



**เอกสารประกอบการประเมิน
ผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ
หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2562**



**เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเด่นชัย
วันที่ 15 มีนาคม 2562
ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย จ.แพร่**

คำนำ

เอกสารฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อประกอบการนิเทศงานและประเมินผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ต่อคณะนิเทศงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ภายใต้เกณฑ์ผลการประเมินผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการหน่วยงานในสังกัดสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ประจำปีงบประมาณ 2562 รอบที่ 1 เพื่อกำกับติดตามการดำเนินงานที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขและการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จการปฏิบัติงานตามคำรับรองของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ไปสู่การปฏิบัติที่สอดคล้อง เชื่อมโยงกันอย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งรับทราบปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่จะส่งผลกระทบต่อผลสำเร็จของการดำเนินงานในพื้นที่

คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอเด่นชัย โดยโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย ขอขอบคุณประธานและรองประธาน คปสอ.เด่นชัย ที่เป็นที่ปรึกษา รวมทั้งเจ้าหน้าที่ฯ ทุกท่านในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเด่นชัย ที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนข้อมูลสำหรับจัดทำเอกสารครั้งนี้ ในโอกาสนี้คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอเด่นชัย ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่ และคณะผู้นิเทศสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ที่ได้ให้การสนับสนุนและให้ข้อเสนอแนะ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย ในการนำไปเป็นแนวทางการปฏิบัติงานให้บรรลุผลตามเป้าหมายกำหนดต่อไป

คณะผู้จัดทำ
คปสอ.เด่นชัย
มีนาคม 2562

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
การประเมินประสิทธิผล	
1 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	1
2 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการบริการฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์	1
3 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานอำเภออนามัยเจริญพันธุ์	3
4 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	6
5 ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีส่วนสูงดี รูปร่างสมส่วน	9
6 ร้อยละเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ	-
7 ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี ฟันดีไม่ผุ (cavity free)	-
8 อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานตามเกณฑ์	13
9 อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	13
10 ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองและบำบัดรักษาการสูบบุหรี่	
10.1 ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไปได้รับการคัดกรองการสูบบุหรี่	-
10.2 ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองได้รับการบำบัด	-
10.3 ร้อยละของประชากรในครัวเรือนที่ตกเกณฑ์ จปฐ. (การสูบบุหรี่) ได้รับการบำบัด	-
11 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	17
12 อัตราความครอบคลุมของการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท	17
13 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตำบลสามารถควบคุมโรคติดต่อมาโดยยุยงลายได้ (ไข้เลือดออก และ ไข้ซิกา)	
13.1 ร้อยละของตำบลที่สามารถควบคุมไข้เลือดออกได้	20
13.2 อำเภอมีการติดตามประเมินผลการดำเนินการป้องกันการควบคุมโรคมาโดยยุยงลายตามแนวทางการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานในตำบลเสี่ยงทุกตำบล	20
14 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีฟันหลังแท้หรือเทียมใช้งานได้อย่างเหมาะสม 4 คู่สบขึ้นไป	-
การประเมินคุณภาพการให้บริการ	
15 ระดับความสำเร็จในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	23
16 ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลดำเนินงาน Smart Hospital ได้ตามเกณฑ์	26
17 ระดับความสำเร็จการพัฒนาคุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการลงสาเหตุการตายได้ตามเกณฑ์	
17.1 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพข้อมูล 43 แฟ้มมาตรฐาน	30
17.2 การลงสาเหตุการตายได้ตามเกณฑ์	30
การประเมินประสิทธิภาพ	
18 ผลการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง Financial Administration Index: FAI ของ รพ.แม่ข่ายผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด	32
19 ระดับความสำเร็จของ คปสอ.ที่สามารถควบคุมกำกับกำกับการเบิกจ่ายของ รพ.สต.ได้ตามแผน	34

สารบัญ

หน้า

20	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง	36
21	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน ITA	38

การประเมินการพัฒนางองค์กร

22	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนางองค์กรตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	40
23	ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้	-
24	ระดับความสำเร็จของบุคลากรในหน่วยงานที่มีระบบพัฒนากำลังคนตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด	-

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ
หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ประจำปีงบประมาณ 2562 คปสอ.เด่นชัย
(การประเมินรอบ 6 เดือน (1 ตุลาคม 2561 – 30 มีนาคม 2562))**

มิติภายนอก : การประเมินประสิทธิผล

ตัวชี้วัดที่ 1. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ($\geq$ ร้อยละ 70)
ตัวชี้วัดที่ 2. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ ($\geq$ ร้อยละ 70)

1. สถานการณ์/สภาพปัญหา

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย ร่วมกับงานอนามัยแม่และเด็ก คปสอ.เด่นชัย ได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการอนามัยแม่และเด็กตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก และมาตรฐานรพ.สต.เพื่อพัฒนาเด็กอย่างองค์รวมมาอย่างต่อเนื่อง จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ผลลัพธ์ภาวะสุขภาพแม่และเด็กในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา ปี 2559, 2560 และ 2561 การดูแลขณะตั้งครรภ์ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ เท่ากับ 55.92, 63.46 และ 78.66 ร้อยละหญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ เท่ากับ 46.71, 46.15 และ 80.70 ร้อยละการคลอดก่อนกำหนด 3.91, 0.96 และ 2.33 ไม่มีมารดาตาย และมารดาตายจากการตกเลือดหลังคลอด จากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานพบว่า การฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

2. การดำเนินงานแก้ไข/พัฒนาของพื้นที่

1. มีการขับเคลื่อนการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก ตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก และมาตรฐานรพ.สต.เพื่อพัฒนาเด็กอย่างองค์รวม โดยคณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็ก คปสอ.เด่นชัย ซึ่งมีการประชุมติดตามอย่างสม่ำเสมอทุก 3 เดือน
2. ทบทวนคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก คปสอ.เด่นชัย
3. มีแนวทางการรักษาพยาบาล Standing Order การตกเลือดหลังคลอด และภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์
4. การดูแลขณะตั้งครรภ์
 - ณรงค์ประชาสัมพันธ์ การฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ โดยแผ่นป้ายประชาสัมพันธ์และเสียงตามสายในหมู่บ้าน
 - ประเมินภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย และส่งต่อเพื่อการดูแลที่เหมาะสม
 - ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ สามี หรือญาติเข้าร่วมกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ อย่างน้อย 2 ครั้ง ตลอดการตั้งครรภ์ โดยการให้ความรู้ ฝึกทักษะ สร้างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด ทราบถึงความผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ทันที โดยการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
5. การดูแลขณะคลอด : มีการพัฒนางานห้องคลอดตามเกณฑ์ห้องคลอดคุณภาพ
6. การดูแลหลังคลอด : มีการติดตามดูแลมารดาหลังคลอดตามเกณฑ์

3. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน	ผลงาน ข้อมูล คปสอเด่นชัย ณ. 30 ม.ค. 62					
	รอบ 6 เดือน			รอบ 12 เดือน		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1. ร้อยละการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ($\geq$ ร้อยละ 70)	36	27	75			
2. ร้อยละการฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้ง ($\geq$ ร้อยละ 70)	36	22	61.11			

4. ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. การฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ 1) หญิงตั้งครรภ์ไม่ใส่ใจในสุขภาพทำให้ไม่ทราบว่าตัวเองตั้งครรภ์ 2) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	1) การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชน 2) ประสานงานสุขภาพจิตในการให้ความรู้แก่เด็กนักเรียนในโรงเรียน
2. การฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ 1) ขาดการฝากครรภ์ช่วงก่อน 12 สัปดาห์ 2) ขาดการฝากครรภ์ช่วง 36-38 สัปดาห์ เนื่องจากคลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์	1) รณรงค์ประชาสัมพันธ์การฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ รวมถึงการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ให้มาฝากครรภ์เร็วโดยแม่ นมอาสาในพื้นที่ 2) จัดระบบการนัดฝากครรภ์ใหม่ให้หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการนัดมาฝากครรภ์ที่อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ 3) จัดให้ความรู้ตามโครงการมหัศจรรย์ 1000 วันแรกแห่งชีวิต

ผู้รายงาน ภัทขรี กิตตประภัสร์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
อีเมลล์ :Yui_311@hotmail.co.th
โทร.054613134 ต่อ 302
วันที่รายงาน 20 ก.พ. 62

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ
หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ประจำปีงบประมาณ 2562 คปสอ.เด่นชัย
(การประเมินรอบ 6 เดือน (1 ตุลาคม 2561 – 30 มีนาคม 2562))**

มิติกายนอก : การประเมินประสิทธิผล

ตัวชี้วัดที่ 3. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานอำเภออนามัยเจริญพันธุ์ (ผ่าน 5 องค์ประกอบ)

1. สถานการณ์

อำเภอเด่นชัยมีประชากรกลุ่มวัยรุ่น ประมาณ 7,000 คน สภาพสังคมสิ่งแวดล้อมที่เต็มไปด้วยสิ่งยั่วยุ มีการแพร่ระบาดของยาเสพติด สุรา ยาบ้า กาว ในพื้นที่ กอปรกับเส้นทางคมนาคมสะดวก การสื่อสารไร้พรมแดน สภาพครอบครัวที่เปลี่ยนไป สัมพันธภาพที่มีความผูกพันกันน้อยในครอบครัว ปัญหาครอบครัว แยกแยก หรือ พ่อแม่ ต้องไปทำงานนอกบ้าน นอกพื้นที่ ทั้งภาระการเลี้ยงดูบุตรให้กับ ปู่ ย่า ตา ยาย ที่มีความเข้าใจในวัยรุ่นยุคใหม่ และมีทักษะในการดูแลน้อย ส่งผลให้เด็กได้รับการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน เด็กอยู่กับเทคโนโลยี จึงบกพร่องทักษะทางสังคม การสื่อสาร ขาดความรับผิดชอบ และโรงเรียนสถานศึกษา มีแนวทางในการดูแลเด็กเปลี่ยนไป กฎหมายที่มีไว้เพื่อปกป้องเด็กไม่ได้ถูกนำมาปฏิบัติอย่างจริงจัง ทำให้เด็ก วัยรุ่น เข้าถึงสารเสพติดได้ง่าย และเมื่อมีการใช้สารเสพติด ส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์อื่นๆ เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ติดเกมส์ หนีเรียน มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และขาดป้องกันตนเอง จากการสอบสวนสาเหตุปัญหาพบว่า วัยรุ่นที่มีปัญหา ไม่เข้าหาที่ปรึกษา หรือแหล่งช่วยเหลือ จึงหาทางออกด้วยวิธีการที่ไม่เหมาะสมเช่น การใช้ยาเสพติด เล่นเกมส์จนติดเกมส์ หรือการมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม อีกทั้งสภาพครอบครัวแตกแยก หย่าร้าง จึงขาดผู้ให้การดูแลใกล้ชิด นอกจากนี้ยังพบการกระทำความรุนแรงในครอบครัว การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องให้การดูแลช่วยเหลือ

2. การดำเนินงานแก้ไข/พัฒนาของพื้นที่

1. พัฒนาระบบบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ-โดยใช้ความต้องการของวัยรุ่นและเยาวชนเป็นพื้นฐานบูรณาการทุกภาคส่วน
2. สร้างเครือข่ายในการดำเนินงานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงวัยรุ่นและเยาวชน
3. พัฒนาการเข้าถึงและการใช้บริการสุขภาพที่เหมาะสม
4. ดำเนินงานตามมาตรฐานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน 4 องค์ประกอบ
5. ส่งเสริมให้สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งในอำเภอเด่นชัย สามารถให้บริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนด้านสุขภาพ
6. สนับสนุนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ด้านบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนโดยให้ได้รับการอบรม เทคนิคทักษะการบริการปรึกษาครอบครัว ทักษะการให้การปรึกษาด้วยกระบวนการปรับความคิด พฤติกรรม การให้การปรึกษาก่อนเจาะเลือดในวัยรุ่น การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จากศูนย์อนามัยที่ 1

3. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน	ผลงาน ณ.20/02/62			
	รอบ 6 เดือน		รอบ 12 เดือน	
	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน
3. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานอำเภออนามัยเจริญพันธุ์	ผ่าน 5 องค์ประกอบ	4 องค์ประกอบ		

แบบประเมินอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ 5 องค์ประกอบ

องค์ประกอบ	ผลงาน	
	มี	ไม่มี
องค์ประกอบที่ 1 : อำเภอ		
- มีคณะกรรมการ/คณะทำงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์		/
- มีการจัดทำแผนและดำเนินงานตามแผน		/
- มีฐานข้อมูลเรื่องเพศ อนามัยการเจริญพันธุ์ และพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นและเยาวชน	/	
- มีการสื่อสารเพื่อสร้างกระแสสังคม	/	
องค์ประกอบที่ 2 : องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น		
- มีการจัดทำแผนและดำเนินงานตามแผน	/	
- สนับสนุนทรัพยากรดำเนินงาน	/	
- มีฐานข้อมูลเรื่องเพศ อนามัยการเจริญพันธุ์ และพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นและเยาวชน	/	
- มีการสื่อสารเพื่อสร้างกระแสสังคม	/	
องค์ประกอบที่ 3 : ครอบครัว/ชุมชน		
- มีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์	/	
องค์ประกอบที่ 4 : สถานศึกษา		
- มีกิจกรรมด้านอนามัยการเจริญพันธุ์	/	
องค์ประกอบที่ 5 : สถานบริการสาธารณสุข		
- มีกิจกรรมด้านอนามัยการเจริญพันธุ์	/	

4. ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
- การปรับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน - การประสานการทำงานหลายหน่วยงาน	- ทำความเข้าใจระบบการทำงานอำเภออนามัยเจริญพันธุ์ - จัดตั้งคณะทำงานอำเภออนามัยเจริญพันธุ์

5. รูปภาพประกอบการดำเนินงาน



ผู้รายงาน สุนันทา ศิริวาท
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ
อีเมลล์ Phosunan@gmail.com
โทร 054613134
วันที่รายงาน 20/02/2562

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ
หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ประจำปีงบประมาณ 2562 คปสอ.เด่นชัย
(การประเมินรอบ 6 เดือน (1 ตุลาคม 2561 – 30 มีนาคม 2562))**

มิติภายนอก : การประเมินประสิทธิผล

ตัวชี้วัดที่ 4. ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย (≥ร้อยละ 90)

1. สถานการณ์/สภาพปัญหา

สถานการณ์การดำเนินงานไตรมาสที่ 1 และไตรมาสที่ 2 พบว่า ระบบการคัดกรองในภาพรวมมีคุณภาพดีขึ้นจาก 2560 ทั้งทักษะบุคลการ การจัดการ การตรวจสอบและติดตามเด็กในพื้นที่ การดำเนินงานของบุคลากรในพื้นที่ที่สามารถติดตามเด็กในพื้นที่ที่มีการคัดกรองได้เกือบทั้งหมด แต่การบันทึกข้อมูลไม่ถูกช่วงเวลา การส่งออกไม่ทันเวลา บางสถานบริการกำลังปรับปรุงฐานข้อมูลในโปรแกรมที่ไม่ตรงกันให้ถูกต้อง มีการพัฒนาผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กกับผู้รับผิดชอบการบันทึกข้อมูลให้เกิดความเข้าใจ ระบบสนับสนุนในระดับอำเภอและระดับจังหวัด พบว่าผู้บริหารอำเภอ/จังหวัดและคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอ/จังหวัดได้มีการประชุมวิเคราะห์ปัญหา วางแนวทางการดำเนินงานชัดเจน บริหารจัดการให้ระบบคัดกรองมีคุณภาพเพิ่มขึ้น มีกระบวนการเยี่ยมเสริมพลัง กำกับติดตามร่วมกันทั้งระดับจังหวัดและอำเภอ คาดว่าไตรมาส และไตรมาส 2

ผลการดำเนินงานจะมีความครอบคลุมสูงขึ้น ส่วนระบบเฝ้าระวังโดยผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก อสม.พบว่ามี การอบรม/ถ่ายทอดการใช้คู่มือ DSPM เพิ่มขึ้น แต่การนำไปใช้จริงของผู้ปกครองพบยังมีการใช้น้อย และทั้งให้ ผู้สูงอายุเลี้ยงหลาน เนื่องจากผู้ปกครองต้องทำงานนอกบ้าน บางสถานบริการได้มีการใช้คู่มือ DSPM ในการตรวจ พัฒนาการเด็กขณะมารับบริการในคลินิกเด็กดีในแต่ละเดือน

ผลการคัดกรองพัฒนาการช่วง 2 ไตรมาส พบว่าเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 92.98 (รวมผล การคัดกรองครั้งแรกและครั้งที่ 2) เด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทุกคนได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ และพบสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ร้อยละ 25.63 เด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน หมายถึง เด็กที่ตรวจคัด กรองพัฒนาการในครั้งแรกและพบสงสัยล่าช้า ได้รับการประเมินพัฒนาการซ้ำภายใน 30 วัน ร้อยละ 74.69

ภาวการณ์เจริญเติบโตของเด็กปฐมวัยมีการดำเนินงานเฝ้าระวังในระบบปกติ ส่วนใหญ่ชี้แจงนำหนัก วัดส่วนสูง โดย อสม. มีมาตรการในการดูแลตรวจสอบอุปกรณ์ให้ได้มาตรฐานเพิ่มขึ้น มีการติดตามพัฒนาการแต่ ละช่วงวัยให้ตามระยะเวลาที่กำหนด รวมถึงการติดตามเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าภายใน 30 วัน ตามกำหนด

2. การดำเนินงานแก้ไข/พัฒนาของพื้นที่

1. ประชุมคณะกรรมการดำเนินงานระดับอำเภอในการขับเคลื่อนการดำเนินงานการตรวจพัฒนาการเด็ก และวิเคราะห์วางแผนการดำเนินงาน

2. สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายรวมถึงผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็กให้มีความเข้าใจในการใช้คู่มือ DSPM

3. ติดตามเยี่ยมบ้านค้นหาเด็กอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน และ 42 เดือน ประเมินพัฒนาการ

4. ติดตามเยี่ยมบ้านเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า เพื่อกระตุ้นให้มีพัฒนาการปกติ ภายใน 30 วัน

3. Essential Task

มาตรการดำเนินงาน	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. การคืนข้อมูลการดำเนินงานให้กับ รพร.เด่นชัยและ รพสต.ทุกแห่ง	คืนข้อมูลจาก Hos XP_PCU และ HDC โปรแกรม	คืนข้อมูลจาก Hos XP_PCU และ HDC โปรแกรม	คืนข้อมูลจาก Hos XP_PCU และ HDC โปรแกรม	คืนข้อมูลจาก Hos XP_PCU และ HDC โปรแกรม
ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ 85			
2. ติดตามกลุ่มเป้าหมายในแต่ละสถานบริการหลังคืนข้อมูล	คืนข้อมูลจาก Hos XP_PCU และ HDC โปรแกรม	คืนข้อมูลจาก Hos XP_PCU และ HDC โปรแกรม	คืนข้อมูลจาก Hos XP_PCU และ HDC โปรแกรม	คืนข้อมูลจาก Hos XP_PCU และ HDC โปรแกรม
ผลการดำเนินงาน	กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองพัฒนาการเพิ่มขึ้น			
3. ติดตามเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าภายใน 30 วัน	คืนข้อมูลจาก Hos XP_PCU และ HDC โปรแกรม	คืนข้อมูลจาก Hos XP_PCU และ HDC โปรแกรม	คืนข้อมูลจาก Hos XP_PCU และ HDC โปรแกรม	คืนข้อมูลจาก Hos XP_PCU และ HDC โปรแกรม
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามภายใน 30 วัน หลังจากตรวจคัดกรองครั้งแรก			

4. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน	ผลงาน HDC ณ 22 ก.พ.62					
	รอบ 6 เดือน			รอบ 12 เดือน		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
4. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ 90)	100	85	85			

5. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัยประมวลวิเคราะห์สังเคราะห์จากการตรวจติดตาม

1. สภาพแวดล้อม/สภาพสังคม/สภาพครอบครัวขณะประเมินส่งผลต่อพัฒนาการเด็ก
2. การยอมรับของผู้ปกครอง
3. ทักษะ/ความเชี่ยวชาญในการประเมินพัฒนาการเด็กของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ
4. การคิดผลงานนำกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่ถึงเวลาตรวจคัดกรองมาคิดด้วยทำให้ผลงานออกมาไม่ตรง

6. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. องค์กรความรู้การใช้คู่มือDSPM ในการตรวจคัดกรอง พัฒนาการเด็กของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	1. ประชุมชี้แจงการใช้คู่มือ DSPM ให้กับเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขโดยผู้รับผิดชอบจากสำนักงานสาธารณสุข
2. ความเข้าใจของผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก ในการเลี้ยงดู เด็กและประเมินพัฒนาการเด็กรวมถึงยอมรับผลการ ประเมินพัฒนาการ	2. สร้างความเข้าใจและแนะนำการใช้แบบประเมิน พัฒนาการให้กับผู้ปกครอง ผู้ดูแล และแนะนำการแก้ไข พัฒนาการที่สงสัยล่าช้า
3. การลงบันทึกผลการตรวจคัดกรองในโปรแกรม Hos XP_PCU ล่าช้าเกินกำหนด	3. จัดทำและกำหนดระยะเวลาในการดำเนินงานตรวจคัด กรองพัฒนาการและการลงข้อมูลให้ตรงตามแผนที่ กำหนด

7. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

การคืนข้อมูล ให้กับพื้นที่ เพื่อการแก้ไขปัญหา และ ติดตาม มีความกระชั้นชิดทำให้การแก้ไขปัญหาและ
การติดตามอยู่ในช่วงเวลาที่ค่อนข้างจำกัด

8. รูปภาพจากการดำเนินงานในพื้นที่



ผู้รายงาน นางกมลทิพย์ กาศสมบูรณ์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
E-mail : kamontip.612@gmail.com
โทร.054-613134 ต่อ 309
วันที่รายงาน 22 ก.พ.62

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ
หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ประจำปีงบประมาณ 2562 คปสอ.เด่นชัย
(การประเมินรอบ 6 เดือน (1 ตุลาคม 2561 – 30 มีนาคม 2562))**

มิติภายนอก : การประเมินประสิทธิผล

ตัวชี้วัดที่ 5. ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีส่วนสูงดี รูปร่างสมส่วน (≥ร้อยละ 60)

1. สถานการณ์/สภาพปัญหา

เด็กอายุ 0 - 5 ปีหมายถึง เด็กแรกเกิดจนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน สูงดี หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูง หรือ สูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต ความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558

สูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน) ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชายและเด็กหญิงที่อายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน

จากข้อมูลปี 2561 คปสอ.เด่นชัย โดยการสำรวจและบันทึกผล พบว่า มีระดับสูงดีสมส่วนที่ร้อยละ 75.64 เด็กชายสูงเฉลี่ย 117.64 เซนติเมตร เด็กหญิงสูงเฉลี่ย 115 เซนติเมตร ภาวะเตี้ย ร้อยละ 2.91 จากเกณฑ์ ไม่เกินร้อยละ 10 ภาวะอ้วน ร้อยละ 9.6 จากเกณฑ์ไม่เกินร้อยละ10 ภาวะผอม ร้อยละ2.91จากเกณฑ์ ไม่เกินร้อยละ5 และมีการดำเนินการแจกยารักษาธาตุเหล็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 เดือนถึง5 ปี ถึงร้อยละ 80 โดยคำนึงถึงว่าเด็กปฐมวัยเป็นวัยที่มีความสำคัญเปรียบเหมือนรากแก้วของชีวิตในการพัฒนาทุกด้าน ส่งผลต่อคุณภาพและอนาคตของสังคมสุขภาพ

2. การดำเนินงานแก้ไข/พัฒนาของพื้นที่

มาตรการ 1 พัฒนาระบบการบริหารจัดการ

1. ขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กของอ.เด่นชัย โดยการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา กำหนดประเด็นการพัฒนาร่วมกับจังหวัด
2. ถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงาน นโยบายการและแนวทางการปฏิบัติแก่ผู้บริหารและปฏิบัติงานทุกระดับ
3. พัฒนาองค์ความรู้และทักษะของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในแต่ละระดับ

มาตรการที่ 2 พัฒนาระบบบริการบริการที่มีคุณภาพ

1. ตรวจสอบการมีและใช้เครื่องมือการเฝ้าระวังการประเมินการเจริญเติบโต
2. ดูแลและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่แรกเกิด จนถึง 6 เดือน
3. ดูแลการได้รับสารอาหารตามวัย 0-5 ปี ในคลินิกสุขภาพเด็กดีและในชุมชน โดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และแม่อาสา
4. ส่งเสริมและแนะนำการให้ยารักษาธาตุเหล็ก ในเด็กตั้งแต่ อายุ 6เดือนขึ้นไป สัปดาห์ละ 1 ครั้ง
5. มีการติดตามคัดกรองภาวะซีดในเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 9 เดือนขึ้นไป

6. การให้คำแนะนำการเลี้ยงดูล่วงหน้า เรื่องการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการส่งเสริมการให้อาหารตามวัย
7. ติดตามการชั่งน้ำหนักเด็ก 0-6 ปี โดยอสม ชั่งน้ำหนักเด็กในเขตที่รับผิดชอบ ตามรายไตรมาส และประมวลผล ติดตามในรายที่พบปัญหาภาวะโภชนาการ
8. ตรวจการเจริญเติบโตของร่างกาย และตรวจคัดกรองภาวะโภชนาการแปลผลให้พ่อแม่ผู้ดูแลเด็กทราบ โดยการมีส่วนร่วมและรับรู้ของพ่อแม่ ผู้ดูแลเด็ก ในการประเมินผล

มาตรการที่ 3 บูรณาการการทำงานกับหน่วยงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1. สร้างกระแส และสื่อสารด้านโภชนาการ เพื่อส่งเสริมเด็กไทย ให้มีส่วนสูงระดับดี และสมส่วน ไม่อ้วน ไม่ผอม และไม่เตี้ย โดยบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ระดับชุมชน และภาคเครือข่ายเอกชน

3. Essential Task

มาตรการดำเนินงาน	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
การดำเนินงานติดตามภาวะโภชนาการเด็ก อายุ 0-5 ปี ทั้งในสถานบริการ และในชุมชน	-ประชุมผู้รับผิดชอบจัดทำแผนการปฏิบัติงานเพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงาน -เก็บรวบรวมการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงโดยอสม.ในพื้นที่ ตามไตรมาส -ประเมินภาวะโภชนาการเด็ก 0-5 ปี	-เก็บรวบรวมการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงโดยอสม.ในพื้นที่ ตามไตรมาส -ประเมินภาวะโภชนาการเด็ก 0-5 ปี	-เก็บรวบรวมการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงโดยอสม.ในพื้นที่ ตามไตรมาส -ประเมินภาวะโภชนาการเด็ก 0-5 ปี	-เก็บรวบรวมการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงโดยอสม.ในพื้นที่ ตามไตรมาส -ประเมินภาวะโภชนาการเด็ก 0-5 ปี -จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานในพื้นที่ในเขตรับผิดชอบ เพื่อหาแนวทางการพัฒนางานในปีต่อไป
ผลการดำเนินงาน	-ผู้รับผิดชอบดำเนินงานตามแผนปฏิบัติงานที่ได้	-สูงดีสมส่วน ร้อยละ 54.33		

4. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน		ผลงานรายสถานบริการ									
		สอ.แม่จัวะ	รพ.สต.บ้านปากปาน	รพ.สต.ไพร้อย	รพ.สต.บ้านบ่อแก้ว	รพ.สต.ห้วยไร่	รพ.สต.บ้านน้ำแรม	รพ.สต.บ้านสวนหลวง	รพ.สต.ปางปาวาย	รพ.ร.เด่นชัย	รวม คปสอ.เด่นชัย
5. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	เป้าหมาย 0-5 ปี ทั้งหมด	180	77	89	103	89	121	109	100	335	1,197
	ผลงานที่ได้รับการชั่ง/วัด	175	71	80	102	78	50	103	94	320	1,073
	ร้อยละ	97.22	92.21	96.39	99.03	87.64	41.32	94.5	94	95.52	89.64
	ผลงานสูงดีสมส่วน	100	40	32	55	47	27	42	52	188	583
	ร้อยละ	57.14	56.34	40	53.92	60.26	54	40.78	55.32	58.75	54.33

ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 21 ก.พ.62

5. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัยประมวลวิเคราะห์สังเคราะห์จากการตรวจติดตาม

การจัดทำแผนปฏิบัติงานและการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติงานบางสถานบริการมีการบันทึกข้อมูลไม่ตรงตามช่วงเวลาที่กำหนด

6. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. มีการให้น้ำเสริมธาตุเหล็กไม่ต่อเนื่องจากผู้เลี้ยงดูเด็ก	1. จัดให้มีการปลูกฝังการในการรับโภชนาการอาหารตามวัยของเด็กแก่พ่อแม่ ผู้ดูแลเด็กอย่างถูกวิธีตามหลักโภชนาการ
2. เด็กบางคนไม่ยอมทานยา เนื่องจากมีรสขม	2. จัดให้มีการสนับสนุนยาน้ำเสริมธาตุเหล็กให้กับเด็กที่มีภาวะซีด ค่อนข้างเตี้ย ค่อนข้างผอม ผอม ทุกคนอย่างต่อเนื่อง
3. ความเชื่อของผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดู ในการดูแลเรื่องโภชนาการเด็ก	3. ปลูกฝังและผลักดัน ให้แกนนำชุมชน อสม และประชาชนในพื้นที่ร่วมกันพัฒนาศูนย์เด็กเล็ก และโรงเรียนในระดับชั้นปฐมวัย ให้เป็นองค์กรส่งเสริมเด็กไทยเติบโตอย่างเต็มศักยภาพ
4. ผู้ปกครอง/ดูแลเด็กให้เด็กทานขนมกรุบกรอบตามที่เด็กชอบแต่ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการ	4. แนะนำ/ให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลในการเลือกอาหารให้เด็กทานและชี้ให้เห็นโทษของขนมกรุบกรอบ

7. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

มีการจัดฟื้นฟูความรู้ในเรื่องโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียน อย่างน้อยปีละครั้งเพื่อฟื้นฟูความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงาน

8. รูปภาพจากการดำเนินงาน/กิจกรรมของพื้นที่

ให้ความรู้เรื่องอาหารทารก และการเริ่มอาหารเสริมในวัยทารกตั้งแต่อายุ 6 เดือนขึ้นไป และสอนและสาธิตการให้อาหารเสริมในเด็กวัยก่อนเรียน





ผู้รายงาน นางกมลทิพย์ กาศสมบูรณ์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
email: kamontip.612@gmail.com
โทร.0932424848
วันที่รายงาน 21 ก.พ.62

ผู้รายงาน นางกคพร วงศ์ริยะ
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
email: Paka_185@hotmail.co.th
โทร.0903170952
วันที่รายงาน 21 ก.พ.62

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ
หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ประจำปีงบประมาณ 2562 คปสอ.เด่นชัย
(การประเมินรอบ 6 เดือน (1 ตุลาคม 2561 – 30 มีนาคม 2562))**

มติภายนอก : การประเมินประสิทธิผล

ตัวชี้วัดที่ 8 อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานตามเกณฑ์ (<ร้อยละ 2.65)
ตัวชี้วัดที่ 9 อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านตาม
เกณฑ์ (≥ร้อยละ 15)

1. สถานการณ์

โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่ มาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม จึงส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ เช่น ภาวะอ้วน ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับไขมันในเลือดสูง และระดับความดันในเลือดสูง การค้นหาคัดกรองสุขภาพและดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นการป้องกันการเกิดโรคที่ดีที่สุด เพื่อป้องกันการเกิดโรคลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการลดอัตราการตาย

ในปี 2561 อำเภอเด่นชัย มีประชากรเป้าหมาย อายุ 35ปีขึ้นไป จำนวน 13,722 คน ได้รับการคัดกรองเบาหวาน 13,481 คน คิดเป็นร้อยละ 98.24 ผลการคัดกรองอยู่ในเกณฑ์ปกติ 11,827 คน (ร้อยละ 87.73) พบเป็นกลุ่มเสี่ยง 1,576 คน (ร้อยละ 11.69) และกลุ่มสงสัยป่วย 60 คน (ร้อยละ 0.45) สำหรับผลการดำเนินงานคัดกรองความดันโลหิตสูง ในปี 2562 มีกลุ่มเป้าหมายจำนวน 10,684 คน ได้รับการคัดกรองจำนวน 10,443 คน คิดเป็นร้อยละ 97.65 ผลการคัดกรอง ปกติจำนวน 5,634 คน คิดเป็นร้อยละ 53.95 กลุ่มเสี่ยง 4,462 คน คิดเป็นร้อยละ 42.73 สงสัยป่วยจำนวน 337 คน คิดเป็นร้อยละ 3.23 ซึ่งในประชากรกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสงสัยป่วยนั้น ได้มีการติดตามภาวะสุขภาพ ค้นหาปัจจัยเสี่ยงและจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ.2 ส. อาหารแลกเปลี่ยนและเมนูสุขภาพ ทั้งรายเดี่ยวและรายกลุ่ม โดยเน้นการดูแลเชิงรุกในชุมชนและมีนักจัดการแกนนำสุขภาพ อสม. เข้าร่วมในการดูแลเบาหวาน ครอบคลุมทุกพื้นที่

2. การดำเนินงานแก้ไข/พัฒนาของพื้นที่

1. ประชุมคณะกรรมการดำเนินงานระดับอำเภอในการขับเคลื่อนการดำเนินการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป
2. จัดทำแผนและกำหนดระยะเวลาในการดำเนินการตรวจคัดกรอง
3. ดำเนินกิจกรรมตรวจคัดกรอง และบันทึกข้อมูลการตรวจคัดกรอง ในโปรแกรมHos _XP ตามแผนและระยะเวลาที่ได้กำหนดไว้
4. ติดตามผลการตรวจคัดกรอง คัดแยกกลุ่มเสี่ยงและคืนข้อมูลให้แก่ผู้รับผิดชอบงานระดับ รพสต.และ รพร.เด่นชัย
5. ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ รพสต.และ รพร.เด่นชัย ร่วมจัดทำกิจกรรมส่งเสริมป้องกันและหาแนวทางการแก้ไขปัญหาในชุมชน
6. ติดตามผลการดำเนินงานโดยผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ

3. (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1.จัดทำแผนและกำหนดระยะเวลาในการดำเนินงานตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพประชาชน	จัดทำแผนปฏิบัติงานร่วมกับคณะทำงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับอำเภอ นำแผนปฏิบัติการสู่พื้นที่ และดำเนินงานตามแผน	ดำเนินการสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ตรวจเลือด DTX วัด BP ในกลุ่มเสี่ยง และประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป เพื่อคัดกรองโรคเบาหวาน ความดัน	ติดตามภาวะสุขภาพต่อเนื่องและตรวจคัดกรองเพิ่มเติม โดยอสม.	สรุปผลการปฏิบัติงานตามแผน
ผลการดำเนินงาน	มีแผนการตรวจคัดกรอง และดำเนินการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันในประชาชน 35 ปีขึ้นไป	ตรวจคัดกรองได้ร้อยละ 98.24 และคัดแยกผลการคัดกรองเป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มสงสัยป่วย		
2. ส่งเสริม ป้องกันโรค ในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดัน	ให้สุศึกษา 3อ2ส. อาหารแลกเปลี่ยน และเมนูสุขภาพ ทั้งรายเดี่ยวและรายกลุ่ม โดยนักจัดการแกนนำสุขภาพ อสม.เชี่ยวชาญ	ให้สุศึกษา 3อ2ส. อาหารแลกเปลี่ยน และเมนูสุขภาพ ทั้งรายเดี่ยวและรายกลุ่ม โดยนักจัดการแกนนำสุขภาพ อสม.เชี่ยวชาญ	ติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และตรวจ DTX, วัด BP ซ้ำ	สรุปผลภาวะสุขภาพประชาชนอำเภอเด่นชัย
ผลการดำเนินงาน	พบกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน 1,576 คน(ร้อยละ 11.69) และกลุ่มสงสัยป่วย 60 คน(ร้อยละ 0.45) และกลุ่มเสี่ยงโรคความดัน 4,462 คน คิด(ร้อยละ 42.73) สงสัยป่วยจำนวน 337 คน(ร้อยละ 3.23)			
3. บันทึกข้อมูลผลการตรวจคัดกรอง และการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	บันทึกผลการคัดกรองในโปรแกรม Hos. XP	บันทึกผลการคัดกรองในโปรแกรม Hos. XP บันทึกกลุ่มเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในโปรแกรม PPA และบันทึกผลการติดตาม Home BP ใน HDC	บันทึกผลการคัดกรองในโปรแกรม Hos. XP บันทึกผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน โปรแกรม PPA และบันทึกผลการติดตาม Home BP ใน HDC	สรุป และคืนข้อมูลจาก Hos.Xp ข้อมูล 43 แฟ้ม และ HDC
ผลการดำเนินงาน และผลลัพธ์ที่ต้องการ	มีผลลัพธ์ ใน HDC และ 43 แฟ้มข้อมูลครบถ้วน	มีผลลัพธ์ ใน HDC และ 43 แฟ้มข้อมูล แต่การผลการติดตาม Home BP อยู่ระหว่างการทำงาน	มีผลลัพธ์ ใน HDC และ 43 แฟ้มข้อมูลครบถ้วน	มีผลลัพธ์ ใน HDC และ 43 แฟ้มข้อมูลครบถ้วน

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
4. ติดตามผลการดำเนินงานและหาแนวทางการแก้ไขปัญหาการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันให้แก่ ผู้รับผิดชอบงานระดับ รพสต.และ รพร.เด่นชัย	ติดตามการตรวจคัดกรองตามแผนการลงข้อมูลผลการลงข้อมูล	ติดตามการตรวจคัดกรองตามแผนการลงข้อมูลผลการลงข้อมูลการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ(PPA)ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการทำ Home BP	ติดตามการตรวจคัดกรองตามแผนการลงข้อมูลผลการลงข้อมูลการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ(PPA)ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการทำ Home BP	มีผลลัพธ์ ใน HDC และ 43 แฟ้มข้อมูล
ผลการดำเนินงาน และผลลัพธ์ที่ต้องการ	มีการดำเนินงานตามแผนยังไม่ทั่วถึง และมีการลงข้อมูลบางส่วน	มีการดำเนินงานตามแผนครอบคลุมตามเป้าหมาย มีการลงข้อมูลการคัดกรองครบถ้วน มีการติดตาม Home BP โดย อสม.แต่ยังไม่ได้ลงข้อมูลการติดตาม	มีการติดตามการตรวจคัดกรองตามแผน และลงข้อมูลครบถ้วน ทั้งการคัดกรอง การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ(PPA) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการทำ Home BP	มีผลลัพธ์ ใน HDC และ 43 แฟ้มข้อมูลครบถ้วน และบรรลุตามเป้าหมาย

4. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน		ผลงาน ข้อมูล ณ. 14 ก.พ.2562									
		สอ.แม่จัน	รพ.สต.บ้านปากป่าน	รพ.สต.ไทรน้อย	รพ.สต.บ้านบ่อแก้ว	รพ.สต.ห้วยไร่	รพ.สต.บ้านน้ำแรม	รพ.สต.บ้านสวนหลวง	รพ.สต.ปางปาวหาย	รพ.ร.เด่นชัย	รวม คป.สอ.เด่นชัย
8.อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานตามเกณฑ์ (<ร้อยละ 2.65)	เป้าหมาย	1,102	132	280	1	103	5	35	32	50	1,740
	ผลงาน	8	0	4	0	1	0	0	0	0	13
	ร้อยละ	0.73	0	1.43	0	0.97	0	0	0	0	0.75
9.อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านตามเกณฑ์ (>ร้อยละ 15)	เป้าหมาย	9	81	71	1	16	1	36	25	97	340
	ผลงาน	9	26	0	0	0	1	0	10	0	46
	ร้อยละ	100	32	0	0	0	100	0	40	0	13.53

ตัวชี้วัด/ผลงาน	ผลงาน ข้อมูล ณ. 14 ก.พ.2562					
	รอบ 6 เดือน			รอบ 12 เดือน		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
8.อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานตามเกณฑ์ (<ร้อยละ 2.65)	1,740	13	0.75			
9.อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านตามเกณฑ์ (>ร้อยละ 15)	340	10	13.53			

5. ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. ประชากรกลุ่มเป้าหมายมีการโยกย้ายถิ่นฐานไปทำงานต่างจังหวัดทำให้การติดตามคลาดเคลื่อน 2. ความสมบูรณ์ของข้อมูล ซึ่งพบว่า รายชื่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสงสัยป่วย HT ไม่ตรงกับที่ได้รับการคัดกรอง 3. ช่วงเวลาการคัดกรอง การลงข้อมูล และการคืนค่าข้อมูลให้กับพื้นที่มีความกระชั้นชิด ทำให้ช่วงเวลาการแก้ไขปัญหาและการติดตามค่อนข้างจำกัด	1. สํารวจกลุ่มเป้าหมายก่อนดำเนินการตรวจคัดกรองให้เป็นปัจจุบัน 2. เพิ่มทักษะการบันทึกข้อมูลและคืนข้อมูลให้สถานบริการ 3. ตรวจสอบผลการลงข้อมูลกับ Admin จังหวัด 4. ขยายเวลาการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและขยายจำนวนเป้าหมายตามความเหมาะสม

6. รูปภาพประกอบการดำเนินงาน



ผู้รายงาน นางพัชรีภรณ์ โปธาตุ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
อีเมลล์ : p_thinsan@hotmail.com
โทร : 081-8855865
วันที่รายงาน : 15 ก.พ.62

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ
หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ประจำปีงบประมาณ 2562 คปสอ.เด่นชัย
(การประเมินรอบ 6 เดือน (1 ตุลาคม 2561 – 30 มีนาคม 2562))**

มิติภายนอก : การประเมินประสิทธิผล

ตัวชี้วัดที่ 11 อัตราความครอบคลุมของการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยวัณโรค (ร้อยละ 60)

ตัวชี้วัดที่ 12 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (ประเมินจากกระบวนการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค)

1. สถานการณ์

สรุปผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรควัณโรค อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ ตุลาคม 2561 – 31 ธันวาคม 2561 มีผู้ป่วยวัณโรค ขึ้นทะเบียน ทั้งสิ้น 11 ราย จำแนกเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เสมหะพบเชื้อ(New Pulmonary Tuberculosis smear positive) มากที่สุด จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.64 พบผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะไม่พบเชื้อ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.19 ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดรายใหม่ จำนวน 2 รายคิดเป็นร้อยละ 18.19 รวม11ราย กำลังรักษา 9 ราย ตาย 2ราย(HIV, สูงอายุ Peritonitis)

2. การดำเนินงานแก้ไข/พัฒนาของพื้นที่

สรุปผลการดำเนินงานคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเข้าสู่กระบวนการรักษาโดยรถ Mobile x-ray ดังนี้

รพ.สต.	CXR	ผิดปกติ	Ab. pul	R/O Tb	หัวใจโต	Mass	อื่นๆ	AFB	X-pert	TB
น้ำแรม	150	18	13	4	1	0	0	16/1	14/1	2
ห้วยไร่	131	12	9	1	2	0	0	9	1/1	1
บ่อแก้ว	161	42	35	4	6	1	0	33	12	0
ปากป่าน	88	14	11	1	2	0	0	9	9	0
ปงป่าห้วย	185	23	15	2	4	1	1	9	8/2	2
สวนหลวง	150	17	10	5	2	0	0	13/1	5/1	2
แม่จั่ว	207	14	8	2	3	1	0	11/1	2/1	2
ไทรน้อย	144	22	16	2	3	0	1	18/1	10	1
รวม	1216	162	117	21	23	3	2	118/4	61/6	10

ข้อมูล ณ วันที่ 13/02/62

X-pert ตรวจไม่ครบเนื่องจากน้ำยาไม่เพียงพอ / ขาดส่งเสมหะ 20 ราย (อยู่ระหว่างดำเนินการส่ง)

3. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน	ผลงาน ข้อมูล ณ.20/02/62					
	รอบ 6 เดือน			รอบ 12 เดือน		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
11. อัตราความครอบคลุมของการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยวัณโรค (ร้อยละ 60)	3,294	2,516	73.38			
12. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	5 คะแนน	4 คะแนน				

การประเมินผลการดำเนินงาน ตัวชี้วัดอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ รอบ 6 เดือน

การประเมิน	ผลงานคะแนนที่ได้	
	มี=1,2	ไม่มี=0
1. ระดับ รพสต.มีทีมงานการป้องกันควบคุมดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในระดับ รพสต. โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นผู้รับผิดชอบหลักและมีพยาบาล/จนท.สาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน (การเยี่ยมบ้าน การ DOT การช่วยเหลืออื่นๆ) และมีอาสาสมัครสาธารณสุขรับผิดชอบในการ DOT (ถ้ามีได้ 1 คะแนน ถ้าไม่มีได้ 0 คะแนน)	1	
2. ระดับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบหลัก (DTC) ในการประสานงานการติดตามผลการดำเนินงานการวิเคราะห์และวางแผนการดำเนินงานในระดับอำเภอ (ถ้ามีได้ 1 คะแนน ถ้าไม่มีได้ 0 คะแนน)	1	
3. ระดับโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน มีทีมสหวิชาชีพในการดูแลรักษาผู้ป่วย วัณโรค ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่ตรวจชันสูตร ที่ปัสสาวะ (โรงพยาบาลแพร่ ควรมี นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา โภชนากร ฯลฯ เพิ่มเติมจาก รพช.) (ถ้ามีได้ 1 คะแนน ถ้าไม่มีได้ 0 คะแนน)	1	
4. มีการรับผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต (ตามแนวทางเขต 1) ไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admit) อย่างน้อย 2 สัปดาห์ หรือในรายที่ผู้ป่วยไม่ยอม Admit ให้มีการเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกวัน อย่างน้อย 2 สัปดาห์ (ทุกรายได้ 2 คะแนน, มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 ได้ 1 คะแนน, ต่ำกว่าร้อยละ 70 ได้ 0 คะแนน)	1	
รวมคะแนน	4	

หมายเหตุ ในการประเมินจะประเมินจากเอกสาร หลักฐาน การกำหนดหน้าที่รับผิดชอบที่มีอยู่ในสถานบริการ

4. ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
ผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคใหม่เสมหะพบเชื้อไม่เป็นไปตามเป้าหมายเนื่องจากมีอัตราการตายระหว่างการรักษาในช่วง Intensive phase (ระยะเข้มข้น 1-3 แรกของการรักษา) ในกลุ่มผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยและรักษาช้า อีกทั้งมีภาวะโรคร่วม โดยพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนมีโรคร่วมอื่นๆที่ไม่ใช่ HIV สำหรับโรคร่วมที่พบคือ CA, DM, CKD และ COPD	1. การซักประวัติโรคอื่นๆของผู้ป่วยก่อนการคัดกรอง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการคัดกรอง3) การพัฒนาแบบคัดกรองให้มีความแม่นยำ (วิจัย/บันทึกข้อสังเกต) 2. การเฝ้าระวังการเสียชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคร่วมต่างๆเช่น เบาหวาน ความดัน และถุงลมโป่งพอง 3. การบูรณาการงานวัณโรคร่วมกับงานโรคเรื้อรัง และ LTC เช่นเดียวกับการบูรณาการงานเอดส์ และการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวัณโรค โดยเฉพาะหน่วยงานท้องถิ่น 4.การคัดกรองค้นหาผู้ป่วยวัณโรคตามกลุ่มเสี่ยงกลุ่มที่เข้าถึงบริการโรงพยาบาลได้ยากด้วย Mobile Xray และกลุ่มเสี่ยงควรได้รับการCXR ปีละ 1ครั้ง กลุ่มที่มีผล ผิดปกติควรได้รับการCXR ทุก6เดือน 5.การสนับสนุนน้ำยาสำหรับตรวจ Gene X-Pert ไม่เพียงพอ

5. รูปภาพประกอบการดำเนินงาน



mobile X ray



เยี่ยมบ้านผู้ป่วย



ให้สุศึกษา



ประชุมคณะทำงาน



เยี่ยมบ้านผู้ป่วย



เยี่ยมบ้านผู้ป่วย

ผู้รายงาน ศุภกานต์ สายวงศ์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร.090-3171146
e-mail: supakan.saywong@gmail.com
วันที่รายงาน 20 ก.พ.62

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ
หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ประจำปีงบประมาณ 2562 คปสอ.เด่นชัย
(การประเมินรอบ 6 เดือน (1 ตุลาคม 2561 – 30 มีนาคม 2562))**

มิติภายใน : การประเมินประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดที่ 13 ระดับความสำเร็จการดำเนินงานตำบลสามารถควบคุมโรคติดต่อโดยยุ่งยาดได้
ตัวชี้วัดย่อย : ร้อยละของตำบลที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50)

1.สถานการณ์/สภาพปัญหา

โรคไข้เลือดออก เป็นโรคติดต่อที่เกิดขึ้นเป็นประจำทุกปีในเขตพื้นที่อำเภอเด่นชัย ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหากพบแพทย์ล่าช้า อาจเสียชีวิตได้ อำเภอเด่นชัย เดิมในปี 2553-2554 มีผู้ป่วย ไม่เกินเกณฑ์กำหนดของกรมควบคุมโรคติดต่อ แต่พบว่า ตั้งแต่ ปี 2555 เป็นต้นมา จำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นจากเดิมถึง 3 เท่า (ค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง เท่ากับ 27 ราย) ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อค จาก 1-2 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 9-11 ราย / ปี ต่อมา มีการทบทวนโดยทีม PCT ของโรงพยาบาล ทำให้มีการวินิจฉัยไข้เลือดออกช็อคลดลงเหลือเพียง 2 ราย ต่อปี แต่กลับพบผู้ป่วยเสียชีวิตในปี 2558 จำนวน 1 ราย

ปี 2561 อำเภอเด่นชัยพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก รายแรกเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2561 ในพื้นที่หมู่ที่ 7 ตำบลเด่นชัย อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ จนถึง 27 พฤษภาคม 2561 พบผู้ป่วยรายงานตามระบบเฝ้าระวังโรค ร.506 จำนวน 19 ราย โดยแยกเป็น DHF จำนวน 5 ราย DF จำนวน 14 ราย และ ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต กลุ่มอายุที่พบสูงสุดคือกลุ่มอายุ 25-34 ปี จำนวน 6 ราย รองลงมา กลุ่มอายุ 5-9 ปี, 15 - 24 ปี จำนวนกลุ่มละ 3 ราย

2.การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

1. แผนปฏิบัติการควบคุมโรค คปสอ.เด่นชัย อำเภอเด่นชัย ปี 2562 งบ กรมควบคุมโรค
2. ประชุมชี้แจงแผนควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ร่วมกับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น,ครูอนามัยโรงเรียน อาสาสมัครสาธารณสุข และทีม SRRT ตำบล เดือนมิถุนายน 2562
3. อบรมเทคนิคการพนเคมีกำจัดยุงลายร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสำรวจความพร้อมของเคมีภัณฑ์และเครื่องพ่น ของ อบต./เทศบาล ก่อนการระบาด ปี 2562
4. กำหนดมาตรการ Admit ผู้ป่วยมีอาการไข้เกิน 3 วันทุกราย หากไม่สามารถทำได้ให้จัดระบบติดตามอาการสำคัญที่ต้องกลับมารักษา การนัดตรวจซ้ำนัดทุกวันในช่วงมีอาการมาก

มาตรการ คปสอ.เด่นชัย ปี2562 แนวทาง สสจ.แพร่ และกระทรวงสาธารณสุข

1. จัดระบบเชื่อมโยงการรับแจ้งผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก กำหนดกลุ่มไลน์ ในการแจ้งข่าวรายงานโรค ทั้งในและนอกเวลาราชการ
2. สอบสวนผู้ป่วยรายแรกของหมู่บ้านทุกเหตุการณ์ โดยมีสเตอร์ไข้เลือดออกและทีม SRRT ระดับตำบล
3. ปฏิบัติการตามมาตรการ 3-3-1 โดยเร่งรัด แจ้งข่าวโรคไข้เลือดออก ภายใน 3 ชั่วโมงนับแต่แพทย์วินิจฉัยและแจ้งงานระบาดวิทยา, ควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ภายใน 3 ชั่วโมง โดยการพนเคมีชนิดกระป๋อง และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านละแวกที่เกิดเหตุค่าดัชนีลูกน้ำยุง ในพื้นที่เกิดโรค เท่ากับ 0, ภายใน 1 วัน ควบคุมโรคในภาพรวมพนเคมีควบคุมรัศมีไม่น้อยกว่า 100 เมตร สำรวจซ้ำ และเพิ่มเติมจนกว่า HI เท่ากับ 0 และพ่นซ้ำ 3, 7, 14, 21, 28 ตามสถานการณ์และทรัพยากรในพื้นที่
4. รณรงค์ให้ประชาชนทำกิจกรรม 5 ส.ในชุมชน และ 3 เก็บ เก็บบ้าน, เก็บขยะ, เก็บน้ำ ทุกวันศุกร์ มีนาคม – กันยายน 2562

3.ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ		ผลงาน					
		ต.เด่นชัย	ต.แม่จัน	ต.ปางป๋าย ห้วย	ต.ไพร่ฮ้อย	ต.ห้วยไร่	อ.เด่นชัย
ร้อยละของตำบลที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50)	เป้าหมาย	1	1	1	1	1	5
	ผลงาน	1	1	1	1	1	5
	ร้อยละ	100	100	100	100	100	100

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ		จำนวนผู้ป่วย									
		รพ.เด่นชัย	สอ.แม่จัน	ปางป๋าย ห้วย	สวนหลวง	ปางป๋าน	ไพร่ฮ้อย	บ่อแก้ว	ห้วยไร่	น้ำแรม	รวม
ร้อยละของตำบลที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50)	จำนวน	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2
	อัตรา/แสน ปชก. (ตำบล)	0	0	33.97	0	0	39.03	0	0	0	5.75

4.ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1.บุคลากรที่จำกัดในการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรค	1. การมอบหมายภาระงานและประเมินผลงานที่ชัดเจน การบริหารจัดการทีมโดยมีสเตอร์ไข้เลือดออกทำให้เข้าควบคุมโรคได้ทันเวลา
2.ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในชุมชนขาดความเข้าใจ ให้ความร่วมมือน้อย	2. การให้ความรู้ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยผ่านศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคไข้เลือดออกอำเภอเด่นชัย ในการประสานผ่านผู้นำท้องที่,ท้องถิ่น
3.ความคล่องตัวในการใช้งบประมาณและจัดการกำลังคนในการทำงานควบคุมโรคเร่งด่วน	3. การจัดงบกลางสำหรับแก้ไขปัญหาเร่งด่วน คปสอ.เด่นชัยได้อนุมัติงบกรมควบคุมโรค ปี 2562 ดำเนินการโครงการควบคุมไข้เลือดออก

5.ผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาตามข้อเสนอแนะ

1.การจัดเวทีชักชวนแผนควบคุมโรคร่วมกันทำให้สามารถจัดการทรัพยากรและแก้ไขปัญหาต่างๆร่วมกัน การจัดตั้งมีสเตอร์ไข้เลือดออกในระดับอำเภอทำให้มีการประสานงานและเชื่อมโยงเครือข่ายให้ทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2.การเชื่อมโยงทีมรักษา และทีมควบคุมโรคในชุมชน ให้แจ้งโรคได้เร็ว และเกณฑ์วินิจฉัยแนวทางเดียวกัน ทำให้ลดภาระงานที่เกินจำเป็นและควบคุมโรคได้ทันเวลาตามมาตรการ 3-3-1

6.แผนการดำเนินงานในปีงบประมาณต่อไป

1.สื่อสารความเสี่ยงพื้นที่เป้าหมายในชุมชน ด้วยกระบวนการสื่อสาร สนับสนุน กระตุ้น ผลักดัน ในการควบคุมป้องกันโรคแบบมีส่วนร่วม

2.สร้างทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team, SAT) ทีมงานที่ทำหน้าที่ ในการเฝ้าระวังเหตุการณ์ และจัดทำข่าวกรองเตือนภัย

7.รูปภาพประกอบการดำเนินการแก้ไข/พัฒนา พื้นที่



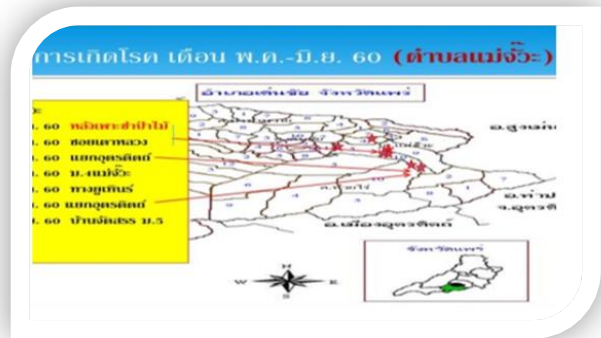
เวทีเตรียมความพร้อม



นำลงพื้นที่ก่อนการระบาด



เปิดงานรณรงค์ Big Cleaning



ตระหนักรู้สถานการณ์พื้นที่เสี่ยงสูง

ผู้รายงาน นายไกร เหมืองหม้อ
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
อีเมลล์ : krai471@hotmail.com
วันที่รายงาน 25 ก.พ.62

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ
หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ประจำปีงบประมาณ 2562 คปสอ.เด่นชัย
(การประเมินรอบ 6 เดือน (1 ตุลาคม 2561 – 30 มีนาคม 2562))**

มิติภายนอก : การประเมินคุณภาพการให้บริการ

ตัวชี้วัดที่ 15 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

1. สถานการณ์

ตามที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่อำเภอเด่นชัย เป็นผู้ขับเคลื่อน กำหนดทิศทาง และวางแผนยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม บูรณาการทุกภาคส่วนในอำเภอ เน้นการแก้ไขปัญหาเชิงระบบ ใช้พื้นที่เป็นฐาน และประชาชนเป็นศูนย์กลาง ตามแนวคิด “คนไทย ใส่ใจดูแลกัน” เป็นมิติใหม่ของการปฏิรูปที่มีความเชื่อมโยง ผสมผสานการดูแลความเป็นอยู่ และการดูแลสุขภาพของประชาชน ที่สร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิตที่ดี มีความเป็นอยู่ทางสังคม ที่ยั่งยืน ต่อเนื่อง

มีการกำหนดประเด็นในการขับเคลื่อนหลักจำนวน 3 ประเด็น ได้แก่

1. การจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม
2. การขับเคลื่อนอุบัติเหตุจากจราจรทางถนน
3. ปัญหายาเสพติด

และสำรองไว้ จำนวน 2 ประเด็น ได้แก่

1. การใช้ยาอย่างถูกต้อง สมเหตุผล
2. การดูแลสังคมผู้สูงอายุ

จากการกำหนดประเด็นขับเคลื่อนปัญหาในพื้นที่อำเภอเด่นชัย ดังกล่าว เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมเชิงประเด็นและการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ จึงดำเนินการให้มีคณะกรรมการรองรับ ทั้ง 3 ประเด็น

2. การดำเนินงานแก้ไข/พัฒนาของพื้นที่

พชอ.เด่นชัยบูรณาการร่วมกับกิจกรรมของอำเภอเด่นชัย ในประเด็นการจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม ได้จัดลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) หัวหน้าส่วนราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ผอ.สถานศึกษา/กำนัน และภาคประชาสังคม ภายใต้คำขวัญ “อำเภอเด่นชัย ปลอดภาชนะโฟม ลดใช้ถุงพลาสติก จัดการขยะเปียกอย่างเหมาะสม” ในวันที่ 9 มกราคม 2562 เวลา 09.00 น. ณ ห้องประชุมเทศบาลตำบลเด่นชัย และมีการเก็บตก รายนามหัวหน้าส่วนราชการ/รัฐวิสาหกิจ อีกครั้งเพื่อให้ครอบคลุมการบันทึกข้อตกลงทุกหน่วยงาน วันที่ 23 มกราคม 2562 ณ สถานที่จิบน้ำชา กาแฟ ไร่ ส.เจริญคำ

และคปสอ.เด่นชัย ขับเคลื่อนประเด็นอุบัติเหตุทางถนน โดยประชุมเตรียมความพร้อม คณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน คปสอ.เด่นชัย ปี 2562 เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ และจัดสรรงบประมาณ ในการขับเคลื่อน ภายใต้ พชอ.เด่นชัย

3. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน	ผลงาน ข้อมูล ณ 31 มกราคม 2562			
	รอบ 6 เดือน		รอบ 12 เดือน	
	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน
15.ระดับความสำเร็จของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)	5 คะแนน	4 คะแนน		

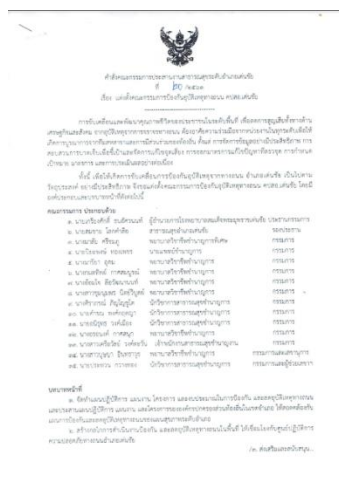
แบบประเมินระดับความสำเร็จของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)

รอบ 6 เดือน	คะแนน	ผลงาน		รอบ 12 เดือน	คะแนน	ผลงาน	
		มี=1	ไม่มี=0			มี=1	ไม่มี=0
-มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	1 คะแนน	✓		-มีการทบทวนคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ -มีคณะทำงานวางแผนกำหนดแนวทางในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามที่กำหนด	1 คะแนน		
-จัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นพัฒนา นำมาคัดเลือกประเด็นที่สำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามบริบทในพื้นที่	1 คะแนน	✓		-จัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นพัฒนา นำมาคัดเลือกประเด็นที่สำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามบริบทในพื้นที่ -มีการกำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างน้อย 2 ประเด็น	1 คะแนน		
-มีแผนดำเนินการในการแก้ไขปัญหาพัฒนาตามประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต	1 คะแนน	✓		มีการบริหารจัดการทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตมีแผนดำเนินการในการแก้ไขปัญหาพัฒนาตามประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต	1 คะแนน		
-มีการดำเนินงานตามแผนฯ	1 คะแนน	✓		- มีการดำเนินงานตามแผนฯ - มีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามแนวทาง UCCARE โดยการประเมินตนเอง - งานปฐมนิเทศ รพ.สต.ติดตามการเชื่อมโยง พขอ.สู่ พชต. พชม.	1 คะแนน		
-มีการวิเคราะห์/สรุป/ถอดบทเรียน	1 คะแนน		✓	-สรุปบทเรียนผลการดำเนินงานตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต	1 คะแนน		
รวม	5 คะแนน	4		รวม	5 คะแนน		

4. ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากส่วนกลางไม่ระบุวัตถุประสงค์การใช้เงินที่ชัดเจน ทำให้ล่าช้าในการจัดทำแผนงาน/โครงการ	- จัดเวทีสื่อสารทำความเข้าใจระหว่างระดับจังหวัดกับระดับอำเภอเรื่องวัตถุประสงค์ ระเบียบข้อบังคับให้ชัดเจน - ทบทวนการสื่อสารที่เป็นทางการ ตามระเบียบราชการ ภายหลังที่สื่อสารอย่างไม่เป็นทางการช่องทางอื่นได้แก่ ไลน์ facebook

5. รูปภาพประกอบการดำเนินงาน



คำสั่ง คณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน คปสอ.เด่นชัย ปี 2562 ภายใต้ พขอ.เด่นชัย

ผู้รายงาน นายประทวน กวางทอง
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
email : saan_bri@hotmail.com
โทร.054-613019
วันที่รายงาน 24 ก.พ.62

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ
หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ประจำปีงบประมาณ 2562 คปสอ.เด่นชัย
(การประเมินรอบ 6 เดือน (1 ตุลาคม 2561 – 30 มีนาคม 2562))**

มิติภายนอก : การประเมินคุณภาพการให้บริการ

ตัวชี้วัดที่ 16 ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลดำเนินงาน Smart Hospital ได้ตามเกณฑ์

1. สถานการณ์

ปัจจุบันเทคโนโลยีและดิจิทัล มีบทบาทต่อชีวิตมหาศาสตร์ digital transformation เป็นทั้งโอกาสพัฒนาและความท้าทายของประเทศไทย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ได้ระบุวาทะทัศน์ยุทธศาสตร์สุขภาพเป็นหนึ่งใน 12 ยุทธศาสตร์ที่จำเป็นต้องมีการพลิกโฉม เกิดการเปลี่ยนวิถีชีวิตของประชาชนทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ การสร้างโอกาสให้ระบบสาธารณสุขไทยได้รับประโยชน์และประสบความสำเร็จจากการเปลี่ยนแปลงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ คือ การบริหารเชิงกลยุทธ์ในการใช้เทคโนโลยีเพื่อลดความสูญเสียในการจัดกิจกรรมบริการข้ามชั้น รวมถึงการใช้ข้อมูลเพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการ การตัดสินใจบนฐานข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ

กระทรวงสาธารณสุข จึงสนับสนุนให้โรงพยาบาลในสังกัดพัฒนาเป็น Smart Hospital ตามนโยบาย Thailand 4.0 โดยนำเทคโนโลยีมาปรับใช้ในการบริหารจัดการ ระบบฐานข้อมูล เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการประชาชน ทั้งด้าน ความสะดวกรวดเร็ว และความปลอดภัย

2. การดำเนินงานแก้ไข/พัฒนาของพื้นที่

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษาฯ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายทุกแห่ง มีการกำหนดการพัฒนาตามแนวทาง Smart Hospital ซึ่งแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

1. **Smart Tools** หมายถึง โรงพยาบาลมีการใช้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพเข้ามาช่วยในการบริหารจัดการ และพัฒนาคุณภาพบริการในองค์กร
2. **Smart Service** หมายถึง โรงพยาบาลมีการนำแนวทางการทำงานอื่นๆ มาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานในองค์กร และมีการจัดทำ Service Process Management
3. **Smart Outcome** หมายถึง โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาปรับปรุง Core Business Process ในองค์กร ให้มีความเชื่อมโยงกันทั้งระบบ Front Office และ Back Office จนเกิดเป็นระบบการวางแผนการใช้ทรัพยากร ERP Model ส่งผลให้การดำเนินการขององค์กรมีคุณภาพ ประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการให้บริการ

3. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน	ผลงาน ข้อมูล ณ 31 มกราคม 2562.			
	รอบ 6 เดือน		รอบ 12 เดือน	
	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน
16.ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลดำเนินงาน Smart Hospital ได้ตามเกณฑ์	สถานพยาบาลเป้าหมาย ดำเนินการผ่านเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวเข้าสู่การเป็น Smart Hospital และผ่านเกณฑ์ระดับ 1	ระดับ 2	สถานพยาบาลเป้าหมาย ดำเนินการผ่านเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวเข้าสู่การเป็น Smart Hospital และผ่านเกณฑ์ระดับ 2 ขึ้นไป	

แหล่งข้อมูลจากแบบรายงาน Digital Transformation

แบบรายงานความก้าวหน้า Digital Transformation โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย

การดำเนินงาน	มี	รายละเอียด	ไม่มี	แนวทางการพัฒนา
Smart Tools: โรงพยาบาลมีการใช้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพเข้ามาช่วยในการบริหารจัดการ และพัฒนาคุณภาพบริการในองค์กร - มีระบบแจ้งเตือนผู้รับบริการแบบออนไลน์ (Queue Online) - มีระบบเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลตามมาตรฐาน (HIS Gateway) - มีระบบนัดออนไลน์ (appointment)	มี	- มีระบบเรียกคิวออนไลน์ ณ จุดลงทะเบียน (ห้องบัตร) - มีการใช้โปรแกรม HOSxP ในการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลการให้บริการ - มีการวางระบบการจัดเก็บข้อมูล , สำรองข้อมูล และการเชื่อมโยงข้อมูลตามเกณฑ์มาตรฐาน		- หาแนวทางเพิ่มระบบแจ้งเตือน ณ จุดซักประวัติ , หน้าห้องตรวจ , หน้าห้องจ่ายยา ฯ - พัฒนาระบบการนัดออนไลน์ (App. H4U)
Smart Service: โรงพยาบาลมีการนำแนวทางการทำงานอื่นๆ มาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานในองค์กร และมีการจัดทำ Service Process Management โดยนำมาประยุกต์ใช้ในแผนกต่างๆ ภายในโรงพยาบาล - มีระบบจัดเก็บเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (EMR) - มีใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (ePrescription) - มีระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์ (eDocument) - มีระบบบริหารจัดการบุคลากรอิเล็กทรอนิกส์ (eHROPS) - มีระบบการเงินอิเล็กทรอนิกส์ (ePayment, eDonation)	มี	- มีการใช้โปรแกรม HOSxP ในการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลการให้บริการ มีการส่งต่อข้อมูลไปยังจุดบริการต่างๆ ด้วยระบบดิจิทัล - มีการใช้โปรแกรม (E-Office) สนับสนุนการทำงานของระบบสารบรรณ - มีการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สนับสนุนงานทำงานของงานบุคลากร และงานการเงิน ตามความเหมาะสม		- หาโปรแกรมที่สะดวกต่อการพัฒนาการเชื่อมโยงการทำงาน ของระบบ Front Office และ Back Office
Smart Outcome: โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาปรับปรุง Core Business Process ในองค์กร ให้มีความเชื่อมโยงกันทั้งระบบ Front Office และ Back Office จนเกิดเป็นระบบการวางแผนการใช้ทรัพยากร ERP Model ส่งผลให้การดำเนินการขององค์กรมีคุณภาพ ประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการให้บริการ - จำนวนเรื่องที่มีระบบการวางแผนการใช้ทรัพยากร ERP Model ที่ประสบความสำเร็จ	มี	- มีการนำข้อมูลจากการบริการ มาวางแผนยุทธศาสตร์การพัฒนา โรงพยาบาล , การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข และการบริหารค่าใช้จ่ายด้านต่างๆที่เกี่ยวข้อง		- การนำข้อมูลต่างๆ มาใช้ให้เกิดประโยชน์ให้มากที่สุด และครอบคลุมการพัฒนาตามมาตรฐานทุกด้านของโรงพยาบาล - ดำเนินการพัฒนางานสารสนเทศตามเกณฑ์มาตรฐาน HA.IT.

แบบรายงานความก้าวหน้า Digital Transformation โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย อ.เด่นชัย

การดำเนินงาน	มี	รายละเอียด	ไม่มี	แนวทางการพัฒนา
Smart Tools & Smart Service : รพ.สต.มีการใช้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพเข้ามาช่วยในการบริหารจัดการ และพัฒนาคุณภาพบริการในองค์กร - มีระบบจัดเก็บเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (EMR) - มีใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (ePrescription) - มีระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์ (eDocument) - มีระบบเอกสารการประชุมอิเล็กทรอนิกส์ (eMeeting) - มีระบบการเงินอิเล็กทรอนิกส์ (ePayment, eDonation)	มี	- มีการใช้โปรแกรม HOSxP_PCU ในการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลการให้บริการ มีการส่งต่อข้อมูลไปยังจุดบริการต่างๆ ด้วยระบบดิจิทัล - มีการวางระบบการจัดเก็บข้อมูล , สำรองข้อมูล และการเชื่อมโยงข้อมูลตามเกณฑ์มาตรฐาน - มีการใช้โปรแกรม (E-Office) สนับสนุนการทำงานของระบบสารบรรณ - มีการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สนับสนุนงานทำงานของงานบุคลากร และงานการเงิน ตามความเหมาะสม		- มีการอัปเดตโปรแกรม HOSxP_PCU อย่างสม่ำเสมอ - หาโปรแกรมที่สะดวกต่อการพัฒนาการเชื่อมโยงการทำงาน ของระบบ Front Office และ Back Office
Smart Outcome: รพ.สต.มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาปรับปรุง Core Business Process ในองค์กร ให้มีความเชื่อมโยงกันทั้งระบบ Front Office และ Back Office จนเกิดเป็นระบบการวางแผนการใช้ทรัพยากร ERP Model ส่งผลให้การดำเนินการขององค์กรมีคุณภาพ ประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการให้บริการ - จำนวนเรื่องที่มีระบบการวางแผนการใช้ทรัพยากร ERP Model ที่ประสบความสำเร็จ	มี	- มีการนำข้อมูลจากการบริการ มาวางแผนยุทธศาสตร์การพัฒนา โรงพยาบาล ,การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการสาธารณสุข และการบริหาร ค่าใช้จ่ายด้านต่างๆที่เกี่ยวข้อง		- การนำข้อมูลต่างๆ มาใช้ให้เกิดประโยชน์ให้มากที่สุด และครอบคลุมการพัฒนาตามมาตรฐาน ทุกๆด้านของโรงพยาบาล - ดำเนินการพัฒนางานสารสนเทศตามเกณฑ์มาตรฐาน HA.IT.

ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลดำเนินงาน Smart Hospital ได้ตามเกณฑ์

ระดับ 1.(Smart Tools): หมายถึง โรงพยาบาลมีการใช้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพเข้ามาช่วยในการบริหารจัดการ และพัฒนาคุณภาพบริการในองค์กร เช่น

- มีระบบให้บริการนัดหมายหรือจองคิวแบบออนไลน์ มีระบบแจ้งเตือนผู้รับบริการแบบออนไลน์ (Queue Online) เพื่อลดระยะเวลาในการรอคอยของผู้รับบริการ และลดความแออัดของหน่วยบริการ โดยจัดบริการ ณ จุดคัดกรองหรือคลินิกอื่นๆ ตามที่โรงพยาบาลกำหนด แสดงผลบนอุปกรณ์ขนาดเล็กของผู้รับบริการได้ และต้องใช้งานได้ในระบบ Android และ iOS

- มีระบบการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลตามมาตรฐาน

***โรงพยาบาลต้องแสดงการใช้ Smart Tools ทั้ง 2 ระบบจึงจะผ่านเกณฑ์ระดับ 1

ระดับ 2. (Smart Service): หมายถึง โรงพยาบาลมีการนำแนวทางการทำงานอื่นๆ มาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานในองค์กร และมีการจัดทำ Service Process Management (เช่น Lean Process, Paperless, Less paper (Electronic Medical Record: EMR) โดยนำมาประยุกต์ใช้ในแผนกต่างๆ ภายในโรงพยาบาล เช่น

- การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

- การจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์แทนการใช้ OPD Card แบบกระดาษ

***โรงพยาบาลต้องผ่านเกณฑ์ระดับ 1 และต้องมี Smart Service เรื่องการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ จึงจะผ่านเกณฑ์ระดับ 2

ระดับ 3. (Smart Outcome): หมายถึง โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาปรับปรุง Core Business Process ในองค์กร ให้มีความเชื่อมโยงกันทั้งระบบ Front Office และ Back Office จนเกิดเป็นระบบการวางแผนการใช้ทรัพยากร ERP Model ส่งผลให้การดำเนินการขององค์กรมีคุณภาพ ประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการให้บริการ

***โรงพยาบาลต้องผ่านเกณฑ์ระดับ 1, 2 และแสดง Success Story จาก Smart Outcome ได้อย่างน้อย 1 เรื่อง จึงจะผ่านเกณฑ์ระดับ 3

4. ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. การพัฒนาด้านระบบเทคโนโลยี มีความจำเป็นต้องใช้งบประมาณในการพัฒนา ทั้งด้าน Software , Hardware จึงทำให้การพัฒนาดังกล่าวต้องพิจารณาสถานะการเงินของสถานบริการร่วมด้วย 2. ทรัพยากรของสถานบริการ ทั้งบุคลากร อุปกรณ์ โปรแกรม ,เทคโนโลยี (Software , Hardware) มีข้อจำกัดและบางอย่างมีไม่เพียงพอ	1. การวางแผนการพัฒนาระยะสั้นโดยใช้ทรัพยากรและงบประมาณที่มีอยู่ และวางแผนการพัฒนาลong term ในระยะยาว

ผู้รายงาน นายจิรเดช ศรีโพธิ์
ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน
อีเมลล์ : jiradech.insu@gmail.com
โทร 054-613019 ต่อ 509
วันที่รายงาน 11 มี.ค.62

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ
หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ประจำปีงบประมาณ 2562 คปสอ.เด่นชัย
(การประเมินรอบ 6 เดือน (1 ตุลาคม 2561 – 30 มีนาคม 2562))**

มิติภายนอก : การประเมินคุณภาพการให้บริการ

ตัวชี้วัดที่ 17 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการลงสาเหตุการตายได้ตามเกณฑ์

17.1 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพข้อมูล 43 เพิ่มมาตรฐาน (>ร้อยละ 90)

17.2 การลงสาเหตุการตายได้ตามเกณฑ์ (<ร้อยละ 22)

1. สถานการณ์

จากนโยบายระดับจังหวัด ของ จ.แพร่ ปีงบประมาณ 2562 ในประเด็นการพัฒนาสารสนเทศและข้อมูลข่าวสารระดับอำเภอเพื่อใช้ในการบริหารจัดการเชื่อมโยงข้อมูลระดับตำบล อำเภอ จังหวัด ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีการนำข้อมูลไปใช้ในการปฏิบัติงาน และคืนข้อมูลกลับพื้นที่เพื่อติดตามข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเด่นชัย ได้ดำเนินงานด้านข้อมูลและสารสนเทศ และการเก็บข้อมูลการบริการตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 เพิ่ม ด้วยโปรแกรม HOSxP , HOSxP PCU ทุกสถานบริการ มีกำหนดการส่งข้อมูลตามโครงสร้าง 43 เพิ่ม ทุกเดือน

2. การดำเนินงานแก้ไข/พัฒนาของพื้นที่

จากการดำเนินงานด้านข้อมูลและสารสนเทศ และการเก็บข้อมูลการบริการตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 เพิ่ม ด้วยโปรแกรม HOSxP , HOSxP PCU พบว่า ระบบข้อมูลในระดับอำเภอ และตำบล ยังพบข้อมูลที่เกิดความผิดพลาด ไม่ตรงตามมาตรฐานในบางส่วน รวมถึงการติดตามผลงานเพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการปฏิบัติงาน ยังไม่มีประสิทธิภาพอย่างเต็มที่ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงแนวทางการบันทึกข้อมูล การเพิ่มรายละเอียดรายงานต่างๆ ทำให้เจ้าหน้าที่ยังขาดทักษะในการกรอกบันทึกข้อมูลในโปรแกรม และยังไม่สามารถดำเนินส่งข้อมูลได้อย่างถูกต้อง และครบถ้วน

จากปัญหาที่พบ ในพื้นที่ที่มีการดำเนินงานแก้ไขปัญหาและพัฒนาการดำเนินงาน คือ

- การและเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสถานบริการ เกี่ยวกับวิธีการจัดเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูล และการส่งออกข้อมูลที่ถูกต้อง
- การจัดประชุมชี้แจงแนวทางการบันทึกข้อมูล เกณฑ์มาตรฐานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ตามรายงานตัวชี้วัดที่มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม
- มีการกำหนดแนวทางการตรวจสอบข้อมูลทั้งระดับสถานบริการและระดับอำเภอ ,มีการทวนสอบข้อมูล การปรับแก้ไขข้อมูลก่อนการส่งข้อมูลให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (HDC.) เพื่อให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลาตามกำหนด

3. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน	ผลงาน ข้อมูล ณ 31 มกราคม 2562			
	รอบ 6 เดือน		รอบ 12 เดือน	
	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน
17 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการลงสาเหตุการตายได้ตามเกณฑ์				
17.1 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพข้อมูล 43 แฟ้มมาตรฐาน	>ร้อยละ 90	ร้อยละ 94.25		
17.2 การลงสาเหตุการตายได้ตามเกณฑ์	<ร้อยละ 22	ร้อยละ 45.65		

4. ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. การจัดเก็บข้อมูล วิธีการบันทึกข้อมูล ตามนโยบาย , ตัวชี้วัดเร่งด่วน ,ตัวชี้วัดที่มีการเปลี่ยนแปลง บางอย่างมีแนวทางการจัดเก็บข้อมูล ,ค่านิยามไม่ชัดเจน ส่งผลต่อการทำงานของสถานบริการ 2. การประเมินข้อมูลสาเหตุการตาย ขึ้นอยู่กับการดำเนินงานของมหาดไทย ซึ่งงานที่เกี่ยวข้องของสถานบริการ เป็นเพียงผู้ประสานขอความร่วมมือให้ดำเนินการเท่านั้น	1. กำหนดแนวทาง วิธีการในการจัดเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูล ตามนโยบายและตัวชี้วัดต่างๆให้ชัดเจน 2. ควรปรับเกณฑ์การประเมิน /ตัวชี้วัด ในส่วนที่เป็น การดำเนินงานของสถานบริการ เพื่อประเมินคุณภาพมาตรฐานของสถานบริการอย่างแท้จริง

ผู้รายงาน นายจิรเดช ศรีโพธิ์
ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน
อีเมลล์ : jiradech.insu@gmail.com
โทร 054-613019 ต่อ 509
วันที่รายงาน 11 มี.ค. 62

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ
หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ประจำปีงบประมาณ 2562 คปสอ.เด่นชัย
(การประเมินรอบ 6 เดือน (1 ตุลาคม 2561 – 30 มีนาคม 2562))**

มิติภายใน : การประเมินประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดที่ 18 ผลการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง Financial Administration Index: FAI ของ รพ.แม่ข่ายผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด (>ร้อยละ 90)

1. สถานการณ์

1. งบประมาณที่ได้รับจัดสรรจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่เพียงพอ
2. ผลกระทบจากนโยบายภาครัฐ การปรับเกลี้ยค่าแรง
3. ผลกระทบจากนโยบายหน่วยงาน เช่น การเพิ่มค่าตอบแทน การจ้างงาน
4. ไม่มีการวางระบบควบคุมกำกับและติดตามการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม

2. การดำเนินงานแก้ไข/พัฒนาของพื้นที่

โรงพยาบาลจะดำเนินการตามแผน มาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพ ในการบริหารจัดการด้านการเงิน การคลังโดยเคร่งครัด ดังนี้

- แผนรายได้

1. พัฒนาคุณภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน และการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลผู้ป่วยใน
2. เพิ่มจำนวนผู้ป่วยในหอพิเศษ
3. ทบทวน และติดตามการเบิกค่ารักษาพยาบาลทุกประเภทสิทธิให้ครบถ้วน ทันเวลาอย่างเคร่งครัด
4. พัฒนาระบบควบคุม ตรวจสอบ การจัดเก็บรายได้ เพื่อให้จัดเก็บรายได้เป็นไปตามแผนที่กำหนด
5. ประชาสัมพันธ์เชิงรุกการให้บริการตรวจสอบสุขภาพประจำปีแก่หน่วยบริการต่างๆ

- แผนควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา เวชภัณฑ์มีชียา และวัสดุการแพทย์

1. มีการจัดซื้อร่วมระดับจังหวัดเพิ่มขึ้น
2. ควบคุมการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะให้สมเหตุสมผล
3. ทบทวนแผนการจัดซื้อให้เหมาะสมและสอดคล้องกับปริมาณการใช้จริง
4. จัดทำรายการยาและเวชภัณฑ์ของแต่ละหน่วยงานและระบุปริมาณสำรองที่เหมาะสมกับรอบการเบิก (หน่วยงานย่อยใน รพร.เด่นชัยกำหนด 1 ครั้ง/ สัปดาห์ รพ.สต. เดือนละ 1 ครั้ง)

- แผนควบคุมค่าใช้จ่ายด้านวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ (Lab)

1. ควบคุมการใชวัสดุในคลังให้เป็นไปตามความต้องการใช้จริงโดยประหยัด
2. การตรวจเลือดประจำปีในโรคเรื้อรังให้เหมาะสม

- แผนควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสาธารณูปโภค

1. ปรับลดเวลาการใช้เครื่องปรับอากาศและปรับลดจำนวนอุปกรณ์ไฟฟ้า
2. ปรับเปลี่ยนหลอดไฟฟ้าเป็น LED
3. ใช้น้ำบาดาลของโรงพยาบาลร่วมกับการประปาส่วนภูมิภาค
4. ปรับระบบแจ้งซ่อมแซมระบบสาธารณูปโภค

- แผนควบคุมค่าใช้จ่ายด้านวัสดุทั่วไป

1. จัดทำแผนจัดซื้อโดยประหยัดและจำเป็น
2. ควบคุมการเบิกจ่ายและควบคุมวัสดุคงคลัง

3. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ		ผลงานรอบ 3 เดือน ข้อมูล ณ วันที่ 28 ธันวาคม 2561								
		1.การพัฒนาคุณภาพบัญชี (AC)		2.การพัฒนาการนำข้อมูลการเงินหน่วยบริการเข้าระบบ GFMIS		3.การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (FM)		4.การบริหารต้นทุนอย่างมีประสิทธิภาพ (UC)		รวม
		ระดับความสำเร็จ	น้ำหนัก	ระดับความสำเร็จ	น้ำหนัก	ระดับความสำเร็จ	น้ำหนัก	ระดับความสำเร็จ	น้ำหนัก	
18.ผลการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง Financial Administration Index : FAI ของรพ.แม่ข่าย ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด (>ร้อยละ 90)	ผลงาน	5	30	5	10	5	30	5	30	88
	รวม	90		50		150		150		

4. ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. ไม่มีการกำหนดปัญหาหรือประเด็นที่ต้องปรับปรุงซึ่งมีผลส่งต่อคุณภาพบัญชี 2. ไม่มีการแก้ปัญหาและติดตามแผนบริหารทางการเงินอย่างต่อเนื่อง	ควรมีการแก้ปัญหาและติดตามแผนบริหารทางการเงิน

ผู้รายงาน นางณัฐยาพร วังซ้าย
ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน
อีเมลล์ permas_@hotmail.com
โทรศัพท์ 054-613134 ต่อ 205
วันที่รายงาน 18 ก.พ.62

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ
หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ประจำปีงบประมาณ 2562 คปสอ.เด่นชัย
(การประเมินรอบ 6 เดือน (1 ตุลาคม 2561 – 30 มีนาคม 2562))**

มิติภายใน : การประเมินประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดที่ 19 ระดับความสำเร็จของ คปสอ.ที่สามารถควบคุมกำกับกำกับการเบิกจ่าย ของ รพ.สต.ได้ตามแผน

1. สถานการณ์

สถานะเงินบำรุงของ รพ.สต. ในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ที่ปกติ มีสภาพคล่องในการบริหารจัดการ ในส่วนรายจ่ายของ รพ.สต. มีการใช้จ่ายอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด ไม่มีการใช้จ่ายเงินบำรุงที่นอกเหนือจากแผนเงินบำรุงที่กำหนดไว้ จำนวน 7 แห่ง และมีรพ.สต.ที่ใช้จ่ายเกินเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 1 แห่ง

2. การดำเนินงานแก้ไข/พัฒนาของพื้นที่

เน้นให้ทุก รพ.สต. เบิกจ่ายเงินบำรุงให้ตรงตามแผนการใช้จ่ายเงินบำรุงอย่างเคร่งครัด โดยให้แนบสำเนาแผนการใช้จ่ายเงินบำรุงทุกครั้งของการเบิกจ่ายเงิน เพื่อเป็นการควบคุมกำกับกำกับการใช้จ่ายเงินบำรุง

3. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ทุก รพ.สต.จะมีการจัดทำแผนการใช้จ่ายเงินบำรุง เพื่อใช้ในการควบคุมกำกับกำกับการใช้จ่ายเงินบำรุงของ รพ.สต. โดยเน้นนโยบายการใช้จ่ายเงินบำรุงอย่างประหยัดและคุ้มค่าของการใช้จ่ายเงินบำรุงเป็นสำคัญ โดยจากการควบคุมกำกับกำกับการใช้จ่ายเงินบำรุงของ รพ.สต. มีผลการดำเนินงาน ดังนี้

ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.เด่นชัย							
		สอ. แม่จัน	รพ.สต.บ้าน ปากป่าน	รพ.สต.ไทร ย้อย	รพ.สต.บ้าน บ่อแก้ว	รพ.สต.ห้วยไร่	รพ.สต.บ้าน น้ำแรม	รพ.สต. บ้านสวน หลวง	รพ.สต. ปางปาวหาย
ร้อยละของสถานบริการ (รพ.สต.) ในความ รับผิดชอบของคปสอ. สามารถควบคุมกำกับ การเบิกจ่าย ได้ตาม แผนรายได้ค่าใช้จ่ายได้ ตามเป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ 100)	เป้าหมาย	268,390.00	178,968.33	206,194.17	193,121.67	200,724.00	168,470.00	169,278.33	196,038.33
	ผลงาน	188,064.36	159,155.06	163,630.91	153,099.72	148,835.46	170,769.99	134,454.10	151,706.32
	ร้อยละ	70.07	88.93	79.36	79.28	74.15	101.37	79.43	77.39

หมายเหตุ - คัด% จากรายจ่ายที่ควรจะเป็นของแต่ละ รพ.สต. เทียบกับรายจ่ายจริง 5 เดือน (เดือนตุลาคม 61 ถึง กุมภาพันธ์ 62) ของแต่ละ รพ.สต.

ตัวชี้วัด/ผลงาน	ผลงาน ข้อมูล ณ.วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2562					
	รอบ 6 เดือน			รอบ 12 เดือน		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
-ร้อยละของรพ.สต.ที่สามารถควบคุมแผนรายได้	8 แห่ง	8 แห่ง	100			
-ร้อยละของรพ.สต.ที่สามารถควบคุมแผนค่าใช้จ่าย	8 แห่ง	7 แห่ง	87.50			
19.ระดับความสำเร็จของ คปสอ.ที่สามารถควบคุมกำกับกำกับการเบิกจ่ายของ รพ.สต.ได้ตามแผน	ร้อยละ 100		93.75			

(การคำนวณ: ร้อยละรพ.สต.ที่สามารถควบคุมแผนรายได้ + ร้อยละรพ.สต.ที่สามารถควบคุมแผนค่าใช้จ่าย/2)

4. ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. รพ.สต. ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการใช้เงินบำรุงตามแผนการใช้จ่ายเงินบำรุงที่วางไว้เท่าที่ควร	1. เน้นให้ทุก รพ.สต. ยึดแผนการใช้จ่ายเงินบำรุงเป็นสำคัญในการเบิกจ่ายเงินบำรุงและต้องแนบสำเนาแผนการใช้จ่ายเงินบำรุงทุกครั้งของการเบิกจ่ายด้วย

ผู้รายงาน นางกิงกาญจน์ อิ่มใจ
ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน
อีเมลล์ : Kingkam7992@gmail.com
โทร.0943615639
วันที่รายงาน 11 มี.ค. 62

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ
หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ประจำปีงบประมาณ 2562 คปสอ.เด่นชัย
(การประเมินรอบ 6 เดือน (1 ตุลาคม 2561 – 30 มีนาคม 2562))**

มิติภายใน : การประเมินประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดที่ 20 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง

1. สถานการณ์

1. ระบบการควบคุมภายใน นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ0214/ว3856 ลว.11 ธค.2561 เรื่อง ขอสั่งสำนักคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และแจ้งกำหนดการและรายละเอียดการดำเนินงานตรวจสอบภายใน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2562 ตามคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ 4247/2561 ลงวันที่ 7 ธันวาคม 2561 เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ได้ออกคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่าย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ที่ 158/2561 ลงวันที่ 20 ธันวาคม 2561 โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เวียนนำส่งคณะกรรมการฯ ที่เกี่ยวข้องแล้วตามหนังสือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ที่ พร 0032.001/ว2829 ลงวันที่ 21 ธันวาคม 2561

ซึ่งคำนิยาม “การตรวจสอบภายใน” เป็นการประเมินเพื่อเพิ่มคุณค่าและปรับปรุงการปฏิบัติงานของส่วนราชการให้ดีขึ้น ช่วยให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ และปรับปรุงประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยง การควบคุมและกำกับดูแลของส่วนราชการ เพื่อสนองนโยบาย สนับสนุนและส่งเสริมให้การดำเนินงานของส่วนราชการ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพประสิทธิผลยิ่งขึ้น และช่วยเพิ่มคุณค่าให้กับส่วนราชการ

2. การควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง ตามแนวทางกลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ได้ดำเนินการจัดส่งหนังสือกระทรวงการคลังที่ กค.0409.3/ว104 ลงวันที่ 5 ตุลาคม 2561 กระทรวงการคลังได้กำหนดมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 และส่งกระบวนการทำงาน (Flow Chart) ของกลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการจัดวางระบบควบคุมภายในให้เป็นทิศทางเดียวกัน เพื่อดำเนินการควบคุมภายในของหน่วยงานให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ พร 0032.001/ว2656 ลงวันที่ 29 พฤศจิกายน 2561 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ได้แต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมภายใน ประจำปีงบประมาณ 2562 ตามคำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ที่ 02/2562 ลงวันที่ 8 มกราคม 2562 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ประจำปีงบประมาณ 2562

ซึ่งคำนิยาม “ระบบการควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์” หมายถึง การนำเทคโนโลยีสารสนเทศทางคอมพิวเตอร์มาช่วยประเมินประสิทธิผลการบริหารการเงินการคลังด้วยระบบควบคุมภายใน โดยระบบจะเชื่อมโยงการประมวลผลกับฐานข้อมูลที่นำเข้า จึงสามารถทราบผลการประเมินได้ทันที ทำให้เกิดการคล่องตัว สะดวก รวดเร็ว ลดระยะเวลาการปฏิบัติงาน ความน่าเชื่อถือของข้อมูล สารสนเทศ ส่งผลต่อการกำกับการปฏิบัติงานและการตัดสินใจของผู้บริหารหน่วยงานที่รวดเร็วและสะดวกขึ้น ทั้งนี้ การประเมินด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ มีการประมวลผลข้อมูลการประเมินการควบคุมภายใน 5 มิติ ได้แก่ มิติด้านการประเมินระบบควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง มิติด้านการจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล มิติด้านการเงิน มิติด้านพัสดุ และมิติด้านงบการเงิน

2. การดำเนินงานแก้ไข/พัฒนาของพื้นที่

มีการกำหนดระดับขั้นความสำเร็จของการดำเนินงานตามเป้าหมาย ดังนี้

ขั้นที่ 1 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน ประเมินระบบควบคุมภายใน 5 มิติ

ขั้นที่ 2 มีการดำเนินการประเมินระบบควบคุมภายใน 5 มิติ ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit :EIA) ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ 0214/ว3903 ลงวันที่ 17 ธันวาคม 2561)

ขั้นที่ 3 ดำเนินการประเมินตามแนวทางการตรวจสอบใน 5 มิติ ตามเอกสารกลุ่มตรวจสอบภายในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

3. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน	ผลงาน ข้อมูล ณ. 22/2/62			
	รอบ 6 เดือน		รอบ 12 เดือน	
	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน
20. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง	5 คะแนน	5 คะแนน		

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการติดตาม

1. ไม่มีผู้รับผิดชอบหลักในการตรวจสอบภายใน
2. เจ้าหน้าที่ไม่เข้าใจแนวทางในการตรวจสอบภายใน
4. สร้างความตระหนักให้จนท.ทุกระดับให้ความสำคัญต่อระบบควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง

5. ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไข	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
1.ขาดการสื่อสารความเข้าใจระหว่างผู้ปฏิบัติงานโดยวิธีการตรวจสอบภายในอิเล็กทรอนิกส์ ผู้ตรวจสอบภายใน ผู้บริหาร	1.เข้ารับการอบรม ประชุม ศึกษาหาความรู้ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขพัฒนาระบบงาน เสริมสร้างความเข้าใจระหว่างกัน	ผู้ปฏิบัติมีความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงกฎ ระเบียบ ข้อบังคับมากขึ้น

6. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับนโยบาย/ต่อผู้บริหาร/และกฎระเบียบ ข้อบังคับ เงื่อนไข กฎหมาย

ผู้บริหารควรให้ความสำคัญต่องานตรวจสอบภายใน ซึ่งเป็นข้อมูลเตือนภัยเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ

ผู้รายงาน นางณัฐยาพร วังซ้าย
ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีชำนาญงาน
โทรศัพท์ : 088-2690816
E-mail : Permas@hotmail.com

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ
หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ประจำปีงบประมาณ 2562 คปสอ.เด่นชัย
(การประเมินรอบ 6 เดือน (1 ตุลาคม 2561 – 30 มีนาคม 2562))**

มิติภายใน : การประเมินประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดที่ 21 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน ITA (>ร้อยละ 80)

1. สถานการณ์

ตามที่รัฐบาลได้จัดทำยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2560-2564) ภายใต้วิสัยทัศน์ “ประเทศไทยใสสะอาด ไทยทั้งชาติต้านทุจริต” กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มุ่งเน้นการป้องกันการทุจริตให้มีความเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพของทุกหน่วยงาน ดังนั้นเพื่อเป็นการสนองนโยบายดังกล่าว โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัยจึงได้ดำเนินการในการต่อต้านการทุจริตคอร์รัปชันตลอดจนสนับสนุนและส่งเสริมให้บุคลากรมีจิตสำนึกในการป้องกันและต่อต้านการทุจริตคอร์รัปชันในทุกรูปแบบ เพื่อสร้างความโปร่งใส มีมาตรฐานในการบริหารราชการให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และมี ธรรมภิบาล โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ให้ดำเนินการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานในโรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง จากผลการประเมินคะแนนการจัดส่งหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBIT) ระดับเขต รอบที่ 1 (ไตรมาสที่ 1) (เกณฑ์ประเมิน ระดับ 1-5) ผลการประเมินโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย ผ่านเกณฑ์ระดับ 5 และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย ผ่านเกณฑ์ระดับ 5 รวม คปสอ.เด่นชัยผ่านเกณฑ์ ระดับ 5 ร้อยละ 90

2. การดำเนินงานแก้ไข/พัฒนาของพื้นที่

1. จัดตั้งคณะทำงานผู้รับผิดชอบการจัดทำหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBIT)
2. จัดทำแผนงานโครงการในภารกิจหลัก
3. จัดทำแผนปฏิบัติการการป้องกันและปราบปรามการทุจริต
4. การประกาศเจตนารมณ์การป้องกันและต่อต้านการทุจริตคอร์รัปชันของเจ้าหน้าที่
5. การจัดทำประมวลจริยธรรมของข้าราชการเพื่อป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนของข้าราชการ
6. จัดตั้ง “ชมรม ฮอมฮัก ฮอมใจ เด่นชัยสู่ชุมชน” ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เพื่อให้มีส่วนร่วมในการดำเนินการป้องกันและปราบปรามการทุจริต ทางรพร.เด่นชัย
7. จัดตั้ง “ชมรม ผอ.รพ.สต.” เพื่อให้มีส่วนร่วมในการ ดำเนินการป้องกันและปราบปรามการทุจริต
8. จัดส่งหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBIT) ตามรอบระยะเวลาที่กำหนด

3. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน	ผลงาน ข้อมูล ณ 20 กุมภาพันธ์ 2562					
	รอบ 6 เดือน			รอบ 12 เดือน		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
21. ระดับความสำเร็จของ การดำเนินงาน ITA	ระดับ 5/ 2 แห่ง	ระดับ 5	ร้อยละ 90			

4. ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. โครงสร้างของโรงพยาบาล ไม่มีหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการป้องกันและปราบปรามการทุจริตโดยตรง ทำให้การดำเนินงานอาจไม่ 2. เครือข่ายในภาคประชาชนบางส่วน ยังขาดความเข้าใจในบทบาทของการตรวจสอบของตนเอง โดยเห็นว่าการป้องกันและปราบปรามการทุจริตเป็นเรื่องของหน่วยงานราชการเท่านั้น	1. จัดตั้งคณะกรรมการการดำเนินงานการป้องกันและปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ 2. ดำเนินการร่วมกับเครือข่ายในอำเภอเด่นชัย เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

5. รูปภาพประกอบการดำเนินงาน



ผู้รายงาน นายไกร เหมือนหม้อ
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
อีเมลล์ krai_471@hotmail.com
โทร 089-8504117
วันที่รายงาน 22 ก.พ.62

ผู้รายงาน นางรัชนก กันทะวงศ์
ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน
โทร.054-613134 ต่อ 202
e-mail : Ratchanok2979@gmail.com
วันที่รายงาน 22 ก.พ.62

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ
หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ประจำปีงบประมาณ 2562 คปสอ.เด่นชัย
(การประเมินรอบ 6 เดือน (1 ตุลาคม 2561 – 30 มีนาคม 2562))**

มิติภายใน : การประเมินการพัฒนาองค์กร

ตัวชี้วัดที่ 22 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาองค์กรตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (ระดับ 5)

1. สถานการณ์

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้นำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาใช้เป็นเครื่องมือในการคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรเพื่อยกระดับการปฏิบัติราชการให้เทียบเท่ามาตรฐานสากลมีนโยบายให้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรโดยนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และให้คัดเลือกหมวดที่มีผลการดำเนินงานที่โดดเด่นส่งสมัครรับรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐรายหมวดในปี 2561 หมวดที่ 1 และหมวดที่ 5 ปี 2562 หมวด 2 และหมวด 4 อีกทั้งยังมีการกำหนดแผนการดำเนินงานโดยขยายการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรไปสู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อบูรณาการการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ซึ่งทางกระทรวงได้กำหนดเป้าหมายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดผ่านเกณฑ์เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ปี 2562 ในหมวดที่ 2 และหมวดที่ 4 ดังนี้

1. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน 13 ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี
2. ดำเนินการภาคบังคับในปี 2561-2563 ปีละ 2 หมวด และปี 2564-2565 ปีละ 6 หมวด
3. นำผลการประเมินองค์กรด้วยตนเอง (OFI) ในหมวดที่ดำเนินการมาจัดทำแผนพัฒนาองค์กร
4. จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการตามเกณฑ์หมวด 7
5. ดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กร

2. การดำเนินงานแก้ไข/พัฒนาของพื้นที่

อำเภอเด่นชัย ได้ดำเนินการพัฒนา ตาม PMQA ได้แก่ มีการจัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรให้สอดคล้องกับสิ่งที่ผ่านมาตรฐานการดำเนินงาน ADLI มีการประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 ภาคบังคับ 2 หมวด (หมวด 2, หมวด 4) กำหนดแนวทางการจัดทำแผนพัฒนาองค์กรของหมวดการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ และหมวดการวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ ในปีงบประมาณ 2562 ทั้งนี้ ดำเนินการจัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการ

3. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน	ผลงาน ข้อมูล ณ 31 มกราคม 2562			
	รอบ 6 เดือน		รอบ 12 เดือน	
	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน
22. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาองค์กรตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	ระดับ 5	ระดับ 3		

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับที่ 1 (1 คะแนน)	ระดับที่ 2 (2 คะแนน)	ระดับที่ 3 (3 คะแนน)	ระดับที่ 4 (4 คะแนน)	ระดับที่ 5 (5 คะแนน)
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจัดทำลักษณะสำคัญขององค์การครบถ้วน ทันเวลา	ระดับ 1 และประเมินองค์การ (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.58 หมวด 2 กับหมวด 4 ครบถ้วน ทันเวลา	ระดับ 2 และจัดทำแผนพัฒนาองค์การของหมวด 2 และหมวด 4 ครบถ้วน ทันเวลา	ระดับ 3 และจัดทำตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับ OFI ของหมวด 2 กับหมวด 4 ครบถ้วน ทันเวลา	ระดับ 4 และจัดส่งเอกสารผลการดำเนินงานให้ กพร.สป. ได้ครบถ้วนภายในระยะเวลาที่กำหนด

4. ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
- การจัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรต้องมีการร่วมคิดร่วมทำและร่วมแสดงความคิดเห็นเพื่อให้เป็นการขับเคลื่อนผ่านองค์กรที่แท้จริง	- จัดเวทีระดมความคิดเห็นและขับเคลื่อน จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรเป็นภาพอำเภอทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น - แผนพัฒนาองค์กรต้องดำเนินการโดยผู้บริหารองค์กรให้ความสำคัญและขับเคลื่อนให้เป็นรูปธรรม

ผู้รายงาน นายประทวน กวางทอง
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
email : saan_bri@hotmail.com
โทร.054-613019
วันที่รายงาน 24 ก.พ.62