

รายงานการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ

หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

รอบการประเมินครั้งที่ 1

วันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2562

คปสอ.ลอง

แบบรายงานการประเมินการปฏิบัติราชการตาม
คำรับรองการปฏิบัติราชการ หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
ปีงบประมาณ 2562

ตัวชี้วัดที่ 1. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์

ตัวชี้วัดที่ 2. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ไปรับบริการฝากครรภ์จากที่อื่นมาก่อน เช่น คลินิกเอกชน รพ.เอกชน เป็นต้น และหญิงตั้งครรภ์นอกพื้นที่ที่รับผิดชอบ เข้ามาใช้บริการที่ รพสต. ทำให้บางรายได้รับการฝากครรภ์หลัง 12 สัปดาห์ ไปแล้ว แล้วมาฝากต่อที่ รพสต. ในพื้นที่ และการทำงานต่างจังหวัด หรือต้องเปลี่ยนที่อยู่บ่อยๆ ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการฝากครรภ์ที่ไม่ครบตามเกณฑ์

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. জন. และเครือข่าย อสม. เฝ้าระวังเชิงรุก ติดตามและ ประชาสัมพันธ์หญิง ตั้งครรภ์ให้มาฝาก ครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ (เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์) และ การติดตามหญิง ตั้งครรภ์ให้มารับบริการ ฝากครรภ์ให้ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	- ประชุม คณะกรรมการ ดำเนินงานอนามัยแม่ และเด็ก - জন. และเครือข่าย อสม.ประชาสัมพันธ์ ในพื้นที่ให้มารับ บริการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และ ติดตามหญิงตั้งครรภ์ ให้มารับบริการฝาก ครรภ์ให้ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์	- জন.และเครือข่าย อสม. เฝ้าระวังเชิงรุก ติดตามหญิงตั้งครรภ์ ให้มาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และ ติดตามหญิงตั้งครรภ์ ให้มารับบริการฝาก ครรภ์ให้ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ - ติดตามดูแลหญิง ตั้งครรภ์ที่มีภาวะ เสี่ยงให้ได้รับการฝาก ครรภ์ให้ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์	- জন.และเครือข่าย อสม. เฝ้าระวังเชิงรุก ติดตามหญิงตั้งครรภ์ ให้มาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ - ติดตามดูแลหญิง ตั้งครรภ์ที่มีภาวะ เสี่ยงให้ได้รับการฝาก ครรภ์ให้ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์	- জন.และเครือข่าย อสม. เฝ้าระวังเชิงรุก ติดตามหญิงตั้งครรภ์ ให้มาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ - ติดตามดูแลหญิง ตั้งครรภ์ที่มีภาวะ เสี่ยงให้ได้รับการฝาก ครรภ์ให้ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ - สรุปผลการ ดำเนินงาน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	1. หญิงตั้งครรภ์ได้รับ การฝากครรภ์ครั้ง แรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 45 2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับ บริการฝากครรภ์ คุณภาพครบ 5 ครั้ง	1. หญิงตั้งครรภ์ได้รับ การฝากครรภ์ครั้ง แรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 50 2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับ บริการฝากครรภ์ คุณภาพครบ 5 ครั้ง	1. หญิงตั้งครรภ์ได้รับ การฝากครรภ์ครั้ง แรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 55 2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับ บริการฝากครรภ์ คุณภาพครบ 5 ครั้ง	1. หญิงตั้งครรภ์ได้รับ การฝากครรภ์ครั้ง แรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 60 2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับ บริการฝากครรภ์ คุณภาพครบ 5 ครั้ง

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	ตามเกณฑ์ ร้อยละ 45	ตามเกณฑ์ ร้อยละ 50	ตามเกณฑ์ ร้อยละ 55	ตามเกณฑ์ ร้อยละ 60
ผลการดำเนินงาน	1. ร้อยละ 97.56 2. ร้อยละ 75.61	1. ร้อยละ 92.59 2. ร้อยละ 74.07		

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)							
1. หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ รับบริการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์มากกว่าร้อยละ 60	รพ.สต. แม่เกี่ยม	รพ.สต. บ้านปิน	รพ.สต. ผาคัน	รพ.สต. ผามอก	รพ.สต. ต้าเหล่า	รพ.สต. เวียงต้า	รพ.สต. ปากกาง	รพ.สต. นาตุ้ม
	100	100	100	100	87.50	100	100	100
	รพ.สต. หัวทุ่ง	รพ.สต. ทุ่งแล้ง	รพ.สต. ผาจับ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รพ.สต.	รวม
	100	85.71	100	100	100	100	77.78	92.59
2. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ ได้รับบริการฝากครรภ์ คุณภาพครบ 5 ครั้งตาม เกณฑ์	รพ.สต. แม่เกี่ยม	รพ.สต. บ้านปิน	รพ.สต. ผาคัน	รพ.สต. ผามอก	รพ.สต. ต้าเหล่า	รพ.สต. เวียงต้า	รพ.สต. ปากกาง	รพ.สต. นาตุ้ม
	100	80	100	100	62.50	100	100	0
	รพ.สต. หัวทุ่ง	รพ.สต. ทุ่งแล้ง	รพ.สต. ผาจับ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รพ.สต.	รวม
	50	42.86	100	100	66.67	100	66.67	74.07

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่ บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ฝากครรภ์จากที่อื่นมาก่อน และ บางรายฝากครรภ์ช้ากว่า 12 สัปดาห์ แล้วมาฝากครรภ์ ต่อ ที่ รพ.สต.	1. ให้ความรู้แก่ประชาชน อสม. ผู้นำชุมชน ในพื้นที่เกี่ยวกับการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และการฝากครรภ์ ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพ 2. บันทึกข้อมูลการฝากครรภ์จากที่อื่น
2. หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์จากที่อื่น มาคลอดในพื้นที่	2. ลงข้อมูลให้ครบตามเกณฑ์ - ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ - ฝากครรภ์ ครบ 5 ครั้งคุณภาพ
3. เป็นหญิงตั้งครรภ์นอกเขตบริการมาอาศัยอยู่ในเขต และบางรายขอเข้ามาใช้บริการที่ รพ.สต.	3. ให้ อสม. ผู้นำชุมชน สืบค้นหาหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ และ แนะนำให้รับมาฝากครรภ์

บริการตรวจครรภ์และให้คำแนะนำในการฝากครรภ์



ตัวชี้วัดที่ 4. ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

ผลการตรวจประเมินพัฒนาการเด็ก 0 – 5 ปี ในปี 2661 ของอำเภอคลองปาวว่า ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย เท่ากับร้อยละ 91.71 สำหรับปี 2562 ในไตรมาสแรก พบว่า ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย เท่ากับร้อยละ 98.34 ไตรมาสที่ 2 ร้อยละ 83.94 และในกรณีสงสัยล่าช้าจะมีการให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง รวมถึงแนะนำการกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการและติดตามประเมินซ้ำภายใน 30 วัน และถ้าติดตามแล้วพบสงสัยล่าช้า จะทำการส่งต่อรพ.ลอง เพื่อการดูแลรักษาต่อไป

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. เด็ก 0 - 5 ปี ทุกคน ต้องได้รับการประเมินคัดกรองพัฒนาการ หากพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ให้ติดตามกระตุ้นพัฒนาการ	- ประชุมคณะกรรมการ MCH board อำเภอ - รพสต. จัดบริการ WCC คุณภาพ โรงเรียนพ่อแม่ตามมาตรฐาน	- ส่งเสริมให้พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู ใช้สมุดสีชมพูในการดูแลสุขภาพ ตนเองและเด็ก - เด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทุกคนได้รับการประเมินคัดกรองพัฒนาการ หากพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าจะได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ	- ส่งเสริมให้พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู ใช้สมุดสีชมพูในการดูแลสุขภาพ ตนเองและเด็ก - เด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทุกคนได้รับการคัดกรองพัฒนาการ (DSPM) และหากพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า จะได้รับการตรวจประเมินติดตามกระตุ้นภายใน 30 วัน และส่งต่อเด็กที่สงสัยล่าช้าเพื่อดูแลรักษาพัฒนาการต่อไป	- วิเคราะห์สถานการณ์พัฒนาการและแนวทางการแก้ไข - ประชุมคณะกรรมการ MCH board ระดับอำเภอ - เด็ก 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 85 - รวบรวมข้อมูลสถานการณ์ ปัญหา และแนวทางแก้ไข - สรุปผลการดำเนินงาน
2. รณรงค์คัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ในเดือนกรกฎาคม	- เด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 และ 60 เดือน ทุกคนได้รับการประเมิน และคัดกรองพัฒนาการ หากพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าจะได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ	- รณรงค์คัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือนในเดือนกรกฎาคม	- เด็ก 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 85	
3. เด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นประเมินพัฒนาการภายใน 30 วัน	- ให้ความรู้ ฝึกทักษะตามมาตรฐาน โรงเรียนพ่อแม่ให้กับหญิงตั้งครรภ์ และมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 6 ปี ด้วยกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า ฝึกดุพิน	- เด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นประเมินพัฒนาการภายใน 30 วัน		
4. ส่งต่อเด็กที่สงสัยล่าช้าเพื่อดูแลรักษาพัฒนาการต่อไป				

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	ประชาสัมพันธ์สมัคร แอปพลิเคชัน 9 อย่าง เพื่อสร้างลูกผ่านมือ ถือในการลงทะเบียน รับข้อมูลเพื่อการดูแล ตั้งแต่ตั้งครรภ์จนลูก อายุครบ 6 ปี - ส่งเสริมให้หญิง ตั้งครรภ์ พ่อแม่หรือ ผู้เลี้ยงดูเด็กดูแล สุขภาพตนเองและ การเลี้ยงดูเด็กด้วย สมุดบันทึกสุขภาพแม่ และเด็ก	และส่งต่อเด็กที่สงสัย ล่าช้าเพื่อดูแลรักษา พัฒนาการต่อไป		
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- เด็ก 0 - 5 ปี ทุกคน ต้องได้รับการประเมิน คัดกรองพัฒนาการ - เด็ก 0 - 5 ปี มี พัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 - สถานบริการมีการ ลงข้อมูลการ ให้บริการครบถ้วน ถูกต้องเป็นปัจจุบัน	- เด็ก 0 - 5 ปี ทุกคน ต้องได้รับการประเมิน คัดกรองพัฒนาการ - เด็ก 0 - 5 ปี มี พัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 - สถานบริการมีการ ลงข้อมูลการ ให้บริการครบถ้วน ถูกต้องเป็นปัจจุบัน	- เด็ก 0 - 5 ปี ทุกคน ต้องได้รับการประเมิน คัดกรองพัฒนาการ - เด็ก 0 - 5 ปี มี พัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 - สถานบริการมีการ ลงข้อมูลการ ให้บริการครบถ้วน ถูกต้องเป็นปัจจุบัน	- มีการวิเคราะห์เพื่อ หาปัญหาและวางแผน ทางแก้ไขต่อไป - เด็ก 0 - 5 ปี ทุกคน ต้องได้รับการประเมิน คัดกรองพัฒนาการ - เด็ก 0 - 5 ปี มี พัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 - สถานบริการมีการ ลงข้อมูลการ ให้บริการครบถ้วน ถูกต้องเป็นปัจจุบัน
ผลการดำเนินงาน	เด็ก 0 - 5 ปี มี พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 98.34	เด็ก 0 - 5 ปี มี พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 94.74		

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)							
4. ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	รพ.สต. แม่เปี่ยม	รพ.สต. บ้านปิน	รพ.สต. ผาคัน	รพ.สต. ผามอก	รพ.สต. ตำบลเหล่า	รพ.สต. เวียงต้า	รพ.สต. ปากกาง	รพ.สต. นาตุ้ม
	94.12	94.74	100	92.59	95.65	92.86	97.14	100
	รพ.สต. หัวทุ่ง	รพ.สต. ทุ่งแล้ง	รพ.สต. ผาจีบ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รพ.สต. ลอง	รวม
	94.12	93.18	92.59	100	100	94.44	95.06	94.74

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. เครื่องมือประเมินพัฒนาการเด็กต้องใช้เวลาในการประเมิน 2. เด็กไม่มาตรวจพัฒนาการตามนัด เนื่องจากอาศัยอยู่กับปู่ย่า – ตายาย จึงไม่สะดวกในการพาเด็กเข้ามารับการตรวจพัฒนาการตามนัด 3. บุคลากรขาดความรู้และทักษะในการตรวจประเมินพัฒนาการเด็ก 4. เจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติการยังไม่เข้าใจขั้นตอนเรื่องการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง ตรงเวลา	- นัดกลุ่มเป้าหมายตรวจคัดกรองตามวันและเวลาที่กำหนด (สะดวกทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ปกครอง) - জন. ติดตามตรวจคัดกรองพัฒนาการที่บ้านในรายที่มาเองไม่ได้ และนัดครั้งต่อไปตามช่วงวัย - জন. ที่มีความชำนาญในการตรวจ ฟันฟู สาธิตให้ জন. และฝึกทักษะใน জন. ที่ปฏิบัติงานทุกปีก่อนการรณรงค์ ติดตามและปรับปรุงแก้ไขข้อมูลให้ครบถ้วน ถูกต้อง ตรงเวลา

ตรวจพัฒนาการเด็ก



ตัวชี้วัดที่ 5. ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีรูปร่างดี รูปร่างสมส่วน

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

เด็กรับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ ชอบกินขนมกรุบกรอบและน้ำอัดลม โดยซื้อจากร้านขายของชำในหมู่บ้าน โรงเรียนหรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็กส่วนใหญ่เป็นเขตปลอดขนมกรุบกรอบและน้ำอัดลม มีครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนบางแห่งแจกขนมกรุบกรอบให้แก่เด็ก

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

จัดประชุมหรือ เข้าร่วมประชุมในวันประชุมผู้ปกครองเด็กผู้ปกครองเด็กครูผู้ดูแลเด็ก โดยเข้าไปให้คำแนะนำเรื่อง การรับประทานอาหาร ผลเสียของการรับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ และผลเสียของการรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อร่างกายเช่นขนมกรุบกรอบและน้ำอัดลม

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. ประชุม คณะกรรมการอนามัย แม่และเด็ก	1. จนท.ให้ความรู้แก่ ผู้ปกครอง ผู้เลี้ยงดู เด็ก ครูพี่เลี้ยงเด็กใน	1. จนท.ให้ความรู้แก่ ผู้ปกครอง ผู้เลี้ยงดู เด็ก ครูพี่เลี้ยงเด็กใน	1. จนท.ให้ความรู้แก่ ผู้ปกครอง ผู้เลี้ยงดู เด็ก ครูพี่เลี้ยงเด็กใน	1. จนท.ให้ความรู้แก่ ผู้ปกครอง ผู้เลี้ยงดู เด็ก ครูพี่เลี้ยงเด็กใน
2. จนท.ให้ความรู้แก่ ผู้ปกครอง ผู้เลี้ยงดูเด็ก ครูพี่เลี้ยงเด็กในการ ส่งเสริมโภชนาการเด็ก อาหารตามวัยและ พัฒนาการเด็ก ใน คลินิก WCC และ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	การ ส่งเสริม โภชนาการเด็ก อาหารตามวัยและ พัฒนาการเด็ก ใน คลินิก WCC และ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	การ ส่งเสริม โภชนาการเด็ก อาหารตามวัยและ พัฒนาการเด็ก ใน คลินิก WCC และ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	การ ส่งเสริม โภชนาการเด็ก อาหารตามวัยและ พัฒนาการเด็ก ใน คลินิก WCC และ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	การ ส่งเสริม โภชนาการเด็ก อาหารตามวัยและ พัฒนาการเด็ก ใน คลินิก WCC และ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
3. สนับสนุนยาน้ำเสริม ธาตุเหล็กให้แก่เด็ก 6 เดือน -5 ปี	2. ส่งเสริมให้หญิง ตั้งครรภ์ พ่อแม่หรือผู้ เลี้ยงดูเด็กดูแล สุขภาพตนเองสำหรับ หญิงตั้งครรภ์และการ เลี้ยงดูเด็กด้วยนม แม่และ	2. ส่งเสริมให้หญิง ตั้งครรภ์ พ่อแม่หรือผู้ เลี้ยงดูเด็กดูแล สุขภาพตนเองสำหรับ หญิงตั้งครรภ์และการ เลี้ยงดูเด็กด้วยนม แม่และ	2. ส่งเสริมให้หญิง ตั้งครรภ์ พ่อแม่หรือผู้ เลี้ยงดูเด็กดูแล สุขภาพตนเองสำหรับ หญิงตั้งครรภ์และการ เลี้ยงดูเด็กด้วยนม แม่และ	2. ส่งเสริมให้หญิง ตั้งครรภ์ พ่อแม่หรือผู้ เลี้ยงดูเด็กดูแล สุขภาพตนเองสำหรับ หญิงตั้งครรภ์และการ เลี้ยงดูเด็กด้วยนม แม่และ
4. รพสต. ทุกแห่งมีเฝ้า ระวังภาวะโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนัก วัด ส่วนสูง เพื่อประเมิน ภาวะโภชนาการเด็ก	3. สนับสนุนการเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่อย่าง เดียว 6 เดือนและกิน ต่อเนื่องควบคู่อาหาร ตามวัยจนลูกอายุ 2 ปีหรือมากกว่า	3. สนับสนุนการเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่อย่าง เดียว 6 เดือนและกิน ต่อเนื่องควบคู่อาหาร ตามวัยจนลูกอายุ 2 ปีหรือมากกว่า	3. สนับสนุนการเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่อย่าง เดียว 6 เดือนและกิน ต่อเนื่องควบคู่อาหาร ตามวัยจนลูกอายุ 2 ปีหรือมากกว่า	3. สนับสนุนการเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่อย่าง เดียว 6 เดือนและกิน ต่อเนื่องควบคู่อาหาร ตามวัยจนลูกอายุ 2 ปีหรือมากกว่า
5.นำข้อมูลการ ให้บริการมาบันทึกให้ ครบถ้วนถูกต้อง ทันเวลา				

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	4. สนับสนุนยาน้ำเสริมธาตุเหล็กให้แก่เด็ก 6 เดือน - 5 ปี 5. รพสต. ทุกแห่งมีเฝ้าระวังภาวะโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อประเมินภาวะโภชนาการเด็ก 6. นำข้อมูลการให้บริการมาบันทึกให้ครบถ้วนถูกต้องทันเวลา	4. สนับสนุนยาน้ำเสริมธาตุเหล็กให้แก่เด็ก 6 เดือน - 5 ปี 5. รพสต. ทุกแห่งมีเฝ้าระวังภาวะโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อประเมินภาวะโภชนาการเด็ก 6. นำข้อมูลการให้บริการมาบันทึกให้ครบถ้วนถูกต้องทันเวลา	4. สนับสนุนยาน้ำเสริมธาตุเหล็กให้แก่เด็ก 6 เดือน - 5 ปี 5. รพสต. ทุกแห่งมีเฝ้าระวังภาวะโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อประเมินภาวะโภชนาการเด็ก 6. นำข้อมูลการให้บริการมาบันทึกให้ครบถ้วนถูกต้องทันเวลา	4. สนับสนุนยาน้ำเสริมธาตุเหล็กให้แก่เด็ก 6 เดือน - 5 ปี 5. รพสต. ทุกแห่งมีเฝ้าระวังภาวะโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อประเมินภาวะโภชนาการเด็ก 6. นำข้อมูลการให้บริการมาบันทึกให้ครบถ้วนถูกต้องทันเวลา 7. สรุปผลการดำเนินงาน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ผู้ปกครอง ผู้เลี้ยงดูเด็ก ครูพี่เลี้ยงเด็กสามารถดูแลส่งเสริมโภชนาการและพัฒนาการเด็กได้อย่างถูกต้อง ให้เด็กได้รับประทานอาหารตามวัยและมีประโยชน์มีพัฒนาการที่ดีมีภาวะโภชนาการที่ดีสูงดีสมส่วนเติบโตสมวัย	ผู้ปกครอง ผู้เลี้ยงดูเด็ก ครูพี่เลี้ยงเด็กสามารถดูแลส่งเสริมโภชนาการและพัฒนาการเด็กได้อย่างถูกต้อง ให้เด็กได้รับประทานอาหารตามวัยและมีประโยชน์มีพัฒนาการที่ดีมีภาวะโภชนาการที่ดีสูงดีสมส่วนเติบโตสมวัย	ผู้ปกครอง ผู้เลี้ยงดูเด็ก ครูพี่เลี้ยงเด็กสามารถดูแลส่งเสริมโภชนาการและพัฒนาการเด็กได้อย่างถูกต้อง ให้เด็กได้รับประทานอาหารตามวัยและมีประโยชน์มีพัฒนาการที่ดีมีภาวะโภชนาการที่ดีสูงดีสมส่วนเติบโตสมวัย	ผู้ปกครอง ผู้เลี้ยงดูเด็ก ครูพี่เลี้ยงเด็กสามารถดูแลส่งเสริมโภชนาการและพัฒนาการเด็กได้อย่างถูกต้อง ให้เด็กได้รับประทานอาหารตามวัยและมีประโยชน์มีพัฒนาการที่ดีมีภาวะโภชนาการที่ดีสูงดีสมส่วนเติบโตสมวัย
ผลการดำเนินงาน	เด็กได้รับโภชนาการที่ดีและถูกต้องตามวัย มีร้อยละสูงดีสมส่วนเท่ากับ 58.47	เด็กได้รับโภชนาการที่ดีและถูกต้องตามวัย มีร้อยละสูงดีสมส่วนเท่ากับ 62.41		

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)							
5. ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีรูปร่างดี รูปร่างสมส่วน	รพ.สต. แม่เปี่ยม	รพ.สต. บ้านปิน	รพ.สต. ผาคัน	รพ.สต. ผามอก	รพ.สต. ต้าเหล่า	รพ.สต. เวียงต้า	รพ.สต. ปากกาง	รพ.สต. นาตุ้ม
	46.94	71.72	44.44	77.85	65.32	73.38	53.74	63.46
	รพ.สต. หัวทุ่ง	รพ.สต. ทุ่งแล้ง	รพ.สต. ผาจีบ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รพ.สต.	รวม
	58.66	56.05	57.80	70.77	29.03	52.05	60.54	62.41

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. ผู้ปกครองเด็กยังไม่ตระหนักเกี่ยวกับภาวะโภชนาการของเด็ก มักจะซื้อขนมกรุบกรอบให้เด็กทานบ่อยๆ 2. สภาพแวดล้อมและพฤติกรรมบริโภคไม่ถูกต้อง 3. ครูพี่เลี้ยงศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนบางแห่งมีการแจกลูกอม และขนมกรุบกรอบแก่เด็กนักเรียน 4. เจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติการยังไม่เข้าใจเรื่องการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง ตรงเวลา	1. สร้างให้ผู้ปกครองผู้เลี้ยงดูเด็กได้รับความรู้และเรื่องการบริโภคอาหารและการเลี้ยงดูเด็ก 0 - 5 ปี คิดเป็นและส่งเสริมเลี้ยงดูด้านบริโภคอาหารอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ 2. เจ้าหน้าที่ลงพื้นที่ในการแนะนำครูพี่เลี้ยงศูนย์เด็กเล็กและครูในโรงเรียนให้ขายของที่มีประโยชน์สำหรับเด็ก 3. ติดตาม จนท.ผู้รับผิดชอบในการ ปรับปรุง ลงบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนถูกต้อง ทันเวลา

ตัวชี้วัดที่ 8. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ตามเกณฑ์

- สถานการณ์/สภาพปัญหา

ในพื้นที่มีการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ตามแนวทางที่กำหนด การติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด ยังพบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้น

- การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. การค้นหากลุ่มเสี่ยง	1. การคัดกรองภาวะเสี่ยงในประชาชนอายุ ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปทุกคน 2. กำหนดระยะเวลาในการคัดกรอง 3. ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงจะต้องได้รับการให้สุขศึกษาทุกราย 4. มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือน และแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม	1. ดำเนินการคัดกรองให้เสร็จสิ้นภายใน 6 เดือน 2. กลุ่มเสี่ยงจะต้องได้รับการประเมินซ้ำทุก 6 เดือน 3. ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงจะต้องได้รับการให้สุขศึกษาทุกราย 4. มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือน และแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม	1. กลุ่มเสี่ยงจะต้องได้รับการประเมินซ้ำทุก 6 เดือน 2. ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงจะต้องได้รับการให้สุขศึกษาทุกราย 4. มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือน และแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม	1. กลุ่มเสี่ยงจะต้องได้รับการประเมินซ้ำทุก 6 เดือน 2. ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงจะต้องได้รับการให้สุขศึกษาทุกราย 3. กลุ่มเสี่ยงจะต้องได้รับการประเมินซ้ำทุก 6 เดือน 4. มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือน และแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- คัดกรอง DM/HT ปชช. อายุ 35 ปีขึ้นไปและให้คำปรึกษา > ร้อยละ 40	- คัดกรอง DM/HT ปชช. อายุ 35 ปีขึ้นไปและให้คำปรึกษา > ร้อยละ 60	- คัดกรอง DM/HT ปชช. อายุ 35 ปีขึ้นไปและให้คำปรึกษา > ร้อยละ 80	- คัดกรอง DM/HT ปชช. อายุ 35 ปีขึ้นไปและให้คำปรึกษา > ร้อยละ 90
ผลการดำเนินงาน	1. ร้อยละประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 61.57 2. ร้อยละประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความเสี่ยง	1. ร้อยละประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 82.98 2. ร้อยละประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความเสี่ยง		

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	ต่อโรคเบาหวานร้อยละ 60.29	ต่อโรคเบาหวานร้อยละ 82.54 (ข้อมูล HDC 28/2/62)		
2. การติดตามกลุ่มเสี่ยง DM และการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่	1. ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและทบทวนแนวทางการวินิจฉัยผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่แก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเครือข่าย 2. ติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามแนวทางที่กำหนดทุก 6 เดือน 3. ค้นข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงแก่พื้นที่รับผิดชอบในเครือข่าย 4. ค้นข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่แก่พื้นที่รับผิดชอบในเครือข่าย	1. ให้สุศึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง 2. ติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามแนวทางที่กำหนดทุก 6 เดือน 3. ค้นข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงแก่พื้นที่รับผิดชอบในเครือข่าย 4. ค้นข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่แก่พื้นที่รับผิดชอบในเครือข่าย 5. โครงการสร้างเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเขตสุขภาพที่ 1	1. ให้สุศึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง 2. ติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามแนวทางที่กำหนดทุก 6 เดือน 3. ค้นข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงแก่พื้นที่รับผิดชอบในเครือข่าย 4. ค้นข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่แก่พื้นที่รับผิดชอบในเครือข่าย 5. โครงการสร้างเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเขตสุขภาพที่ 1	1. ให้สุศึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง 2. ติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามแนวทางที่กำหนดทุก 6 เดือน 3. ค้นข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงแก่พื้นที่รับผิดชอบในเครือข่าย 4. ค้นข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่แก่พื้นที่รับผิดชอบในเครือข่าย 5. โครงการสร้างเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเขตสุขภาพที่ 1
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	1. มีการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง และสามารถปฏิบัติได้จริงในพื้นที่รับผิดชอบ	1. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลและติดตามตามแนวทางที่กำหนด 2. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับสุข	1. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลและติดตามตามแนวทางที่กำหนด 2. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับสุข	1. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลและติดตามตามแนวทางที่กำหนด 2. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับสุขศึกษา

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	2. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับสุขศึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3. อัตราความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงไม่เกินร้อยละ 3.32 4. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 2.05	ศึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3. อัตราความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงไม่เกินร้อยละ 3.32 4. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 2.05	ศึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3. อัตราความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงไม่เกินร้อยละ 3.32 4. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 2.05	และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3. อัตราความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงไม่เกินร้อยละ 3.32 4. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 2.05
ผลการดำเนินงาน	1. ดำเนินการ ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เบาหวานและความดันโลหิตสูงแก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ 2. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับสุขศึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3. อัตราความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงร้อยละ 1.19	1. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลและติดตามตามแนวทางที่กำหนด 2. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับสุขศึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3. อัตราความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงร้อยละ 2.05 4. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง		

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	4. อัตราผู้ป่วย เบาหวานรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยง เบาหวาน ร้อยละ 0.42	เบาหวาน ร้อยละ 1.05 (ข้อมูล HDC 28/2/62)		

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)							
8. อัตราผู้ป่วย เบาหวานรายใหม่จาก กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ตามเกณฑ์	รพ.สต. แม่เกียม	รพ.สต. บ้านปิน	รพ.สต. ผาคัน	รพ.สต. ผามอก	รพ.สต. ต้าเหล้า	รพ.สต. เวียงต้า	รพ.สต. ปากกาง	รพ.สต. นาตุ้ม
	6.25	0	1.79	0.96	0	1.46	0	1.46
	รพ.สต. หัวทุ่ง	รพ.สต. ทุ่งแล้ง	รพ.สต. ผาจับ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รพ.สต. ลอง	รวม
	0	0.30	0	50	0	1.25	0.81	1.05

คัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน



ตัวชี้วัดที่ 9. อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านตามเกณฑ์

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

ในปี 2561 มีการคัดกรองกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านร้อยละ 13.37 และ ร้อยละ 9.95 เป็นป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย (ทำ Home BP) ดังนั้นการวัด BP ที่บ้านจึงเป็นสำคัญในการที่จะช่วยวินิจฉัยกลุ่มป่วยได้ดียิ่งขึ้น

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. การทบทวนแนวทางการวัด BP ที่บ้าน และการบันทึกข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง	1. ชี้แจงและทบทวนแนวทางการวัด BP ที่บ้าน และการบันทึกข้อมูลการวัด BP ที่บ้านแก่เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง	1. ชี้แจงและทบทวนแนวทางการวัด BP ที่บ้าน และการบันทึกข้อมูลการวัด BP ที่บ้านแก่เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง	1. ชี้แจงและทบทวนแนวทางการวัด BP ที่บ้าน และการบันทึกข้อมูลการวัด BP ที่บ้านแก่เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง	1. ชี้แจงและทบทวนแนวทางการวัด BP ที่บ้าน และการบันทึกข้อมูลการวัด BP ที่บ้านแก่เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	1. มีการชี้แจงและทบทวนแนวทางการวัด BP และการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้องแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง 2. เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องสามารถสื่อสารข้อมูลแก่ อสม ครอบครัว หรือผู้ป่วย ผู้ดูแล ให้สามารถวัด BP และ บันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง 3. ผลการคัดกรองกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านร้อยละ 10	1. มีการชี้แจงและทบทวนแนวทางการวัด BP และการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้องแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง 2. เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องสามารถสื่อสารข้อมูลแก่ อสม ครอบครัว หรือผู้ป่วย ผู้ดูแล ให้สามารถวัด BP และ บันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง 3. ผลการคัดกรองกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านร้อยละ 30	1. มีการชี้แจงและทบทวนแนวทางการวัด BP และการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้องแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง 2. เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องสามารถสื่อสารข้อมูลแก่ อสม ครอบครัว หรือผู้ป่วย ผู้ดูแล ให้สามารถวัด BP และ บันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง 3. ผลการคัดกรองกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านร้อยละ 50	1. มีการชี้แจงและทบทวนแนวทางการวัด BP และการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้องแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง 2. เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องสามารถสื่อสารข้อมูลแก่ อสม ครอบครัว หรือผู้ป่วย ผู้ดูแล ให้สามารถวัด BP และ บันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง 3. ผลการคัดกรองกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านร้อยละ 80
ผลการดำเนินงาน	1. ดำเนินการครอบคลุมเจ้าหน้าที่	1. ดำเนินการครอบคลุมเจ้าหน้าที่		

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	ที่เกี่ยวข้องครบทุก รพสต.เครือข่าย	ที่เกี่ยวข้องครบทุก รพสต.เครือข่าย 2. ผลการคัดกรอง กลุ่มสงสัยป่วยความ ดันโลหิตสูงในเขต รับผิดชอบได้รับการ วัดความดันโลหิตที่ บ้านร้อยละ 50.47		
2. สนับสนุนให้มี เครื่องวัด BP เพียงพอ สำหรับกลุ่มเสี่ยงใน พื้นที่ และสนับสนุน การสอบเทียบ เครื่องมือ เพื่อให้ได้ ข้อมูลที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ และจัด ช่องทางการสื่อสาร สำหรับผู้ปฏิบัติงานใน การรับคำปรึกษากรณี ที่มีปัญหาในการ ปฏิบัติงาน	2. สนับสนุนให้มี เครื่องวัด BP เพียงพอสำหรับกลุ่ม เสี่ยงในพื้นที่ และ สนับสนุนการสอบ เทียบเครื่องมือ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ ถูกต้อง น่าเชื่อถือ	2. จัดช่องทางการ สื่อสารสำหรับ ผู้ปฏิบัติงานในการรับ คำปรึกษากรณีที่มี ปัญหาในการ ปฏิบัติงาน	2. จัดช่องทางการ สื่อสารสำหรับ ผู้ปฏิบัติงานในการรับ คำปรึกษากรณีที่มี ปัญหาในการ ปฏิบัติงาน	2. จัดช่องทางการ สื่อสารสำหรับ ผู้ปฏิบัติงานในการรับ คำปรึกษากรณีที่มี ปัญหาในการ ปฏิบัติงาน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	มีการสนับสนุนให้มี เครื่องวัด BP เพียงพอสำหรับกลุ่ม เสี่ยงในพื้นที่ และ สนับสนุนการสอบ เทียบเครื่องมือ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ ถูกต้อง น่าเชื่อถือ ใน ทุก รพสต.เครือข่าย	มีการสนับสนุนให้มี เครื่องวัด BP เพียงพอสำหรับกลุ่ม เสี่ยงในพื้นที่ และ สนับสนุนการสอบ เทียบเครื่องมือ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ ถูกต้อง น่าเชื่อถือ ใน ทุก รพสต.เครือข่าย	มีการสนับสนุนให้มี เครื่องวัด BP เพียงพอสำหรับกลุ่ม เสี่ยงในพื้นที่ และ สนับสนุนการสอบ เทียบเครื่องมือ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ ถูกต้อง น่าเชื่อถือ ใน ทุก รพสต.เครือข่าย	มีการสนับสนุนให้มี เครื่องวัด BP เพียงพอสำหรับกลุ่ม เสี่ยงในพื้นที่ และ สนับสนุนการสอบ เทียบเครื่องมือ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ ถูกต้อง น่าเชื่อถือ ใน ทุก รพสต.เครือข่าย
ผลการดำเนินงาน	ดำเนินการสอบเทียบ เครื่องมือแล้วเสร็จ เมื่อกุมภาพันธ์ 2562	ดำเนินการสอบเทียบ เครื่องมือแล้วเสร็จ เมื่อกุมภาพันธ์ 2562		

- ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)							
9. อัตรากลุ่มสงสัยป่วย ความดันโลหิตสูงในเขต รับผิดชอบได้รับการวัด ความดันโลหิตที่บ้านตาม เกณฑ์	รพ.สต. แม่เกี่ยม	รพ.สต. บ้านปิ่น	รพ.สต. ผาคัน	รพ.สต. ผามอก	รพ.สต. ต้าเหล่า	รพ.สต. เวียงต้า	รพ.สต. ปากกาง	รพ.สต. นาตุ้ม
	70.59	100	100	0	100	7.69	1.18	32.81
	รพ.สต. หัวทุ่ง	รพ.สต. ทุ่งแล้ง	รพ.สต. ผาจับ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รพ.สต. ลอง	รวม
	33.17	36.04	0	31.25	100	100	94.52	50.47

ตรวจวัดความดันโลหิตสูงในกลุ่มสงสัยป่วย



ตัวชี้วัดที่ 10. ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองและบำบัดรักษาการสูบบุหรี่

10.1 ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไปได้รับการค้นหาการสูบบุหรี่

10.2 ร้อยละของประชากรที่สูบบุหรี่ ได้รับการคัดกรอง และการบำบัดรักษา

10.3 ร้อยละของประชากรในครัวเรือนที่ตกเกณฑ์ จปฐ. (การสูบบุหรี่) ได้รับการบำบัดรักษา

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

ปัจจุบันการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไปมีแนวโน้มสูงขึ้น จึงต้องมีกระบวนการในการค้นหาผู้สูบบุหรี่ เพื่อการคัดกรอง และนำไปสู่การบำบัดรักษาโดยเร็ว เพื่อป้องกันปัญหาการติดสารเสพติดตั้งแต่วัยเยาว์ ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาต่างๆในด้านสังคมตามมาได้

● การดำเนินงาน แกไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. ดำเนินงานภายใต้ โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชันย์ 2. หน่วยบริการ ทุกแห่ง ประสานความร่วมมือกับเครือข่าย อสม. ในการคัดกรองผู้สูบบุหรี่ ในชุมชน และชักชวน ให้เลิกบุหรี่ พร้อมให้บำบัดเบื้องต้น 3. หน่วยบริการบันทึกผลการคัดกรอง และการบำบัดบุหรี่ในฐานข้อมูล HDC	- วางแผนการดำเนินงานร่วมกับทีม และ อสม.ในการคัดกรองผู้สูบบุหรี่ - ชี้แจงแนวทางการบันทึกข้อมูลผลการคัดกรองใน HDC	- ดำเนินการตามแผน และติดตามผลการดำเนินงาน	- ดำเนินการตามแผน และติดตามผลการดำเนินงาน	- สรุปผลการดำเนินงาน เพื่อหาปัญหาอุปสรรค และวางแผนการดำเนินงานในปีต่อไป
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- จัดประชุมทีมเพื่อชี้แจงแนวทางการคัดกรอง และการบันทึกข้อมูล	- มีการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ และติดตามผลการดำเนินงาน	- มีการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ และติดตามผลการดำเนินงาน	- มีการสรุปผลการดำเนินงาน และวางแผนการทำงานปีต่อไป
ผลการดำเนินงาน	- มีการบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล HDC และตรวจสอบความถูกต้อง	- มีการบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล HDC และตรวจสอบความถูกต้อง		

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)							
10.1 ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไปได้รับการค้นหาการสูบบุหรี่	รพ.สต.แม่เทียม	รพ.สต.บ้านปิน	รพ.สต.ผาคัน	รพ.สต.ผามอก	รพ.สต.ต้าเหล่า	รพ.สต.เวียงต้า	รพ.สต.ปากกาง	รพ.สต.นาตุ้ม
	30.89	45.63	93.06	18.58	83.58	14.94	78.61	43.64
	รพ.สต.หัวทุ่ง	รพ.สต.ทุ่งแล้ง	รพ.สต.ผาจับ	รพ.สต.แม่รัง	รพ.สต.แม่ปาน	รพ.สต.แก่งหลวง	รพ.สต.ลอง	รวม
	39.10	59.85	72.29	60.61	88.43	82.03	96.49	62.97
10.2 ร้อยละของประชากรที่สูบบุหรี่ ได้รับการคัดกรอง และการบำบัดรักษา	รพ.สต.แม่เทียม	รพ.สต.บ้านปิน	รพ.สต.ผาคัน	รพ.สต.ผามอก	รพ.สต.ต้าเหล่า	รพ.สต.เวียงต้า	รพ.สต.ปากกาง	รพ.สต.นาตุ้ม
	100	100	100	100	100	60.34	100	0
	รพ.สต.หัวทุ่ง	รพ.สต.ทุ่งแล้ง	รพ.สต.ผาจับ	รพ.สต.แม่รัง	รพ.สต.แม่ปาน	รพ.สต.แก่งหลวง	รพ.สต.ลอง	รวม
	97.49	30.26	100	98.84	52.78	99.44	75.10	87.45
10.3 ร้อยละของประชากรในครัวเรือนที่ตกเกณฑ์ จปฐ. (การสูบบุหรี่) ได้รับการบำบัดรักษา	รพ.สต.แม่เทียม	รพ.สต.บ้านปิน	รพ.สต.ผาคัน	รพ.สต.ผามอก	รพ.สต.ต้าเหล่า	รพ.สต.เวียงต้า	รพ.สต.ปากกาง	รพ.สต.นาตุ้ม
	73.83	86.94	72.73	81.99	86.96	83.08	90.63	89.09
	รพ.สต.หัวทุ่ง	รพ.สต.ทุ่งแล้ง	รพ.สต.ผาจับ	รพ.สต.แม่รัง	รพ.สต.แม่ปาน	รพ.สต.แก่งหลวง	รพ.สต.ลอง	รวม
	87.07	80.77	85.71	89.29	90.74	78.87	84.57	84.56

ตัวชี้วัดที่ 11. อัตราความครอบคลุมของการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค

ตัวชี้วัดที่ 12. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

สถานการณ์วัณโรคพื้นที่อำเภอคลอง ปิงบประมาณ 2562 ตามเป้าหมายการค้นหาผู้ป่วยวัณเพื่อขึ้นทะเบียนรักษาโรคให้ได้ 156/แสนประชากร หรือ 89 คน ณ วันที่ 20 ก.พ. 2562 พบว่ามีผู้ป่วยในพื้นที่ จำนวน 20 ราย คิดเป็น 23.26 ต่อแสนประชากร และพบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 15 ซึ่งจากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้เกิดแผนการดำเนินการเร่งรัดการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ปีงบประมาณ 2562 โดยมุ่งเน้นคัดกรอง 14 กลุ่มเป้าหมายสำคัญในพื้นที่ ด้วยการเอกซเรย์ปอด ผลการคัดกรอง ณ 20 ก.พ. 2562 ได้ผลงาน ร้อยละ 61.75

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง 14 กลุ่ม	คัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดยการ CXR ทุก 6 เดือน และ Verbal ทุก visit ให้ได้ 30 % - CXR ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการมีไข้ ไอ 100% - คัดกรองกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค ปี 62 โดยการ CXR 100 % - คัดกรองผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค ปี 62 โดยการ CXR 100% ถ้าผิดปกติให้ส่งตรวจ Gene Xpert	- คัดกรองบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข CXR 100% - คัดกรองกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค ปี 60-61 CXR 100 % - คัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดยการ CXR ทุก 6 เดือน และ Verbal ทุก visit ให้ได้ 60% - คัดกรองกลุ่ม COPD ,CKD4-5 ,DM Uncontrol ,HIV ,ต่างด้าว โดยการ CXR 100% - CXR ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการมีไข้ ไอ 100% - คัดกรองผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค ปี 60-61 โดยการ CXR 100% ถ้าผิดปกติให้ส่งตรวจ Xpert	- คัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดยการ CXR ทุก 6 เดือน และ Verbal ทุก visit ให้ได้ 90% - CXR ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการมีไข้ ไอ 100% - คัดกรองผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคโดยการ CXR 100% ถ้าผิดปกติให้ส่งตรวจ Xpert	- คัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดยการ CXR ทุก 6 เดือน และ Verbal ทุก visit ให้ได้ 100% - CXR ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการมีไข้ ไอ 100% - ทบทวนแนวทางการดำเนินงานปรับปรุงไว้ใช้ในปีต่อไป - คัดกรองผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคโดยการ CXR 100% ถ้าผิดปกติให้ส่งตรวจ Xpert
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	คัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยการ CXR 14 กลุ่ม ได้มากกว่า 60%	คัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยการ CXR 14 กลุ่ม ได้มากกว่า 60%	คัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยการ CXR 14 กลุ่ม ได้มากกว่า 90% - ค้นหาวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรค และขึ้นทะเบียนรักษาให้ได้ มากกว่าหรือเท่ากับ	ค้นหาวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรค และขึ้นทะเบียนรักษาให้ได้ มากกว่าหรือเท่ากับ 85 % ของจำนวนการคาดประมาณ (156 ต่อแสนประชากร)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
			70% ของจำนวนการคัดประมาณ (156 ต่อแสนประชากร)	- ทบทวนแนวทางการดำเนินงานปรับปรุงไว้ใช้ในปีต่อไป
ผลการดำเนินงาน	- สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค ปี 62 =100% - ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการมีไข้ ไอ ได้รับการ CXR =100%	- HCW =98.47% - COPD = 59.12% - CKD4-5 = 96.98% - HIV = 100% - ต่างด้าว = 100% - DM Uncontrol = 91.51% - DM = 41.94% - OPD = 65 ราย		
2. การวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยวัณโรคเพื่อผลสำเร็จในการรักษาวัณโรค	- ประชุมผอ.รพ.สต.และผู้รับผิดชอบงาน TB รพ.สต.ทุกแห่ง - วิเคราะห์ปัญหา/พื้นที่เสี่ยงจัดเรียงลำดับ - ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและมาตรการ Flow การรักษา TB - ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทุกคนที่ขึ้นทะเบียนรักษาต้อง Admit 2 สัปดาห์ - มีผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยวัณโรคแต่ละรายอย่างชัดเจนถึงระดับตำบล - ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคทุกราย ของปี 2562 - ทบทวนและวิเคราะห์ปัญหาการ กำกับกรกินยาโดยเจ้าหน้าที่และอสม. (DOT)	- สุ่มติดตามการกำกับการกินยา (DOT) ใน รพ.สต. - ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทุกคนที่ขึ้นทะเบียนรักษาต้อง Admit 2 สัปดาห์ - มีผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยวัณโรคแต่ละรายอย่างชัดเจนถึงระดับตำบล - ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคทุกราย ของปี 2562 - การให้สุขศึกษา - ความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่	- ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทุกคนที่ขึ้นทะเบียนรักษาต้อง Admit 2 สัปดาห์ - มีผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยวัณโรคแต่ละรายอย่างชัดเจนถึงระดับตำบล - ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคทุกราย ของปี 2562 - ทบทวนสาเหตุการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ป่วย TB ในทีมนำด้านคลินิกและการรักษาของโรงพยาบาล (PCT) - ความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่	- ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทุกคนที่ขึ้นทะเบียนรักษาต้อง Admit 2 สัปดาห์ - มีผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยวัณโรคแต่ละรายอย่างชัดเจนถึงระดับตำบล - ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคทุกราย ของปี 2562 - ผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ - ทบทวนและปรับปรุงไว้ใช้ในปีต่อไป

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- มีคณะกรรมการดำเนินงานในระดับพื้นที่ คปสอ. รพสต. และสหวิชาชีพในโรงพยาบาล - มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและดูแลการวินิจฉัยรักษาที่ถูกต้องระดับอำเภอ	- มีแนวทางการ Admit ผู้ป่วยวัณโรคทุกชนิด เพื่อติดตามกำกับการกินยา ระยะเข้มข้น ผลข้างเคียง ด้านยา ในโรงพยาบาล 2 สัปดาห์	- คัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยการ CXR 14 กลุ่ม ได้มากกว่า 90% - ค้นหาวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรค และขึ้นทะเบียนรักษาให้ได้ มากกว่าหรือเท่ากับ 70% ของจำนวนการคาดประมาณ (156 ต่อแสนประชากร)	- ค้นหาวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรค และขึ้นทะเบียนรักษาให้ได้ มากกว่าหรือเท่ากับ 85% ของจำนวนการคาดประมาณ (156 ต่อแสนประชากร) - ทบทวนแนวทางการดำเนินงานปรับปรุงไว้ใช้ในปีต่อไป
ผลการดำเนินงาน	- มีคณะกรรมการดำเนินงานวัณโรคในระดับพื้นที่ คปสอ. รพ.สต. และสหวิชาชีพในโรงพยาบาล - มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและดูแลการวินิจฉัยรักษาที่ถูกต้องระดับอำเภอ	- แนวทางการ Admit ผู้ป่วยวัณโรคทุกชนิด เพื่อติดตามกำกับการกินยา ระยะเข้มข้น ผลข้างเคียง ด้านยา ในโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ 100% - การให้สุศึกษา รายบุคคล และรายกลุ่มใน TB Clinic		

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)
11. อัตราความครอบคลุมของการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค	ความครอบคลุมของการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค ของอำเภอ ลอง ได้ร้อยละ 61.75
12. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	1. มีคณะกรรมการระดับตำบล โดยมี ผอ.รพสต. เป็นผู้รับผิดชอบหลัก และมี จนท.อื่นในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน 2. มีการวิเคราะห์และวางแผนการดำเนินงานระดับอำเภอ 3. มีแพทย์ ของ รพ.ลอง เป็นที่ปรึกษาหลัก และทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ 4. มีการรับผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท ไว้รักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ทุกราย เพื่อประเมินการกินยา และติดตามอาการข้างเคียงจากการกินยา <u>ได้คะแนนรวม 5 คะแนน</u>

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. การระบุกลุ่มเป้าหมาย 14 กลุ่มมีความไม่ชัดเจน ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนของจำนวนกลุ่มเป้าหมาย และส่งผลต่อการดำเนินการคัดกรองล่าช้าในระดับพื้นที่	- จัดกลุ่มเป้าหมายคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงสูง และพื้นที่เสี่ยงที่พบอัตราป่วยจำนวนมากเข้ามารับการคัดกรองก่อนพื้นที่อื่นๆ
2. การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแพร่มีความล่าช้า และความรู้ความเข้าใจในวินโรคมักค่อนข้างน้อย ทำให้ความตระหนักในการรับประทานยา และการรักษาต่อเนื่องของผู้ป่วยค่อนข้างน้อย ทำให้ผู้ป่วยขาดยา	- ออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลังจากรับการวินิจฉัยรักษาเบื้องต้นที่ รพ.แพร่ โดยเร็วที่สุด - ประสานงานกับโรงพยาบาลแพร่กรณีมีปัญหาด้านการรักษาต่อเนื่อง - กรณี Admit ที่ รพ.แพร่ ไม่ครบ 14 วัน จะติดตามผู้ป่วยเข้ามา Admit ที่ รพ.ลอง จนครบ 14 วัน

คัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวินโรค



ตัวชี้วัดที่ 13. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตำบลสามารถควบคุมโรคติดต่อได้โดยยั่งยืนได้
(ใช้เลือดออก และ ใช้ชีกา)

13.1 ร้อยละของตำบลที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้

13.2 อำเภอมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรคนำโดยยั่งยืนตามแนวทาง การจัดการ พะทะนำโรคแบบผสมผสานในตำบลเสี่ยงสูงทุกตำบล

● **สถานการณ์/สภาพปัญหา**

ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561 – 28 กุมภาพันธ์ 2562 อำเภอละง่ไม่พบรายงานผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก

● **การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่**

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. ติดตาม ประเมินผลการ ดำเนินงานระดับ ตำบลในการควบคุม โรคไข้เลือดออกตาม แนวทางการจัดการ พะทะนำโรคแบบ ผสมผสานของ สำนักงานสาธารณสุข อำเภอ	- วิเคราะห์พื้นที่เสี่ยง ระดับ ตำบล - จัดทำแผนการ ดำเนินงานป้องกัน และควบคุม ไข้เลือดออก ทั่วไป เสี่ยงสูง - รพสต. สุ่มสำรวจ HI CI และวิเคราะห์ พื้นที่เสี่ยง	- อบรมเตรียมความ พร้อม ป้องกันและ ควบคุมโรค - ประชุมทีม SRRT - ประชุม คณะกรรมการศูนย์ ป้องกันโรค ไข้เลือดออกระดับ อำเภอ (DHF) - นิเทศติดตามผลการ ดำเนินงานรอบ 6 เดือน	- ดำเนินการตามแผน - สุ่มสำรวจลูกน้ำ ยุงลายโดยทีม SRRT ตำบล หมู่บ้านพื้นที่ เสี่ยงสูง - ออกติดตามความ ความพร้อมป้องกัน โรคใน อปท.	- นิเทศติดตามผลการ ดำเนินงาน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- มีการวิเคราะห์และ จัดทำแผนการ ดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรค	- มีการประชุมทีม SRRT เพื่อเตรียม ความพร้อมในการ ควบคุมป้องกันโรค - กำกับติดตามผลการ ดำเนินงาน	- ดำเนินการตามแผน ที่วางไว้ - สุ่มสำรวจลูกน้ำ ยุงลาย พร้อมทั้งออก ติดตามความพร้อมใน การป้องกันโรคใน อปท.	- มีการนิเทศติดตาม งาน และสรุปผลการ ดำเนินงาน เพื่อวาง แผนการดำเนินงานใน ปีต่อไป
ผลการดำเนินงาน	- มีการวิเคราะห์พื้นที่ เสี่ยง และจัดทำ แผนการดำเนินงาน เพื่อการควบคุม ป้องกันโรค	- ทุกตำบลสามารถ ควบคุมโรค ไข้เลือดออกได้ร้อยละ 100		

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)				
13.1 ร้อยละของตำบลที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้	ต.ห้วยอ้อ	ต.บ้านปิน	ต.ต้าผามอก	ต.เวียงต้า	ต.ปากกาง
	100	100	100	100	100
	ต.ห้วยทุ่ง	ต.ทุ่งแล้ง	ต.บ่อเหล็กทอง	ต.แม่ปาน	รวม
	100	100	100	100	100
13.2 อำเภอมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรคหน้าโดย ยุ่งลายตามแนวทาง การจัดการพาหะนำโรค แบบผสมผสานในตำบลเสี่ยงสูงทุกตำบล	- อำเภอเฝ้าระวังมีการติดตามการดำเนินงานของตำบลเสี่ยงสูงได้ครบทุกตำบล = 2 คะแนน - ตำบลมีการดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรคติดต่อหน้าโดยยุ่งลายตามแนวทางการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานได้ 8 คะแนน (ตำบลได้คะแนน 70 คะแนน) - รวมคะแนนที่ได้ 10 คะแนน				

ตัวชี้วัดที่ 15. ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

อำเภอลอง มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ตามคำสั่งอำเภอลอง ที่ 86/2561 มีบทบาทในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วม ของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง ความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการ และประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อ คุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป โดยมุ่งให้เกิดการพัฒนาคุณภาพ มีผลการดำเนินการ ดังนี้

1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ.2561

2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) มีการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการ และคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือ แก้ไขปัญหา 2 ประเด็น ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบ สุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA โดยมีอำเภอเป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็น ผู้นำในการทำงาน ร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่ จำนวน 90 หมู่บ้าน

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. พัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ	ประเมินผลการ ดำเนินงานเกี่ยวกับ การพัฒนาคุณภาพ ชีวิตอำเภอด้วย UCCARE	1. ประชุม พขอ. 1 ครั้ง 2. กำหนดประเด็น พัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอ 2 ประเด็น ได้แก่ - ปัญหา สวล./ขยะ - ปัญหาอุบัติเหตุทาง จราจร 3. จัดทำแผนงาน/ โครงการขับเคลื่อน พขอ. งบ สป. 30,000 บาท	ดำเนินการตามแผน	สรุปผลการ ดำเนินงาน และ ทบทวนผลการ ดำเนินงานเพื่อ วางแผนในปีต่อไป
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	-ปัญหาสุขภาพใน พื้นที่ (OTOP/ODOP)	การมีส่วนร่วมในการ ขับเคลื่อนแผนงาน/ โครงการ	สามารถดำเนินการ ได้ตามแผน	มีการสรุปผลการ ดำเนินงาน และ วางแผนการ ดำเนินงานต่อไป

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ผลการดำเนินงาน	-แผนงาน TOP/ODOP	แก้ไขปัญหา ได้แก่ -ปัญหาสิ่งแวดล้อม/ขยะ - ปัญหาอุบัติเหตุทาง จราจร		

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน
15. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	ระดับ 1 และมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ระดับ 2 และมีการประชุมคณะกรรมการฯ กำหนดประเด็นการพัฒนา ระดับ 3 และจัดทำแผนงาน/โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิต

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. ความหลากหลายของหน่วยงาน ส่งผลให้การประชุมไม่ครบ 21 คน เนื่องจากการกิจไม่ตรงกัน นัดหมายประชุมลำบาก	1. ควรมีแผนการประชุมที่ชัดเจน
2. ประธานมีการกิจมาก ส่งผลประชุมไม่ตรงกำหนดการ/เลื่อน ประชุม	2. ควรมีการมอบรองประธานดำเนินการต่อ

ตัวชี้วัดที่ 16. ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลดำเนินงาน Smart Hospital ได้ตามเกณฑ์

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และเวชระเบียน ทั้งด้านฮาร์ดแวร์ ซอฟต์แวร์ และฐานข้อมูล รวมถึงโปรแกรมประยุกต์ที่ใช้ในโรงพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ ในการใช้มากที่สุด สามารถนำไปใช้ ประโยชน์ได้จริง อย่างครบถ้วน ทันเวลา ถูกต้อง รวดเร็ว และตรวจสอบได้

● การดำเนินงาน แกไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลดำเนินงาน Smart Hospital ได้ตามเกณฑ์	การศึกษาแนวทาง การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนและอำนวยความสะดวก	ประชุมชี้แจงนโยบาย และการทำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้เพื่อลดขั้นตอนการทำงาน	นำระบบที่ศึกษามาปรับใช้กับ กระบวนการทำงานในปัจจุบัน	ประเมินผลของการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ จัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนและอำนวยความสะดวก
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ทราบถึงแนวทางการปฏิบัติงาน	ผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจกระบวนการนำมาใช้ในการปฏิบัติงาน	ผู้ปฏิบัติงานนำเทคโนโลยีมาใช้ในการปฏิบัติงาน	สามารถลดขั้นตอนและอำนวยความสะดวก กับผู้ปฏิบัติงานและผู้มารับบริการได้
ผลการดำเนินงาน	มีการศึกษา และทำแผนการพัฒนาตามขั้นตอนที่วางไว้	สามารถปรับใช้เทคโนโลยีกับระบบการปฏิบัติงานได้	-	-

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ผลงาน ผ่านขั้น 2 ระดับความสำเร็จ ระดับ 3

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)
ระดับที่ 1 : Smart Tools	- มีศึกษาการทำงานของระบบ Q4U - มีนำระบบ Q4U มาใช้ในการบริการผู้ป่วย - ศึกษาแนวทางการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่าง ระบบ HIS และ ระบบ H4U
ระดับที่ 2 : Smart Service	- มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ - มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ แทนการใช้ OPD Card แบบกระดาษ
ระดับที่ 3 : Smart Outcome	N/A

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. ขาดแผนการดำเนินงานและแนวทางการที่ชัดเจนของทีมพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศจังหวัด	1. จัดประชุมชี้แจงนโยบาย แนวทางการดำเนินงานพัฒนา Smart Hospital และแลกเปลี่ยนเรียนรู้แต่ละสถานบริการ
2. ขาดทรัพยากรในการพัฒนาระบบ	2. จัดทำแผนเพื่อเพิ่มทรัพยากรให้เพียงพอต่อการพัฒนาหรือเพื่อลองรับการขยายตัวของเทคโนโลยี

ตัวชี้วัดที่ 17. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพข้อมูล 43 แพ้มและการลงสาเหตุการตายได้ตามเกณฑ์

17.1 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพข้อมูล 43 แพ้มมาตรฐาน

17.2 การลงสาเหตุการตายได้ตามเกณฑ์

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

คุณภาพชุดข้อมูล 43 แพ้มมาตรฐาน ชุดข้อมูล 43 แพ้มมาตรฐานที่น่าสง ต้องมีคุณสมบัติครบทั้ง 3 องค์ประกอบได้แก่ ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา

- ความครบถ้วน การนำเข้าชุดข้อมูล 43 แพ้มมาตรฐาน เข้าสู่ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC)
- ความถูกต้อง เนื้อหาภายในชุดข้อมูล 43 แพ้มมาตรฐาน มีความถูกต้อง ตรงตามรหัสมาตรฐาน
- ความทันเวลา การนำเข้าชุดข้อมูล 43 แพ้มมาตรฐาน สามารถนำส่งเข้าสู่ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ

การลงสาเหตุการตายได้ตามเกณฑ์ การลงข้อมูลสาเหตุการตาย ซึ่งมีข้อมูลมาจาก 2 แหล่ง คือตายในสถานพยาบาลกับตายนอกสถานพยาบาล ตายในสถานพยาบาลพยาบาล จะมีใบ ท.ร.4/1 ซึ่งแพทย์เป็นคนเขียนสาเหตุการตายและบันทึกลงในโปรแกรม Hosxp ซึ่งข้อมูลก็จะตรงกัน ส่วนตายนอกสถานพยาบาล ข้อมูลจะมาจากการสำรวจของ PCU ส่งข้อมูลให้ ซึ่ง อสม. เป็นคนสำรวจให้ ส่วนตายที่บ้านญาติของคนไข้จะมาขอใบรับรองการรักษาครั้งสุดท้าย เพื่อจะได้นำไปให้ที่ว่าการอำเภอ เพื่อจะได้ออกไป มรณบัตร

ส่วนข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (Ill Defined) ของสถานบริการไม่เกินร้อยละ 25 ของการตายทั้งหมด ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ หมายถึง การเขียนรูปแบบการตายเป็นสาเหตุการตายและการระบุสาเหตุไม่ชัดเจน เช่น หัวใจล้มเหลว หายใจล้มเหลว ชรา ฯลฯ

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. พัฒนาคุณภาพเวชระเบียน	ชี้แจงเกณฑ์คุณภาพ 43 แพ้ม ปีงบประมาณ 2562	Audit โดยทีมนำ คุณภาพ IM และทีม Auditor ของจังหวัด	นำผล Audit มา ปรับปรุงกระบวนการ บันทึกเวชระเบียน	ติดตามผลการ ดำเนินงานโดยใช้ เกณฑ์คุณภาพ 43 แพ้ม
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ผู้รับผิดชอบการ ตรวจสอบ 43 แพ้ม ของทุกสถานบริการ รับทราบเกณฑ์ การ บันทึกเวชระเบียน	การ Audit ที่สามารถ วัดประเมินผลได้ และ วิเคราะห์ต้นเหตุของ ปัญหาที่เกิดขึ้น	ปรับปรุงกระบวนการ บันทึก ตามการวิเคราะห์ ต้นเหตุปัญหา	ติดตามผลการพัฒนา ตามการดำเนินงาน โดยใช้เกณฑ์คุณภาพ 43 แพ้ม
ผลการดำเนินงาน	มีการชี้แจงเกณฑ์ คุณภาพ 43 แพ้ม ปีงบประมาณ 2562 แยกตามงานที่ รับผิดชอบ	ผลประเมินคุณภาพ 43 แพ้ม - ตามผลการ ดำเนินงานตาม ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	N/A	N/A
2. ตรวจสอบการบันทึกสาเหตุทั้ง	การตายในสถานพยาบาล 1. หากมีการเสียชีวิตในสถานพยาบาล แพทย์จะลงบันทึกสาเหตุการตายในแบบฟอร์ม ท.ร.4/1 ซึ่งงาน อุบัติเหตุและฉุกเฉิน และงานผู้ป่วยใน จะรวบรวมรายงานเป็นรายเดือน			

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ภายในและภายนอกโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์	2. งานเวชระเบียนนำแบบรายงาน ท.ร. 4/1 ที่ได้จากงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และงานผู้ป่วยใน มาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ ก่อนที่จะนำข้อมูลบันทึกใน เว็บไซต์ https://deathreport-app.dcs.moph.go.th/login ซึ่งเป็นระบบรายงานข้อมูลการตาย หากการลงบันทึกการตายไม่สมบูรณ์ งานเวชระเบียนจะแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้องสมบูรณ์ <u>การตายภายนอกสถานพยาบาล</u> 1. หากมีการเสียชีวิตภายนอกสถานพยาบาล กลุ่มงาน PCU จะแจ้งข้อมูลมายังเวชระเบียน 2. งานเวชระเบียนตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล หากไม่ถูกต้องจะแจ้งผู้เกี่ยวข้องแก้ไขให้ถูกต้อง 3. งานเวชระเบียนบันทึกสาเหตุการตายในโปรแกรม Hosxp			
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	1. การลงข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (Ill Defined) ของสถานบริการไม่เกินร้อยละ 25 ของการตายทั้งหมด และต้องมีการระบุสาเหตุการตายที่ชัดเจน			ทบทวนการดำเนินงานที่ผ่านมา เพื่อหาปัญหา/อุปสรรค และวางแผนในการดำเนินงานต่อไป
ผลการดำเนินงาน	การลงข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (Ill Defined) ของสถานบริการ เท่ากับ ร้อยละ 3.44			

ผลการตรวจสอบการบันทึกข้อมูล 43 แฟ้มผิดพลาด แยกตามประเภทแฟ้ม

แฟ้ม	รพ.สต.แม่เกี่ยม	รพ.สต.บ้านปิน	รพ.สต.ผาคัน	รพ.สต.ผามอก	รพ.สต.ต้าเหล้า
แฟ้มสะสม	33.35	10.03	47.21	21.31	30.12
แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ	13.74	9.12	12.37	9.10	14.23
แฟ้มบริการ	1.38	0.16	0.40	0.63	0.84
รวม	12.56	4.59	18.00	8.10	13.35

แฟ้ม	รพ.สต.เวียงต้า	รพ.สต.ปากกาง	รพ.สต.นาตุ้ม	รพ.สต.หัวทุ่ง	รพ.สต.ทุ่งแล้ง
แฟ้มสะสม	6.51	23.33	47.71	6.04	15.31
แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ	16.39	13.50	25.52	11.31	6.31
แฟ้มบริการ	0.07	0.14	0.56	0.14	0.90
รวม	5.62	9.77	16.91	5.41	6.68

แฟ้ม	รพ.สต.ผาจีบ	รพ.สต.บ้านแม่รัง	รพ.สต.แม่ปาน	โรงพยาบาลลอง	รพ.สต.แก่งหลวง
แฟ้มสะสม	49.96	28.15	24.18	3.94	30.38
แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ	7.30	7.76	24.53	4.57	32.25
แฟ้มบริการ	0.08	0.28	0.07	2.63	0.68
รวม	14.36	10.14	16.71	3.62	16.50

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)
17.1 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพข้อมูล 43 เพิ่มมาตรฐาน	ร้อยละ 90.52 - ระดับความสำเร็จ ระดับ 5
17.2 การลงข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (Ill Defined) ของสถานบริการไม่เกินร้อยละ 25 ของการตายทั้งหมด	การลงข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (Ill Defined) ของสถานบริการ เท่ากับ ร้อยละ 9.43 ของการตายทั้งหมด

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. การตายภายนอกสถานพยาบาล เป็นข้อมูลที่ได้รับการแจ้งจาก อสม. ในพื้นที่ ซึ่งบางรายแพทย์ไม่ได้ออกชันสูตร ทำให้สาเหตุการตายอาจไม่ถูกต้อง 100%	1. ตรวจสอบข้อมูลการตายอีกรอบ เพื่อให้ทราบสาเหตุที่แท้จริงและบันทึกให้ถูกต้อง
2. แพทย์ลงบันทึกข้อมูลการตายไม่ถูกต้อง หรือสรุปไม่ครบ	2. ร่วมกันวางแผนและระบุงการลงสาเหตุการตายว่าควรจะมีแนวทางการบันทึกอย่างไร โรคไหนสามารถระบุได้หรือไม่ได้
3. การคืนข้อมูลคุณภาพของข้อมูลจากคลังข้อมูลสุขภาพ เพื่อนำมาจัดลำดับความสำคัญในการปรับปรุงเพิ่มข้อมูล	3. พัฒนาคุณภาพเวชระเบียน 43 เพิ่มโดยมีการ Audit โดยทีมนำคุณภาพ IM และการคืนข้อมูลคุณภาพจากคลังข้อมูลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

ตัวชี้วัดที่ 18. ผลการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง Financial Administration Index : FAI ของ รพ.แม่ข่าย ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

เนื่องจากโรงพยาบาลลอง มีภาระค่าใช้จ่ายที่นอกเหนือจากงบเหมาจ่ายรายหัวเป็นค่าบริการทางแพทย์ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรและค่าตอบแทน ภาระหนี้สินต่างๆ จึงมีภาระค่าใช้จ่ายมากยิ่งขึ้น จึงได้มีการเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลังของหน่วยบริการ โดยมีคณะกรรมการบริหารหนี้สินของโรงพยาบาลลอง ควบคุม กำกับ ติดตาม การเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ตลอดจนการวางแผนจ่ายเงินโดยมีการประชุมทุกเดือนก่อนประชุมคณะกรรมการบริหารเพื่อพิจารณาการชำระหนี้สินโดย คำนวณจากเงินบำรุงคงเหลือในแต่ละเดือนหลังหัก Fix cost ของรพ.ลอง ถ้ามีเงินเหลือจ่ายจะพิจารณาจ่ายชำระหนี้สินทั้งหมดของวงเงินที่มีเหลืออยู่ และมีการนำเสนอข้อมูลด้านการเงิน ดัชนีชี้วัดทางการเงินในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาลเป็นประจำทุกเดือน เพื่อการเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลังหน่วยบริการ รวมถึงการกำกับ ติดตาม การปฏิบัติตามแผนประมาณการรายได้และค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ การนำเสนอต้นทุนบริการของหน่วยบริการ การตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกบัญชี เพื่อเป็นการกระตุ้นให้คณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาลเห็นความสำคัญของข้อมูลทางการเงิน รับรู้ถึงสถานการณ์การเงินการคลังของหน่วยบริการ และมีแนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพองค์กรด้านการบริหารการใช้เครื่องมือทางการเงินการคลังให้เกิดประโยชน์ มีระบบบริหารจัดการมีความโปร่งใส มีมาตรฐาน ในด้านการบริหารการเงินการคลัง โดยการประเมินคุณภาพการบริหารการเงินการคลังโดยใช้เกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (Financial Administration Index : FAI)

จากการดำเนินงานดังกล่าวทำให้โรงพยาบาลมีข้อมูลการเงินการคลังที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา มีข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพการตรวจสอบบัญชีโดยระบบอิเล็กทรอนิกส์ สามารถกำกับ ติดตาม และประเมินผล - แผนรายได้ค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และหน่วยบริการรับรู้ถึงสถานการณ์การเงินการคลังและสามารถวางแผนแก้ไขปัญหาได้

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

● กิจกรรมที่ 1. การพัฒนาคุณภาพบัญชี (Accounting Audit : AC)

- 1.1 ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ทำความเข้าใจในการทำรายงาน ตรวจสอบแล้วแก้ไขให้ถูกต้อง
- 1.2 ประสานงานผู้รับผิดชอบ เพราะพบปัญหาเนื่องจากงานผู้ป่วยนอกต้องลงข้อมูลผู้ป่วยให้ครบถ้วน และตรวจสอบให้ถูกต้อง จึงทำการตกลงร่วมกันว่าให้พิมพ์สรุปรายงานลูกหนี้ได้หลังวันทำการ 3 วัน

● กิจกรรมที่ 2. การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (Financial Management : FM)

- มีการจัดควบคุมแผนการจ่ายเงินรวมถึงการชำระหนี้ การจัดเก็บเจ้าหนี้รายตัว และการชำระเงิน ชำระตามวันที่ตรวจรับคือ FiFo โดยมีคณะกรรมการบริหารหนี้สินร่วมประชุมพิจารณาการจ่ายชำระหนี้และเสนอรายงานหนี้สินต่อคณะกรรมการบริหารเพื่อพิจารณาการจ่ายชำระหนี้ และเสนอรายงานการจ่ายชำระหนี้สินต่อคณะกรรมการบริหารเพื่ออนุมัติการชำระหนี้สินให้คณะกรรมการบริหารทราบเป็นประจำทุกเดือน

● กิจกรรมที่ 3. การพัฒนาการนำข้อมูลการเงินหน่วยบริการเข้าระบบ GFMS

● กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาการจัดทำต้นทุนบริการ (Unit Cost : UC)

- 4.1 ศึกษาและรวบรวมข้อมูล รายงานต้นทุนต่อหน่วยบริการ Quick Method
- 4.2 ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการ Quick Method จำแนกตามจำนวน OPD/Admit ต้นทุน OPD ต้นทุนต่อ RW ต้นทุนต่อวันนอน ต้นทุนเฉลี่ยต่อ OPD/Admit เพื่อให้ทราบถึงความคุ้มค่าในการให้บริการผู้ป่วย

ผลการดำเนินงาน	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1.1 อัตราของคะแนนคุณภาพข้อมูลงบการเงินการบัญชีของการจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างตามหลักเกณฑ์ของกระทรวงฯ เท่ากับ ร้อยละ 90	100			
1.2 อัตราความถูกต้องครบถ้วนการบันทึกบัญชีของหน่วยบริการบันทึกบัญชีตามระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างเป็นไปตามกรอบการบันทึกบัญชีภาคสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 90	100			

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

- กิจกรรมที่ 1 การพัฒนาคุณภาพบัญชี (Accounting Audit : AC)
 - 1.1 มีคณะทำงานพัฒนา ระบบบัญชีในหน่วยบริการและมีการประชุมเพื่อกำหนดประเด็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพบัญชีในที่ประชุมทุกเดือน
 - 1.2 คณะทำงานได้รายงานถึงความก้าวหน้าของการแก้ไขปัญหาเสนอต่อผู้บริหารทุกเดือน
 - 1.3 มีการเสนอรายงานการเงิน การวิเคราะห์สถานะการเงินของโรงพยาบาล เสนอต่อผู้บริหาร (ผอ.รพ.) และคณะกรรมการบริหารทุกเดือน
 - 1.4 มีรายงานการเงิน ของลูกข่าย (รพ.สต.) ส่งส่วนกลางได้ครบทุกแห่ง
 - 1.5 มีผลงานหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงความสำเร็จ เป็นที่ยอมรับ (คุณภาพบัญชีทางอิเล็กทรอนิกส์ หน่วยบริการ แม่ข่าย ผ่านเกณฑ์ 100 %)
- กิจกรรมที่ 2 การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (Financial Management : FM)
 - โรงพยาบาลควบคุมค่าใช้จ่ายได้ตามแผน การชำระหนี้เป็นไปตามระบบ
- กิจกรรมที่ 3 .การพัฒนาการนำข้อมูลการเงินหน่วยบริการเข้าระบบ GFMS
 - 3.1 มีการกำหนดนโยบายการนำเงินนอกงบประมาณฝากธนาคารพาณิชย์เข้า GFMS
 - 3.2 โรงพยาบาลมีผู้รับผิดชอบระดับหน่วยบริการ ในการติดตามกำกับกับการนำข้อมูลเข้าเงินนอกงบประมาณฝากธนาคารพาณิชย์ เข้าระบบ GFMS
 - 3.3 โรงพยาบาลไม่มีเงินนอกงบประมาณฝากธนาคารพาณิชย์ประเภทฝากประจำ
 - 3.4 หน่วยบริการดำเนินการส่งบทดลองประจำเดือน เข้าระบบ GFMS ภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป ศูนย์ต้นทุนโดย บข.11 ทันเวลาทุกเดือน
- กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาการจัดทำต้นทุนบริการ (Unit Cost : UC)
 - สะท้อนต้นทุนต่อหน่วยบริการ สอดคล้องกับสถานการณ์การเงินการคลังของโรงพยาบาลให้คณะกรรมการบริหารทราบต่อไป

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)
18. ผลการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง Financial Administration Index : FAI ของ รพ.แม่ข่าย ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ 100

- ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล IP UC สรุปรประจำเดือนไม่ตรงกับ รายงาน Statement ตอบรับจากส่วนกลาง	แจ้งประสานเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบตรวจสอบข้อมูล
ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล OP AE สรุปรประจำงวดไม่ตรงกับ รายงาน REP ตอบรับจาก ส่วนกลาง	แจ้งประสานเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบตรวจสอบข้อมูล

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

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

หน่วยบริการ รพ.สต.ในเครือข่าย คปสอ.ลอง มีจำนวน 14 แห่ง มีการดำเนินการจัดทำแผนการใช้จ่ายเงินบำรุงของสถานบริการ ได้รับการอนุมัติ 7 แห่ง รอการแก้ไขและดำเนินการขออนุมัติ 7 แห่ง โดยยึดแนว แนวทางการทำแผนเงินบำรุงของสถานบริการ รพ.สต.จาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ปี 2562 จากข้อมูลสถานการณ์การเงินคงเหลือ ของ รพ.สต.ในพื้นที่อำเภอ ปี 2561 มีเงินคงเหลือ ณ วันที่ 31 มกราคม 2562 น้อยที่สุด 186,633.45 มากที่สุด 703,436.88 บาท การบริหารจัดการด้านการเงินของ รพ.สต.ได้มีการจัดทำแผนเงินบำรุงของ รพ.สต.ทุกแห่งมีการทำแผนแบบสมดุล ได้รับการอนุมัติแผนเงินบำรุงและดำเนินการเบิกจ่ายตามแผนเงินบำรุงที่ได้รับการอนุมัติ

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

คณะกรรมการ การเงินการคลัง คปสอ.ลอง ได้ดำเนินการตรวจสอบรายรับรายจ่าย ของ รพ.สต.ทุกแห่ง โดยเทียบกับแผนเงินบำรุงที่ได้รับการอนุมัติ

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)							
19. ระดับความสำเร็จของ คปสอ.ที่สามารถควบคุมกำกับกับการเบิกจ่าย ของ รพ.สต.ได้ตามแผน	รพ.สต.แม่เทียม	รพ.สต.บ้านปิน	รพ.สต.ผาคัน	รพ.สต.ผามอก	รพ.สต.ต้าเหล่า	รพ.สต.เวียงต้า	รพ.สต.ปากกา	รพ.สต.นาตุ้ม
	72.74	69.97	47.19	97.41	100.89	92.00	96.27	88.94
	รพ.สต.หัวทุ่ง	รพ.สต.ทุ่งแล้ง	รพ.สต.ผาจับ	รพ.สต.แม่รัง	รพ.สต.แม่ปาน	รพ.สต.แก่งหลวง	รวม	
	44.40	64.15	117.39	115.59	62.34	126.21	98.24	

*ข้อมูล ตค.61 – มค.62

รายงานการติดตามแผนรายได้และค่าใช้จ่าย รพ.สต.ปี 2562										
ลำดับที่	ชื่อ รพ.สต.	แผนประมาณการรายได้			แผนประมาณการค่าใช้จ่าย			รายได้เทียบแผน	รายจ่ายเทียบแผน	รายได้ เที่ยบรายจ่าย
		แผนรายได้ทั้งปี	แผนที่ควรเป็น	ผล รายรับ	แผนค่าใช้จ่ายทั้งปี	แผนที่ควรเป็น	ผลการเบิกจ่าย			
1	รพ.สต.ทุ่งแล้ง	994,227.06	331,409.02	333,564.61	633,107.28	211,035.76	135,385.20	2,155.59	75,650.56	198,179.41
2	รพ.สต.เวียงต้า	1,265,732.93	421,910.98	427,792.33	1,002,131.00	334,043.67	162,807.15	5,881.35	171,236.52	264,985.18
3	รพ.สต.ผามอก	806,281.90	268,760.63	358,599.20	564,148.00	188,049.33	183,169.56	89,838.57	4,879.77	175,429.64
4	รพ.สต.แม่เทียม	402,271.27	134,090.42	231,048.65	321,428.00	107,142.67	77,934.75	96,958.23	29,207.92	153,113.90
5	รพ.สต.แม่ปาน	559,770.23	186,590.08	241,667.91	445,609.36	148,536.45	92,598.94	55,077.83	55,937.51	149,068.97
6	รพ.สต.แก่งหลวง	616,806.06	205,602.02	384,577.60	475,194.40	158,398.13	199,911.57	178,975.58	41,513.44	184,666.03
7	รพ.สต.แม่รัง	648,017.17	216,005.72	443,221.54	452,980.00	150,993.33	174,533.59	227,215.82	23,540.26	268,687.95
8	รพ.สต.บ้านปิน	701,492.30	233,830.77	317,068.37	696,128.00	232,042.67	162,371.60	83,237.60	69,671.07	154,696.77
9	รพ.สต.ปากกา	2,047,049.96	682,349.99	626,264.63	1,267,750.00	422,583.33	393,657.94	56,085.36	28,925.39	232,606.69
10	รพ.สต.ผาจับ	349,267.75	116,422.58	313,660.11	244,338.00	81,446.00	95,608.47	197,237.53	14,162.47	218,051.64
11	รพ.สต.ผาคัน	522,664.38	174,221.46	288,135.39	344,016.00	114,672.00	54,117.02	113,913.93	60,554.98	234,018.37
12	รพ.สต.หัวทุ่ง	1,018,256.62	339,418.87	264,407.66	814,300.00	271,433.33	120,529.35	75,011.21	150,903.98	143,878.31
13	รพ.สต.นาตุ้ม	637,841.54	212,613.85	231,158.41	501,626.00	167,208.67	148,709.59	18,544.56	18,499.08	82,448.82
14	รพ.สต.ต้าเหล่า	621,882.08	207,294.03	242,644.32	496,836.00	165,612.00	152,357.39	35,350.29	13,254.61	90,286.93
รวม		11,191,561.25	3,730,520.42	4,703,810.73	8,259,592.04	2,753,197.35	2,153,692.12	973,290.31	599,505.23	2,550,118.61

ตัวชี้วัดที่ 20. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานการตรวจสอบภายในควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

เนื่องจากการปรับเปลี่ยนมาตรฐานการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐใหม่ จากเดิมใช้มาตรฐานของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน (คตง.) มาใช้ตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยการมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ.2561 ซึ่งมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 20 เมษายน 2561 แต่ในปี 2561 ยังไม่มีการติดตั้งองค์ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานใหม่นี้ จึงทำให้การจัดทำรายงานการควบคุมภายในตามแบบมาตรฐานใหม่ไม่ทันใช้ในปีงบประมาณ 2561 และในปีงบประมาณ 2562 เพิ่งมีการติดตั้งองค์ความรู้ในเดือน กุมภาพันธ์ 2562 ทำให้เกิดการล่าช้าในการจัดวางระบบควบคุมภายในตามมาตรฐานกระทรวงการคลังในหน่วยงาน

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ส่งเสริม/สนับสนุน/สร้าง ความตระหนักแก่ บุคลากรทุกระดับให้เห็น ความสำคัญและ ประโยชน์ในการ ดำเนินการจัดวางระบบ การควบคุมภายในใน หน่วยงาน	- จัดทำคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการ - จัดการประชุม คณะกรรมการจัดวาง ระบบการควบคุม ภายใน เพื่อกำหนด นโยบาย และจัดวาง ระบบการควบคุม ภายในมอบหมาย นโยบายแก่ คณะกรรมการ บริหารความเสี่ยง และคณะทำงานด้าน การบริหารความเสี่ยง และการควบคุม ภายในเพื่อลงสู่การ ปฏิบัติ	- จัดประชุมชี้แจง หลักเกณฑ์แนว ทางการจัดทำ Flow chart กระบวนการ ทำงาน การจัดทำ รายงานตามแบบ ปค.4 และ ปค.5 ของ หน่วยย่อยให้แก่ คณะทำงานด้านการ บริหารความเสี่ยง และการควบคุม ภายใน เพื่อลงสู่การ ปฏิบัติในหน่วยงาน ย่อย	- ควบคุม กำกับ ติดตามการ ดำเนินงาน	- กำกับ ติดตามการ จัดทำรายงานตาม แบบ ปค.4 และ ปค. 5 ของหน่วยงานย่อย รอบ 12 เดือน - ประเมินผลการ ดำเนินงานตามระบบ การควบคุมภายใน ของหน่วยงานย่อย โดยคณะกรรมการ กำกับติดตามและ ประเมินผล และ รายงานผลตามแบบ รายงานการสอบทาน การประเมินผลการ ควบคุมภายใน (แบบ ปค.6) เสนอต่อ ผู้อำนวยการพิจารณา เห็นชอบ - จัดส่งรายงานตาม แบบ ปค.4 และ ปค. 5 ในภาพรวมระดับ โรงพยาบาลให้แก่ สสจ.แพร่ ภายใน 90

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
				วัน นับตั้งแต่สิ้นปีงบประมาณ
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ ในการกำหนดนโยบาย และจัดวางระบบ ควบคุมภายใน เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ	- มีการชี้แจงหลักเกณฑ์ และแนวทางการจัดทำ กระบวนการทำงาน แก่ทุกหน่วยงาน	- ดำเนินการตามแผน และกำกับติดตาม	- กำกับติดตาม และประเมินผลการ ควบคุมภายในของทุกหน่วยงาน
ผลการดำเนินงาน	- มีคำสั่งแต่งตั้ง และมอบหมายเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติในทุกหน่วยงาน	- ทุกหน่วยงานมีการจัดทำกระบวนการทำงาน		

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ผลงาน ระดับ 4

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน
ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตรวจสอบภายใน ควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง - ตรวจสอบภายใน - ควบคุมภายใน	รอบ 3 เดือน - ผ่านเกณฑ์การประเมิน ดังนี้ 1. มีคู่มือแนวทาง/การ ตรวจสอบงบการเงินและการ ควบคุมภายใน (EIA) พร้อม ชี้แจงผู้ที่เกี่ยวข้อง 2. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/ คณะทำงานประเมินระบบ ควบคุมภายใน 5 มิติ - มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายใน และผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายในของหน่วยงาน โดยบุคคลทั้งสองคณะต้องไม่มีชื่อซ้ำกัน - มีการประชุมคณะกรรมการจัดวางระบบการควบคุมภายใน จัดทำ Flow chart ตามระบบควบคุมภายใน

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
- ความล่าช้าของการจัดประชุม/อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดวางระบบการควบคุมภายในตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ.2561 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 20 เมษายน 2561 ทำให้ไม่สามารถจะจัดทำรายงานตามแบบฟอร์มที่กระทรวงการคลังกำหนดได้ทันในปี 2561	- มีการจัดทำรายงานการควบคุมภายในตามแบบฟอร์มเดิมไปก่อน - เมื่อมีการจัดประชุม/อบรมให้ความรู้แล้ว PM ต้องรีบดำเนินการถ่ายทอดลงสู่การปฏิบัติทันที

ตัวชี้วัดที่ 21. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน ITA

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

เนื่องจากในปีงบประมาณ 2562 ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาปรับปรุงแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ให้ครอบคลุมกับภารกิจของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมากขึ้น โดยได้เพิ่มจำนวนข้อคำถามจากเดิมในปี 2561 จำนวน 11 EB เป็นจำนวน 26 EB ทำให้มีบุคลากร/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการตอบแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มขึ้น และรายละเอียดการเก็บหลักฐานมีหลักเกณฑ์มากขึ้นกว่าเดิมเช่นกัน ดังนั้นจึงมีผลทำให้บุคลากร/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการตอบแบบสำรวจดังกล่าวทั้งรายเก่าและรายใหม่ยังไม่เข้าใจการตอบคำถามและการเตรียมหลักฐานประกอบที่ถูกต้องครบถ้วน

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ส่งเสริม/สนับสนุน/สร้างความตระหนักแก่บุคลากรทุกระดับให้เห็นความสำคัญและประโยชน์ในการดำเนินการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA)	- จัดทำแผนการดำเนินงาน - ประชุมชี้แจงถ่ายทอดนโยบาย/แนวทางในการดำเนินงาน ปี 2562 แก่คณะกรรมการบริหารและบุคลากรที่ได้รับมอบหมายในการตอบแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อเผยแพร่แนวทางการดำเนินงาน ITA แก่บุคลากรใน รพ.ให้ทราบโดยทั่วกัน - จัดกิจกรรมการประกาศเจตนารมณ์การต่อต้านการทุจริตของผู้บริหารและบุคลากร - ประกาศเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับ ITA	- ทบทวนองค์ความรู้ให้แก่บุคลากรที่ตอบแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดย PM ของจังหวัดจัดประชุมให้ความรู้ - ประกาศเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับ ITA บนเว็บไซต์ รพ., e-office ,ไลน์ และบอร์ดประชาสัมพันธ์ - ส่งเสริม/สนับสนุนการดำเนินงานของกลุ่ม “คน HUG LONG” - กระตุ้น เร่งรัดกำกับ ติดตามการดำเนินงานให้ทันตามเวลาที่กำหนด	- จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับวินัย, ผลประโยชน์ทับซ้อนแก่บุคลากรใน รพ. - ประกาศเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับ ITA บนเว็บไซต์ รพ., e-office ,ไลน์ และบอร์ดประชาสัมพันธ์ - สนับสนุนการจัดกิจกรรมของกลุ่ม “คน HUG LONG” - กระตุ้น เร่งรัดกำกับ ติดตามการดำเนินงานให้ทันตามเวลาที่กำหนด	- ประกาศเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับ ITA บนเว็บไซต์ รพ., e-office ,ไลน์ และบอร์ดประชาสัมพันธ์ - สนับสนุนการจัดกิจกรรมของกลุ่ม “คน HUG LONG” - กระตุ้น เร่งรัดกำกับ ติดตามการดำเนินงานให้ทันตามเวลาที่กำหนด

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	บนเว็บไซต์ รพ., e-office ,ไลน์ และ บอร์ดประชาสัมพันธ์ - ส่งเสริม/สนับสนุน การดำเนินงานของ กลุ่ม “คน HUG LONG” - กระตุ้น เร่งรัด กำกับ ติดตามการ ดำเนินงานให้ทันตาม เวลาที่กำหนด			
ผลลัพธ์ที่ต้องการ - ร้อยละของบุคลากร/ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมี ความรู้ความเข้าใจในการ ตอบแบบสำรวจใช้ หลักฐานเชิงประจักษ์ และ จัดทำหลักฐานประกอบได้ ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100
ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ 55			

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน ITA	ไตรมาส 1 ผลงานระดับ 5 (ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ EB 1 – EB 4 เป้าหมายผ่านเกณฑ์ในระดับ 3)

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
ความเข้าใจคลาดเคลื่อนในการตอบคำถามและการจัดทำ หลักฐานประกอบ	ศึกษาคู่มีแนวทางในการตอบแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิง ประจักษ์ประจำปีงบประมาณ 2562

ตัวชี้วัดที่ 22. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาองค์กรตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลอง ได้ประกาศ การนำนโยบายคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ดำเนินการเพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของสำนักงาน ให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 โดยนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลอง

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

การดำเนินการหน่วยงานได้ดำเนินการดังนี้

1. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน
2. ในปีงบประมาณ 2561 ดำเนินการประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 ภาคบังคับ 2 หมวด หมวด 1,หมวด
3. ดำเนินการพัฒนาในปีงบประมาณ 2562 จัดทำตัวชี้วัดในหมวดที่ดำเนินการในหมวด 2 และหมวด 4
4. หน่วยงานได้รายงานความก้าวหน้าของแผนพัฒนาองค์กร และรายงานผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการ

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน
22. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาองค์กรตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	ผ่านการประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 ภาคบังคับ 2 หมวด หมวด 1,หมวด 5 ในปี 2562 ดำเนินการในหมวด 2 และหมวด 4 ผลงาน ระดับ 2

ตัวชี้วัดที่ 23. ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

ความสุขของบุคลากร ถือได้ว่าเป็นสิ่งที่สำคัญต่อขวัญและกำลังใจสำหรับเจ้าหน้าที่ทุกระดับในการปฏิบัติงาน แต่เนื่องด้วยในสภาวะปัจจุบันด้วยภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นแต่จำนวนบุคลากรมีจำนวนเท่าเดิมและลดลงจากเดิม ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องแบกรับภาระหน้าที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้เจ้าหน้าที่บางคนเกิดความท้อแท้ และเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายในการทำงาน ทำให้ขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน จึงได้มีการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความสุขให้กับบุคลากรในการทำงาน เพื่อกระตุ้นและเสริมสร้างความสุขในการทำงานให้กับบุคลากรทุกระดับในการทำงาน

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. การจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความสุขในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาล	- ประชุมทีมเพื่อระดมความคิดเห็นการจัดกิจกรรมส่งเสริมความสุขในการทำงาน - นำเสนอแผนปฏิบัติการ (action plan) ด้าน Happinometer ในแผนการใช้จ่ายเงินบำรุง - ให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลทำแบบประเมิน happinometer ในโปรแกรมออนไลน์	- จัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ (action plan) - ติดตามประเมินผลในรอบครึ่งปีของการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความสุขในการทำงาน - ติดตามประเมินผลและวิเคราะห์ผลการสำรวจ happinometer	- ดำเนินกิจกรรมต่อตามแผน แผนปฏิบัติการ (action plan) - นำผลจากการประเมิน happinometer ในมิติที่ได้คะแนนการประเมินไม่ผ่านเกณฑ์ 60% มาพัฒนาการเสริมสร้างความสุขให้แก่บุคลากร	- ดำเนินกิจกรรมต่อตามแผน แผนปฏิบัติการ (action plan) - สรุปผลการดำเนินงานด้านการส่งเสริมความสุขในการทำงานของบุคลากร รพ.ลอง
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- บุคลากรของโรงพยาบาลเข้ามามีส่วนร่วมในการระดมความคิดเห็นในการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความสุขในการทำงาน - มีแผนปฏิบัติการ (action plan)	- มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการที่วางไว้ - บุคลากรเห็นความสำคัญและเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆที่จัดขึ้น - มีการประเมินผลจากการประเมิน	- มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการที่วางไว้และจัดกิจกรรมเสริมสร้างความสุขในมิติที่ไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	- บุคลากรของโรงพยาบาลมีความพึงพอใจในการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความสุขในการทำงานที่เพิ่มมากขึ้น

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	ออกมาเป็นลาย ลักษณ์อักษร - อัตราเจ้าหน้าที่ของ โรงพยาบาลเข้า ประเมิน happinometer (≥ ร้อยละ 70)	happinometer หลังจากที่มีการปิด โปรแกรมออนไลน์		
ผลการดำเนินงาน	- มีแผนปฏิบัติการใน การเสริมสร้าง ความสุขในการ ทำงาน ที่กำหนดไว้ใน แผนปฏิบัติการของ ทีมผาสุก	- ร้อยละของการจัด กิจกรรมเสริมสร้าง ความสุขในการ ทำงานในรอบ 6 เดือนแรก ได้ร้อยละ 100		

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)
1. ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในการนำดัชนีความสุข ของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้	1. บุคลากรของโรงพยาบาลลอง เข้าประเมิน Happinometer ร้อยละ 79 2. ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในการนำดัชนีความสุข ของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ เท่ากับระดับ 4

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผล สำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. งบประมาณมีอยู่อย่างจำกัด ทำให้ไม่สามารถ ดำเนินการตามข้อเสนอของบุคลากรได้ทั้งหมด	มีการประชุมระดมความคิดเห็นเพื่อคัดเลือกกิจกรรมที่สำคัญ ในการเสริมสร้างความสุข เพื่อกำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการ ของทีมผาสุก
2. กิจกรรมส่วนใหญ่จัดในเวลาทำการ ซึ่งเจ้าหน้าที่ส่วน ใหญ่ปฏิบัติงานให้บริการผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วม กิจกรรมได้	มีการจัดทำแนวทางการเข้าร่วมกิจกรรม โดยให้เจ้าหน้าที่ใน แต่ละหน่วยงานมีการหมุนเวียนการเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละ ครั้งที่จัดขึ้น
3. เจ้าหน้าที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความสุขในการ ทำงานที่ค่อนข้างน้อย	เพิ่มช่องทางต่างๆในการประชาสัมพันธ์ให้กับเจ้าหน้าที่ทุก ระดับเพิ่มมากขึ้น
4. โปรแกรมการประเมิน happinometer มีปัญหาทำให้ ไม่สามารถเข้าโปรแกรมได้	แจ้งให้ผู้รับผิดชอบทราบเพื่อประสานหาแนวทางแก้ไขและ กลับมาใช้งานได้ตามปกติ

ตัวชี้วัดที่ 24. ระดับความสำเร็จของบุคลากรในหน่วยงานที่มีระบบการพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

โรงพยาบาลลองกำหนดการพัฒนาบุคลากรตาม Competency ขององค์กรและของหน่วยงาน มีการสำรวจสมรรถนะของแต่ละหน่วยงาน เพื่อศึกษาความต้องการและความจำเป็นในการพัฒนาบุคลากรตามสายงาน โดยการจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากหน่วยงานอื่น โดยจัดกิจกรรมที่เป็นการกระตุ้น พื้นฟู ความรู้ให้เป็นปัจจุบัน และครอบคลุมทั่วถึงบุคลากรในหน่วยงาน มีการจัดประชุมวิชาการ/อบรมเชิงปฏิบัติการ ทบทวนเคสผู้ป่วย ส่งเสริมการศึกษาด้วยตนเอง และการเรียนรู้จากหน่วยงาน นอกจากนี้ยังมีการส่งเสริมการพัฒนาผลงานวิชาการเพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีคุณภาพ

● การดำเนินงาน แกไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. ส่งเสริมการพัฒนาผลงานวิชาการในเจ้าหน้าที่ทุกระดับ	ประชุมคณะกรรมการ HRD เพื่อวางแผนการพัฒนาผลงานวิชาการในรอบปี	จัดระบบช่วยเหลือการพัฒนาผลงานวิชาการ โดยทีม HRD	จัดงานประชุมวิชาการระดับโรงพยาบาล เพื่อนำเสนอผลงานวิชาการและคัดเลือกผลงานเด่นเพื่อนำเสนอในระดับจังหวัด	ส่งผลงานวิชาการเข้าร่วมงานประชุมวิชาการระดับจังหวัด
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	มีแนวทางการพัฒนาผลงานวิชาการ	มีทีมช่วยเหลือการพัฒนาผลงานวิชาการ	มีการจัดงานประชุมวิชาการระดับโรงพยาบาล	ผลงานเด่นได้รับการนำเสนอในระดับที่สูงขึ้น
ผลการดำเนินงาน	ได้แนวทางการพัฒนาผลงานวิชาการ โดยการกระตุ้นการพัฒนาผลงานวิชาการในเจ้าหน้าที่ และมีการติดตามโดยทีม HRD	ทีม HRD เป็นผู้ช่วยเหลือและให้คำปรึกษาข้อเสนอแนะในการพัฒนาผลงาน		
2. ส่งเสริมการพัฒนาบุคลากรตาม competency โดยเจ้าหน้าที่ได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ภายในและภายนอกหน่วยงาน 10 วัน/คน/ปี	สำรวจสมรรถนะของแต่ละหน่วยงาน เพื่อศึกษาความต้องการและความจำเป็นในการพัฒนาบุคลากรตามสายงาน	ติดตามผลการพัฒนาบุคลากร	ติดตามผลการพัฒนาบุคลากร	ติดตามผลการพัฒนาบุคลากร

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ทีมพัฒนาบุคลากรมีการกำหนดความต้องการและความจำเป็นในการพัฒนาบุคลากรตามสายงาน	เจ้าหน้าที่ได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ภายในและภายนอกหน่วยงาน	เจ้าหน้าที่ได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ภายในและภายนอกหน่วยงาน	เจ้าหน้าที่ได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ภายในและภายนอกหน่วยงาน 10 วัน/คน/ปี
ผลการดำเนินงาน	มีแนวทางการพัฒนาบุคลากร เพื่อจัดกิจกรรมพัฒนาและส่งบุคลากรเข้ารับการฝึกอบรมตามความจำเป็น	มีการจัดกิจกรรมพัฒนาและส่งบุคลากรเข้ารับการฝึกอบรมตามความจำเป็น		

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน
24. ระดับความสำเร็จของบุคลากรในหน่วยงานที่มีระบบการพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด	- บุคลากรในหน่วยงานได้รับการพัฒนา 1 ครั้ง/คน/ปี คิดเป็นร้อยละ 100 - หน่วยงานมีการนำผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรมไปใช้ประโยชน์ คิดเป็นร้อยละ 90.48 (19 จาก 21 หน่วยงาน) ผลงาน ระดับ 4

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
หน่วยงานขาดการนำผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรมไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม	ปัญหาของการพัฒนาผลงานวิชาการคือการขาดการนำไปใช้ในหน่วยงานอย่างเป็นระบบ ในส่วนนี้จึงเป็นหน้าที่ของทีมนักพัฒนาบุคลากรและทีมบริหาร ที่จะวางแผนทางร่วมกันในการใช้ประโยชน์จากผลงานวิชาการของเจ้าหน้าที่ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อองค์กร