เด็กวัยเรียน (6-14 ปี) มีภาวะเตี้ย	≤ร้อยละ 5	10,689 คน	750 คน	7.02	X
	- เด็กวัยเรียน (6-14 ปี) มีภาวะผอม	≤ร้อยละ 5	10,689 คน	414 คน	3.87	✓
8.	กลุ่มวัยรุ่น					
	- การเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในอายุ 10-14 ปี	≤1.2ต่อพันปชก.	2,766 คน	5 คน	2.53 ^(+1.19)	X
	- การเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในอายุ 15-19 ปี	≤38ต่อพันปชก.	2,788 คน	72 คน	35.12 ^(+8.33)	✓
	- หญิงอายุ 15-19 ปี ตั้งครรภ์ซ้ำ	≤ ร้อยละ14.5	77 คน	9 คน	11.69 ^(-1.52)	✓
	- จำนวนการบริการด้านสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชนใน PCC	2 แห่ง	2 แห่ง	2 แห่ง	100	✓

สรุปผลการดำเนินงานตรวจราชการ และนิเทศงานกรณีปกติ

ลำดับ	ตัวชี้วัดผลการตรวจราชการ	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
			เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	ประเมิน
9.	กลุ่มวัยทำงาน					
	- การตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	≥ ร้อยละ 30	123 คน	95 คน	77.24 ^(+0.82)	✓
	- การตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	≥ ร้อยละ 60	411 คน	388 คน	94.40 ^(-0.02)	✓
	- ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	≥ ร้อยละ 40	5,740 คน	2,130 คน	37.11 ^(+2.51)	X
	- ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ดี	≥ ร้อยละ 50	12,814 คน	6,369 คน	49.70 ^(+1.07)	X
10.	กลุ่มผู้สูงอายุ					
	- ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม care plan	≥ ร้อยละ 80	219 คน	219 คน	100	✓
	- ร้อยละการคัดกรองของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึ่งประสงค์	≥ ร้อยละ 1	18,227 คน	328 คน ⁽⁺³³⁾	1.80 ^(+0.18)	✓
	- ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึ่งประสงค์	≥ ร้อยละ 60	328 คน	252 คน ⁽⁺⁶⁴⁾	76.83 ^(+13.1)	✓
	- ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรอง					
	- การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน(ADL)	≥ ร้อยละ 90	18,227 คน	16,909 คน	92.77	✓
	- สมองเสื่อม (AMT)	≥ ร้อยละ 80	18,227 คน	16,834 คน	92.36	✓
	- ภาวะหกล้ม	≥ ร้อยละ 80	18,227 คน	16,801 คน	92.18	✓

สรุปผลการดำเนินงานตรวจราชการ และนิเทศงานกรณีปกติ

ลำดับ	ตัวชี้วัดผลการตรวจราชการ	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
			เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	ประเมิน
11.	จำนวนครอบครัวที่ได้รับการลงทะเบียน	ร้อยละ 100	2,171 ครอบครัว	2,141 ครอบครัว	98.62	✓
12.	ร้อยละของอาหารสดและอาหารแปรรูปที่ไม่พบสารปนเปื้อน	ร้อยละ 85	499	488	97.80 ^(-0.54)	✓
13.	ร้อยละของรพ.สต.ที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ 100	13	13	100	✓
14.	ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวเปิดดำเนินการในพื้นที่	ร้อยละ 100	1 แห่ง	1	100	✓
15.	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์ การประเมิน ITA (90 คะแนน)	ร้อยละ 90	2 แห่ง	2	2	✓
16.	ร้อยละความสำเร็จของหน่วยบริการมีคุณภาพมาตรฐานที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (PMQA)	ร้อยละ 90	1 แห่ง	1	100	✓
17.	ร้อยละของคะแนนดัชนีความสุข (Happinometer) ของโรงพยาบาล เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 จากปี 62 (57.37)	ร้อยละ 62.37			60.99	X
18.	จำนวนของรพ. และรพ.สต. 13 แห่งไม่ติดภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 4	ร้อยละ 100	15	15	100	✓
19.	อัตราการตายของผู้ป่วยSTEMI	≤ ร้อยละ 8	28	1	3.57	✓

สรุปผลการดำเนินงานตรวจราชการ และนิเทศงานกรณีปกติ

ลำดับ	ตัวชี้วัดผลการตรวจราชการ	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
			เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	ประเมิน
19.	STEMI					
	- อัตราตายของผู้ป่วยSTEMI	≤ ร้อยละ 8	28	1	3.57	✓
	- ผู้ป่วยเข้ารับบริการภายใน 4 ชั่วโมง	≥ ร้อยละ 50	22	17	77.27	✓
	- อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือด	≥ ร้อยละ 80	22	21	95.45	✓
20.	มะเร็ง					
	- ร้อยละของสตรี 30-70 ปี ที่มีการตรวจเต้านม	≥ ร้อยละ 80	25,519	23,018	90.2	✓
	- ร้อยละของสตรี 30-60 ปี ที่มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	> ร้อยละ 20	19,820	4,645	23.44	✓
	- ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์	> ร้อยละ 70	7	7	100	✓
	- ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์	> ร้อยละ 70	13	13	100	✓
	- ร้อยละการค้นพบมะเร็งเต้านมระยะที่ 1,2	> ร้อยละ 80	14	4	28.57	X
	- ร้อยละการค้นพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 1,2	> ร้อยละ 80	19	8	42.11	X
	- ร้อยละการค้นพบมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 1,2	> ร้อยละ 80	8	4	50	X

สรุปผลการดำเนินงานตรวจราชการ และนิเทศงานกรณีปกติ

ลำดับ	ตัวชี้วัดผลการตรวจราชการ	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
			เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	ประเมิน
21.	Stroke					
	- อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Acute stroke) รายใหม่	≤200:แสน ปชก.	87,351	83	95.01	✓
	- อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง (Acute stroke) ที่เข้าสู่ระบบแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองได้ตามเวลาที่กำหนด	≥ ร้อยละ 50	130	44	33.85	X
	- อัตราผู้ป่วย Ischemic Stroke ได้รับการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง	ร้อยละ 100	153	112	73.20	X
	- อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง (Acute stroke) ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพ	≥ ร้อยละ 80	95	93	97.89	✓

สรุป มีทั้งหมด 21 ประเด็น 57 ตัวชี้วัด
ผ่าน 41/57 ตัวชี้วัด (71.93 %)