



เอกสารสรุปผลการดำเนินงาน
ตามแผนตรวจราชการ นิเทศงาน กรณีปกติ
รอบที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒
วันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๒

คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอสอง
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

ข้อมูลทั่วไปของอำเภอสอง จังหวัดแพร่

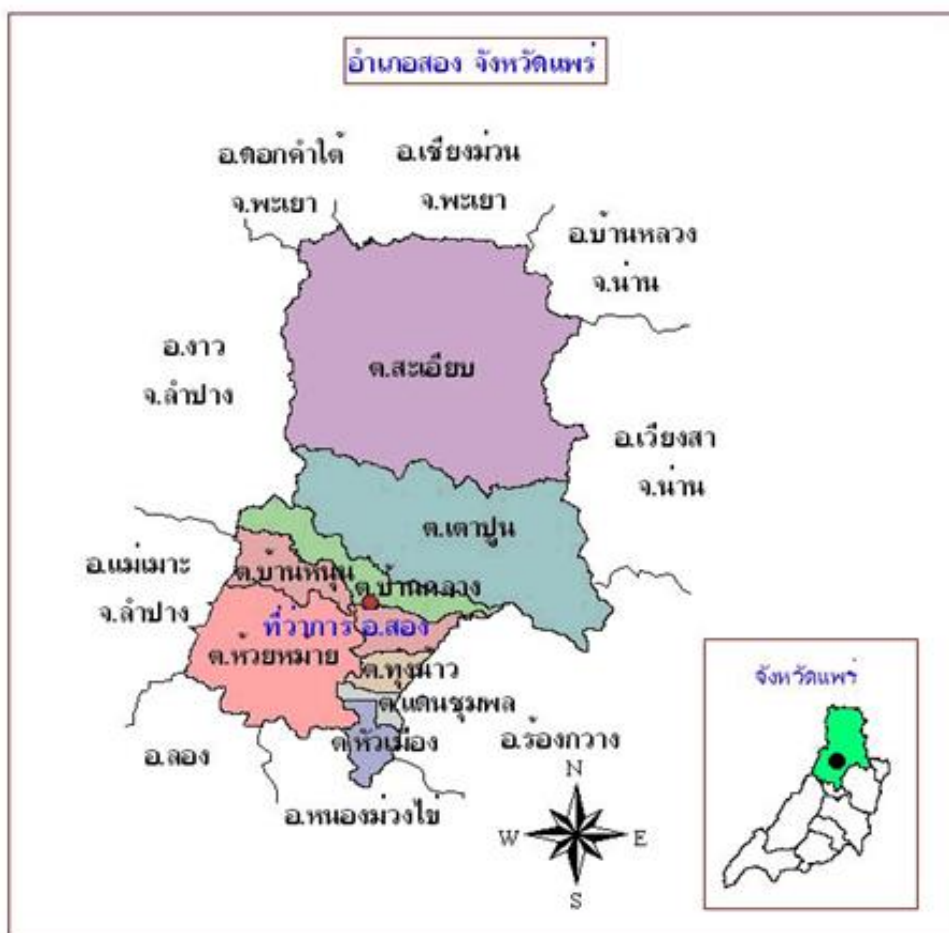
๑. ที่ตั้งและขอบเขต

อำเภอสอง จังหวัดแพร่ ตั้งอยู่ทางทิศเหนือของจังหวัดแพร่ ห่างจากตัวจังหวัดแพร่ ๕๐ กิโลเมตรระยะทาง ห่างจากกรุงเทพมหานคร ๖๐๗ กิโลเมตร มีพื้นที่ทั้งหมด ๑,๕๙๔ ตารางกิโลเมตร สูงกว่าระดับน้ำทะเล ๖๐๐ ฟุต ตำบลที่เป็นเขตรอยต่อระหว่างจังหวัด คือ ตำบลสะเอียบ เป็นเขตติดต่อของอำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา ส่วน ตำบลที่เป็นเขตรอยต่อระหว่างอำเภอ ภายในจังหวัดมีอยู่ ๒ ตำบล คือ ตำบลแดนชุมพลติดกับอำเภอร้องกวาง และ ตำบลหัวเมืองติดกับอำเภอหนองม่วงไข่

อาณาเขตติดต่อกับอำเภอ จังหวัดต่างๆ ดังนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ	อำเภองาว จังหวัดลำปาง และอำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา
ทิศใต้	ติดต่อกับ	อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ	อำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่ อำเภอบ้านหลวง และอำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ	อำเภองาว จังหวัดลำปาง และอำเภอสอง จังหวัดแพร่

รูปที่ ๑ แผนที่อำเภอสอง จังหวัดแพร่



๒. ลักษณะภูมิประเทศสภาพทางภูมิศาสตร์



สภาพภูมิประเทศเป็นที่ราบสลับภูเขาสูง มีแม่น้ำสำคัญ ๒ สาย คือ แม่น้ำสอง และแม่น้ำยมไหลผ่าน มีพื้นที่ป่าไม้ประมาณร้อยละ ๖๐ ของพื้นที่ ชุมชนส่วนใหญ่ตั้งอยู่ที่ราบลุ่มแม่น้ำดังกล่าว แต่ในชุมชนบางแห่งตั้งอยู่ในเขตพื้นที่สูง ได้แก่ ชุมชนนาหลวง ชุมชนท่าวะ ชุมชนแม่พริ้ว ในเขตตำบลสะเอียบ และในชุมชน แม่แรม ในเขตตำบลเตาปูน

๓. ลักษณะภูมิอากาศ

สภาพภูมิอากาศเป็นแบบเขตร้อน ประกอบด้วย ๓ ฤดูกาล ได้แก่ ฤดูร้อนในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน ฤดูฝนในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนตุลาคมจากอิทธิพลของลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ และฤดูหนาวในช่วงเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนกุมภาพันธ์จากอิทธิพลของลมมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือ ไม่พบอุบัติเหตุภัย ในช่วง ๓ ปีที่ผ่านมา ในสภาพภูมิอากาศดังกล่าวเสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัย วาตภัย แผ่นดินไหว โคลนถล่ม

การคมนาคม

การคมนาคมสะดวกจากอำเภอเมืองถึงอำเภอสอง แต่จะมีปัญหาสำหรับชุมชนที่อยู่ในเขตพื้นที่สูงดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ขณะที่ในเขตพื้นที่รอยต่อระหว่างอำเภอแม้ว่าจะไม่ได้จัดอยู่ในแหล่งทุรกันดารแต่เนื่องจากระยะทางที่ไกลทำให้ประชากรในเขตตำบลสะเอียบ ตำบลหัวเมือง และตำบลแดนชุมพล จะเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเข็ญม่วน จังหวัดพะเยา โรงพยาบาลหอนางไข จังหวัดแพร่ และโรงพยาบาลร้องกวาง จังหวัดแพร่ ตามลำดับ

๔. การปกครองและประชากร

การปกครอง อำเภอสองแบ่งพื้นที่การปกครองออกเป็นทั้งหมด ๘ ตำบล ๘๖ หมู่บ้าน ได้แก่ ตำบล สะเอียบ ตำบลเตาปูน ตำบลบ้านหนุน ตำบลบ้านกลาง ตำบลห้วยหม้าย ตำบลทุ่งน้าว ตำบลหัวเมือง และตำบลแดนชุมพล

สถานการณ์สาธารณสุข

โรงพยาบาลขนาด ๓๐ เตียง จำนวน ๑ แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน ๑๕ แห่ง หน่วยบริการปฐมภูมิโดยกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนจำนวน ๑ แห่ง สสช. จำนวน ๑ แห่ง คลินิกแพทย์จำนวน ๔ แห่ง สถานพยาบาล จำนวน ๑๓ แห่ง ร้านขายยาจำนวน ๒ แห่ง และอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนจำนวน ๑,๕๔๐ คน

จำนวนประชากรทั้งสิ้น ๕๐,๖๐๔ คน เพศชาย ๒๔,๖๙๓ คน เพศหญิง ๒๕,๙๑๑ คน

จำนวนหลังคาเรือน ๑๖,๙๔๒ หลังคา

ตารางที่ ๑ แสดงจำนวนหมู่บ้าน และประชากรแยกรายตำบล อำเภอสอง จังหวัดแพร่ ปี ๒๕๖๑

ตำบล	จำนวนหมู่บ้าน	หลังคาเรือน	จำนวนประชากร (คน)		
			ชาย	หญิง	รวม
สะเอียบ	๑๐	๒,๑๖๑	๒,๘๙๐	๒,๗๓๘	๕,๖๒๘
เตาปูน	๑๒	๒๖๔๑	๔,๐๙๓	๔,๒๐๓	๘,๒๙๖
บ้านกลาง	๑๒	๓๐๘๘	๓,๖๔๐	๔,๐๐๒	๗,๖๔๒
บ้านหนุน	๑๑	๓๒๐๑	๓,๙๗๙	๔,๓๔๘	๘,๓๒๗
ทุ่งน้าว	๖	๑๒๔๕	๑,๗๑๘	๑,๗๔๕	๓,๔๖๓
ห้วยหม้าย	๑๗	๒๗๙๔	๓,๙๕๘	๔,๒๕๕	๘,๒๑๓
แดนชุมพล	๔	๘๖๔	๑,๒๕๐	๑,๓๑๗	๒,๕๖๗
หัวเมือง	๑๓	๒๑๑๑	๓,๑๖๕	๓,๓๐๓	๖,๔๖๘
รวม	๘๕	๑๘,๑๐๕	๒๔,๖๙๓	๒๕,๙๑๑	๕๐,๖๐๔

ที่มา : งานศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศอำเภอสอง

๕. ทรัพยากร

ทรัพยากรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

โรงพยาบาลชุมชน (โรงพยาบาลสอง)	จำนวน	๑	แห่ง	
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแบบเดี่ยว	จำนวน	๑๑	แห่ง	
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแบบเครือข่าย	จำนวน	๒	แห่ง	
ศสช.	จำนวน	๑	แห่ง	
ร้านขายยา	ขย. ๑	จำนวน	๑	แห่ง
	ขย. ๒	จำนวน	๔	แห่ง
โรงเรียน/ สถานศึกษา	จำนวน	๓๔	แห่ง	
- ระดับประถมศึกษา		๒๓	แห่ง	

- ระดับประถมศึกษาขยายโอกาส	๗	แห่ง	
- ระดับมัธยมศึกษา	๒	แห่ง	
- ระดับมัธยมศึกษา (พระปริยัติธรรม)	๑	แห่ง	
- ระดับปวช./ ปวส. และอุดมศึกษา	๑	แห่ง	
วัด	จำนวน	๓๙	แห่ง
ศูนย์เด็กเล็ก	จำนวน	๑๙	แห่ง
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ อสม.	จำนวน	๑,๕๔๐	คน

๖. สภาพทางสังคม

ประชากรส่วนใหญ่ของอำเภอสอง จังหวัดแพร่ ร้อยละ ๙๘.๘๘ นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ ๑.๑๒ นับถือศาสนาอื่นๆ ประชากรส่วนใหญ่เป็นคนท้องถิ่น มีชาวเขาเผ่าม้งอาศัยที่บ้านแม่แรม หมู่ที่ ๑๒ ตำบล เตาปูน จำนวน ๒๐๕ หลังคาเรือน ๑,๗๖๖ คนชาวเขาเผ่าอาข่าอาศัยที่บ้านแม่พร้าว หมู่ที่ ๙ ตำบลสะเอียบ จำนวน ๗๐ หลังคาเรือน ๒๗๙ คน และชนเผ่ามลาบรี อาศัยที่บ้านท่าวะ หมู่ที่ ๘ ตำบลสะเอียบ จำนวน ๑๑ หลังคาเรือน ๔๐ คน

๗. การศึกษา

ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ประชากรบางส่วนที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ สถาบันการศึกษาที่สำคัญสำหรับเยาวชนในพื้นที่ ได้แก่ โรงเรียนสองพิทยาคม โรงเรียนเวียงเทพวิทยา และวิทยาลัยการอาชีพสอง

ค่านิยม ความเชื่อ และศาสนา : ประชากรส่วนใหญ่มีวิถีชีวิตที่เรียบง่าย มีความเชื่อในไสยศาสตร์และโชคลาง ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ บางชุมชนมีการนับถือศาสนาอื่น เช่น ชนเผ่าอาข่าซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชน แม่แรม และชนเผ่ามลาบรีหรือที่เรียกกันว่า “ชนเผ่าตองเหลือง” ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนแม่พร้าว

๘. สภาพทางเศรษฐกิจ/อาชีพ

กลุ่มอาชีพหลัก คือ เกษตรกร ซึ่งมีทั้งกลุ่มอาชีพเพาะปลูก ได้แก่ ปลูกข้าวนาปี ข้าวโพด มะขามหวาน มะม่วง ถั่วเหลือง ลำไย ถั่วลิสง ถั่วเขียว อ้อย และกลุ่มอาชีพเลี้ยงสัตว์ ได้แก่ ไก่ สุกร โค กระบือ ม้า ห่าน ช้าง

กลุ่มอาชีพเสริม คือ อุตสาหกรรมขนาดย่อมชุมชน ได้แก่ อุตสาหกรรมสุรากลั่นในชุมชนห้วยหม้าย และผลิตภัณฑ์พื้นบ้าน อาทิ เช่น ขนม แหนม ปลาข้าวอบ น้ำพริก เป็นต้น

๙. ข้อมูลองค์กร/สถานบริการสาธารณสุข

๙.๑ ข้อมูลโรงพยาบาลสอง

โรงพยาบาลสอง เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๓๐ เตียง ตั้งอยู่เลขที่ ๔๗๕ หมู่ ๓ ตำบลบ้านหนอง อำเภอสอง จังหวัดแพร่ ๕๔๑๒๐ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพแก่ประชาชนในเขตอำเภอสอง ทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิระดับต้น

การจัดบริการสุขภาพชุมชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล จำนวน ๑๖ หมู่บ้าน ประชากร ๑๑,๗๖๒ คน รับผิดชอบโดยกลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ให้บริการตรวจรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสภาพ และส่งต่อการแพทย์เพื่อการวินิจฉัยรักษา

ขอบเขตการให้บริการ

ด้านการส่งเสริมสุขภาพ

กลุ่มงานสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิและกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนได้กำหนดคลินิกส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย ให้ผู้ที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลได้ตระหนักและดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งยังสร้างภาคีเครือข่ายในชุมชนและภาคส่วนท้องถิ่นเพื่อการพัฒนาที่ไร้รอยต่อกับผู้รับบริการ

ด้านการป้องกันโรค

กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนได้กระตุ้นให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงทั้งอำเภอ เข้ารับการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และในกลุ่มที่เสี่ยงสูงจะได้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยอาศัย รพ.สต. และเครือข่ายในชุมชน นอกจากนี้ หน่วยงานระบาดวิทยายังมีการตอบสนองที่รวดเร็วโดยได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนจากชุมชนในการปิดกั้น ควบคุม และกำจัดแหล่งระบาดอีกด้วย

ด้านการรักษาพยาบาล

ผู้ที่มารับบริการในโรงพยาบาลสอง จะถูกคัดกรองตามความเหมาะสมให้ไปรับบริการตามจุดบริการต่างๆ เพื่อการรักษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังต่อไปนี้

๑. กลุ่มผู้ป่วยนอก

๑.๑ กลุ่มผู้ป่วยนอกที่มีอาการหนักจะได้รับการตรวจที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

๑.๒ ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจที่คลินิกเฉพาะโรค ได้แก่ คลินิกโรคเบาหวาน คลินิกโรคความดันโลหิตสูง คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหอบหืด คลินิกโรคไต คลินิกโรคหัวใจ คลินิกโรคผิวหนังโรค คลินิกโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง คลินิกอนามัยแม่และเด็ก คลินิกสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช คลินิกบำบัดยาเสพติด คลินิกทันตกรรม คลินิกแพทย์แผนไทย และคลินิกฝังเข็ม

๑.๓ ผู้ป่วยนอกทั่วไป จะได้รับการตรวจที่ห้องตรวจโรคทั่วไป

๑.๔ ผู้ป่วยที่อยู่ในเขตบริการโรงพยาบาล ๑๖ หมู่บ้าน จะได้รับการตรวจที่แผนกเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน

๒. กลุ่มผู้ป่วยใน ซึ่งมีเตียงผู้ป่วยสามัญชาย จำนวน ๑๒ เตียง เตียงผู้ป่วยสามัญหญิงและเด็ก จำนวน ๑๒ เตียง ห้องพิเศษจำนวน ๔ ห้อง และห้องแยกโรคจำนวน ๒ ห้อง

ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ หน่วยงานกายภาพบำบัด หน่วยงานแพทย์แผนไทย หน่วยงานโภชนาการ และหน่วยงานสนับสนุนบริการทางการแพทย์จะร่วมกันจัดกิจกรรมทั้งในและนอกโรงพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่

ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพและทุพโภชนาการ โดยได้รับความร่วมมือจากภาคเอกชนและภาคท้องถิ่นในการสร้างเครือข่ายดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยครองเตียงติดบ้านทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้มากขึ้น อีกทั้งยังลดความแออัดในโรงพยาบาล

ตารางที่ ๒ จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสอง (ณ วันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๑)

๑. บุคลากรสาขาแพทย์

สาขา	Full time (คน)	Part time (ชม. ต่อเดือน)
- แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป	๖	๐
- ทันตแพทย์	๔	๐
- แพทย์ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ	๐	๖
รวม	๑๐	๖

๒. บุคลากรสาขาอื่น

สาขา	Full time (คน)		Part time (ชม. ต่อสัปดาห์)
	ระดับปริญญา	ต่ำกว่าปริญญา	
- เกสเซอร์	๖	๐	๐
- พยาบาลวิชาชีพทั่วไป	๕๑	๐	๐
- พยาบาลเฉพาะทาง	๔	๐	๐
- พยาบาลเวชปฏิบัติ	๒๐	๐	๐
- พยาบาลเทคนิค	๐	๑	๐
- พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ	๑	๐	๐
- วิสัญญีพยาบาล	๐	๐	๐
- เจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์	๓	๐	๐
- เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์	๑	๐	๐
- นักกายภาพบำบัด	๒	๐	๐
- นักการแพทย์แผนไทย	๓	๐	๐
- นักโภชนาการ	๑	๐	๐
- นักวิชาการสาธารณสุข	๖	๐	๐
- เจ้าหน้าที่อื่นๆ	๒๑	๖๑	๐
รวม	๑๑๙	๖๒	๐

๓. สัดส่วนภาระงานกับจำนวนบุคลากร

๓.๑ ผู้ป่วยนอก

ผู้ป่วยนอกสาขา	จำนวนผู้ป่วยทั้งปี	ข้อมูลในช่วงเวลาเพื่อการคำนวณภาระงาน ^๕ (ต่อวัน)		
		จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย	ชม.แพทย์ตรวจ	ผป.นอก / แพทย์ / ชม.
ทั่วไป	๑๑๒,๔๔๙	๓๐๘	๗	๗.๓

๓.๒ ผู้ป่วยใน / พยาบาล

ผู้ป่วยใน	จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวัน ^๖	จำนวน RN ที่ขึ้นเวรทั้งหมด			สัดส่วนผู้ป่วย / พยาบาลวิชาชีพ		
		เช้า	บ่าย	ดึก	เช้า	บ่าย	ดึก
หอผู้ป่วยทั่วไป	๒๑	๕	๓	๒	๔:๑	๗:๑	๑๑:๑

๓.๓ ผู้ป่วยใน / แพทย์

ผู้ป่วยในสาขา ^๗	จำนวนผู้ป่วยในรวมทั้งปี (๑)	วันนอนรวมทั้งปี (๒)	ผู้ป่วยใน / วัน (๓) = (๒) / ๓๖๕	จำนวนแพทย์ในสาขานั้น (๔)	ผู้ป่วยใน/แพทย์ (๓) / (๔)
หอผู้ป่วยทั่วไป	๓,๓๖๗	๗,๖๖๕	๒๑	๖	๓:๑

๓.๓ อัตรากำลังบุคลากรของโรงพยาบาลสอง แต่ละประเภทต่อประชากร

แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาลวิชาชีพ	พยาบาลเวชปฏิบัติฯ	นักวิชาการสาธารณสุข	นักกายภาพ	เจ้าหน้าที่อื่นๆ
๖	๔	๖	๕๑	๒๐	๖	๒	๑๑๙
๑:๘,๔๓๔	๑:๑๒,๖๕๑	๑:๘,๔๓๔	๑:๙๙๒	๑:๒,๕๓๐	๑:๘,๔๓๔	๑:๒๕,๓๐๒	

ข้อมูลด้านการให้บริการ

ตารางที่ ๓ ข้อมูลด้านการมาใช้บริการโรงพยาบาลสองเปรียบเทียบกับย้อนหลัง ๕ ปี

(ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๑)

ลำดับ	ประเภท	ปีงบประมาณ				
		๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
๑.	ผู้ป่วยนอก (คน)	๖๐,๑๕๓	๖๒,๙๙๒	๖๘,๒๒๗	๖๙,๙๗๙	๖๙,๓๕๒
	ผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	๙๑,๑๘๗	๙๕,๒๙๖	๑๐๓,๒๕๐	๑๐๗,๖๓๘	๑๑๒,๔๔๙
๒.	ผู้ป่วยใน (คน)	๒,๙๔๐	๓,๑๒๗	๒,๗๙๐	๒,๙๗๐	๒,๔๕๙
๓.	จำนวนวันนอน (วัน)	๖,๗๙๑	๖,๘๒๕	๖,๐๔๐	๗,๓๗๖	๗,๖๖๕
๔.	การส่งต่อผู้ป่วย (ครั้ง)	๓,๘๙๖	๔,๔๙๐	๔,๓๓๖	๔,๐๘๑	๔,๐๘๑

๙.๒ ข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสอง

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสอง ตั้งอยู่เลขที่ ๙ หมู่ ๕ ตำบลบ้านกลาง อำเภอสอง จังหวัดแพร่ รหัสไปรษณีย์ ๕๔๑๒๐ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนและประสานงานกับเครือข่ายสุขภาพ ๑๖ แห่ง และสนับสนุนความรู้และวิชาการด้านสุขภาพ แก่หน่วยงานต่างๆ

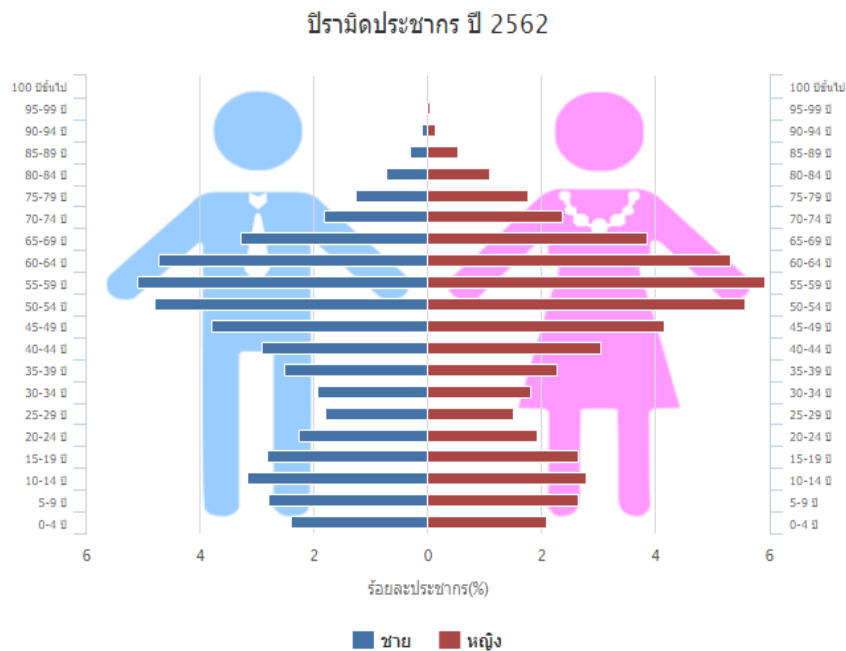
ตารางที่ ๓ จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสอง

ลำดับ	ชื่อสถานบริการ	จำนวนประชากร	จำนวนบุคลากรตามตำแหน่ง							อัตรา/ประชากร
			นวก.สธ	พยาบาลวิชาชีพ	จพ.สส.	จพ.ทันตสาธารณสุข	จพ.แพทย์แผนไทย	จพ.ธุรการ	รวม	
๑	สสอ.สอง	๐	๕	๑	๐	๐	๐	๑	๖	
๒	บ้านหนูน	๓๕๓๘	๒	๑	๐	๐	๐	๐	๓	๑:๑๑๗๙
๓	บ้านทุ่งน้ำว	๓๔๙๒	๑	๒	๑	๐	๐	๐	๔	๑:๘๗๓
๔	บ้านวังดิน	๑๔๔๔	๑	๑	๐	๐	๐	๐	๒	๑:๗๒๒
๕	ดอนแก้ว	๔๒๒๒	๑	๑	๑	๐	๐	๐	๓	๑:๑๔๐๗
๖	บ้านลูนีเกตุ	๑๙๔๑	๒	๑	๐	๐	๐	๐	๓	๑:๖๔๗
๗	บ้านห้วยขอน	๒๖๑๑	๒	๑	๐	๑	๐	๐	๔	๑:๖๕๓
๘	เตาปูน	๖๑๖๙	๑	๒	๐	๑	๐	๐	๔	๑:๑๕๔๒
๙	บ้านนาไร่เดียว	๑๐๕๙	๑	๑	๐	๐	๐	๐	๒	๑:๕๓๐
๑๐	หัวเมือง	๓๐๖๘	๒	๑	๐	๐	๐	๐	๓	๑:๑๐๒๓
๑๑	บ้านวังพ่อน	๒๑๐๑	๑	๑	๑	๑	๐	๐	๔	๑:๕๒๕
๑๒	หนองเสี้ยว	๑๗๙๐	๑	๑	๑	๐	๐	๐	๓	๑:๕๙๗
๑๓	สะเอียบ	๒๙๕๙	๓	๑	๐	๐	๐	๐	๔	๑:๗๔๐
๑๔	บ้านป่าเลา	๑๑๘๔	๑	๑	๐	๑	๐	๐	๓	๑:๓๙๕
๑๕	บ้านนาหลวง	๑๗๑๙	๑	๑	๑	๐	๐	๐	๓	๑:๕๗๓
๑๖	แดนชุมพล	๒๖๑๘	๒	๑	๐	๑	๐	๐	๔	๑:๖๕๕
๑๗	ศสช.แม่แรม	๒,๑๑๔	๑	๐	๑ (ลูกจ้าง)	๐	๐	๐	๒	๑:๑๐๕๗
	รวม	๓๙,๙๑๕	๒๘	๑๘	๖	๕	๐	๑	๕๘	

ที่มา : งานบุคลากร สสอ.สอง ณ วันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๑

จากตารางที่ ๓ พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแบ่งตามขนาดประชากร ในพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดเล็ก มี ๑๐ แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดกลาง มี ๕ แห่ง ไม่มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดใหญ่ อัตราากำลังบุคลากรสาธารณสุขโดยเฉลี่ย ๓.๒ คน ต่อแห่ง

๑๐. โครงสร้างประชากรสถิติการเกิด การตาย



ภาพที่ ๒ โครงสร้างประชากร ของอำเภอสอง จังหวัดแพร่ ปี ๒๕๖๐

แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูลประชากร จากการสำรวจ ๔๓ แฟ้ม ณ วันที่ ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

๑๑. วิสัยทัศน์ของคปส.สอง (Vision)

“เป็นองค์กรคุณภาพ ภาครัฐีเครือข่ายเข้มแข็ง คนเมืองสองสุขภาพดี”

๑๒. พันธกิจ (Mission)

๑. เสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพประชาชนอย่างเหมาะสม
๒. เสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย
๓. พัฒนาคุณภาพการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมตามมาตรฐาน
๔. พัฒนาระบบบริหารจัดการภายใต้หลักธรรมาภิบาล

๑๓. ยุทธศาสตร์

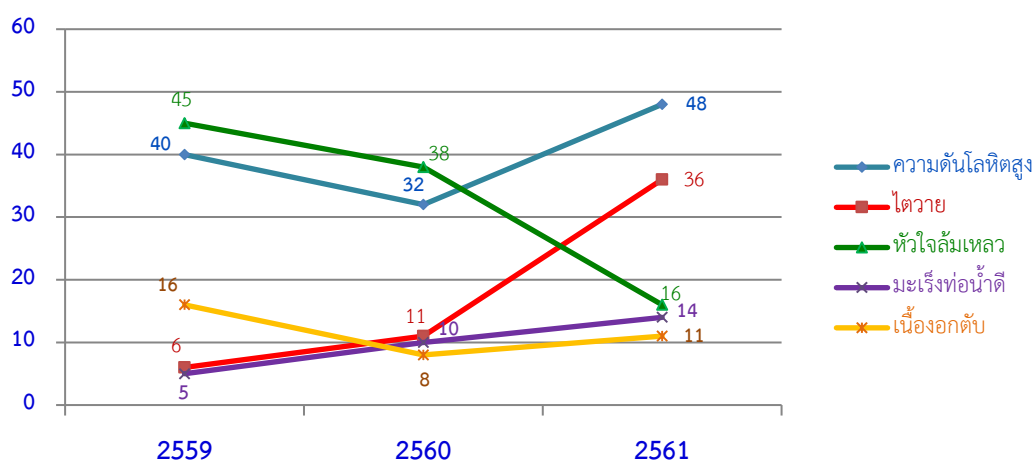
- ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพประชาชนอย่างเหมาะสม
- ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ
- ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การบริหารจัดการองค์กรภายใต้หลักธรรมาภิบาล
- ยุทธศาสตร์ที่ ๔ การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล

๑๔. คำนิยม (values)

- ค : คั่นคว่ำ
 น : นำสุขภาพ
 ส : ส่วนร่วม
 อ : อาสาชุมชน
 ง : งานเป็นทีม

๑๕. ข้อมูลสถานะสุขภาพ

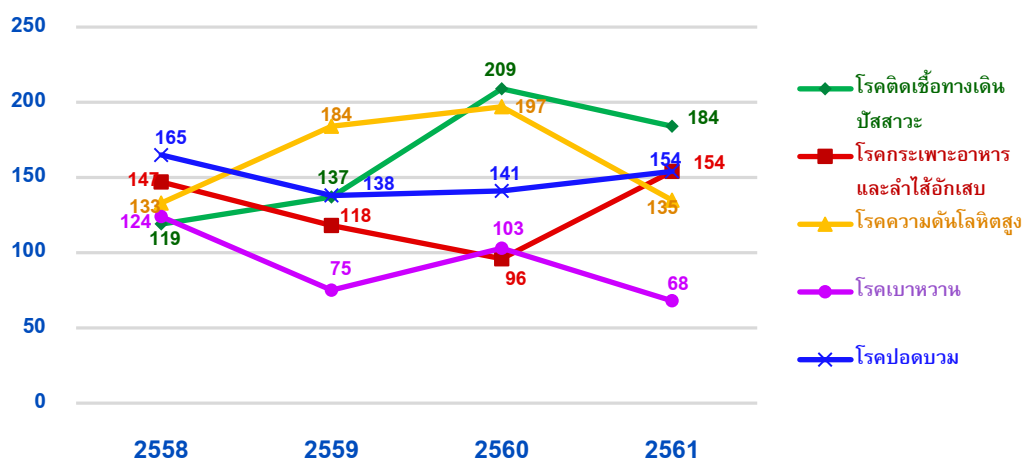
ภาพที่ ๑ สาเหตุการตาย ๕ อันดับของอำเภอสอง จังหวัดแพร่ ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๒
 (อัตราต่อแสนประชากร)



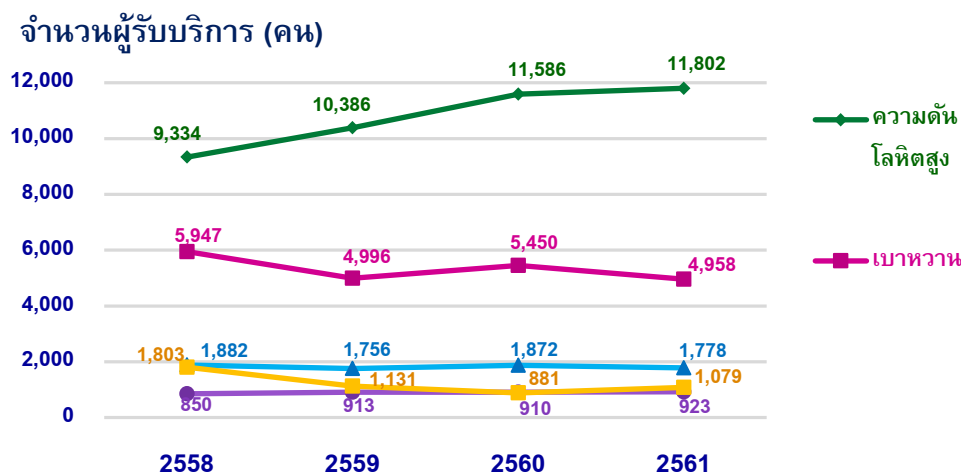
แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูลประชากร ๔๓ แฟ้ม

ภาพที่ ๒ อัตราป่วยตามกลุ่มโรคของผู้ป่วยใน ๕ ลำดับแรก จำแนกรายปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๑

จำนวนผู้รับบริการ (คน)

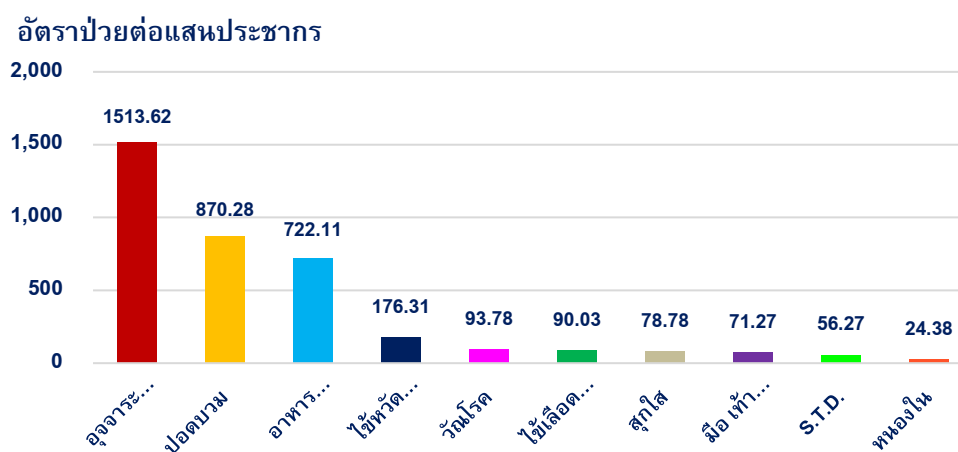


ภาพที่ ๓ อัตราป่วยตามกลุ่มโรคของผู้ป่วยนอก ๕ ลำดับแรก ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสอง
จำแนกรายปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๑



แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูลประชากร ๔๓ แฟ้ม

ภาพที่ ๔ อันดับโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ปี ๒๕๖๑



แหล่งข้อมูล: รายงานผู้ป่วยนอกตามกลุ่มโรค รง.๕๐๔ ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๑

๑๖.ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่

“จากการวิเคราะห์ปัญหาพื้นที่”

ลำดับที่ ๑ ไข้เลือดออก

ลำดับที่ ๒ อุบัติเหตุจราจรทางท้องถนน

ลำดับที่ ๓ วัณโรค

ลำดับที่ ๔ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ลำดับที่ ๕ สังคมผู้สูงอายุ

การดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่

โรค/ปัญหาระบาดของโรค (ลำดับที่ ๑) โรคไข้เลือดออก

KPI : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตำบลสามารถควบคุมโรคติดต่อ นำโดยผู้สูงอายุได้ (ไข้เลือดออกและไข้ซิกา)

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

จากสถิติทางระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่อำเภอสอง ช่วง ๓ ปีย้อนหลัง ปี พ.ศ.๒๕๕๙, ๒๕๖๐ และ ๒๕๖๑ พบว่ามีอัตราการป่วยเท่ากับ ๓.๗๕, ๙.๓๘ และ ๙๐.๐๓ ตามลำดับ และในปี ๒๕๖๑ พบว่ามีตำบลที่เกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกภายใน ๒ เท่าของระยะพักตัว (๒๘ วัน) จากข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาทำนายว่า โรคไข้เลือดออกมีแนวโน้มการระบาดเพิ่มขึ้นในปี ๒๕๖๒

● แผนการดำเนินงานของพื้นที่ ปี ๒๕๖๒

มีการจัดทำแนวทางในการปฏิบัติในการดูแลและประเมินผู้ป่วยในระยะต่างๆของโรคให้มีประสิทธิภาพทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง และมีระบบรายงานการเฝ้าระวังและควบคุมโรค รวมถึงการป้องกันการแพร่ระบาดในพื้นที่ ซึ่งมีมาตรการในการกำจัดลูกน้ำยุงลายโดยการพ่นหมอกควันทำลายยุงลายตัวเต็มวัยและควบคุมการระบาดของไข้เลือดออกทั้งในพื้นที่ของโรงพยาบาลและในชุมชนเขตของโรงพยาบาลสุขภาพตำบลทุกแห่ง โดยมุ่งเน้นความร่วมมือของชุมชนในการจัดการสภาพแวดล้อมภายในและรอบบ้านให้มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายให้น้อยที่สุด เพื่อให้ระบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีประสิทธิภาพ รวมถึงการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลให้มีความปลอดภัยและไม่มีการเสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออก

● การดำเนินงานของพื้นที่ (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. กำกับ ติดตามการดำเนินงานของศูนย์เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน อย่างสม่ำเสมอ	ประชุมเตรียมความพร้อมศูนย์เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับตำบลก่อนการระบาด คัดข้อมูลการดำเนินงาน สํารวจแผนปฏิบัติการเครื่องพ่นสารเคมี กำจัดยุง นํ้ายาเคมี ทราเยเทมิฟอส ยาทา กันยุง เป็นต้น	ทำข้อตกลงร่วมกันในการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดระหว่างอำเภอ กับตำบล และสุม่ตรวจค่า HI, CI อย่างสม่ำเสมอ มีการคืนข้อมูลการดำเนินงาน การเฝ้าระวังแก่ คณะทำงาน	กำกับติดตามผลการดำเนินงาน รายสัปดาห์ ประชุม war room ในพื้นที่เกิดโรคการคืน ข้อมูลการดำเนินงานการเฝ้าระวังแก่ คณะทำงาน	ติดตามผลการดำเนินงานรายไตรมาสและถอดบทเรียนการดำเนินงานประจำ ๒๕๖๒

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกกระดับ ตำบลมีแผนงานการดำเนินงาน	มีการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ	- มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคใช้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง	นำบทเรียนที่ได้รับแต่ละไตรมาสไปปรับปรุงแก้ไขในปีต่อไป
ผลการดำเนินงาน	- เตรียมความพร้อมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก โดยสำรวจข้อมูลวัสดุครุภัณฑ์ - มีแผนงาน/โครงการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานในพื้นที่เสี่ยง ที่เชื่อมโยงระดับอำเภอและตำบล			
๒. การบูรณาการความร่วมมือระหว่างองค์กร หน่วยงานสาธารณสุข ท้องถิ่น และภาคประชาชนในการบริหารจัดการ การดำเนินงานร่วมกัน ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในหมู่บ้านให้เข้มข้น และต่อเนื่อง ในระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน	กำหนดนโยบายโดยให้ทุกภาคส่วนมีกิจกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนไม่ให้เอื้อต่อการเกิดโรคใช้เลือดออก ๓ เก็บ ๓ โรค ล้างท่อและรางระบายน้ำ มีการคืนข้อมูลการดำเนินงานและเน้นย้ำการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอผ่านวาระการประชุมหัวหน้าส่วน/กำนัน - ผู้ใหญ่บ้าน	จัดกิจกรรมรณรงค์จัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนไม่ให้เอื้อต่อการเกิดโรคใช้เลือดออก ๓ เก็บ ๓ โรค ล้างท่อและรางระบายน้ำ มีการคืนข้อมูลการดำเนินงานและเน้นย้ำการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอผ่านวาระการประชุมหัวหน้าส่วน/กำนัน - ผู้ใหญ่บ้าน	จัดกิจกรรม D Day รณรงค์จัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนไม่ให้เอื้อต่อการเกิดโรคใช้เลือดออก ๓ เก็บ ๓ โรค ล้างท่อและรางระบายน้ำมีการคืนข้อมูลและเน้นย้ำการปฏิบัติอย่างเข้มข้นสม่ำเสมอผ่านวาระการประชุมหัวหน้าส่วน/กำนัน - ผู้ใหญ่บ้าน และประชาสัมพันธ์ทางสื่อท้องถิ่น	ติดตามประเมินผลการดำเนินงานจัดกิจกรรมประกวดหมู่บ้านหน้าบ้านน่ามองปลอดใช้เลือดออก ปี ๒๕๖๒

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ความพร้อมของการดำเนินงานตามแนวทางจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสาน	ลดจำนวนลูกน้ำยุงลายในชุมชน มีหลังคาเรือนที่พบลูกน้ำยุงลายได้ไม่เกินร้อยละ ๑๐ (HI<๑๐) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐ ของจำนวนหมู่บ้านทั้งหมด	ท้องถิ่นป้องกันไม่ให้เกิดการระบาดเกิน ๒ Generation โดยใช้กลไกมาตรฐานการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน	เกิดนวัตกรรมของแต่ละชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค
ผลการดำเนินงาน	- มีการจัดเตรียมความพร้อมด้านวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องฟ่น ชุด อุปกรณ์ป้องกันสารเคมี			
๓. การป้องกันการเสียชีวิตและจัดระบบแพทย์ที่ปรึกษา	เตรียมความพร้อมด้านเวชภัณฑ์และเครื่องวัดความดันโลหิตสำหรับผู้ใหญ่และเด็ก	จัดประชุมอบรมแพทย์, พยาบาล นักวิชาการ สาธารณสุข	ประชุมติดตามผลการดำเนินงาน	สรุปผลการดำเนินงานถอดบทเรียน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- มีแนวทางปฏิบัติ (CPG) ในการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เดงกีและไข้เลือดออกในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง	ร้อยละ ๘๐ ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการวินิจฉัย การรักษาการสอบสวนโรคเบื้องต้นและการควบคุมโรคมีความรู้ผ่านเกณฑ์ >ร้อยละ ๘๐	- มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง	นำบทเรียนที่ได้รับไปปรับปรุงแก้ไขในปีต่อไป
ผลการดำเนินงาน	- ผู้ป่วยนอกมีระบบ Fast track ในการพบแพทย์, ทำ Door to Tourniquet test ในผู้ป่วยไข้เลือดออกเพื่อให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็ว - มีการสนับสนุนคู่มือมาตรฐานการรักษา			

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
	- มีระบบการวางแผนการดูแลและการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ			

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ตำบล								
	บ้านหมุน	บ้านกลาง	ห้วยหม้าย	เตาปูน	หัวเมือง	สะเอียบ	แดนชุมพล	ทุ่งนาว	รวม
๑. อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลง ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๖ ของค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี (๒๕๕๗ - ๒๕๖๑) = ๙๐.๐๓	๐	๐	๐	๑๓.๙๓ (๑ ราย)	๐	๑๗.๐๔ (๑ ราย)	๐	๐	๓.๗๕
๒. อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
๓. ร้อยละของตำบลที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐)									

● สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

- มีผู้ป่วยเกิดขึ้นในพื้นที่เดิมของปีที่ผ่านมาแสดงว่าพื้นที่ดังกล่าวยังเป็นแหล่งโรค หากไม่มีการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคอย่างเข้มข้นในช่วงนี้ ซึ่งเป็นช่วงที่พาหะนำโรคนี้น้อยอยู่ ช่วงฤดูฝนซึ่งยุงพาหะมีมากอาจเกิดการระบาดมากกว่าปีที่ผ่านมา

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
สถานการณ์โรคไข้เลือดคาคว่าจะมีแนวโน้มการ ระบาดสูงอยู่	- กำหนดแนวทางการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานและ กิจกรรมการควบคุมการระบาดในทุกพื้นที่ - ในส่วนภาคท้องถิ่นควรมีการสนับสนุนเครื่องพ่น ULV และน้ำยา สารเคมีอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีประสิทธิภาพในการกำจัดยุงได้ดี แต่ใช้งบประมาณค่อนข้างสูง - การตรวจสอบคุณภาพเครื่องพ่นหมอกควันต้องดำเนินการอย่าง ต่อเนื่องทุกปี - มีระบบการติดตามอย่างเข้มข้น เพื่อปรับปรุงแนวทางการควบคุม อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

● ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

-

● นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๑. โครงการอำเภอสะอาด หมู่บ้านติดดาว ของทางอำเภอสอง

๒. โครงการนำบ้านนำมอง ชุมชนเข้มแข็ง ปลอดภัยน้ำยุงลาย ในพื้นที่ของ อปท. บางแห่ง

ผู้รายงาน นายศิริรุท ขันดีสินนท์

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทรศัพท์ ๐๘๑ - ๙๕๐๕๒๕๐

การดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดในพื้นที่

โรค/ปัญหาระบาด (ลำดับที่ ๒) การป้องกันอุบัติเหตุ

KPI : ระดับความสำเร็จของอำเภอมีมาตรการแก้ไขปัญหาคือ

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

ตารางที่ ๑ จำนวน/อัตราป่วยและอัตราตายจากอุบัติเหตุ ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐ ถึง ก.ย. ๒๕๖๑)

ปี พ.ศ.	ประชากร	จำนวนป่วย	อัตราป่วย	จำนวนตาย	อัตราตาย
๒๕๕๘	๕๑,๐๙๖	๔๙๕	๙๗๘.๑๘	๕	๙.๘๘
๒๕๕๙	๕๐,๘๙๙	๕๒๗	๑๐๔๑.๔๒	๑๑	๒๑.๗๔
๒๕๖๐	๕๐,๖๐๔	๔๕๖	๙๐๑.๑๑	๑๑	๒๑.๗๔
๒๕๖๑	๕๐,๖๐๔	๕๒๓	๘๔๙.๗๔	๑๔	๒๗.๖๖

สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของอำเภอสอง ปังบประมาณ ๒๕๖๑ มีผู้บาดเจ็บทั้งหมด ๕๒๓ ราย แยกเป็นชาย ๓๒๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๑.๑๙ หญิง ๒๐๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๘.๘๑ เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๐ จำนวน ๖๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๘๑ ประเภทพาหนะที่พบมากที่สุด คือ รถจักรยานยนต์ ๓๒๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๑.๕๗ รองลงมาคือรถยนต์ ร้อยละ ๘.๙๙ ผู้บาดเจ็บเสียชีวิตทั้งหมด ๑๔ ราย ชาย ๑๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๑.๔๓ หญิง ๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๘.๕๗ (ผู้เสียชีวิตเป็นคนอำเภอสอง ๑๐ ราย ต่างจังหวัด ๔ ราย) เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๐ จำนวน ๔ รายคิดเป็นร้อยละ ๒๑.๔๓ สาเหตุการเสียชีวิตสูงสุดได้แก่ รถจักรยานยนต์ ๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๔.๒๙ รองลงมาได้แก่ รถปิกอัพ ๔ รายคิดเป็นร้อยละ ๒๘.๕๗ ช่วงเวลาที่เกิดเหตุมากที่สุดคือ เวลา ๑๕.๐๐-๑๙.๕๙ น. ๑๗๗ รายคิดเป็นร้อยละ ๓๓.๘๔ รองลงมาคือ เวลา ๒๐.๐๐-๒๓.๕๙ น.และเวลา ๑๐.๐๐-๑๔.๕๙ น คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๑๔ และร้อยละ ๑๙.๕๐ ตามลำดับ กลุ่มอายุผู้บาดเจ็บสูงสุดคือ อายุ ๓๑-๖๐ ปี ๒๓๐ ราย รองลงมาคือ อายุ ๑๖-๓๐ ปี ๑๖๖ ราย ร้อยละ ๔๓.๘๘ และ ๓๑.๗๔ ตามลำดับ ผู้บาดเจ็บจากรถจักรยานยนต์ ไม่สวมหมวกนิรภัย คิดเป็นร้อยละ ๗๒.๔๗ ผู้บาดเจ็บจากรถยนต์ ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย คิดเป็นร้อยละ ๗๑.๙๕ และเมื่อจำแนกจำนวนผู้บาดเจ็บเป็นรายเดือน พบว่าเดือนที่มีผู้บาดเจ็บสูงสุดได้แก่เดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๐ และเดือนกันยายน ๒๕๖๑ คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๘๖ และร้อยละ ๑๐.๘๘ ตามลำดับ พื้นที่ที่เกิดเหตุมากที่สุดคือ ตำบลบ้านกลางร้อยละ ๑๙.๕๐ รองลงมาได้แก่ ตำบลบ้านหนอง ร้อยละ ๑๙.๑๒ และตำบลห้วยหม้าย ร้อยละ ๑๔.๓๔

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (ต.ค.๒๕๖๑-ม.ค.๒๕๖๒) มีผู้บาดเจ็บทั้งหมด ๑๖๗ ราย แยกเป็นชาย ๑๑๘ ราย หญิง ๔๙ ราย ประเภทพาหนะที่พบมากที่สุด คือ รถจักรยานยนต์ ๑๓๓ ราย ไม่สวมหมวกนิรภัย ๗๙ ราย กลุ่มอายุผู้บาดเจ็บสูงสุดคือ อายุ ๓๑-๖๐ ปี ๙๗ ราย รองลงมาคือ อายุ ๑๖-๓๐ ปี ๔๔ ราย มีผู้เสียชีวิต ๓ ราย เป็นชายทั้งหมด และเป็นคนนอกพื้นที่ ๑ ราย สาเหตุการเสียชีวิตจากรถจักรยานยนต์ทั้ง ๓ ราย โดยไม่สวมหมวกนิรภัย ๒ ราย พื้นที่ที่เกิดเหตุมากที่สุดคือ ตำบลบ้านหนอง ๓๙ ราย รองลงมาได้แก่ ตำบลเตาปูน ๓๔ ราย และตำบลบ้านกลาง ๓๐ ราย

● การดำเนินงานของพื้นที่ (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. พัฒนาระบบบริหารจัดการให้เอื้อต่อการดำเนินงานการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน	มีคำสั่ง แผนงาน โครงการ	- ดำเนินงานตามโครงการ	จัดเก็บวิเคราะห์ข้อมูล	ติดตามประเมินผล
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	มีการประชุม คณะกรรมการตามคำสั่ง	มีการดำเนินงาน D-RTI	จัดเก็บวิเคราะห์ข้อมูล	การนำปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์มาจัดทำแผนปีต่อไป
ผลการดำเนินงาน	มีแผนงานโครงการประชุมคณะกรรมการ	มีการดำเนินงาน D-RTI		
๒. พัฒนาระบบการจัดการข้อมูล	- วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์หรือปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่อำเภอสองในปีที่ผ่านมา โดยบูรณาการข้อมูล ๓ ฐาน - สอบสวนการบาดเจ็บ	- กำหนดแนวทางพัฒนามาตรการชุมชนป้องกันอุบัติเหตุทางถนน - วิเคราะห์จุดเสี่ยงด้วย Application และระบบการรายงานอุบัติเหตุออนไลน์ (DDC accident online) - นำเสนอข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในปีที่ผ่านมา ต่อที่ประชุมหัวหน้าส่วนราชการอำเภอสอง	- จัดเก็บวิเคราะห์ข้อมูล - มีการใช้ระบบรายงาน IS online และระบบการรายงานอุบัติเหตุออนไลน์ (DDC accident online ในการเก็บรวบรวมข้อมูล - มีการสอบสวนการบาดเจ็บ - นำเสนอข้อมูลจุดเสี่ยงผ่าน สป.อ. หรือการประชุมของสหสาขา	- วิเคราะห์ข้อมูลจากระบบรายงาน IS และระบบการรายงานอุบัติเหตุออนไลน์ (DDC accident online)
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- มีข้อมูล ๓ ฐานของอำเภอ - มีการนำเสนอข้อมูลจุดเสี่ยงและ	- มีการนำเสนอข้อมูลจุดเสี่ยงและข้อมูลการสอบสวนมาใช้ในการแก้ไข	๑. มีการใช้ระบบรายงาน IS online และระบบการรายงานอุบัติเหตุออนไลน์	นำผลการสอบสวนและผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาใช้ในการจัดทำ

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
	ข้อมูลการสอบสวน มาใช้ในการแก้ไข ปัญหา	ปัญหา	(DCC accident online) ในการเก็บ รวบรวมข้อมูล ๒. มีการนำเสนอ ข้อมูลจุดเสี่ยง และ ข้อมูลการสอบสวน มาใช้ในการแก้ไข ปัญหา	แผนงานโครงการปี ต่อไป
ผลการดำเนินงาน	มีการบูรณาการข้อมูล ๓ ฐาน - มีการกำหนดจุด เสี่ยงในพื้นที่ต่างๆ ทั้ง ๘ อปท.			
๓. มาตรการ - รถพยาบาลปลอดภัย - การมีส่วนร่วมของ ชุมชน	๑. มีแผนงาน/ โครงการป้องกันการ บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ทางถนนผ่านระบบ สุขภาพอำเภอ (D-RTI) ๒. การดำเนินงาน ด้านชุมชน/มาตรการ ชุมชนเทศบาลปีใหม่ และสงกรานต์ ๓. จัดอบรมฟื้นฟู เครือข่ายกู้ชีพกู้ภัย ๔. อบรม อาสา ฉุกเฉินชุมชน แก่อาสา และประชาชน ๕. ประชาสัมพันธ์ รณรงค์การป้องกัน และลดอุบัติเหตุทาง ถนน และแจก นามบัตรเบอร์ ๑๖๖๙ แก่ประชาชน เทศบาลปีใหม่และ สงกรานต์	๑. อำเภอมีการ ดำเนินงานป้องกัน การบาดเจ็บจาก อุบัติเหตุทางถนน ผ่านระบบสุขภาพ อำเภอ (D-RTI) ๒. การดำเนินงาน ด้านชุมชน/ มาตรการชุมชน เทศบาลปีใหม่และ สงกรานต์ ๓. มีการติดตั้ง GPS และกล้องหน้ารถ และประกันชั้น ๑ ในรถนำส่งผู้ป่วย พนักงานขับรถผ่าน การอบรม	๑. มีการติดตั้ง GPS และกล้องหน้ารถ และประกันชั้น ๑ ในรถนำส่งผู้ป่วยและ พนักงานขับรถผ่าน การอบรม ๒. อบรมอาสา ฉุกเฉินชุมชน	ติดตาม/ประเมินผล การดำเนินงานการ ป้องกันอุบัติเหตุ ทางถนนของทั้ง ๘ ตำบล

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
	๖. มาตรการควบคุมวินัยจราจรเพื่อลดอุบัติเหตุทางถนนในเขตพื้นที่ควบคุมของอำเภอสอง			
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- ประชาชนในอำเภอมมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนผ่านระบบสุขภาพอำเภอ (D-RTI) - อสม. และประชาชนได้รับการอบรม อาสาฉุกเฉินชุมชน	- ประชาชนในอำเภอมมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนผ่านระบบสุขภาพอำเภอ (D-RTI) - เครือข่ายกู้ชีพได้รับการอบรมฟื้นฟูและขับขี่ปลอดภัย	๑. มีการติดตั้ง GPS และกล้องหน้ารถและประกันชั้น ๑ ในรถนำส่งผู้ป่วยและพนักงานขับรถผ่านการอบรมการขับขี่ปลอดภัย ๒. อบรมอาสาฉุกเฉินชุมชน	- ประชาชนในอำเภอมมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน - ไม่พบอุบัติเหตุของรถพยาบาล
ผลการดำเนินงาน	- ตั้งด้านชุมชนเทศบาลปีใหม่และสงกรานต์ - ปันจักรยานรณรงค์ลดอุบัติเหตุทางถนนเทศบาลปีใหม่และสงกรานต์ - อบรมฟื้นฟูเครือข่ายกู้ชีพกู้ภัย - อบรมอาสาฉุกเฉินชุมชนแก่ อสม. และประชาชน		มีการติดตั้ง GPS และกล้องหน้ารถจำนวน ๕ คันและประกันชั้น ๑ ในรถนำส่งผู้ป่วย ๒ คัน	- ประชาชนในอำเภอมมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน - ไม่พบอุบัติเหตุของรถพยาบาล

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน	คปสอ.สอง ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (รวม)
อัตราการตายจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน ไม่เกิน ๑๖ ต่อประชากรแสนคน	๓ ราย (๖.๐๑ ต่อแสนประชากร)

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (ต.ค.๒๕๖๑ - ม.ค.๒๕๖๒) มีผู้บาดเจ็บทั้งหมด ๑๖๗ ราย แยกเป็นชาย ๑๑๘ ราย หญิง ๔๙ ราย ประเภทพาหนะที่พบมากที่สุด คือ รถจักรยานยนต์ ๑๓๓ ราย ไม่สวมหมวกนิรภัย ๗๙ ราย กลุ่มอายุผู้บาดเจ็บสูงสุดคือ อายุ ๓๑ - ๖๐ ปี ๙๗ ราย รองลงมา คือ อายุ ๑๖ - ๓๐ ปี ๔๔ ราย มีผู้เสียชีวิต ๓ ราย เป็นชายทั้งหมด และเป็นคนนอกพื้นที่ ๑ ราย สาเหตุการเสียชีวิตจากรถจักรยานยนต์ทั้ง ๓ ราย โดยไม่สวมหมวกนิรภัย ๒ ราย พื้นที่ที่เกิดเหตุมากที่สุด คือ ตำบลบ้านหนูน ๓๙ ราย รองลงมาได้แก่ ตำบลเตาปูน ๓๔ ราย และตำบลบ้านกลาง ๓๐ ราย

● สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

๑. ประชาชนขาดจิตสำนึกเรื่อง ความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน ขาดวินัยจราจร

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
ประชาชนขาดจิตสำนึกเรื่อง ความปลอดภัยในการใช้รถ ใช้ถนน ขาดวินัยจราจร	๑. สร้างความตระหนัก ให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งต้องประสานงาน ติดตามผลในระยะต่อเนื่อง ๒. หน่วยงานราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่างๆ ควรเป็นต้นแบบในเรื่องความปลอดภัยในการใช้รถ ใช้ถนน การรักษาวินัยจราจร โดยมีการบรรจุสาระเรื่อง การป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในการประชุมประจำเดือนของหัวหน้าส่วนราชการทุกครั้ง และคืนข้อมูลแก่อนุวยงานนั้นๆ เมื่อพบเจ้าหน้าที่หรือพนักงานประจำหน่วยงานนั้น ทำผิดกฎหมายจราจร และควรมีบทลงโทษเพื่อให้เห็นความสำคัญและมีการแก้ไขปัญหาร่วมกันต่อไป

● ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

- ควรบรรจุหลักสูตรเรื่องความปลอดภัยทางถนนตั้งแต่วัยเรียน เพื่อปลูกฝังเด็กซึ่งจะก้าวสู่วัยรุ่น วัยทำงาน ให้มีความรู้และจิตสำนึก รับผิดชอบต่อสังคม เรื่องความปลอดภัยทางถนน

● นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง(ถ้ามี)

๑. การบันทึกข้อมูลและรายงานอุบัติเหตุออนไลน์ผ่าน Application DDC ๑ accident on line เพื่อกำหนดจุดเสี่ยงในพื้นที่จริง และนำมาใช้ประโยชน์ในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่

๒. มาตรการควบคุมวินัยจราจรเพื่อลดอุบัติเหตุทางถนนในเขตพื้นที่ควบคุมของอำเภอสอง: โครงการถนนสีขาว มีมาตรการคือ

๒.๑. เส้นทางพื้นที่ควบคุม ขับขี่ด้วยความเร็ว ไม่เกิน ๔๐ กิโลเมตร/ชั่วโมง

๒.๒. สวมหมวกกันน็อค ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์

๓. คู่มือการขับเคลื่อนศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ D RTI : สองโมเดล โดยการถอดบทเรียนการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ต้นแบบ อำเภอสอง จังหวัดแพร่ เพื่อขยายผลสู่พื้นที่อื่นๆในเขตสุขภาพที่ ๑

● ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๑ - ๒๕๖๒ ทำให้

๑. อำเภอสองได้รับการประเมินและผ่านการประเมินรับรองอำเภอดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน (DHS -RTI) ดีเยี่ยม (advanced) ระดับทองประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐ จากกระทรวงสาธารณสุข

๒. เมื่อวันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านหนุน ได้รับรางวัล

๒.๑ ทีมป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับตำบล/หน่วยงาน (RTIตำบล) ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐

จากกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

๒.๒ รับโล่ประกาศเกียรติคุณแก่องค์กรที่มีบุคลากรสวมหมวกนิรภัยและคาดเข็มขัดนิรภัย ๑๐๐ %

และมีอุบัติเหตุทางถนนลดลงจากปีที่ผ่านมาจาก สสส. สอจร. เมื่อวันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๑

๓. ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ได้รับการคัดเลือกจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ ๑ เชียงใหม่ จัดทำคู่มือการขับเคลื่อนศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ D RTI : สองโมเดล โดยการถอดบทเรียนการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ต้นแบบ อำเภอสอง จังหวัดแพร่ เพื่อขยายผลสู่พื้นที่อื่นๆ ในเขตสุขภาพที่ ๑

**** ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ อำเภอสอง มีการดำเนินการต่อเนื่อง ดังนี้

๑. ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอสอง (ศปถ.อำเภอ) มีการประชุมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ มีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ หรือปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่อำเภอสองในปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑ และร่วมกันกำหนดแนวทางพัฒนามาตรการชุมชนป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ปี ๒๕๖๒

๒. นำข้อมูลมาวิเคราะห์จุดเสี่ยงและการแก้ไขของพื้นที่ ทั้ง ๘ ตำบล เน้นเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์

๓. รมรณรงค์และดำเนินการต่อเนื่องโครงการถนนสีขาวโดยนายอำเภอ และสหวิชาชีพเขตอำเภอสอง

๔. ให้ความรู้การป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนทางสถานีวิทยุชุมชน

๕. ให้ความรู้การป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนแก่ชุมชนเยาวชนและหน่วยงานต่างๆ

๖. โครงการครู ๕ นาที : ให้ความรู้การป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนแก่นักเรียน โรงเรียนในเขตอำเภอสอง

๗. อบรมอาสาจราจรแก่นักเรียน

๘. โครงการตำรวจอาสา : อบรมจิตอาสาแก่ อปพร.

๙. ประชุมพัฒนาศักยภาพพนักงานขับรถพยาบาล รถ EMS มาตรการป้องกันลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

๑๐. อบรมอาสาฉุกเฉินชุมชนและ EMR

๑๑. ปั่นจักรยานรณรงค์ลดอุบัติเหตุทางถนนและเปิดยุทธการ ๗ วันป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุทางถนน เทศกาลปีใหม่ วันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๑ และเทศกาลสงกรานต์ วันที่ ๑๑ เมษายน ๒๕๖๒ ณ ด่านตรวจนางฟ้า

๑๒. การตั้งด่านชุมชน เทศกาลปีใหม่และสงกรานต์๒๕๖๒

๑๓. การบังคับใช้กฎหมายและอบรมผู้ฝ่าฝืนกฎจราจรเพื่อให้ความรู้เรื่องวินัยจราจรและตักเตือนแทนการชำระค่าปรับ

๑๔. การสอบสวนโรคทางระบาดวิทยา

ปัจจัยความสำเร็จผู้บริหาร(นายอำเภอ) หัวหน้าส่วนราชการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่างๆ ให้ความสำคัญ และมีความมุ่งมั่นตั้งใจในการจัดการปัญหา รวมถึงภาคีเครือข่ายและภาคประชาชนร่วมกันจัดการปัญหาแบบมีส่วนร่วมในรูปแบบคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ผู้รายงาน นางปาริชาติ วันละ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

การดำเนินงานแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่

โรค/ปัญหาสาธารณสุข (ลำดับที่ ๓) โรควัณโรค

KPI : ความสำเร็จของการรักษา ควบคุม ป้องกัน วัณโรคปอดในพื้นที่

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

การค้นพบผู้ป่วยวัณโรคของอำเภอสองจากการรายงานปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค จำนวน ๗๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๔๓ ของเป้าหมาย ลดลงจากปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ร้อยละ ๙.๔๙ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (ข้อมูล ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ - ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒) ได้ขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรค จำนวน ๓๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๔.๘๗ ของเป้าหมาย เท่ากับ ๗๐ ต่อแสนประชากร เป็นผลมาจากการค้นหาผู้ป่วยโดยการคัดกรองโดยอาสาสมัครในชุมชนทั้งในคลินิกบริการและในชุมชน ได้มีการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในคลินิกทุกคนทุกครั้งที่มารับบริการ การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงด้วยการถ่ายภาพรังสี บรูณาการการคัดกรองวัณโรคเข้ากับการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ซึ่งถือเป็นแนวทางที่กำหนดในการคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมายเพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ให้พบผู้ป่วยโดยเร็วและเข้าสู่ระบบการรักษาตามมาตรฐานโดยเร็ว

สถานการณ์วัณโรคอำเภอสองปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (ข้อมูล ณ วันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒) ในผู้ป่วยคนไทย พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนทุกประเภทจำนวน ๓๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๔.๘๗ ของเป้าหมาย จำแนกเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อ (New Pulmonary Tuberculosis smear positive) มากที่สุดจำนวน ๑๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๑.๔๒ ของผู้ป่วยวัณโรคปอดทั้งหมด ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ๓ ราย ร้อยละ ๘.๕๗ วัณโรคปอดรายใหม่เสมหะไม่พบเชื้อ (New M-) ๑๐ ราย ร้อยละ ๒๘.๕๗ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่นอกปอด ๓ ราย ร้อยละ ๘.๕๗ ผลสำเร็จของการรักษา รอบที่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ ถึง ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ รักษาหายหรือรักษากรบ (Success rate) ๑๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๕.๓๘ ตาย ๘ ราย ร้อยละ ๓๐.๗๗ ขาดยาตั้งแต่ ๒ เดือนขึ้นไป ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓.๘๕ (ขึ้นทะเบียนรักษาใหม่ เป็น TAF)

● (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรค	- ชี้แจงแนวทางดำเนินงาน	- คัดกรองบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข	- คัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดยการ CXR ทุก ๖ เดือน และ Verbal ทุก visit ให้ได้ ๙๐%	- คัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดยการ CXR ทุก ๖ เดือน และ Verbal ทุก visit ให้ได้ ๑๐๐%
๑.๑ ผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท ปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๑	- คัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดยการ CXR ทุก ๖ เดือน และ Verbal ทุก visit ให้ได้ ๓๐%	- คัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดยการ CXR ทุก ๖ เดือน และ Verbal ทุก visit ให้ได้ ๖๐%	- CXR ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการมีไข้ ไอ ๑๐๐ %	- CXR ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการมีไข้ ไอ ๑๐๐%
๑.๒ ผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท ปี ๒๕๖๒	- CXR ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการมีไข้ ไอ ๑๐๐%			
๑.๓ บุคลากรทางแพทย์				

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑.๔ ผู้สูงอายุติดบ้าน ๑.๕ ผู้สูงอายุติดเตียง ๑.๖ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ๑.๗ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ๑.๘ กลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำ ๑.๙ กลุ่มแรงงานข้ามชาติ ๑.๑๐ กลุ่ม COPD ๑.๑๑ กลุ่ม CKD ๔-๕ ๑.๑๒ กลุ่มติดสุรา ๑.๑๓ ทุพโภชนาการ	- คัดกรองผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคโดยการ CXR ๑๐๐% ถ้าผิดปกติให้ส่งตรวจ Xpert	- CXR ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการมีไข้ ไอ ๑๐๐% - คัดกรองผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคโดยการ CXR ๑๐๐% ถ้าผิดปกติให้ส่งตรวจ Xpert	- คัดกรองผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคโดยการ CXR ๑๐๐% ถ้าผิดปกติให้ส่งตรวจ Xpert	- ทบทวนแนวทางการดำเนินงานปรับปรุงไว้ใช้ในปีต่อไป - คัดกรองผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคโดยการ CXR ๑๐๐% ถ้าผิดปกติให้ส่งตรวจ Xpert
๒. การวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยวัณโรค	- ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน - ค้นหาวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรค และขึ้นทะเบียนรักษา ให้ได้มากกว่าหรือเท่ากับ ๓๐% ของจำนวนการคาดประมาณ (๑๕๖ ต่อแสนประชากร)	- ค้นหาและวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรค และขึ้นทะเบียนรักษา ให้ได้ มากกว่าหรือเท่ากับ ๕๐% ของจำนวนการคาดประมาณ (๑๕๖ ต่อแสนประชากร)	- ค้นหาวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรค และขึ้นทะเบียนรักษา ให้ได้ มากกว่าหรือเท่ากับ ๗๐% ของจำนวนการคาดประมาณ (๑๕๖ ต่อแสนประชากร)	- ค้นหาวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรค และขึ้นทะเบียนรักษา ให้ได้ มากกว่าหรือเท่ากับ ๘๕% ของจำนวนการคาดประมาณ (๑๕๖ ต่อแสนประชากร) - ทบทวนแนวทางการดำเนินงานปรับปรุงไว้ใช้ในปีต่อไป
๓. ผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	- ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทุกคนที่ขึ้นทะเบียนรักษาต้อง Admit ๒ สัปดาห์ - มีผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยวัณโรคแต่ละรายอย่างชัดเจนถึงระดับตำบล - ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคทุกรายของปี ๒๕๖๒	- ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทุกคนที่ขึ้นทะเบียนรักษาต้อง Admit ๒ สัปดาห์ - มีผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยวัณโรคแต่ละรายอย่างชัดเจนถึงระดับตำบล - ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคทุกราย ของปี ๒๕๖๒	- ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทุกคนที่ขึ้นทะเบียนรักษาต้อง Admit ๒ สัปดาห์ - มีผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยวัณโรคแต่ละรายอย่างชัดเจนถึงระดับตำบล - ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคทุกราย ของปี ๒๕๖๒	- ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทุกคนที่ขึ้นทะเบียนรักษาต้อง Admit ๒ สัปดาห์ - มีผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยวัณโรคแต่ละรายอย่างชัดเจนถึงระดับตำบล - ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคทุกราย ของปี ๒๕๖๒

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
	- มีทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นที่ปรึกษาในการดูแลรักษาวัณโรค ระดับจังหวัด และระดับเขต	- ผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ มากกว่าหรือเท่ากับ ๖๐%	- ใช้กลไก พชอ./พชช. ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคและช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจและสังคม - ผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ มากกว่าหรือเท่ากับ ๘๐ %	- ผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ มากกว่าหรือเท่ากับ ๘๕ % - ทบทวนและปรับปรุงไว้ใช้ในปีต่อไป
๔. ส่งเสริมสนับสนุนความรู้เรื่องวัณโรคแก่ประชาชน	- แจ้งในที่ประชุมประจำเดือนของผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน/ผู้นำท้องถิ่น - ประชาสัมพันธ์ทางเสียงตามสายหมู่บ้าน	- แจ้งในที่ประชุมประจำเดือนของผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน/ผู้นำท้องถิ่น - ประชาสัมพันธ์ทางเสียงตามสายหมู่บ้าน	- แจ้งในที่ประชุมประจำเดือนของผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน/ผู้นำท้องถิ่น - ประชาสัมพันธ์ทางเสียงตามสายหมู่บ้าน	ติดตามประเมินผล การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค
๕. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ	มีการบันทึกข้อมูลการคัดกรอง และการรักษา ในโปรแกรม TBCM Online ๑๐๐%	มีการบันทึกข้อมูลการคัดกรอง และการรักษา ในโปรแกรม TBCM ๑๐๐%	มีการบันทึกข้อมูลการคัดกรอง และการรักษา ในโปรแกรม TBCM Online ๑๐๐%	ติดตามประเมินผล

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒ (๑ ต.ค. ๖๑ - ๒๕ ก.พ. ๖๒)
อัตราความครอบคลุมของการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค				๒๐.๓๕
ผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมอพบเชื้อ (Success rate)	๘๒.๗๖	๘๑.๗๑	๗๓.๓๓	๖๕.๓๘
อัตราการเปลี่ยนผลเสมหะเป็นลบเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้น (conversion rate)	๗๙.๓๑	๙๐.๐๐	๗๕.๐๐	๗๖.๔๗
อัตราการขาดยา (Default Rate)	๐	๒.๔๔	๒.๒๒	๓.๘๕
ตาย	๑๕.๕๒	๑๕.๕๘	๒๒.๒๒	๓๐.๗๗

- สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

-

- ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
อัตราความสำเร็จของการรักษาที่ไม่ถึงเป้าหมายผู้ป่วยตาย ขาดยา	๑. ค้นหาเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเพื่อเข้าสู่ระบบการวินิจฉัยและรักษาให้เร็วโดยเฉพาะผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมโดยเฉพาะในกลุ่ม HT DM และผู้ที่ติดบ้านติดเตียงที่อาจต้องให้เจ้าหน้าที่เข้าไปคัดกรองที่บ้านในกลุ่มดังกล่าว ๒. ปัจจัยที่มีส่วนส่งเสริมการคัดกรองให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ได้แก่ ๒.๑ ทักษะและความเชี่ยวชาญของเจ้าหน้าที่คัดกรอง โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงที่มีโรคร่วมเช่นโรคที่มีภาวะไอเรื้อรัง เช่น COPD ๒.๒ การซักประวัติโรคอื่นๆ ของผู้ป่วยก่อนการคัดกรอง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการคัดกรอง ๓. การเฝ้าระวังการเสียชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคร่วมต่างๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และถูกลมโป่งพอง ๔. การบูรณาการงานวัดโรคร่วมกับงานโรคเรื้อรัง เช่นเดียวกับการบูรณาการงานเอดส์และการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรค ๕. ผู้ป่วยวัยทำงาน เมื่อป่วยจะกลับมารักษาตัวที่บ้านและเมื่ออาการทุเลาจะกลับไปทำงานต่างจังหวัดทำให้ขาดยา เน้นเรื่องการย้ายที่อยู่ในกลุ่มผู้ป่วยวัยทำงานว่าต้องแจ้งแก่เจ้าหน้าที่

- ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

- ควรมีการปรับปรุงนิยามของตัวชี้วัด เช่น ผู้ป่วยตายด้วยโรคอื่นขณะที่เป็นโรค ไม่ควรนำมานับเป็นผู้ป่วยโรคตาย เนื่องจากจะมีผลต่อผลลัพธ์ของตัวชี้วัดความสำเร็จ
- การกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการคัดกรองโรค ควรมีความชัดเจนในเรื่องแนวทางการดำเนินงาน นิยามของกลุ่มเป้าหมาย/โรคร่วม ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

- นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง(ถ้ามี)

๑. การบูรณาการงานคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคเข้ากับงานโรคเรื้อรัง คลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ โดยมีการคัดกรองวัณโรคทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการ

ผู้รายงาน นางสาวจิน ปินตากุล
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

การดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดในพื้นที่

โรค/ปัญหาระบาด (ลำดับที่ ๔) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ

๑. อัตราป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน
๒. อัตราป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง
๓. ร้อยละ ผู้ป่วย DM ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี
๔. ร้อยละผู้ป่วย HT ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

อำเภอสอง จังหวัดแพร่ พบผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงขึ้น โดยพบว่าในปี ๒๕๕๙ และ ๒๕๖๐ มีผู้ป่วยเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง สูงขึ้นเรื่อยๆ สาเหตุหลักสำคัญของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ในการดำเนินชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานอาหารรสจัด เช่น หวานจัด เค็มจัด อาหารที่มีไขมันสูง อาหารปิ้งย่าง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย การนอนดึก การมีความเครียดสูง การรับประทานยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์ เป็นต้น ดังนั้น ประชาชนที่มีพฤติกรรมดำเนินชีวิตเช่นนี้จึงมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และที่สำคัญยังถือเป็นสาเหตุหลักการเสียชีวิตของประชาชนคนไทยสูงขึ้น และผู้ป่วยส่วนใหญ่มิ่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น โดยจากการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ในปี ๒๕๕๙ – ๒๕๖๑ คิดเป็น ๒๖๓, ๓๐๒.๕๖, ๓๑๐.๒๕ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ในปี ๒๕๕๙ – ๒๕๖๑ คิดเป็น ๖๑๘.๒๕, ๖๘๙.๖๐, ๗๒๓.๒๖ ต่อแสนประชากรตามลำดับ และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี

● การดำเนินงานของพื้นที่ (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. การคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	- วางแผนการดำเนินงานการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังในประชาชนอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไปให้ครอบคลุม - การคัดกรองผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองและแยกกลุ่ม เพื่อวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	- ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังให้เข้มข้นและเน้นรายบุคคล - การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายกลุ่มในคลินิก NCD และเน้นการปรับเปลี่ยนรายบุคคลในคลินิกโรคหัวใจและการออกหน่วย PCC	ติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยที่เสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในบางรายอย่างต่อเนื่อง	ติดตามผลการดำเนินงานรายไตรมาสและถอดบทเรียนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๑
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังมีความครอบคลุม	- กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังได้รับการปรับเปลี่ยน	- มีการติดตามประเมินผลการ	ติดตามผลการดำเนินงานและถอด

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
	- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมรายบุคคลในผู้ป่วยทุกราย	พฤติกรรมทุกรายอย่างเหมาะสม - มีการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยตามแผน	ดำเนินงานทุก ๓ เดือน	บทเรียนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๒
ผลการดำเนินงาน	- ดำเนินงานการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง - มีการจัดกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	- มีแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงให้ครอบคลุม - มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงทั้งรูปแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม		
๒.การป้องกันระดับชุมชน	๑. เฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ๒. ให้สุศึกษาการป้องกันการเกิดโรคและพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มต่างๆ เช่น นักเรียน ผู้นำชุมชน อสม. อสค. ชมรมต่างๆ ๓. มีแผนการรณรงค์สื่อสารประชาสัมพันธ์	๑. จัดทำสื่อต้นแบบในการรณรงค์สื่อสารเตือนภัย ๒. รณรงค์ประชาสัมพันธ์และสื่อสารเตือนภัย บูรณาการร่วมกับตำบลจัดการสุขภาพ สถานประกอบการต่างๆ สถานที่ทำงาน	๑. รณรงค์ประชาสัมพันธ์และสื่อสารเตือนภัย บูรณาการร่วมกับตำบลจัดการสุขภาพ สถานประกอบการต่างๆ สถานที่ทำงาน ๒. มีการนำสื่อต้นแบบไปใช้ในการประชาสัมพันธ์	๑. ดำเนินการตำบลต้นแบบในการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	มีแผนในการประชาสัมพันธ์	มีสื่อต้นแบบในการรณรงค์	- มีกิจกรรมการรณรงค์ที่ชัดเจน	มีตำบลต้นแบบ ๑ – ๒ แห่ง
ผลการดำเนินงาน	มีการประชุมในการชี้แจงแผนระดับอำเภอ ๑ ครั้ง	- การจัดทำสื่อต้นแบบ		
๓. การป้องกันในสถานบริการ(กลุ่มป่วย)	๑. ประเมิน CVD Risk ใน Pt.DM HT ผู้ที่มี CVD Risk สูง $\geq 30\%$ ได้รับการปรึกษารายบุคคลและการปรับพฤติกรรม	๑. ประเมิน CVD Risk ใน Pt.DM HT ผู้ที่มี CVD Risk สูง $\geq 30\%$ ได้รับการปรึกษารายบุคคลและการปรับพฤติกรรม	๑. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพอบรม Care manager อาสาสมัครแกนนำประจำ ครอบครัว	๑.การพัฒนาคุณภาพการบริการและเชื่อมโยงการให้บริการระดับชุมชนกับสถาน

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
	๒. พัฒนาโปรแกรมการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CV Risk) ๓. การจัดการรายกรณีกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจในคลินิกโรคหัวใจ ๔. สนับสนุนการจัดตั้งคลินิก DPAC ทุก รพ.สต.	๒. พัฒนาระบบ NCD Clinic Plus ,CKD Clinic ๓. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเน้นการจัดการรายกรณี เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาและความร่วมมือของผู้ป่วย ๔. พัฒนาเครือข่ายและระบบส่งต่อทั้งไปและกลับ ๕. จัดทำคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วย NCDs ร่วมกับทีม NCD ระดับจังหวัด	๒. พัฒนาศักยภาพเพื่อดูแลผู้ป่วยเมื่อส่งกลับ Refer back STEMI , Warfarin และ Heart Failure รับยาใกล้บ้าน	บริการในระดับชุมชนกับสถานบริการ ๒. จัดให้มีแพทย์ที่ปรึกษาในการรักษาโรค NCD CUP ละ ๑ คนเพื่อให้คำปรึกษาในกรณีผู้ป่วยที่ Uncontrolled
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมิน CVD risk ๓๐%	- ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมิน CVD risk ๖๐% - ผู้ป่วย HT ควบคุมระดับความดันได้ ร้อยละ ๒๕ - ผู้ป่วย DM ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ร้อยละ ๒๐ - โรงพยาบาลมีการประเมินตนเองตามแบบประเมิน NCD Clinic Plus	- ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมิน CVD risk ๘๐% - ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมิน CVD risk ๘๐%	- อัตราผู้ป่วยรายใหม่เบาหวาน ลดลงร้อยละ ๕ - อัตราผู้ป่วยรายใหม่เบาหวาน ลดลงร้อยละ ๕และความดันโลหิตสูงลดลง ร้อยละ ๒.๕ - ผู้ป่วย HT ควบคุมระดับความดันได้ ร้อยละ ๕๐ - ผู้ป่วย DM ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ร้อยละ ๒๕ - รพ. ผ่านการประเมิน NCD Clinic Plus โดยคณะทำงานระดับจังหวัด
ผลการดำเนินงาน	- ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมิน CVD risk ร้อยละ ๔๕.๒๒	- อัตราผู้ป่วยรายใหม่เบาหวานลดลง ร้อยละ ๔๓.๔๖ (เป้าร้อยละ ๕)		- อัตราผู้ป่วยรายใหม่เบาหวาน ลดลง ร้อยละ ๕

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
		และความดันโลหิตสูง ลดลง ร้อยละ ๓๒.๓๕(เป้าร้อยละ ๒.๕) - ผู้ป่วย DM ควบคุม ระดับน้ำตาลได้ ร้อย ละ ๓.๕๒ (เป้าร้อย ละ ๔๐)		- อัตราผู้ป่วยราย ใหม่เบาหวาน ลดลง ร้อยละ ๕ และความดัน โลหิตสูงลดลง ร้อยละ ๒.๕ - ผู้ป่วย HT ควบคุมระดับ ความดันได้ ร้อย ละ ๔๐.๖๖ - ผู้ป่วย DM ควบคุมระดับ น้ำตาลได้ ร้อยละ ๘.๐๗
๔. การบริหารจัดการ	๑. จัดทำแผนการ ดำเนินงานระดับอำเภอ ๒. ประชุมคณะทำงาน เพื่อการกำกับ/ติดตาม งานและข้อมูล	๑. การกำกับติดตาม และประเมินผล ร่วมกับงาน ยุทธศาสตร์ ๒. ประชุม คณะทำงาน เพื่อการ กำกับ/ติดตามงาน และข้อมูล	๑. ประชุม คณะทำงาน เพื่อ การกำกับ/ติดตาม งานและข้อมูล	๑. การกำกับ ติดตามและ ประเมินผล ร่วมกับงาน ยุทธศาสตร์ ๒. ประชุม คณะทำงานเพื่อ การกำกับ/ ติดตามงานและ ข้อมูล
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- มีแผนการดำเนินงาน ระดับอำเภอ - มีการประชุม คณะทำงาน	- มีการนิเทศติดตาม และประเมินผล	- มีการประชุม คณะทำงาน	- มีการนิเทศ ติดตามและ ประเมินผล
ผลการดำเนินงาน	- มีแผนการดำเนินงาน - มีการประชุม ๒ ครั้ง	- มีการประเมินผล ร่วมกับกลุ่มงาน ยุทธศาสตร์ ๒ ครั้ง - มีการนิเทศงาน NCD ใน รพ.สต. เครือข่าย		

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน								
	บ้าน หนุน	บ้าน กลาง	ห้วย หม้าย	เตาปูน	หัวเมือง	สะเยียบ	แดนชุม พล	ทุ่งนาว	รวม
๑. อัตราป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน	๓๑	๓๑	๒๔	๑๑	๒๔	๑๓	๖	๙	๒๙๘.๕๐ ต่อแสน ปชก. (๑๔๙ ราย)
๒. อัตราป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง	๖๑	๖๒	๗๓	๖๔	๖๘	๔๘	๒๕	๓๑	๘๕๖.๔๕ ต่อแสน ปชก. (๔๓๒ ราย)
๓. ร้อยละ ผู้ป่วย DM ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	๑๕	๑๑	๒	๑	๒	๑	๒	๓	ร้อยละ ๑.๕๐ (๓๗ ราย)
๔. ร้อยละผู้ป่วย HT ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	๔๖๓	๓๕๒	๒๔๐	๒๗๓	๓๔๔	๓๓๙	๑๐๙	๑๖๖	ร้อยละ ๓๑.๑๐ (๒,๒๘๖ราย)

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
๑. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยส่วนใหญ่ทำได้ยากเนื่องจากความตระหนักและการเปลี่ยนแปลงเฉพาะบุคคล รวมถึงการมีกรณีโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหารแพร่หลายประเภทเกินจริง ที่เป็นสาเหตุสำคัญในการเกิดโรค ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นในทุกปี	๑. ส่วนกลางควรมีการจัดการในระบบสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์อาหาร ขนม ที่ส่งผลเสียต่อร่างกายอย่างเข้มข้น ๒. เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล เพื่อค้นหาสาเหตุและการปรับพฤติกรรมตนเองได้อย่างเหมาะสม และมีการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายมากขึ้น

ผู้รายงาน นางหทัยกาญจน์ รัตนกรัณท์กุล
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

การดำเนินงานแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่

โรค/ปัญหาสาธารณสุข (ลำดับที่ ๕) ผู้สูงอายุ

KPI : ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

รัฐบาลมีนโยบายด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่มมาอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี ๒๕๖๑ จังหวัดแพร่ มีประชากร ๔๔๙,๘๑๐ คน มีจำนวนผู้สูงอายุ ๙๐,๓๙๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๑๐ ของประชากรทั้งหมด (ข้อมูลประชากร กระทรวงมหาดไทย ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๐) จากข้อมูลดังกล่าวเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของการอนามัยโลกพบว่าจังหวัดแพร่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่สมบูรณ์แล้ว และข้อมูลการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ จากฐานข้อมูล Health Data Center ข้อมูลประชากรของอำเภอสองในปี ๒๕๖๒ มีจำนวนทั้งหมด ๓๕,๖๔๒ คน ข้อมูลผู้สูงอายุ มีจำนวนทั้งหมด ๙,๗๔๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๗.๓๔ ได้รับการคัดกรองประเมิน จำนวน ๙,๑๕๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๓.๙๓ พบว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มติดสังคมจำนวน ๘๙๕๘ คน (ร้อยละ ๙๓) กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านจำนวน ๑๔๖ คน (ร้อยละ ๑.๕๙) และผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน ๕๐ คน (ร้อยละ ๐.๕๔) จากข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร่วมกับการเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องการการบริการดูแลแบบต่อเนื่อง ในขณะที่ศักยภาพของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุถดถอยลง การเคลื่อนย้ายของคนวัยแรงงานสู่สังคมเมือง ทำให้ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขโดยความร่วมมือของทุกภาคส่วน

ในปี ๒๕๕๙ อำเภอสองได้ดำเนินการตำบล Long Term Care ในพื้นที่นำร่องตำบลห้วยหม้าย มีการจัดบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน ๓ แห่ง ได้แก่ รพ.สต.บ้านดอนแก้ว รพ.สต.ห้วยซอน และ รพ.สต.บ้านลูนี เกตุ ปี ๒๕๖๐ อำเภอสอง ได้ขยายผลระบบการดูแลระยะยาวครอบคลุม ๗ ตำบล (๘ กองทุนสุขภาพตำบล) คิดเป็นร้อยละ ๘๗.๕ ของพื้นที่ โดยมีการทำงานแบบบูรณาการทั้งภาครัฐ ท้องถิ่น และภาคประชาชน โดยมีการสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรม Care Manager จำนวน ๑๔ คน (ร้อยละ ๙๓) และจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) รวมทั้งสิ้น จำนวน ๑๓๘ คน ครอบคลุมทุกตำบลที่เข้าร่วมโครงการ

● แผนการดำเนินงานของพื้นที่ ในปี ๒๕๖๒

๑. พัฒนาสถานบริการเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุ ตามมาตรฐาน
๒. ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่
๓. สนับสนุนการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่
๔. ส่งเสริมการดำเนินงาน Long Term Care ในพื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการและยังไม่เข้าร่วมโครงการ
๕. ส่งเสริมและทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุ
๖. ดำเนินงานตามโครงการสร้างระบบสุขภาพสู่แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดแพร่
๗. ประสานการทำงานร่วมกัน ระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ ร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ตำบล Long Term Care

● การดำเนินงานของพื้นที่ (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. ส่งเสริมและสนับสนุนให้พื้นที่ดำเนินการตามแนวทาง LTC	จัดทำแผนงานโครงการ ในการดำเนินงาน LTC	ส่งเสริมและทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุ	ส่งเสริมและทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุ	ส่งเสริมและทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุ
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	มีแผนงาน/โครงการในการดำเนินงานตำบล LTC	ตำบลที่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๑๐๐	ตำบลที่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๑๐๐	ตำบลที่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๑๐๐
ผลการดำเนินงาน	ร้อยละของตำบลที่มีแผนงาน/โครงการร้อยละ ๑๐๐	ตำบลที่ผ่านเกณฑ์จำนวน ๗ ตำบล (ร้อยละ ๘๗.๕)		
๒. จัดบริการแก่กลุ่มเป้าหมาย -พัฒนาศักยภาพ Care manager -จัดทำ Care plan และนำไปใช้	มีฐานข้อมูลสัดส่วนของ Care manager, Care giver และ Care plan / เป้าหมายที่ต้องดูแล	พัฒนาศักยภาพ Care manager และ Care giver	CM มีการเขียน Care plan และกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลตาม Care plan	CM มีการเขียน Care plan และกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลตาม Care plan
ผลการดำเนินงาน	มีฐานข้อมูลที่มีการรายงานทุก ๑ เดือน	มี CM จำนวน ๑๔ คน และ CG รวม ๑๓๘ คน ผู้สูงอายุติดเตียงได้รับการดูแลตาม Care Plan ร้อยละ ๑๐๐		
๓. ขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ตำบล Long Term Care	ประเมินตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ตามที่กรมอนามัยกำหนด	ประเมินตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ตามที่กรมอนามัยกำหนด	ประเมินตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ตามที่กรมอนามัยกำหนด	ประเมินตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ตามที่กรมอนามัยกำหนด
ผลการดำเนินงาน	ร้อยละตำบลที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๘๕.๕๐	ร้อยละตำบลที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๘๕.๕๐		

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน	คปสอ.สอง								
	บ้าน กลาง	บ้าน หนุน	เตาปูน	สะเอียบ	ห้วย หม้าย	ทุ่ง น้ำว	แดน ชุมพล	หัว เมือง	รวม
ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ไม่เข้าร่วมโครงการ	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ตำบลที่เข้าร่วมโครงการผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๑๐๐

● สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

- ระบบการเบิกจ่ายค่าตอบแทนที่ไม่เหมาะสมอาจมีผลต่อความยั่งยืนของการดำเนินงาน
- เกณฑ์การเบิกจ่ายของแต่ละกองทุนมีความแตกต่างกัน และบางแห่งมีความล่าช้า

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
- สัดส่วนของ CM ต่อผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงบางพื้นที่มีภาระงานเกิน	- กำหนดสัดส่วนของ CM ต่อการดูแลกลุ่มเป้าหมายให้เหมาะสม
- หน่วยบริการ รพ. สอง รับผิดชอบพื้นที่ ในเขต ๓ อบต. ทำให้มีการกิจซ้ำซ้อน และแนวทางปฏิบัติแตกต่างกัน	- จัดอบรม CM เพิ่มเติมให้เหมาะสม
- แนวทางการดำเนินงานไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ไม่มีความเข้าใจ	- ควรจัดประชุมชี้แจงแก่ผู้รับผิดชอบงานในพื้นที่ เพื่อกำหนดแนวทางร่วมกัน
- นโยบายการเบิกจ่าย ไม่ชัดเจน ทำให้การเบิกจ่ายเงินมีความล่าช้า	- การประสานงานระดับนโยบาย และกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วนให้มีความชัดเจน และมีการชี้แจงให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ

ผู้รายงาน นางพรพรรณ ตะคุณะ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ

รอบที่ ๑ รับการตรวจราชการ วันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๒

KPI : การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ ๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนราย

๒. ร้อยละหญิงที่มาฝากครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง
๓. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง
๔. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงทุกรายไม่ว่าด้วยสาเหตุใดต้องได้รับการจัดการและส่งต่อ เพื่อการดูแลและรักษา
๕. ภาวะเสี่ยงที่พบมากที่สุด ๕ อันดับ (จากโรคอายุรกรรม)
๖. อัตราการเกิด Birth asphyxia ไม่เกิน ๒๕ ต่อ ๑๐๐๐ การเกิดมีชีพ
๗. อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ไม่เกิน ร้อยละ ๗
๘. หญิงตั้งครรภ์เข้ารับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์
๙. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

โรงพยาบาลสอง เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเตียง ๓๐ เตียง ทำหน้าที่ในการให้บริการด้านรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค ให้กับประชากรในเขตอำเภอสอง จังหวัดแพร่ จากการศึกษาข้อมูลย้อนหลังของงานฝากครรภ์ และงานห้องคลอดโรงพยาบาลสอง พบว่า ตัวชี้วัดของคุณภาพการบริการที่สำคัญ เช่น ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (birth asphyxia) ภาวะทารกน้ำหนักน้อย low birth weight (LBW) น้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม เป็นอุบัติการณ์ที่มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปีงบประมาณ ๒๕๕๙, ๒๕๖๐, ๒๕๖๑ และ ๒๕๖๒ (๑ ต.ค.๖๑ - ๓๑ ม.ค.๖๒) อัตราการเกิดภาวะ Birth Asphyxia ต่อพันการเกิดมีชีพ เท่ากับ ๗.๑๔, ๓๗.๐๓, ๒๕.๐ และ ๐ ตามลำดับ ภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ร้อยละ ๘.๙๒, ๙.๒๕, ๗.๕ และ ๐ ตามลำดับ และในไตรมาสแรก ปี ๒๕๖๒ ไม่พบรายงานการตายของมารดาและทารก หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงรุนแรงของโรคทางอายุรกรรม เช่น Anemia จำนวน ๔ ราย PIH จำนวน ๑ ราย GDMA๑ จำนวน ๒ ราย GDMA๒ จำนวน ๑ ราย ได้รับส่งต่อรับการรักษาในสถานบริการที่มีศักยภาพที่สูงกว่า

● การดำเนินงานของพื้นที่ (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
พัฒนาระบบงานและการแก้ไขปัญหาของงานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อลดอัตราการตายของมารดาและทารก	- วางแผนการดำเนินงานการส่งเสริม ป้องกันและลดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ในเขตรับผิดชอบ	- การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กแบบบูรณาการทั้งเครือข่าย โดยโรงพยาบาลสองเป็นพี่เลี้ยง ในการ	กำกับ ติดตามการดำเนินงานรายไตรมาส	ติดตามการดำเนินงานและถอดบทเรียนเพื่อพัฒนาระบบในระดับคปสอ.สอง

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
- ลดอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Birth asphyxia) ภาวะทารกน้ำหนักน้อย (low birth weight) และภาวะ anemia - หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงทุกรายไม่ว่าด้วยสาเหตุใดต้องได้รับการจัดการและส่งต่อเพื่อการดูแลและรักษา	โรงพยาบาลสอง และ รพ.สต. เครือข่าย - วางแผนการป้องกันภาวะ LBW, Birth Asphyxia โดยการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์เชิงรุก ในระดับคปสอ. สอง - ทบทวนแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามมาตรฐาน ๕ ครั้ง ให้สามารถใช้ได้ง่ายและทำได้จริง - คัดกรอง ค้นหาภาวะเสี่ยงของโรคทางอายุรกรรมในหญิงตั้งครรภ์ ติดตามและดูแลหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด โดยเฉพาะในรายที่มีความเสี่ยงสูง - มีระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างโรงพยาบาล จังหวัด, โรงพยาบาลชุมชน และ รพ.สต. เครือข่าย	ดำเนินงานและติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงาน		
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- มีการดำเนินงานร่วมกันแบบภาคีเครือข่าย - การดำเนินงานต่อเนื่องเพื่อ ลดอัตราตายของมารดาและทารก, ลดอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Birth asphyxia), ภาวะทารกน้ำหนักน้อย (low birth weight)			
ผลการดำเนินงาน	- ไม่มีข้อมูลการตายของมารดาและทารก - หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงของโรคทางอายุรกรรม - หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงทุกรายไม่ว่าด้วยสาเหตุใดต้องได้รับการจัดการ และส่งต่อ เพื่อการดูแลและรักษา - ไม่มีข้อมูลการเกิดภาวะ Birth Asphyxia ในทารกแรกเกิด - ไม่มีข้อมูลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม			

● ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ต.ค.๖๑ – มค.๖๒)
๑. อัตราการเกิด Birth asphxia ไม่เกิน ๒๕ ต่อ ๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ	๐/๑๗ (๐)
๒. อัตราตายของมารดา/ทารกไม่เกิน ๑๗ ต่อประชากรแสนคน	๐
๓. อัตราการตกเลือดหลังคลอด	๐
๔. อัตราทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ไม่เกินร้อยละ ๗	๐/๑๗ (๐)
๕. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงของโรคทางอายุรกรรม	๖๔/๖๔ (๑๐๐%)
๖. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงรุนแรง ได้รับการส่งต่อเพื่อดูแลรักษา	๘/๖๔ (๑๒.๕%)

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
การทำงานเชิงรุกยังขาดการติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่อง	พัฒนาระบบการบริการเชิงรุกโดยการร่วมมือกันระหว่างโรงพยาบาลและ รพ.สต. ให้มีประสิทธิภาพ และมีระบบการให้คำปรึกษา การกำกับติดตามอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง
บุคลากรของหน่วยงานที่จำกัด และการทำงานเชิงนโยบายเพิ่มมากขึ้น	เพิ่มการทำงานแบบเครือข่ายและทีมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของทุกหน่วยงานและทุก รพ.สต. ให้สามารถช่วยเหลือเกื้อกูลกันอย่างมีประสิทธิภาพ

● ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

มีการประชุม MCH board ระดับ คปสอ.ร่วมกันพัฒนาคุณภาพงานอนามัยแม่และเด็กทั้งในระดับโรงพยาบาลและเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพและเป็นทิศทางเดียวกัน

● นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง(ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน นางสาวอารีวรรณ กันทะสอน
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร ๐๕๔ – ๕๙๑๕๗๕ ต่อ ๑๐๑๐

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

รอบที่ ๑ รับการตรวจราชการ วันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๒

KPI : ร้อยละหญิงตั้งครรภ์เข้ารับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

โรงพยาบาลสองเป็นโรงพยาบาลชุมชน ๓๐ เตียง ได้ให้บริการทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและการป้องกันโรคให้กับประชากรในเขตอำเภอสอง ข้อมูลย้อนหลังพบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพการบริการงานฝากครรภ์ และงานห้องคลอด เช่น หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ มีแนวโน้มที่สูงขึ้น ในปี ๒๕๕๙, ๒๕๖๐, ๒๕๖๑ และ ๒๕๖๒ (ต.ค. ๖๑ – ๓๑ ม.ค. ๖๒) หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์เท่ากับร้อยละ ๖๕.๔๒, ๖๘.๙๒, ๘๐.๗๗ และ ๖๘.๘๕ ตามลำดับ ในปี ๒๕๖๒ แบ่งเขตพื้นที่โรงพยาบาลสอง และเขตพื้นที่ รพ.สต. ในเครือข่ายดังตาราง

หญิงตั้งครรภ์เข้ารับการฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ $\leq$ ๑๒ สัปดาห์ (ต.ค. ๖๑ - ๓๑ มค. ๖๒)

PCU / รพ.สต	จำนวนหญิงตั้งครรภ์	ฝากครรภ์ $\leq$ ๑๒ สัปดาห์	ร้อยละ
โรงพยาบาลสอง	๕	๕	๑๐๐
บ้านหนุน	๓	๓	๑๐๐
วังดิน	๑	๑	๑๐๐
ทุ่งนาว	๓	๓	๑๐๐
แดนชุมพล	๖	๓	๕๐.๐
หัวเมือง	๕	๓	๖๐.๐
วังพ่อน	๓	๒	๖๖.๗
หนองเสี้ยว	๓	๑	๓๓.๓
ลูนิกेत	๒	๒	๑๐๐
ห้วยขอนแก่น	๑	๑	๑๐๐
ดอนแก้ว	๕	๓	๖๐.๐
เตาปูน	๑๑	๗	๖๓.๖
แม่แรม	๗	๓	๔๒.๙
นาไร่เดียว	๐	๐	๐
สะเอียบ	๔	๓	๗๕.๐
ป่าเลา	๒	๒	๑๐๐
นาหลวง	๐	๐	๐
รวม	๖๑	๔๒	๖๘.๘๕

● การดำเนินงานของพื้นที่ (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์เข้ารับการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์	๑. มีแผนปฏิบัติการให้ข้อมูลความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์แต่ละไตรมาสในเรื่อง การตั้งครรภ์ การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ อาหารที่มีประโยชน์ การจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และภาวะเสี่ยงของโรคทางอายุรกรรม ตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์แนวใหม่ ๒. สำรวจ ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ เพื่อการเข้าถึงและได้รับบริการฝากครรภ์อย่างรวดเร็วเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ โดยร่วมบูรณาการกับ รพ.สต. และอาสาสมัครในเครือข่าย ๓. ฝากครรภ์ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ๔. การส่งต่อในรายที่พบปัญหา และ มีภาวะแทรกซ้อน	๑. ดำเนินการตามแผนปฏิบัติงานโดยการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โดยยึดแนวทางตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์แนวใหม่ ๒. ดำเนินการให้บริการฝากครรภ์เชิงรุก โดยบูรณาการร่วมกับทีม PCC ของโรงพยาบาล ๓. ร่วมทีมออกนิเทศงาน /การเยี่ยมเสริมพลัง /แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเครือข่าย เพื่อให้เกิดความเข้มแข็ง ๔. พัฒนาระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ระหว่างเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง	๑. ดำเนินการตามแผนปฏิบัติงานโดยการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โดยยึดแนวทางตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์แนวใหม่ ๒. ดำเนินการให้บริการฝากครรภ์เชิงรุก โดยบูรณาการร่วมกับทีม PCC ของโรงพยาบาล ๓. ร่วมทีมออกนิเทศงาน /การเยี่ยมเสริมพลัง /แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเครือข่าย เพื่อให้เกิดความเข้มแข็ง ๔. พัฒนาระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ระหว่างเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง	๑. วิเคราะห์ ทบทวนผลการปฏิบัติงานเพื่อนำมาปรับปรุงหาแนวทางแก้ไขที่จําเป็น เพื่อให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นและยั่งยืน ๒. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ $\geq ๖๐\%$
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	๑. มีรายงานข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์เพิ่มจำนวนมากขึ้น ๒. ไม่มีรายงานข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ฝากครรภ์ ๓. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคทางอายุรกรรมในหญิงตั้งครรภ์ ลดลง			
ผลการดำเนินงาน	๑. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ $\geq ๖๐\%$ ๒. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคทางอายุรกรรมในหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ ๕			

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.สอง								
		รพ.สอง	รพ.สต. บ้านหนอง	รพ.สต. ทุ่งนาว	รพ.สต. วังดิน	รพ.สต.ลู นิเกตุ	รพ.สต. ห้วยซอน	รพ.สต. ห้วย หม้าย	รพ.สต. เตาปูน	รพ.สต.นา ไร่เดียว
ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ เข้ารับการฝากครรภ์ ครั้งแรก ก่อนอายุ ครรภ์ ๑๒ สัปดาห์	อัตรา(A/B*๑๐๐๐๐)	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๖๐	๖๓.๖๔	๐
	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับ การฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน อายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ (A)	๕	๓	๓	๑	๒	๑	๓	๗	๐
	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ฝาก ครรภ์ครั้งแรกทั้งหมด ในช่วง เวลาเดียวกัน (B)	๕	๓	๓	๑	๒	๑	๕	๑๑	๐
ตัวชี้วัด/ผลงาน		รพ.สต. หัวเมือง	รพ.สต. วังพ่อน	รพ.สต. สะเอียบ	รพ.สต. ป่าเลา	รพ.สต. นาหลวง	รพ.สต. แดนชุม พล	รพ.สต. หนอง เสียว	ศสช. แม่แรม	รวม
ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ เข้ารับการฝากครรภ์ ครั้งแรก ก่อนอายุ ครรภ์ ๑๒ สัปดาห์	อัตรา(A/B*๑๐๐๐๐)	๘๐	๖๖.๖๗	๘๐	๑๐๐	๐	๕๐	๓๓.๓	๔๒.๘๖	๗๐.๙๗
	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับ การฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน อายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ (A)	๔	๒	๔	๒	๐	๓	๑	๓	๔๔
	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ฝาก ครรภ์ครั้งแรกทั้งหมด ในช่วง เวลาเดียวกัน (B)	๕	๓	๕	๒	๐	๖	๓	๗	๖๒

● สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

การวิเคราะห์ข้อมูล การเข้ารับการฝากครรภ์ครั้งแรกของหญิงตั้งครรภ์ก่อน อายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ โดยรวมของแต่ละพื้นที่บริการของ คป สอ. สอง มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ทำให้เล็งเห็นว่า หญิงตั้งครรภ์ในเขตอำเภอสอง เห็นความสำคัญของการเข้ารับบริการฝากครรภ์ที่เร็วขึ้น แต่ยังมีหญิงตั้งครรภ์บางคนที่ยังเข้ารับการฝากครรภ์ที่ล่าช้าเนื่องมาจาก ปัจจัยที่สำคัญดังนี้

๑. ปัจจัยด้านการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ทราบว่าตนเองตั้งครรภ์
๒. ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ เช่น ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่นอกเหนือจากนโยบายฝากครรภ์ทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ ค่าเดินทาง ปัญหาทางการเงินและความยากจน
๓. หญิงตั้งครรภ์ไม่ตระหนักถึงประโยชน์ และความสำคัญของการฝากครรภ์เร็ว
๔. หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เกิดความอาย ไม่กล้ามาฝากครรภ์

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
๑. การรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์	๑. พัฒนาระบบการบริการเชิงรุกโดยการร่วมมือกันระหว่าง โรงพยาบาลและรพ.สต. เครือข่าย โดยการให้ความรู้ ให้ คำปรึกษาและมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ในรูปแบบของ กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ – แม่
๒. หญิงตั้งครรภ์ไม่ตระหนักถึงประโยชน์ และ ความสำคัญของการฝากครรภ์เร็ว	
๓. หญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ไม่พร้อม อายุ	๒. พัฒนาระบบการบริการหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยการ บูรณาการร่วมกับงานสุขภาพจิต
๔. บุคลากรที่จำกัด ในการปฏิบัติงาน	๓. พัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เครือข่ายด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้มี ประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

● ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

มีการประชุม MCH board ระดับ คปสอ. ร่วมกันพัฒนาคุณภาพงานอนามัยแม่และเด็กทั้งในโรงพยาบาลและ
เครือข่ายให้มีประสิทธิภาพและเป็นทิศทางเดียวกัน

● นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง(ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน นางสาวอารีวรรณ กันทะสอน
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร ๐๕๔ – ๕๙๑๕๗๕ ต่อ ๑๐๑๐

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

รอบที่ ๑ รับการตรวจราชการ วันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๒

KPI : ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพครบ ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

โรงพยาบาลสองเป็นโรงพยาบาลชุมชน ๓๐ เตียง ได้ให้บริการทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและการป้องกันโรคให้กับประชากรในเขตอำเภอสอง ข้อมูลย้อนหลังพบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพการบริการงานฝากครรภ์และงานห้องคลอด ในปี ๒๕๖๐, ๒๕๖๑ และ ๒๕๖๒ (๑ ต.ค. ๖๑ – ๓๑ ม.ค. ๖๒) หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพครบ ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์ เท่ากับร้อยละ ๔๒.๘๕, ๖๓.๖๙ และ ๔๐.๙๘ ตามลำดับ (ข้อมูลจากงานสารสนเทศโรงพยาบาลสอง) ในปี ๒๕๖๒ แบ่งเขตพื้นที่โรงพยาบาลสอง และเขตพื้นที่รพ.สต. ในเครือข่ายดังตาราง

หญิงคลอดได้รับการฝากครรภ์คุณภาพครบ ๕ ครั้ง (ข้อมูลจาก งานสารสนเทศ รพ.สอง)

PCU / รพ.สต	ANC ๕ ครั้ง	คลอดที่รพ.สอง	Refer รพ.แพร่	Risk
โรงพยาบาลสอง	๒	๐	๒	○ ๘๒๙
บ้านหนุน	๑	๐	๑	○ ๘๒๙
วังดิน	๐	๐	๐	
ทุ่งน้ำว	๒	๒	๐	
แดนชุมพล	๑	๐	๑	○ ๘๒๙
หัวเมือง	๓	๑	๒	○ ๘๒๙
วังพ่อน	๑	๐	๑	○ ๘๒๙
หนองเสี้ยว	๑	๐	๑	○ ๘๒๙
ลูนิกेत	๒	๐	๒	○ ๘๒๙
ห้วยขอนแก่น	๐	๐	๐	
ดอนแก้ว	๒	๐	๒	○ ๘๒๙
เตาปูน	๕	๑	๔	○ ๘๒๙, ○ ๓๓๙
แม่แรม	๒	๐	๒	○ ๘๒๙
นาไร่เดียว	๐	๐	๐	
สะเอียบ	๒	๐	๒	○ ๘๒๙
ป่าเลา	๑	๐	๑	○ ๘๒๙
นาหลวง	๐	๐	๐	
รวม	๒๕	๔ = (๑๖.๐๐%)	๒๑ = (๘๔.๐%)	

หญิงตั้งครรภ์ แม่แรม ไปคลอดที่ รพ. ร้องกวาง ๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๑.๔๒

หมายเหตุ : ○ ๘๒๙ Delivery by Caesarean Section

○ ๓๓๐ CPD

● การดำเนินงานของพื้นที่ (Essential Task)

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
ส่งเสริมให้หญิง ตั้งครรภ์เข้ารับการ ฝากครรภ์ก่อนอายุ ครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ และติดตามอย่าง ต่อเนื่อง	๑. มีแผนปฏิบัติการ ให้ข้อมูลความรู้แก่ หญิงตั้งครรภ์แต่ละ ไตรมาสในเรื่อง การ ตั้งครรภ์ การ เจริญเติบโตของ ทารกในครรภ์ การ ปฏิบัติตัวขณะ ตั้งครรภ์ อาหารที่มี ประโยชน์ การจ่าย ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และภาวะเสี่ยงของ โรคทางอายุรกรรม โดยปฏิบัติตามแนว ทางการดูแลหญิง ตั้งครรภ์แนวใหม่ ๒. สำรวจ ค้นหา หญิงตั้งครรภ์ เพื่อ การเข้ารับการฝาก ครรภ์เร็วเมื่อทราบว่า ตั้งครรภ์โดยร่วม บูรณาการกับรพสต. และอาสาสมัครใน เครือข่าย ๓. ฝากครรภ์ และ การติดตามอย่าง ต่อเนื่อง ๔. การส่งต่อในรายที่ พบปัญหาและมี ภาวะแทรกซ้อน	๑. ดำเนินการตาม แผนปฏิบัติการโดย ส่งเสริมสุขภาพของ หญิงตั้งครรภ์ โดยยึด แนวทางตาม มาตรฐานการดูแล หญิงตั้งครรภ์แนว ใหม่ ๒. ดำเนินการ ให้บริการฝากครรภ์ เชิงรุก โดยบูรณาการ ร่วมกับทีม PCC ของ โรงพยาบาล ๓. การติดตามเยี่ยม/ นิเทศงานและการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ อย่างต่อเนื่อง โดย ร่วมมือกับ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อาสาสมัครใน เครือข่าย ๔. พัฒนาระบบการ ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ ระหว่างเครือข่ายให้ มีประสิทธิภาพเพื่อ การดูแลอย่าง ต่อเนื่อง	๑. ดำเนินการตาม แผนปฏิบัติงานโดย การส่งเสริมสุขภาพ ของหญิงตั้งครรภ์ โดยยึดแนวทางตาม มาตรฐานการดูแล หญิงตั้งครรภ์แนว ใหม่ ๒. ดำเนินการ ให้บริการฝากครรภ์ เชิงรุก โดยบูรณาการ ร่วมกับทีม PCC ของ โรงพยาบาล ๓. ร่วมทีมออกนิเทศ งาน /การเยี่ยมเสริม พลัง /แลกเปลี่ยน เรียนรู้ระดับ เครือข่ายเพื่อให้เกิด ความเข้มแข็ง ๔. พัฒนาระบบการ ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ ระหว่างเครือข่ายให้ มีประสิทธิภาพเพื่อ การดูแลอย่าง ต่อเนื่อง	๑. มีการบันทึกข้อมูล การฝากครรภ์และ การคลอดในระบบ Hos xp และ ๔๓ แฟ้มถูกต้องครบถ้วน ๒. นำข้อมูลมา วิเคราะห์ได้อย่าง ถูกต้องและมี ประสิทธิภาพ ๓. ร้อยละหญิง ตั้งครรภ์ที่รับบริการ ฝากครรภ์คุณภาพ ครบ ๕ ครั้งตาม เกณฑ์ $\geq 60\%$

มาตรการ ดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
พัฒนาการบันทึก ข้อมูลการฝาก ครรภ์และการ คลอดในระบบ Hos xp และ ๔๓ แฟ้ม	๑. มีแผนปฏิบัติการ พัฒนาบุคลากรใน หน่วยงาน และ เครือข่ายรับการ อบรมการบันทึกข้อมูล การฝากครรภ์และการ คลอด ในระบบ Hos xp และ ๔๓ แฟ้ม ๒. ค้นหาปัญหา และ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การบันทึกข้อมูล ร่วมกับงานสารสนเทศ ของโรงพยาบาลและ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด	๑. บุคลากรใน หน่วยงานและ เครือข่ายร่วมบูรณา ข้อตกลงในการ บันทึกข้อมูลการฝาก ครรภ์และการคลอด ในระบบ Hos xp และ ๔๓ แฟ้มเพื่อ เป็นแนวทางเดียวกัน ๒. ค้นหาปัญหา และ การแลกเปลี่ยน เรียนรู้การบันทึก ข้อมูลร่วมกับงาน สารสนเทศของ โรงพยาบาลและ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด เพื่อวางแผนแก้ไขให้ มีประสิทธิภาพ	๑. บุคลากรใน หน่วยงานและ เครือข่ายร่วมบูรณา ข้อตกลงในการ บันทึกข้อมูลการฝาก ครรภ์และการคลอด ในระบบ Hos xp และ ๔๓ แฟ้มเพื่อ เป็นแนวทางเดียวกัน ๒. ค้นหาปัญหา และ การแลกเปลี่ยน เรียนรู้การบันทึก ข้อมูลร่วมกับงาน สารสนเทศของ โรงพยาบาลและ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด เพื่อวางแผนแก้ไขให้ มีประสิทธิภาพ	
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	๑. มีรายงานข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ เพิ่มขึ้นมากขึ้น ๒. ไม่มีรายงานข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ฝากครรภ์ ๓. มีรายงานข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับบริการฝากครรภ์คุณภาพครบ ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์ เพิ่มขึ้น			
ผลการดำเนินงาน	๑. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ $\geq 60\%$ ๒. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการฝากครรภ์ คุณภาพ ครบ ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์ $\geq 60\%$			

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.สอง								
		รพ.สอง	รพ.สต. บ้านหนอง	รพ.สต. ทุ่งนาว	รพ.สต. วังดิน	รพ.สต.ลู นิเกตุ	รพ.สต. ห้วยซอน	รพ.สต. ห้วย หม้าย	รพ.สต. เตาปูน	รพ.สต.นา ไร่เดียว
ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ ที่รับบริการฝาก ครรภ์ คุณภาพ ครบ ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์	อัตรา(A/B*๑๐๐๐๐๐)	๔๐	๓๓.๓๓	๖๖.๖๗	๐	๔๐	๐	๔๐	๕๐	๐
	จำนวนหญิงคลอดที่ฝาก ครรภ์ คุณภาพ ครบ ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์ (A)	๒	๑	๒	๐	๒	๐	๒	๕	๐
	จำนวน หญิงที่คลอด ทั้งหมด ในช่วงเวลา เดียวกัน (B)	๕	๓	๓	๑	๕	๑	๕	๑๐	๐
ตัวชี้วัด/ผลงาน		รพ.สต. หัวเมือง	รพ.สต. วังพ่อน	รพ.สต. สะเอียบ	รพ.สต. ป่าเลา	รพ.สต. นาหลวง	รพ.สต. แดนชุม พล	รพ.สต. หนอง เสี้ยว	ศสช. แม่แรม	รวม
ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ ที่รับบริการฝาก ครรภ์ คุณภาพ ครบ ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์	อัตรา(A/B*๑๐๐๐๐๐)	๖๐	๓๓.๓๓	๖๐	๕๐	๐	๑๖.๖๗	๓๓.๓๓	๒๘.๕๗	๔๒.๖๒
	จำนวนหญิงคลอดที่ฝาก ครรภ์ คุณภาพ ครบ ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์ (A)	๓	๑	๓	๑	๐	๑	๑	๒	๒๖
	จำนวน หญิงที่คลอด ทั้งหมด ในช่วงเวลา เดียวกัน (B)	๕	๓	๕	๒	๐	๖	๓	๗	๖๑

● สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

การวิเคราะห์ข้อมูล การเข้ารับการฝากครรภ์ครั้งแรกของหญิงตั้งครรภ์ก่อน อายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ โดยรวมของแต่ละพื้นที่บริการของ คป สอ. สอง มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ครบ ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์ และได้ทราบถึงปัญหา ความเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับตัวหญิงตั้งครรภ์เอง เช่น โรคทางอายุรกรรม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โลหิตจาง ไทรอยด์ และ HIV ซึ่งเป็นโรคที่สามารถป้องกัน แก้ไขปัญหา และส่งต่อสถานพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่าได้รวดเร็วขึ้น ปัจจัยที่หญิงตั้งครรภ์ในเขตอำเภอสอง ฝากครรภ์ไม่ครบ ๕ ครั้งคุณภาพ เนื่องมาจาก ปัจจัยที่สำคัญดังนี้

๑. ปัจจัยด้านการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ทำให้ฝากครรภ์ช้า
๒. หญิงตั้งครรภ์ไม่ตระหนักถึงประโยชน์ และความสำคัญของการฝากครรภ์เร็ว
๓. หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เกิดความอาย ไม่กล้ามาฝากครรภ์
๔. ระบบการติดตามและการบันทึกข้อมูลการฝากครรภ์ ของบุคลากรใน ๔๓ แห่ง

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
๑. การรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์	๑.พัฒนาระบบการบริการเชิงรุกโดยการร่วมมือกันระหว่างโรงพยาบาลและรพ.สต. เครือข่าย โดยการให้ความรู้ ให้คำปรึกษาและมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ในรูปแบบของกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ – แม่
๒. หญิงตั้งครรภ์ไม่ตระหนักถึงประโยชน์ และ ความสำคัญของการฝากครรภ์เร็ว	
๓. หญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ไม่พร้อม อายุ	๒.พัฒนาระบบการบริการหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยการบูรณาการร่วมกับงานสุขภาพจิต
๔. ระบบการติดตามและการบันทึกข้อมูลการฝากครรภ์ของบุคลากร ใน ๔๓ แฟ้มไม่ต่อเนื่อง	๓.พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลในระบบให้มีประสิทธิภาพ

● ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

- มีการอบรมพัฒนาทักษะบุคลากรในการบันทึกข้อมูลในระบบ Hos XP และ ๔๓ แฟ้ม อย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพทั้งเครือข่าย

● นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง(ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน นางสาวอารีวรรณ กันทะสอน
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร ๐๕๔ – ๕๙๑๕๗๕ ต่อ ๑๐๑๐

แบบรายงานการตรวจราชการระดับ จังหวัด ปี ๒๕๖๒
คณะที่ ๑ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ
รอบที่ ๑ รับการตรวจราชการฯ วันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๒

KPI : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน

- ร้อยละของเด็ก ๐ - ๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย
- ร้อยละของเด็ก ๐ - ๕ ปี มีส่วนสูงดี รูปร่างสมส่วน

● **สถานการณ์/สภาพปัญหา**

ปฐมวัยหรือช่วงขวบปีแรกๆ ของชีวิต เป็นช่วงเวลาของการพัฒนาที่สำคัญที่สุดในชีวิตของเด็ก โดยเป็นช่วงวัยที่เด็กจะมีพัฒนาการอย่างรวดเร็วทั้งทางสมอง การใช้ภาษา ทักษะทางสังคม ทางอารมณ์ และการเคลื่อนไหว เป็นช่วงวัยของการสร้างรากฐานสำหรับการเติบโตและการเรียนรู้ต่อไปในชีวิต ดังนั้น การพัฒนาและการลงทุนในเด็กปฐมวัย จึงเป็นสิ่งสำคัญอันดับต้นๆ ของทุกครอบครัวและประเทศชาติ เพราะเป็นโอกาสทองครั้งเดียวในชีวิตเด็ก

ในสภาพปัจจุบัน ปัญหาทางเศรษฐกิจจุมเร้าทำให้สภาพครอบครัวไม่สมบูรณ์ มีเด็กปฐมวัยจำนวนมากที่ขาดการดูแลและการกระตุ้นพัฒนาการอย่างเหมาะสม จากผู้ปกครอง หรือผู้เลี้ยงดูจำนวนมาก โดยเฉพาะ พ่อ ปู่ ย่า ตา ยาย ยังขาดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้กับเด็กเล็ก ในขณะเดียวกัน การเข้าถึง สื่อ หนังสือสำหรับเด็กซึ่งเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งต่อการเรียนรู้และจินตนาการ ยังเป็นไปอย่างจำกัด โดยเฉพาะในครัวเรือนที่ยากจน

● **แผนงานการดำเนินงานของพื้นที่ ปี ๒๕๖๒**

การเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กแรกเกิดถึง ๕ ปี เพื่อให้มีพัฒนาการสมวัย โดยใช้ DSPM เป็นเครื่องมือในการเฝ้าระวัง และประเมินพัฒนาการ ในส่วนการเฝ้าระวังได้ส่งเสริมและสนับสนุนให้ทุกครอบครัวได้มีคู่มือการเฝ้าระวังพัฒนาการ และติดตาม กระตุ้นให้มีการใช้ อย่างเหมาะสมตามช่วงวัย รวมถึงสนับสนุนให้ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็กทุกแห่งให้มีศักยภาพในการประเมินพัฒนาการเด็ก และสนับสนุนให้เด็ก ๐ - ๕ ปี ได้รับประทานยาน้ำวิตามินเสริมธาตุเหล็ก

กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ เน้นกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า การสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง เพื่อส่งเสริมทักษะการเลี้ยงดูบุตร ให้มีคุณภาพ

ในส่วนของชุมชน มีอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นเครือข่ายในการเฝ้าระวัง ภาวะการณ์เจริญเติบโต โดยมีการติดตามภาวะโภชนาการ พัฒนาการและวัคซีน ทุก ๓ เดือน

● **การดำเนินงานของพื้นที่ (Essential Task)**

มาตรการการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. ประกาศนโยบายพัฒนาการเด็กและโภชนาการเป็นนโยบายของอำเภอ	ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน	ติดตามการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ในเครือข่าย	ติดตามการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ในเครือข่าย	สรุปผลและวางแผนการดำเนินงาน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ		ผู้ปฏิบัติและผู้บริหารรับทราบและตระหนัก		
ผลการดำเนินงาน				

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็ก ๐ - ๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย

เครือข่ายบริการสุขภาพ	ปีงบประมาณ ๒๕๖๒				
	B	สมวัย			ร้อยละ
		ครั้งแรก	หลังการติดตาม	A	
รพ.สต.บ้านหนอง	๖	๓	๐	๓	๕๐
รพ.สต.ทุ่งนาว	๐	๐	๐	๐	๐
รพ.สต.วังดิน	๐	๐	๐	๐	๐
รพ.สต.ลูนิกะตุ	๘	๘	๐	๘	๑๐๐
รพ.สต.ห้วยซอน	๙	๕	๒	๗	๗๗.๗๘
รพ.สต.ห้วยหม้าย	๑๕	๑๑	๒	๑๓	๘๖.๖๗
รพ.สต.เตาปูน	๕๐	๒๒	๒๑	๔๓	๘๖
รพ.สต.นาไร่เดียว	๐	๐	๐	๐	๐
รพ.สต.หัวเมือง	๐	๐	๐	๐	๐
รพ.สต.วังพ่อน	๘	๗	๐	๗	๘๗.๕
รพ.สต.สะเอียบ	๑๘	๑๓	๔	๑๗	๙๔.๔๔
รพ.สต.ป่าเลา	๑	๑	๐	๑	๑๐๐
รพ.สต.นาหลวง	๑๕	๙	๖	๑๕	๑๐๐
รพ.สต.แดนชุมพล	๑๘	๖	๔	๑๐	๕๕.๕๖
รพ.สต.แม่แรม	๐	๐	๐	๐	๐
โรงพยาบาลสอง	๔๙	๒๗	๖	๓๓	๖๗.๓๕
รพ.สต.หนองเสี้ยว	๘	๖	๐	๖	๗๕
รวม	๒๐๕	๑๑๘	๔๕	๑๖๓	๗๙.๕๑

หมายเหตุ : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

A = จำนวนเด็กไทยอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, และ ๔๒ เดือน ได้รับการประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์ และมีพัฒนาการสมวัย รวมกับสมวัยหลังการติดตาม ๓๐ วัน

B = จำนวนเด็กไทยอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, และ ๔๒ เดือน ได้รับการประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์

ร้อยละ = $A/B \times 100$

ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็ก ๐ - ๕ ปี มีส่วนสูงดี รูปร่างสมส่วน

เครือข่ายบริการสุขภาพ	จำนวนเด็ก ๐-๕ ปี ทั้งหมด (B๑)	ไตรมาส ๒									
		ซิ่ง&วัดB๒	ร้อยละซิ่ง&วัด	สูงดีสมส่วนA๑	ร้อยละสูงดีสมส่วน	เด็กชายอายุ ๕ ปี			เด็กหญิงอายุ ๕ ปี		
						วัดส่วนสูง	ผลรวมส่วนสูง	ส่วนสูงเฉลี่ย	วัดส่วนสูง	ผลรวมส่วนสูง	ส่วนสูงเฉลี่ย
รพ.สต.บ้านหนอง	๑๐๘	๓๙	๓๖.๑๑	๒๔	๖๑.๕๔	๒	๑๙๕	๙๗.๕	๑	๑๐๒	๑๐๒
รพ.สต.ทุ่งน้ำ	๑๓๓	๓๒	๒๔.๐๖	๑๗	๕๓.๑๓	๐	๐	๐	๑	๑๐๒	๑๐๒
รพ.สต.วังดิน	๔๙	๔๗	๙๕.๙๒	๒๔	๕๑.๐๖	๘	๘๔๔	๑๐๕.๕	๖	๖๕๐	๑๐๘.๓๓
รพ.สต.ภูนิเกต	๕๖	๔๘	๘๕.๗๑	๒๙	๖๐.๔๒	๒	๒๑๘	๑๐๙	๔	๔๒๕	๑๐๖.๒๕
รพ.สต.ห้วยขอนแก่น	๗๒	๒๒	๓๐.๕๖	๖	๒๗.๒๗	๒	๒๐๑	๑๐๐.๕	๓	๒๘๙	๙๖.๓๓
รพ.สต.ห้วยหม้าย	๑๕๘	๒๓	๑๔.๕๖	๕	๒๑.๗๔	๒	๑๙๙	๙๙.๕	๐	๐	๐
รพ.สต.เตาปูน	๒๒๓	๕๒	๒๓.๓๒	๒๑	๔๐.๓๘	๓	๒๕๒	๘๔	๒	๒๑๒	๑๐๖
รพ.สต.นาไร่เดียว	๔๖	๑๓	๒๘.๒๖	๒	๑๕.๓๘	๐	๐	๐	๓	๒๖๐	๘๖.๖๗
รพ.สต.หัวเมือง	๑๒๗	๙	๗.๐๙	๕	๕๕.๕๖	๑	๑๐๕	๑๐๕	๑	๑๑๐	๑๑๐
รพ.สต.วังพ่อน	๗๕	๘	๑๐.๖๗	๕	๖๒.๕	๐	๐	๐	๐	๐	๐
รพ.สต.สะเอียบ	๑๒๑	๒๘	๒๓.๑๔	๑๐	๓๕.๗๑	๐	๐	๐	๒	๑๖๕	๘๒.๕
รพ.สต.ป่าเลา	๕๓	๕๑	๙๖.๒๓	๒๘	๕๔.๙	๙	๙๕๕	๑๐๖.๑๑	๖	๖๔๗	๑๐๗.๘๓
รพ.สต.นาหลวง	๖๔	๑๔	๒๑.๘๘	๖	๔๒.๘๖	๐	๐	๐	๑	๑๑๒	๑๑๒
รพ.สต.แดนชุมพล	๑๐๐	๙๗	๙๗	๕๔	๕๕.๖๗	๔	๔๔๔	๑๑๑	๑๐	๑,๐๗๘	๑๐๗.๘
รพ.สต.แม่แรม	๑๗๕	๕๔	๓๐.๘๖	๒๑	๓๘.๘๙	๐	๐	๐	๒	๒๐๐	๑๐๐
โรงพยาบาลสอง	๓๒๗	๒๕๒	๗๗.๐๖	๑๓๖	๕๓.๙๗	๓๐	๓,๓๕๕	๑๑๑.๘๓	๑๖	๑,๗๔๔	๑๐๙
รพ.สต.หนองเสี้ยว	๗๗	๑๖	๒๐.๗๘	๑๐	๖๒.๕	๐	๐	๐	๑	๑๐๖	๑๐๖
รวม	๑,๙๖๔	๘๐๕	๔๐.๙๙	๔๐๓	๕๐.๐๖	๖๓	๖,๗๖๘	๑๐๗.๔๓	๕๙	๖,๒๐๒	๑๐๕.๑๒

หมายเหตุ : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

A = จำนวนเด็กอายุ ๐-๕ ปีสูงดีสมส่วน

B = จำนวนเด็กอายุ ๐-๕ ปีที่ซิ่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด

ร้อยละ = $A/B \times 100$

● ข้อมูลประกอบการตรวจติดตาม วิเคราะห์ (ถ้ามี)

ลำดับ	รายการข้อมูล	ค่าที่พึงประสงค์	ผลงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๑	ผลงาน ณ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒		
				เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑	ร้อยละเด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐,๔๒,๖๐ เดือน ได้รับการตรวจพัฒนาการ	ร้อยละ ๑๐๐	๙๑.๐๒	๒๐๕	๑๖๓	๗๙.๕๑
๒.	ร้อยละเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๕	๘๒.๐๘	๑๖๓	๑๑๘	๗๒.๓๙
๓	ร้อยละเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการส่งเสริม และติดตามพัฒนาการภายใน ๓๐ วันแล้วดีขึ้น	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๒๐	๖๕.๑๐	๔๕	๔๒	๙๙.๓๓
๔	เด็ก ๐ - ๕ ปี ได้รับการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต ทุก ๓ เดือน	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๗๐	๘๗.๗๑	๑๙๖๓	๑๔๔๑	๗๓.๔๐
๕	เด็ก ๐ - ๕ ปี มีภาวะการเจริญเติบโต ส่วนสูง/ส่วนสูง ระดับดี	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๑	๗๓.๒	๑๙๖๔	๘๐๔	๕๐.๐๖

● สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

ความรู้และทักษะของบุคลากร ไม่เป็นปัจจุบัน ทำงานในรูปแบบเดิม

● ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
๑. การดำเนินงานของบุคลากรในพื้นที่สามารถติดตามเด็กในพื้นที่ที่ได้รับการคัดกรองได้เกือบทั้งหมด แต่การบันทึกข้อมูลไม่ถูกช่วงเวลา การส่งออกไม่ทันเวลา บางอำเภอกำลังปรับปรุงฐานข้อมูลในโปรแกรมที่ไม่ตรงกัน	- มีการพัฒนาผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กกับผู้รับผิดชอบการบันทึกข้อมูลให้เกิดความเข้าใจ - คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดได้มีการประชุมวิเคราะห์ปัญหา วางแนวทางการดำเนินงานชัดเจน
๒. การใช้คู่มือ DSPEM เพิ่มขึ้น แต่การนำไปใช้จริงของผู้ปกครองพบยังใช้น้อย	- การให้คำแนะนำ ถ่ายทอด จากเจ้าหน้าที่ที่เป็นผู้จ่ายคู่มือให้อาจจะต้องให้คำแนะนำเพิ่มเติม - เครือข่ายชุมชน อสม.ช่วยประสาน กระตุ้นการใช้คู่มือกระตุ้นพัฒนาการกับครอบครัว
๓. ผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กส่วนมากเป็นปู่ ย่า ตา ยาย ยังยึดติดกับความเคยชิน ในการเลี้ยงดูบุตร หลาน ไม่ค่อยให้ความสำคัญกับการส่งเสริมพัฒนาการ	

- ข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

- ๑. พัฒนาศักยภาพบุคลากร

- จัดให้มีการอบรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กทุกปี เพื่อหมุนเวียนให้บุคลากรในหน่วยงานได้ไปเรียนรู้ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการให้บริการได้รวดเร็วขึ้น (จนท.ให้บริการได้หลายคน)

- นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน จริรัตน์ อ่องคำ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๕๔ - ๕๙๑๕๗๕ ต่อ ๑๐๒๗

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ

รอบที่ ๑ รับการตรวจราชการ วันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๒

ตัวชี้วัดที่ : อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี

● **สถานการณ์/สภาพปัญหา**

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยของการเปลี่ยนแปลงจากเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เช่น มีความอยากรู้ อยากทดลอง ความต้องการทางเพศ ทำให้วัยรุ่นมีทัศนคติและพฤติกรรมทางเพศเสี่ยงสูง มีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ละเลยการป้องกันปัญหาที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะการตั้งครรภ์ ที่ไม่ได้ตั้งใจ หรือไม่ได้วางแผนมาก่อน ซึ่งไปสู่การทำแท้ง หรือการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย

จากการทบทวนข้อมูลปัญหาด้านสุขภาพของวัยรุ่นและเยาวชน อำเภอสอง จังหวัดแพร่ พบว่าวัยรุ่นในอำเภอสองประสบกับปัญหาหลาย เช่น การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด ติดเกมส์ หนีเรียน มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน เป็นต้น และปัญหาที่สำคัญอีกอย่าง คือ ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ จากการจากการวิเคราะห์ข้อมูลของวัยรุ่นที่รับบริการในงานฝากครรภ์งานสูติกรรม และคลินิกวัยรุ่นของโรงพยาบาลสอง พบว่า

ตารางแสดง จำนวนของหญิงตั้งครรภ์และคลอดที่มีอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี คปสอ.สอง

จำนวนวัยรุ่นตั้งครรภ์	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒ (ตค.-มค.)
จำนวนวัยรุ่นตั้งครรภ์			
- พร้อม	๓๓	๕๒	๑๒
- ไม่พร้อม	๒	๑	๑
การตั้งครรภ์ซ้ำ	๖ (๑๗.๑๔%)	๑๒ (๒๒.๖๔ %)	๑ (๗.๖๙ %)
ขณะคลอด			
- คลอดปกติ	๑๔	๗	๓
- คลอดผิดปกติ (C/S , Vac)	๔	๐	๔
ได้รับบริการคุมกำเนิดหลังคลอด/แท้ง			
- ก่อนออกจากกรพ.	๑๐		
- ยาฉีด	๔	๒	๓
- ยากิน		๐	๐
- ยาฝัง		๕	๔
- ห่วงอนามัย		๐	๐
- ทำหมัน			
- อื่นๆ เช่นถุงยาง			
สถานภาพของครอบครัว			
- อยู่ด้วยกัน		๕๒	๑๒
- แยกกันอยู่		๑	๑

● การดำเนินงานของพื้นที่ (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. การเข้าถึงการรับบริการหญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	- มีแผนปฏิบัติการการให้ข้อมูลความรู้เรื่องการตั้งครรภ์ การคลอด และช่องทางการเข้ารับบริการในสถานบริการชัดเจน - ค้นหา คัดกรองภาวะเสี่ยงของโรคทางอายุรกรรม - ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสุขภาพขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด - ให้ข้อมูลความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดหลังคลอดและหลังแท้ง - มีระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีความพร้อมและไม่พร้อมอย่างมีประสิทธิภาพ - จัดทำระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยบูรณาการร่วมกับงานสุขภาพจิตและเครือข่าย	- ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์แนวใหม่ - ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นตามเกณฑ์มาตรฐานคลินิกวัยรุ่น - ให้ข้อมูลความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดหลังคลอดและหลังแท้ง - มีระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีความพร้อมและไม่พร้อมอย่างมีประสิทธิภาพ - จัดทำระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยบูรณาการร่วมกับงานสุขภาพจิตและเครือข่าย	- ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น - ให้ข้อมูลความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดหลังคลอดและหลังแท้ง - มีระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีความพร้อมและไม่พร้อมอย่างมีประสิทธิภาพ - จัดทำระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยบูรณาการร่วมกับงานสุขภาพจิตและเครือข่าย - แลกเปลี่ยนเรียนรู้การตั้งครรภ์วัยรุ่นในระดับโรงพยาบาล โรงเรียน อปท.และ อบต.	ติดตามการดำเนินงานในคลินิกวัยรุ่น และผลจากการดำเนินโครงการเกี่ยวกับการป้องกัน การตั้งครรภ์ และการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น - อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ลดลง
๒. การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี	จัดทำข้อมูลหญิงตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ซ้ำในอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี	- ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นตามเกณฑ์มาตรฐานคลินิกวัยรุ่น	ดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ และตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น	

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
		- ให้ข้อมูลความรู้ เรื่องการวางแผน ครอบครัวและการคุมกำเนิดหลังคลอด และหลังแท้ง - มีระบบการส่งต่อ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีความพร้อมและไม่พร้อมอย่างมีประสิทธิภาพ - จัดทำระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยบูรณาการร่วมกับงานสุขภาพจิตและเครือข่าย	แบบการบูรณาการในคลินิกวัยรุ่นงานสุขภาพจิต และเครือข่าย อปท.	
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- มีรายงานข้อมูลการคลอดของหญิง อายุ ๑๕ – ๑๙ ปี - มีรายงานข้อมูลหญิงตั้งครรภ์และตั้งครรภ์ซ้ำอายุ ๑๕-๑๙ ปี	มีบริการสุขภาพที่เป็นมิตรตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนแบบบูรณาการในโรงพยาบาล และร่วมบูรณาการของเครือข่าย อปท.	จัดทำโครงการให้ความรู้ และประชาสัมพันธ์แหล่งช่วยเหลือต่างๆเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และ การตั้งครรภ์ซ้ำในสถานศึกษา - มีการสำรวจหญิงตั้งครรภ์เชิงรุกเพื่อให้มาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ - โครงการฝากครรภ์สัญจรโดยบูรณาการร่วมกับทีมหมอครอบครัว	- อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ลดลง - การตั้งครรภ์ และการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ลดลง

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
ผลการดำเนินงาน	- หญิงตั้งครรภ์อายุ ๑๕ - ๑๙ ปี มีจำนวน ๑๒ ราย และ ตั้งครรภ์ซ้ำมีจำนวน ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗.๖๙ -หญิงคลอดอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี จำนวน ๗ ราย และจำนวนหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ทั้งหมด ๙๔๒ ราย คิดเป็น ๗.๔๓ ต่อ ๑๐๐๐			

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.สอง								
		รพ.สอง	รพ.สต.บ้านหนอง	รพ.สต.ทุ่งนาว	รพ.สต.วังดิน	รพ.สต.ภูนิเกต	รพ.สต.ห้วยซอน	รพ.สต.ห้วยหม้าย	รพ.สต.เตาปูน	รพ.สต.นาไร่เดียว
ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี	อัตรา(A/B*๑๐๐๐๐๐)	๐	๐	๐	๑๐๐	๐	๐	๐	๐	๐
	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ซ้ำที่อายุต่ำกว่า ๒๐ ปี (A)	๐	๐	๐	๑	๐	๐	๐	๐	๐
	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่อายุต่ำกว่า ๒๐ ปี ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน (B)	๒	๐	๑	๑	๐	๒	๐	๕	๐
ตัวชี้วัด/ผลงาน		รพ.สต.หัวเมือง	รพ.สต.วังพอน	รพ.สต.สะเอียบ	รพ.สต.ป่าเลา	รพ.สต.นาหลวง	รพ.สต.แดนชุมพล	รพ.สต.หนองเสี้ยว	คสช.แม่แรม	รวม
ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี	อัตรา(A/B*๑๐๐๐๐๐)	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๗.๖๙
	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ซ้ำที่อายุต่ำกว่า ๒๐ ปี (A)	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๑
	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่อายุต่ำกว่า ๒๐ ปี ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน (B)	๐	๐	๐	๒	๐	๐	๐	๐	๑๓

● สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

จากการวิเคราะห์ปัญหาของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงวัยรุ่นอายุ ๑๕- ๑๙ ปีมีหลายสาเหตุ เช่นทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการคุมกำเนิด ของบุคคลในครอบครัวและชุมชน การไม่นิยมคุมกำเนิดโดยใช้ยาคุมกำเนิดกึ่งถาวร นิยมยาฉีด ยากิน และใช้ถุงยางแทนเนื่องจากเข้าถึงบริการได้ง่าย และคิดว่ายาฝังคุมกำเนิดมีขั้นตอนที่ย่างยากทำแล้วเจ็บ เมื่อฝังแล้วต้องมาเอาออก แต่เมื่อวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์เกิดขึ้นมักจะลืมคุมกำเนิด ทำให้เกิดปัญหาการท้องซ้ำตามมาพร้อมกับการมีปัญหาทางด้านความสัมพันธ์สุขภาพของครอบครัว เช่น แยกกันอยู่ เกิดการหย่าร้าง เพราะความไม่พร้อมสำหรับการสร้างครอบครัวของวัยรุ่น การวิเคราะห์สุขภาพของครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในเขต คปสอ.สอง พบมีจำนวน ๑ รายที่มีสุขภาพเป็นนักเรียน และอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
ทัศนคติของวัยรุ่นเกี่ยวกับการคุมกำเนิด	- ปรับทัศนคติเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสม และการคุมกำเนิดที่ถูกต้องและปลอดภัยให้แก่วัยรุ่นโดยการทำงานร่วมกันของทั้งโรงพยาบาล โรงเรียน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้วัยรุ่นได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

● ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

มีการประชุมร่วมกันปรับหลักสูตรในการให้ความรู้และการปรับทัศนคติของกลุ่มวัยรุ่นเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม เพื่อให้ทุกภาคส่วนดำเนินการไปในทิศทางเดียวกัน และมีเวทีแลกเปลี่ยนให้กลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ผู้รายงาน นางสาวอารีวรรณ กันทะสอน
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร ๐๕๔ - ๕๙๑๕๗๕ ต่อ ๑๐๑๐

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒
คณะที่ ๑: การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
รอบที่ ๑ รับการตรวจราชการ วันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๒

KPI : ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้ สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงาน ได้จริง

● **สถานการณ์/สภาพปัญหา**

อำเภอสอง เป็นภูมิประเทศที่เป็นภูเขาและป่าไม้ ประมาณร้อยละ ๗๐ ของพื้นที่ ตัวอำเภอมีความสูงประมาณ ๑๘๐ เมตร จากระดับน้ำทะเลปานกลาง โดยจุดสูงสุดอยู่ที่บริเวณดอยหลวงสูงประมาณ ๑,๓๐๐ เมตร จากระดับน้ำทะเลปานกลาง เนื่องจากอำเภอสองตั้งอยู่ในภูมิประเทศที่มีภูเขาล้อมรอบทำให้ฤดูร้อนจะมีอากาศร้อนอบอ้าว และมีโอกาสเกิดน้ำท่วมดินโคลนถล่ม อีกทั้งยังเป็นอำเภอที่เชื่อมต่อไปยังหลายจังหวัด มีทางหลวงผ่าน จึงมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุจราจรที่รุนแรง จากข้อมูลด้านสาธารณสุข ในปี ๒๕๕๗ – ๒๕๖๑ พบอุบัติเหตุด้านการจราจรเป็นส่วนใหญ่ การจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้ สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นมาก ซึ่งอำเภอสองก็ยังไม่มีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) เพื่อให้ปฏิบัติงานได้จริง

● **การดำเนินงานของพื้นที่ (Essential Task)**

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. ความพร้อม และ จัดเตรียม ทรัพยากร เพื่อพัฒนาศูนย์ ปฏิบัติการภาวะ ฉุกเฉิน (EOC)				
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	๑. จัดทำโครงสร้าง ระบบบัญชาการ เหตุการณ์ฉุกเฉินทาง สาธารณสุข รองรับ ศูนย์ปฏิบัติการภาวะ ฉุกเฉิน (EOC) และ จัดตั้งทีมตระหนักรู้ สถานการณ์ (SAT) ระดับอำเภอ	๑. จัดเตรียมสถานที่ และอุปกรณ์ตาม ความเหมาะสมเพื่อ รองรับการเปิดศูนย์ ปฏิบัติการภาวะ ฉุกเฉิน (EOC) กรณี เกิดภาวะฉุกเฉินทาง สาธารณสุขในพื้นที่ ๒. สมาชิกทีม ตระหนักรู้ (SAT) สถานการณ์	๑. การซ่อมแผนเพื่อ เปิดศูนย์ปฏิบัติการ ภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับอำเภอและเริ่ม ปฏิบัติงานของทีม ตระหนักรู้ สถานการณ์ (SAT) โดยประเมิน สถานการณ์โรค และ ภัยสุขภาพ ในพื้นที่ อำเภอสอง	๑. อำเภอสองมี ศูนย์ปฏิบัติการ ภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้ สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถ ปฏิบัติงาน ได้จริง

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
		ระดับอำเภอได้รับ การชี้แจงแนวทาง การปฏิบัติงานและ อบรมขั้นพื้นฐาน		
ผลการดำเนินงาน ๑. ความพร้อม และ จัดเตรียม ทรัพยากร เพื่อพัฒนาศูนย์ ปฏิบัติการภาวะ ฉุกเฉิน (EOC)	๑. มีโครงสร้างและ คำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการตาม ระบบบัญชาการ เหตุการณ์ฉุกเฉินทาง สาธารณสุขของ คปสอ.สอง ๒. จัดเตรียมและมี สถานที่และใช้ อุปกรณ์ ตั้งศูนย์ ปฏิบัติการภาวะ ฉุกเฉิน (EOC) ของ คปสอ.สอง โดยใช้ ห้องเวพระเบียน ใน โรงพยาบาลสอง	๑. ทบทวน ชักซ้อม ผังโครงสร้าง คณะกรรมการตาม ระบบบัญชาการ เหตุการณ์ฉุกเฉินทาง สาธารณสุข ของ คปสอ.สอง ๒. มีสถานที่และ ปฏิบัติ ใช้อุปกรณ์ ตั้ง ศูนย์ปฏิบัติการภาวะ ฉุกเฉิน (EOC) ของ คปสอ.สอง โดยใช้ ห้องเวพระเบียน ใน โรงพยาบาลสอง		
๒. พัฒนาบุคลากร รองรับการปฏิบัติงาน ทีมตระหนักรู้ สถานการณ์ (SAT)	การเตรียมความ พร้อมการปฏิบัติงาน ของทีม SAT (ทบทวนและจัดทำ คำสั่งทีม SAT แบบ บูรณาการ/มีตาราง เวรและแจ้ง ผู้เกี่ยวข้องทราบ/มี ทรัพยากรตามที่ กำหนด	มีฐานข้อมูล ๕ กลุ่ม โรคที่เป็นปัญหา สำคัญ ๑.โรคหัวใจและ หลอดเลือด ๒.ไข้เลือดออก ๓.อุบัติเหตุ ๔.สังคมผู้สูงอายุ ๕.อนามัยแม่และเด็ก โดยเน้นมิติการ สอบสวนและการเฝ้า ระวังเหตุการณ์ (event base surveillance) ระบบงานและ ดำเนินการพัฒนาทีม SAT	รายงานการ ตรวจสอบเหตุการณ์ ที่มีคุณภาพ(รับแจ้ง ติดตาม ตรวจสอบ ครบถ้วน และมีการ ประเมินสถานการณ์ ต่อเนื่องจนยุติ เหตุการณ์	ทีม SAT ปฏิบัติงาน ได้จริง

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	๒.๑ มีการแต่งตั้งทีม ตระหนักรู้ สถานการณ์ (SAT) ๒.๒ ทีมตระหนักรู้ สถานการณ์ (SAT) เริ่มปฏิบัติงาน ประเมินสถานการณ์ โรคและภัยสุขภาพ พื้นที่ในอำเภอสอง			
ผลการดำเนินงาน	คำสั่งทีม ตารางเวร ตารางประเมิน ทรัพยากร หลักฐาน การแจ้งผู้เกี่ยวข้อง ทราบ	- ระบบงาน(Flow และขั้นตอน) - รายชื่อเจ้าหน้าที่ทีม ที่ได้รับการพัฒนา และ หลักสูตรที่ผ่าน การอบรม - ฐานข้อมูล ๕ โรค	หลักฐานการ ตรวจสอบเหตุการณ์ ที่มีรายละเอียด ครบถ้วนในประเด็น สำคัญทางระบาด วิทยา พร้อมข้อสรุป การดำเนินงานหรือ ข้อเสนอแนะ	รายงานประเมิน สถานการณ์ระดับ อำเภอ ร้อยละ ๑๐๐
๓. ซ้อมแผนตาม ระบบบัญชาการ เหตุการณ์ฉุกเฉินทาง สาธารณสุข				
ผลลัพธ์ที่ต้องการ			การซ้อมแผนเพื่อเปิด ศูนย์ปฏิบัติการภาวะ ฉุกเฉิน (EOC) ระดับ อำเภอ และเริ่ม ปฏิบัติงานของทีม ตระหนักรู้ สถานการณ์ (SAT) โดยประเมิน สถานการณ์โรคและ ภัยสุขภาพในพื้นที่ อำเภอสอง	
ผลการดำเนินงาน	เปิดศูนย์ปฏิบัติการ ภาวะฉุกเฉิน ตามผัง โครงสร้าง ICS ของ คปสอ.สอง			

- ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

อยู่ในช่วงจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับอำเภอ และการปฏิบัติงาน ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT)

- สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

๑. กำหนดคำสั่ง, จัดทำแผนผัง และ ทบทวน ชักซ้อม บทบาทหน้าที่เจ้าหน้าที่ตามคำสั่ง ในระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉิน เพื่อรองรับการตอบโต้โรคและภัยสุขภาพ อย่างสม่ำเสมอ

๒. ระบบตรวจจับ (SAT) เตือนภัย โรคและภัยสุขภาพ ยังต้องพัฒนาเพื่อการตอบสนอง ตั้งแต่ การป้องกันการเตือนภัย และ ตอบโต้ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ที่ครอบคลุม ทันเวลา สามารถวางแผนแก้ไขปัญหาได้

๓. ความสามารถเชื่อมโยง การจัดการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทุกระดับ รวมถึง แผนพัฒนา คนระบบงาน Infrastructure สถานที่ อุปกรณ์ EOC ทีม SAT การทบทวนชักซ้อมบทบาทหน้าที่ในแต่ละกล่อง กลไกการประสานและทำงานร่วมกัน

๔. พัฒนาระดับศักยภาพและสมรรถนะทีมในแต่ละกล่องระดับอำเภอ อย่างต่อเนื่อง

- ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
๑. ทักษะความชำนาญ และความพร้อมของทีมเจ้าหน้าที่ของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และ ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	๑. ควรมีการชักซ้อม ฝึกอบรม พัฒนากำลังคนตามบทบาทหน้าที่ตามผัง ICS ระดับอำเภอ และสนับสนุนหน่วยงานเพื่อแลกเปลี่ยน เรียนรู้งาน ICS, EOC, SAT ๒. ควรมีการจัดซ้อมแผนเสมือนจริงจากสถานการณ์สมมุติ หรือชักซ้อมแผนบนโต๊ะอย่างน้อย ปีละ ๑ ครั้ง

- ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

๑. สนับสนุนงบประมาณในการชักซ้อมแผนเพื่อพัฒนาศูนย์ EOC

๒. สนับสนุนแลกเปลี่ยนพัฒนาศูนย์ EOC เครื่องมือ อุปกรณ์ เทคโนโลยี ใน ระดับ จังหวัด,อำเภอ

- นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

—

ผู้รายงาน นายนันต์จิรทิพย์ อินชิต

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

รอบที่ ๑ รับการตรวจราชการฯ วันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๒

KPI : ๑. อัตราผู้ป่วย DM รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

๒. อัตรากลุ่มสงสัยป่วย HT ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

• สถานการณ์/สภาพปัญหา

คปสอ.สอง พบผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี ๒๕๕๙, ๒๕๖๐, ๒๕๖๑ มีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน ๕๓๒, ๕๔๙ และ ๕๖๔ ราย มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๘๙๘, ๑,๙๓๓ และ ๑,๙๖๓ ราย จะเห็นว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในแต่ละปี

นอกจากนี้ ในพื้นที่ยังพบอัตราอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่สูง โดยในปี ๒๕๕๙, ๒๕๖๐, ๒๕๖๑ พบผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ จำนวน ๑๓, ๑๗, ๑๕ ราย พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๒๕, ๓๕, ๓๐ ราย ซึ่งจากการวิเคราะห์ พบว่า เกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายประการ ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ออกกำลังกาย หรือเคลื่อนไหวร่างกายน้อย อารมณ์ เครียด มีภาวะอ้วนลงพุง พฤติกรรมการบริโภคของประชาชนที่เปลี่ยนไป การพึ่งพาอาหารปรุงสำเร็จ อาหารจานเดียว และเครื่องดื่มตามร้านค้าหรือร้านสะดวกซื้อได้รับความนิยมมากขึ้น การบริโภคอาหารที่มีสัดส่วนไม่เหมาะสม การรับประทาน รสหวานมันเค็ม เครื่องปรุงรส โดยมีรากฐานวิถีชีวิตที่เร่งรีบไม่เหมาะสม และมีสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งจำหน่าย เช่น ร้านสะดวกซื้อที่มีมากขึ้น รวมทั้งสื่อโฆษณาที่กระตุ้นให้มีความต้องการการบริโภคมากขึ้น

• แผนการดำเนินงานของพื้นที่ ปี ๒๕๖๒

มีการเฝ้าระวังเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและลดโรควิถีชีวิตของประชาชน ลดผู้ป่วยรายใหม่ โดยเน้นการคัดกรองโรคในประชาชน การสร้างเสริมสุขภาพ และการจัดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้หลัก ๓อ ๒ส ให้ประชาชนหลีกเลี่ยง ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ และจัดให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพ โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่น ในการดำเนินการคัดกรองประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง โดยการสนับสนุนสถานพยาบาลเครือข่ายและกลุ่ม องค์กรภาคประชาชน

• (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. การค้นหาคัดกรองสุขภาพกลุ่มประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและจัดการกับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	๑. ดำเนินการการคัดกรองภาวะเสี่ยงในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ทุกคน ๒. บันทึกข้อมูลการคัดกรองสุขภาพ	๑. ดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและติดตามพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยง ๓อ ๒ส	มีการติดตามกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	ประเมินผลการดำเนินงาน

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
		ทั้งกลุ่มเสี่ยง เบาหวานและวัด ความดันโลหิตสูงที่ บ้านสำหรับกลุ่ม เสี่ยงสูงต่อโรค ความดันโลหิตสูง บันทึกข้อมูล ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ		
ผลการดำเนินงาน	- คัดกรอง DM - คัดกรอง HT	- ติดตามพฤติกรรม สุขภาพเสี่ยง DM HT - ติดตามวัดความ ดันโลหิตสูงที่บ้าน สำหรับกลุ่มเสี่ยงสูง ต่อโรคความดัน โลหิตสูง	- ผู้มีภาวะเสี่ยงสูง ได้รับการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ ทุกราย	- อยู่ในช่วง ประเมินผลการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ
ผลลัพธ์ที่ต้องการ				

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด : อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานตามเกณฑ์

ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.สอง								
		รพ.สอง	รพ.สต. บ้านหนอง	รพ.สต. ทุ่งนาว	รพ.สต. วังดิน	รพ.สต. ลูนิกะตุ	รพ.สต. ห้วย ขอน	รพ.สต. ห้วย หม้าย	รพ.สต. เตาปูน	รพ.สต. นาไร่เดียว
อัตราผู้ป่วย เบาหวานราย ใหม่จากกลุ่ม เสี่ยงเบาหวาน ตามเกณฑ์	อัตรา (A/B*๑๐๐)	๓.๔๒	๑.๓๗	๒.๒๒	๗.๓๒	๒.๘๖	๖.๖๗	๐	๐	๐
	จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยง เบาหวานอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ใน เขตรับผิดชอบที่ถูกวินิจฉัยว่า เป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และขึ้นทะเบียนใน ปีงบประมาณ (A)	๑๖	๒	๑	๓	๑	๒	๐	๐	๐
	จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่เป็น กลุ่มเสี่ยงเบาหวานใน ปีงบประมาณที่ผ่านมา (B)	๔๖๘	๑๔๖	๔๕	๔๑	๓๕	๓๐	๒๕	๓๗	๘๐

ตัวชี้วัด/ผลงาน		รพ.สต. หัวเมือง	รพ.สต. วังพ่อน	รพ.สต. สะเียบ	รพ.สต. ป่าเลา	รพ.สต. นาหลวง	รพ.สต. แดนชุม พล	รพ.สต. หนอง เสี้ยว	ศสช. แม่แรม	รวม
อัตราผู้ป่วย เบาหวานราย ใหม่จากกลุ่ม เสี่ยงเบาหวาน ตามเกณฑ์	อัตรา (A/B*๑๐๐)	๑๒.๕	๕.๘๘	๐	๖.๒๕	๐	๐	๐	๐	๒.๙๕
	จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยง เบาหวานอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ใน เขตรับผิดชอบที่ถูกวินิจฉัยว่า เป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และขึ้นทะเบียนใน ปีงบประมาณ (A)	๔	๑	๐	๑	๐	๐	๐	๐	๓๑
	จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่เป็น กลุ่มเสี่ยงเบาหวานใน ปีงบประมาณที่ผ่านมา (B)	๓๒	๑๗	๑๔	๑๖	๒๓	๐	๒๙	๑๒	๑,๐๕๐

ตัวชี้วัด : อัตรากลุ่มสงสัยผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านตามเกณฑ์

เครือข่ายบริการสุขภาพ	จำนวนสงสัยป่วย (คน) (B)	มีผลการวัดความดัน โลหิตที่บ้าน (A)	ร้อยละ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนูน	๑๙๙	๐	๐
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งน้ำว	๑๕๑	๐	๐
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังดิน	๗๕	๓	๔
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลูนีเกตุ	๑๙	๐	๐
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยซอน	๑๖๐	๐	๐
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยหม้าย	๖๖	๐	๐
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเตาปูน	๓๐๑	๐	๐
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาไร่เดียว	๔	๐	๐
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวเมือง	๕	๐	๐
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังพ่อน	๒	๐	๐
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะเียบ	๗	๐	๐
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าเลา	๐	๐	๐
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาหลวง	๔	๐	๐
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแดนชุมพล	๓๙	๐	๐
สถานบริการสาธารณสุขชุมชนแม่แรม	๑	๐	๐
โรงพยาบาลสอง	๓๓๘	๑๔๕	๔๒.๙
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเสี้ยว	๖๒	๐	๐
รวม	๑,๔๓๓	๑๔๘	๑๐.๓๓

● สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นเรื่องยาก การดำเนินการเรื่องพฤติกรรมต้องสร้างรอบรู้ด้านสุขภาพในโอกาสต่อไป

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ	สร้างความตระหนักในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

● ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

-

● นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

สร้างบุคคลต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (จากโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของโรงพยาบาลสอง การบันทึกเมนูอาหารของกลุ่มเสี่ยงสูง)

ผู้รายงาน เนาวราวรรณ นามพร

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทรศัพท์ ๐๘๑ - ๘๘๓๗๐๗๗

E - mail : songins@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

รอบที่ ๑ รับการตรวจราชการวันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๒

KPI : ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

จากรายงานประจำปี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสอง ปี ๒๕๕๙ – ๒๕๖๑ พบว่าจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานเท่ากับ ๒,๒๘๖, ๒,๓๘๒ และ ๒,๔๗๖ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๔,๔๙๔.๑๖, ๔,๖๗๙.๘๖ และ ๔,๙๒๔.๖๒ ต่อแสนประชากรตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ ๖,๙๗๐, ๗,๑๗๙ และ ๗,๓๙๙ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๑๓,๗๐๒.๖๗, ๑๔,๑๐๔.๔๐ และ ๑๔,๗๑๖.๑๘ ต่อแสนประชากรตามลำดับ ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ในปี ๒๕๕๙ – ๒๕๖๑ คิดเป็น ๒๖๓, ๓๐๒.๕๖, ๓๑๐.๒๕ ต่อแสนประชากรตามลำดับ พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ในปี ๒๕๕๙ – ๒๕๖๑ คิดเป็น ๖๑๘.๒๕, ๖๘๙.๖๐, ๗๒๓.๒๖ ต่อแสนประชากรตามลำดับ จะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มโรคเหล่านี้เกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายประการ ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายน้อย อารมณ์เครียด มีภาวะอ้วนลงพุง พฤติกรรมการบริโภคของประชาชนที่เปลี่ยนไป การพึ่งพาอาหารปรุงสำเร็จ อาหารจานเดียวและเครื่องดื่มตามร้านค้าหรือร้านสะดวกซื้อได้รับความนิยมมากขึ้น การบริโภคอาหารที่มีสัดส่วนไม่เหมาะสม การรับประทานรสหวาน มัน เค็ม การใช้เครื่องปรุงรสในจำนวนที่สูงขึ้นและมีหลากหลายประเภทตามท้องตลาดที่มีให้เลือกมากขึ้น โดยมีรากฐานมาจากวิถีชีวิตที่เร่งรีบไม่เหมาะสม และมีสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งจำหน่าย เช่น ร้านสะดวกซื้อที่มีมากขึ้น รวมทั้งสื่อโฆษณาที่กระตุ้นให้มีความต้องการการบริโภคมากขึ้น ประกอบกับผู้ประกอบการร้านอาหารหรือการขายอาหารสำเร็จรูปที่เน้นรสชาติความอร่อยมากกว่าคุณภาพของอาหาร จึงต้องมีการเฝ้าระวังเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและลดโรควิถีชีวิตของประชาชน ลดผู้ป่วยรายใหม่ ลดภาวะแทรกซ้อน และการเสียชีวิต โดยเน้นการคัดกรองประชาชน การสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก ๓อ ๒ส และการจัดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตรวจภาวะแทรกซ้อนและบริการดูแลรักษาเชื่อมโยงระหว่าง รพ.สต รพช. กับ รพท.

● แผนการดำเนินงานของพื้นที่ ปี ๒๕๖๒

- จัดการความเสี่ยงโรค NCD โดยบูรณาการกับงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น งานอนามัยโรงเรียน งานผู้สูงอายุ งานอาหารปลอดภัย งาน Health Literacy
- พัฒนาการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับเครือข่ายโดยใช้หลักการความรู้ด้านสุขภาพ
- พัฒนาการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมิน NCDs Clinic Plus
- พัฒนา CPG NCDs ให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่
- พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้าน NCDs ร่วมกับการงาน IT

● (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. การค้นหา (กลุ่มเสี่ยง)	๑. การคัดกรองภาวะเสี่ยงในประชาชนอายุ ตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไป ๒. กำหนด Time line ในการคัดกรอง ๓. มีการติดตามผลการคัดกรองทุก ๓ เดือน และแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม	๑. การคัดกรองให้เสร็จสิ้นภายใน ๖ เดือน ๒. มีการติดตามผลการคัดกรองทุก ๓ เดือน และแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ ติดตาม	๑. มีการติดตามผลการคัดกรองทุก ๓ เดือน และแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ ติดตาม ๒. มีการติดตามผลการคัดกรองทุก ๓ เดือน และแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ ติดตาม	๑. มีการติดตามผลการคัดกรองทุก ๓ เดือน และแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม ๒. กลุ่มเสี่ยงจะต้องได้รับการประเมินซ้ำทุก ๖ เดือน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- คัดกรอง DM/HT ปชช. อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป >ร้อยละ ๔๐	- คัดกรอง DM/HT ปชช. อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป >ร้อยละ ๖๐	- คัดกรอง DM/HT ปชช. อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป >ร้อยละ ๘๐	- คัดกรอง DM/HT ปชช. อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป >ร้อยละ ๙๐
ผลการดำเนินงาน	- คัดกรอง DM ได้ ร้อยละ ๕๙.๙๑ - คัดกรอง HT ได้ ร้อยละ ๖๑.๒๔	- คัดกรอง DM ได้ ร้อยละ ๘๘.๒๐ - คัดกรอง HT ได้ ร้อยละ ๙๐.๘๖		
๒. การจัดการในชุมชน(กลุ่มเสี่ยง)	ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงจะต้องได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงจะต้องได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	กลุ่มเสี่ยงจะต้องได้รับการประเมินซ้ำทุก ๖ เดือน	กลุ่มเสี่ยงจะต้องได้รับการประเมินซ้ำทุก ๖ เดือน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง >ร้อยละ ๔๐	ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง > ร้อยละ ๖๐	ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ ๑๐๐	กลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมินซ้ำทุกราย
ผลการดำเนินงาน	ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงได้ >ร้อยละ ๔๐	ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงได้ >ร้อยละ ๖๐		
๓. การจัดการในสถานบริการ(กลุ่มป่วย)	๑. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย DM HT รายใหม่ ในคลินิกรายใหม่ ๒. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยราย	๑. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย DM HT รายใหม่ ในคลินิกรายใหม่ ๒. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย	๑. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย DM HT รายใหม่ ในคลินิกรายใหม่ ๒. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยราย	๑. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย DM HT รายใหม่ ในคลินิกรายใหม่ ๒. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยราย

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
	เก่าที่ควบคุมโรคไม่ได้	รายเก่าที่ควบคุมโรคไม่ได้	เก่าที่ควบคุมโรคไม่ได้ ๓. ผู้ป่วยจะต้องได้รับการประเมินซ้ำหลังจากปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	เก่าที่ควบคุมโรคไม่ได้ ๓. ผู้ป่วยจะต้องได้รับการประเมินซ้ำหลังจากปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	๑. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยรายใหม่ >ร้อยละ ๔๐	๑. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยรายใหม่ >ร้อยละ ๖๐	๑. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยรายใหม่ >ร้อยละ ๘๐	๑. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยรายใหม่ร้อยละ ๑๐๐
ผลการดำเนินงาน	ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยรายใหม่ได้ร้อยละ ๖๕.๘๐	ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยรายใหม่ได้ร้อยละ ๗๔.๙๑		
๔.การบริหารจัดการ	๑. จัดทำแผนการดำเนินงานระดับอำเภอ ๒. ประชุมคณะกรรมการ เพื่อการกำกับ/ติดตามงานและข้อมูล	๑. การกำกับติดตามและประเมินผล ร่วมกับงานยุทธศาสตร์ ๒. ประชุมคณะกรรมการ เพื่อการกำกับ/ติดตามงานและข้อมูล	๑. ประชุมคณะกรรมการ เพื่อการกำกับ/ติดตามงานและข้อมูล	๑. การกำกับติดตามและประเมินผลร่วมกับงานยุทธศาสตร์ ๒. ประชุมคณะกรรมการ เพื่อการกำกับ/ติดตามงานและข้อมูล
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- มีแผนการดำเนินงานระดับอำเภอ - มีการประชุมคณะกรรมการ	- มีการนิเทศติดตามและประเมินผล	- มีการประชุมคณะกรรมการ	- มีการนิเทศติดตามและประเมินผล
ผลการดำเนินงาน	- มีแผนการดำเนินงาน - มีการประชุม ๑ ครั้ง	- มีการประเมินผลร่วมกับกลุ่มงานยุทธศาสตร์ ๒ ครั้ง - มีการนิเทศงาน NCD ในรพสต. เครือข่าย		

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน		ตำบล								
		บ้านหนอง	บ้านกลาง	ห้วยหม้าย	เตาปูน	หัวเมือง	สะเลียบ	แดนชุมพล	ทุ่งน้าว	รวม
KPI : ร้อยละผู้ป่วย DM ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (เป้าหมายร้อยละ ๔๐)	ร้อยละ (A/B*๑๐๐) ปี ๒๕๖๒	๓.๒๙	๒.๔๙	๐.๗๗	๐.๓๔	๐.๕๙	๐.๔๑	๑.๗๕	๑.๘๕	๑.๕๐
	B หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน	๔๕๖	๔๔๑	๔๒๙	๒๙๑	๓๓๘	๒๔๒	๑๑๔	๑๖๒	๒,๔๗๓
	A หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับ HbA1c ได้ดี	๑๕	๑๑	๒	๑	๒	๑	๒	๓	๓๗

ตัวชี้วัด/ผลงาน		ตำบล								
		บ้านหนอง	บ้านกลาง	ห้วยหม้าย	เตาปูน	หัวเมือง	สะเลียบ	แดนชุมพล	ทุ่งน้าว	รวม
KPI : ร้อยละผู้ป่วย HT ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (เป้าหมายร้อยละ ๕๐)	ร้อยละ (A/B*๑๐๐) ปี ๒๕๖๒	๓๔.๒๒	๒๗.๒๒	๒๑.๖๘	๒๙.๓๕	๓๓.๒๔	๔๒.๙๗	๒๙.๒๒	๓๕.๓๒	๓๑.๑๐
	B หมายถึงจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	๑,๓๕๓	๑,๒๙๓	๑,๑๐๗	๙๓๐	๑,๐๓๕	๗๘๙	๓๗๓	๔๗๐	๗,๓๕๐
	A หมายถึงจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	๔๖๓	๓๕๒	๒๔๐	๒๗๓	๓๔๔	๓๓๙	๑๐๙	๑๖๖	๒,๒๘๖

ที่มา : HDC วันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

● สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

- ประเด็นที่อาจทำให้อัตราการควบคุมโรคไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เนื่องจากการเน้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนการปรับเพิ่มยา แต่การควบคุมด้านพฤติกรรมบริโภคและการรับประทานยาของผู้ป่วยบางกลุ่มยังคงไม่สามารถทำได้ เพราะส่วนหนึ่งผู้ป่วยเป็นวัยทำงานที่ย้ายพื้นที่การทำงานบ่อยและมีพฤติกรรมดื่มสุราหลังเลิกงานอยู่เป็นประจำ ผู้ป่วยส่วนมากเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล ทำให้การควบคุมโรคไม่ค่อยดี และผู้ป่วยบางส่วนมีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้อย่างเข้มงวดได้ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เช่น MI

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

-

● ข้อเสนอแนะนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

- เสนอส่วนกลางให้จัดการระบบการสื่อสารอย่างเข้มข้นและต่อเนื่องในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์อาหาร
ขนม เครื่องดื่ม การออกกำลังกายที่ส่งผลให้ประชาชนป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงสื่อสารความรู้ที่ถูกต้องใน
การดูแลตัวเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ เช่น การใช้สมุนไพรรักษาโรค

● นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง(ถ้ามี)

- คลินิกเบาหวาน ความดันรายใหม่ เพื่อให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยรายใหม่
- การวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
- กระดิ่งหรือนาฬิกาสุขภาพ เพื่อประกอบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกิน
- ชันโตโรคเรื้อรัง เพื่อประกอบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกิน
- กระชอนกรองไต เพื่อประกอบการให้ความรู้เรื่องระยะของไต
- ตู้เย็นยาฉีด เพื่อประกอบการให้ความรู้เรื่องการเก็บรักษายาฉีด

ผู้รายงาน นางสาวศิริณ เข้มทอง
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๕๔๕๙๑๕๗๕ ต่อ ๑๐๑๒
E- mail : k_sirin@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะที่ ๑: การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ

หัวข้อ ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital

รอบที่ ๑ รับการตรวจราชการ วันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๒

KPI : โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital รักษาอันดับดีมาก

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

โรงพยาบาลสองเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด ๓๐ เตียง ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูแก่ประชาชนในเขตอำเภอสอง ซึ่งในแต่ละวันมีกิจกรรมต่างๆ ที่ก่อให้เกิดการเป็นพิษต่อสิ่งแวดล้อมทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น การเกิดขยะ น้ำเสีย สิ่งปฏิกูล รวมไปถึงการใช้พลังงานและสารเคมีต่างๆ

โครงการ Green & Clean Hospital เป็นการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลโดยใช้หลักสุขาภิบาลอย่างยั่งยืนและเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม คือ กลยุทธ์ CLEAN และกิจกรรม GREEN เพื่อบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่ส่งผลกระทบต่อชุมชนโดยรอบ รวมถึงการเป็นต้นแบบด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมแก่ผู้มารับบริการเพื่อขยายผลสู่ชุมชนและภาคีเครือข่าย

โรงพยาบาลสอง ได้มีการดำเนินการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐาน Green & Clean Hospital และได้รับการประเมิน ในปี ๒๕๖๑ ที่ผ่านมา โดยผลการประเมินตามมาตรฐานอยู่ในเกณฑ์ ระดับดีมาก และจะพัฒนาเป็นระดับดีมาก PLUS

● การดำเนินงานของพื้นที่

โรงพยาบาลสองได้ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN Hospital อย่างต่อเนื่องเพื่อรักษาอันดับดีมาก และได้ดำเนินการแก้ไข และ/หรือ เพิ่มเติมในส่วนที่ขาด และมีการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ รวมไปถึงการดำเนินกิจกรรม GREEN Community ร่วมกับชุมชนอย่างต่อเนื่อง

● การดำเนินงานในพื้นที่ (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
การดำเนินกิจกรรม Green & Clean Hospital	- มีการจัดประชุม คณะกรรมการ สิ่งแวดล้อม เพื่อ กำหนดแนวทางการ ดำเนินงาน Green & Clean Hospital - จัดทำแผนการ ขับเคลื่อนกิจกรรม Green & Clean Hospital โดยการมี ส่วนร่วมของหน่วยงาน	- มีการจัดประชุม คณะกรรมการ สิ่งแวดล้อม เพื่อ กำหนดแนวทางการ ดำเนินงาน Green & Clean Hospital - ดำเนินการพัฒนา ตามเกณฑ์มาตรฐาน Green & Clean Hospital อย่าง ต่อเนื่อง	- ดำเนินการ พัฒนาตามเกณฑ์ มาตรฐาน Green & Clean Hospital อย่าง ต่อเนื่อง	- ดำเนินการ พัฒนาตามเกณฑ์ มาตรฐาน Green & Clean Hospital อย่าง ต่อเนื่อง

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
	ที่เกี่ยวข้องและภาคีเครือข่าย - มีการติดตามผลการดำเนินการตามแบบประเมินตนเอง ให้ไปไปตามมาตรฐาน			
ผลการดำเนินงาน	โรงพยาบาลพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน Green & Clean Hospital รักษาระดับ ดีมาก			
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	โรงพยาบาลพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน Green & Clean Hospital เตรียมความพร้อมเข้าสู่การพัฒนาไประดับ ดีมาก Plus ต่อไป			

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน	คปสอ.								
	เมือง	สูงเม่น	เด่นชัย	ลอง	วังชิ้น	ร้องกวาง	สอง	หนองม่วงไข่	รวม
โรงพยาบาลสอง ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน Green & Clean Hospital ระดับดีมาก							ระดับดีมาก		

● สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

เนื่องจากโรงพยาบาลสอง มีข้อจำกัดในเรื่องของสภาพพื้นที่ในการดำเนินงานอาหารปลอดภัย ยังไม่มีพื้นที่สำหรับจำหน่ายสินค้าปลอดสารพิษ และในเรื่องของงบประมาณสำหรับจัดซื้ออุปกรณ์และชุดทดสอบ GPO TM Kit ในการตรวจทดสอบสารเคมีกำจัดแมลงในวัตถุดิบสำหรับประกอบอาหารให้แก่ผู้ป่วยของโรงพยาบาล และเรื่องการจัดบริการด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ยังขาดแคลนบุคลากรที่จะมาดำเนินการ

● **ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
๑. ข้อจำกัดด้านสภาพพื้นที่และงบประมาณ ในการ พัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน Green & Clean Hospital เตรียมความพร้อมเข้าสู่การ พัฒนาไประดับ ดีมาก Plus ข้อที่ ๑๕ โรงพยาบาลมี การดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลปลอดภัย ร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่	ขอความอนุเคราะห์จากทางโรงพยาบาลพี่เลี้ยง ในการ ดำเนินงานด้านโรงพยาบาลปลอดภัย การตรวจหาสารเคมีกำจัดแมลงในวัตถุโดยหน่วย ตรวจสอบรถเคลื่อนที่ (Mobile Unit)
๒. ข้อจำกัดด้านบุคลากร ในการพัฒนางานอนามัย สิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน Green & Clean Hospital เตรียมความพร้อมเข้าสู่การพัฒนาไประดับ ดีมาก Plus ข้อที่ ๑๖ โรงพยาบาลผ่านมาตรฐาน จัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ระดับ เริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป	ขอความอนุเคราะห์จากทางโรงพยาบาลพี่เลี้ยง สนับสนุน บุคลากรด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อมมาช่วยในการดำเนินงาน

● **ข้อเสนอแนะตอนนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย**

เนื่องจากในบางหน่วยงานยังมีการคัดแยกขยะที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นต้องมีการดำเนินการส่งเสริมและ
รณรงค์ มาตรการในการจัดการขยะมูลฝอยในโรงพยาบาลในเรื่องของการคัดแยกขยะให้ถูกต้องและเป็น
แบบอย่างให้กับผู้มาใช้บริการ

● **นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)**

การดำเนินกิจกรรม GREEN ร่วมกับชุมชน ในเรื่องของการจัดการขยะในชุมชน โดยมีนวัตกรรมการ
จัดทำหลุม/ถังขยะเปียก/อินทรีย์ ในครัวเรือน ได้แก่ การใช้ถังพลาสติกเก่าเจาะกันฝังดิน การใช้ถังซีเมนต์
และจัดทำบ่อพัก การใช้เสวียนรอบต้นไม้

ผู้รายงาน นางสาวฐิติพร ผาสอน

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

โทร ๐๘๔ - ๓๗๒๔๓๙๗

e-mail : Thitiporn๖๐๖@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะที่ ๑ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ

รอบที่ ๑ รับการตรวจราชการฯ วันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๒

KPI : โครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน

๑. จำนวนผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่
๒. ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองและบำบัดรักษาการสูบบุหรี่
 - ๒.๑ ร้อยละของประชากรอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไปได้รับการค้นหาการสูบบุหรี่
 - ๒.๒ ร้อยละของประชากรที่สูบบุหรี่ ได้รับการคัดกรอง และการบำบัดรักษา
 - ๒.๓ ร้อยละของประชากรในครัวเรือนที่ตกเกณฑ์ จปฐ. (การสูบบุหรี่) ได้รับการบำบัดรักษา

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

สืบเนื่องมาจาก กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย มูลนิธิเครือข่ายหมออนามัย สมาคมหมออนามัย สมาคมวิชาชีพสาธารณสุข ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งประเทศไทย และภาคีเครือข่ายได้จัดทำโครงการ “๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน” ขึ้น เพื่อเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ ๙ เนื่องในโอกาสมหามงคลเสด็จเถลิงถวัลราชสมบัติครบ ๗๐ ปี ในปี ๒๕๕๙ และเนื่องในวโรกาสทรงมีพระชนมายุครบ ๙๐ พรรษา ในปี ๒๕๖๐ และ ๙๑ พรรษา ในปี ๒๕๖๑ โดยการชักชวน เชิญชวน ท้าชวนให้เลิกสูบบุหรี่พร้อมลงชื่อสมัครใจเลิกบุหรี่ และทำกิจกรรมสำคัญอันถือเป็นคุณงามความดีถวายแด่องค์ในหลวงฯ ร่วมกัน โดยตั้งเป้าหมายไว้ให้มีผู้เลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องให้ได้ไม่น้อยกว่า ๖ เดือนหรือตลอดชีวิต และให้ได้ ๓ ล้านคนในระยะเวลา ๓ ปี (ระหว่างพ.ศ.๒๕๕๙ – พ.ศ.๒๕๖๒) ซึ่งกิจกรรมครั้งนี้จะใช้พลังเครือข่ายหมออนามัย และ อสม.เป็นผู้ดำเนินการร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เนื่องจากอสม. มีความใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชนซึ่งเป็นจุดแข็ง โดยมุ่งเน้นให้มีการทำงานร่วมกันขององค์กรภาคีเครือข่าย อสม. ดำเนินการคัดกรอง แนะนำชักชวนให้เลิกสูบบุหรี่ และป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ การป้องกันเด็กและเยาวชนจากการสูบบุหรี่ และสามารถเฝ้าระวังกลยุทธ์ต่างๆ ของบริษัทบุหรี่ในพื้นที่รับผิดชอบของตนได้

อำเภอสอง มี อสม. จำนวน ๑,๕๕๓ คน เป้าหมายชวนคนเลิกสูบบุหรี่ จำนวน ๔,๖๕๙ คน จากการดำเนินงานตั้งแต่ปี ๒๕๕๙ – ๒๕๖๑ ผลการดำเนินงานจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการปี ๒๕๕๙ เนื่องจากเป็นปีแรกที่เริ่มโครงการยังไม่มีลงข้อมูลและการติดตามครบ ๖ เดือน ปี ๒๕๖๐ มีการดำเนินการติดตามแต่ยังไม่เกิดผลและไม่มีการลงข้อมูล ปี ๒๕๖๑ จำนวนผู้เข้าบำบัด ๑ คน เลิกสูบบุหรี่ได้ ๑ เดือน ปี ๒๕๖๒ จำนวนผู้เข้าบำบัด จำนวน ๔๘๓ คน เลิกสูบบุหรี่ได้ ๑ เดือน จำนวน ๑ คน เลิกสูบบุหรี่ได้ ๓ เดือน จำนวน ๑ คน ซึ่งผลการดำเนินงานยังต่ำกว่าเป้าหมาย

● แผนการดำเนินงานของพื้นที่ ปี ๒๕๖๒

๑. ขั้นเตรียมการ

- ๑.๑ จัดทำแนวทางการดำเนินงานโครงการ “๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน”

๒. ขั้นดำเนินการ

- ๒.๑ ประชุม อสม. และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องเพื่อรับทราบโครงการ
- ๒.๒ ดำเนินการสำรวจข้อมูลด้านพฤติกรรมกาสูบหรี่ของประชาชนที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป

- ๒.๓ อสม. ดำเนินการคัดกรองประชาชนที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ให้เข้าร่วมโครงการ
- ๒.๔ ประชาสัมพันธ์โครงการโดยผ่านสื่อต่างๆ เช่น ป้ายประชาสัมพันธ์ เสียงตามสายหรือหอกระจายข่าวของหมู่บ้าน กิจกรรมเดินรณรงค์ ลด ละเลิกสูบบุหรี่ในชุมชน
- ๒.๕ จัดอบรมให้ความรู้เรื่องพิษภัยจากการสูบบุหรี่ ผลกระทบและความสูญเสีย ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม
- ๒.๖ ให้ผู้สมัครใจลด ละ เลิกพฤติกรรมกาสูบบุหรี่บันทึกประวัติลงในแบบฟอร์มโครงการฯ
๓. ขึ้นติดตามประเมินผล
- ๓.๑ ดำเนินการติดตามผล แนะนำและให้กำลังใจผู้เข้าร่วมโครงการเพื่อประเมินความก้าวหน้าในการลด ละ เลิกพฤติกรรมกาสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องให้ได้ไม่น้อยกว่า ๖ เดือนหรือตลอดชีวิต
- ๓.๒ ดำเนินการมอบประกาศนียบัตรให้แก่ผู้เข้าร่วมโครงการที่สามารถเลิกพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ได้สำเร็จ
- ๓.๓.สรุปและประเมินผลโครงการ

● การดำเนินงานของพื้นที่ (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ , ๖ เดือน	๙ , ๑๒ เดือน
๑. ประชาชนผู้สูบบุหรี่เข้าร่วมโครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน (สละสม)	๑. ถ่ายทอด นโยบาย แนวทาง และองค์ความรู้ให้กับ อสม. ๒. อสม.ที่สูบบุหรี่ทุกคนเข้าร่วมโครงการฯ ๓. อสม. สํารวจค้นหาผู้สูบบุหรี่ ขอให้เข้าร่วมโครงการฯ (อสม. ๑ คน ต่อ ผู้สูบบุหรี่ ๓ คน) ๔. อสม.ส่งรายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการฯผ่านแบบฟอร์มรายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการฯ และแบบ อสม.๑ ให้กับ รพ. เพื่อเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา และเจ้าหน้าที่รายงานผ่านระบบ HDC ๕. ขับเคลื่อนกิจกรรมรณรงค์เลิกบุหรี่ และให้ความรู้เรื่องพิษภัยจากการสูบบุหรี่ ผลกระทบ และความสูญเสียทั้งโดยทางตรง และทางอ้อมในชุมชน ๖. อสม. ติดตามผล และรายงานผลการเลิกสูบบุหรี่ทุกเดือนผ่านแบบ อสม.๑ และเจ้าหน้าที่รายงานผ่านระบบ HDC	๑. อสม. สํารวจค้นหาผู้สูบบุหรี่ ขอให้เข้าร่วมโครงการฯ ต่อเนื่อง ๒. การจัดระบบบริการ การให้คำแนะนำ การบำบัดรักษา ฟื้นฟูให้กับผู้สูบบุหรี่ ๓. การติดตามความก้าวหน้า และรายงานผล
ผลการดำเนินงาน	๑. อสม. ดำเนินการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้สูบบุหรี่ในชุมชน ๒. มีเป้าหมายของผู้สูบบุหรี่ และรายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการฯ ๓. มีการขับเคลื่อนกิจกรรมรณรงค์เลิกสูบบุหรี่ในชุมชน ๔. มีการจัดบริการ ให้คำแนะนำ บำบัดรักษา ฟื้นฟูให้กับผู้สูบบุหรี่	
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	จำนวนผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่	

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

เครือข่ายบริการสุขภาพ	จำนวนประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	ได้รับการคัดกรอง	ร้อยละ	ผู้สูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว	ไม่สูบบุหรี่	จำนวนผู้สูบบุหรี่	ร้อยละผู้สูบบุหรี่	ได้รับการบำบัด	ร้อยละบำบัด
รพ.สต.บ้านหนอง	๑,๘๔๕	๑๙๒	๑๐.๔๑	๐	๓	๑๘๙	๙๘.๔๔	๑๘๙	๑๐๐
รพ.สต.ทุ่งน้ำว	๒,๐๘๓	๓๒	๑.๕๔	๐	๓๒	๐	๐	๐	๐
รพ.สต.วังดิน	๘๓๔	๒๗	๓.๒๔	๘	๑๔	๕	๑๘.๕๒	๐	๐
รพ.สต.ลูนีเกตุ	๑,๑๘๑	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
รพ.สต.ห้วยซอน	๑,๓๖๓	๓	๐.๒๒	๐	๓	๐	๐	๐	๐
รพ.สต.ห้วยหม้าย	๒,๓๙๓	๑๑	๐.๔๖	๐	๑๑	๐	๐	๐	๐
รพ.สต.เตาปูน	๓,๓๒๑	๙๕	๒.๘๖	๒๐	๕๔	๒๑	๒๒.๑๑	๒	๙.๕๒
รพ.สต.นาไร่เดียว	๖๑๑	๒๗๙	๔๕.๖๖	๐	๓	๒๗๖	๙๘.๙๒	๒๗๖	๑๐๐
รพ.สต.หัวเมือง	๑,๘๘๐	๑	๐.๐๕	๐	๑	๐	๐	๐	๐
รพ.สต.วังพ่อน	๑,๒๐๒	๔	๐.๓๓	๐	๓	๑	๒.๕	๐	๐
รพ.สต.สะเอียบ	๑,๙๔๒	๖๗	๓.๔๕	๑	๖๖	๐	๐	๐	๐
รพ.สต.ป่าเลา	๗๔๕	๕๑	๖.๘๕	๐	๔๗	๔	๗.๘๔	๔	๑๐๐
รพ.สต.นาหลวง	๑,๐๔๒	๑	๐.๑	๐	๑	๐	๐	๐	๐
รพ.สต.แดนชุมพล	๑,๔๒๗	๒๙๓	๒๐.๕๓	๖	๒๗๐	๑๗	๕.๘	๐	๐
รพ.สต.แม่แรม	๗๓๖	๑	๐.๑๔	๐	๑	๐	๐	๐	๐
โรงพยาบาลสอง	๖,๔๙๔	๔,๖๓๐	๗๑.๓	๐	๔,๖๒๙	๑	๐.๐๒	๑	๑๐๐
รพ.สต.หนองเสี้ยว	๘๘๐	๔๑๓	๔๖.๙๓	๑๑	๓๖๔	๓๘	๙.๒	๑๑	๒๘.๙๕
รวม	๒๙,๙๗๙	๖,๑๐๐	๒๐.๓๕	๔๖	๕,๕๐๒	๕๕๒	๙.๐๕	๔๘๓	๘๗.๕๐

ตัวชี้วัด : ร้อยละของประชากรในครัวเรือนที่ตกเกณฑ์ จปฐ. (การสูบบุหรี่) ได้รับการบำบัดรักษา

ตัวชี้วัด	จำนวนประชากรทั้งหมด	จำนวนผู้สูบบุหรี่	จำนวนผู้ได้รับการบำบัด	ร้อยละ
ร้อยละของประชากรในครัวเรือนที่ตกเกณฑ์ จปฐ. (การสูบบุหรี่) ได้รับการบำบัดรักษา	๒๙๑๖๒	๒๖๕๔	๙๐๙	๓๔.๒๕

- สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

จากการสะท้อนข้อมูลจาก อสม. ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานดังนี้

๑. ผู้สูบบุหรี่มองเรื่องของการสูบบุหรี่ว่าเป็นเรื่องสิทธิ และความชอบส่วนบุคคล
๒. ผู้สูบบุหรี่รับรู้และเข้าใจถึงโทษ และผลกระทบจากการสูบบุหรี่ และไม่ต้องการเลิกสูบบุหรี่
๓. กลุ่มเพื่อน และการสังสรรค์หลังเลิกจากการทำงานเอื้อต่อการสูบบุหรี่ และมีผลต่อการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ
๔. ผู้ที่สมัครใจเข้ารับการบำบัด ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ เนื่องจากวิถีชีวิต และสภาพแวดล้อมบางประการในชุมชนยังเอื้อให้มีการสูบบุหรี่

- ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
๑. ผู้สูบบุหรี่ไม่ต้องการเลิกสูบบุหรี่	๑. การหาเทคนิคสร้างแรงจูงใจ รางวัล จากหน่วยงานที่ให้ การสนับสนุนสำหรับผู้เลิกสูบบุหรี่ได้ ๒. การแนะนำการเลิกแบบหักดิบ ๓. การแนะนำแนวทางการบำบัดรักษาด้วยสมุนไพร หรือ แพทย์ทางเลือก

- ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย
 - ควรมีการชี้แจงและบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่และเครือข่าย
 - อสม. และเจ้าหน้าที่ ควรมีการติดตามเชิญชวนผู้มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ที่ยังไม่เข้ารับการบำบัดให้เข้ารับการบำบัด และเน้นในกลุ่ม อสม. ที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ให้เข้ารับการบำบัด

- นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน นางศิริวรรณ คำฝั้น
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๕๔-๕๙๑๕๗๕ ต่อ ๑๐๖๙
E - mail : patty๐๕๕@hotmail.co.th

ผู้รายงาน นางพิมลวรรณ อารีชล
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
โทรศัพท์ ๐๕๔-๕๙๑๕๗๕ ต่อ ๑๐๔๐
E - mail : tew_tus@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Excellence)

รอบที่ ๑ รับการตรวจราชการ วันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๒

KPI : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

อำเภอสอง มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามคำสั่งอำเภอสอง ที่ ๑๑๔/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๖๑ และได้ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ พชอ. ใหม่ เพื่อให้เป็นปัจจุบัน และครอบคลุมทุกหน่วยงาน องค์กร และภาคส่วนต่างๆ ตามโครงสร้างของคณะกรรมการตามคำสั่งอำเภอสอง ที่ ๙๐/๒๕๖๒ ลงวันที่ ๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ มีบทบาทในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนเกิดการบูรณาการเป้าหมายทิศทางการพัฒนาและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนโดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลางมีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกันโดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาวะทางกายจิตและสังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป โดยมุ่งให้เกิดการพัฒนาคุณภาพมีผลการดำเนินการดังนี้

๑. มีการทบทวนการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ.๒๕๖๑

๒. แต่งตั้งคณะทำงาน วางแผนกำหนดแนวทางใน การขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามที่พื้นที่กำหนด

๓. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการจัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็น พัฒนานำมา คัดเลือกประเด็นที่สำคัญเกี่ยวกับการพัฒนา คุณภาพชีวิตตามบริบทในพื้นที่ และมีการกำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น ๒ ประเด็น ได้แก่

๑) การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน

๒) การบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม

๔. จัดทำแผนการดำเนินงานในการแก้ไขปัญหาพัฒนา ตามประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต และมีการบริหารจัดการทรัพยากรของทุกภาคส่วน ที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนา คุณภาพชีวิตมีแผนดำเนินงานในการแก้ไข ปัญหา พัฒนา ตามประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต

๕. ดำเนินงานตามแผนดำเนินงานในการแก้ไข ปัญหา พัฒนา ตามประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต

๖. ดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตตาม แนวทาง UCCARE โดยการประเมินตนเอง และมีผลลัพธ์ การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA โดยมีอำเภอเป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครอง และเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆ ในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน ๘๕ หมู่บ้าน

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. พัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอ	ประเมินผลการ ดำเนินงานเกี่ยวกับการ พัฒนาคุณภาพ ชีวิตอำเภอด้วย UCCARE - ทบทวนคำสั่ง คณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พชอ.) ตามระเบียบสำนัก นายกฯ และมีการ ประชุมคณะ กรรมการฯ กำหนด ประเด็น ได้แก่ - การบาดเจ็บจาก อุบัติเหตุทางถนน - การบริหารจัดการ ขยะและสิ่งแวดล้อม	แต่งตั้งคณะทำงาน พัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พชอ.) ตามประเด็นการ พัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอ ๒ ประเด็น ได้แก่ ๑) การบาดเจ็บจาก อุบัติเหตุทางถนน ๒) การบริหารจัดการ ขยะและสิ่งแวดล้อม - มีแผนงาน/ โครงการพัฒนา คุณภาพชีวิตตาม ประเด็นเลือกและ ดำเนินการขับเคลื่อน งานในพื้นที่ตาม แผนงาน/โครงการ ของอำเภอที่เลือก พัฒนา	- มีการบริหารจัดการ ทรัพยากรของทุก ภาคส่วน ที่เกี่ยวข้อง ในการขับเคลื่อน ประเด็นการพัฒนา คุณภาพชีวิตมีแผน ดำเนินงานในการแก้ ไข ปัญหา พัฒนา ตามประเด็นการ พัฒนาคุณภาพชีวิต - มีการดำเนินงาน ตามแผนดำเนินงาน ในการแก้ไข ปัญหา พัฒนา ตามประเด็น การพัฒนาคุณภาพ ชีวิต	สรุปผลการ ดำเนินงานที่ สะท้อนให้เห็นถึง กลไกการ ดำเนินงานตาม หลักการของ พชอ. ได้แก่ การมีส่วนร่วม (Participant) คุณภาพชีวิตการ (Quality of life)เคลื่อนไหวที่ เกิดขึ้น (Social movement) ทรัพยากร (Resource sharing)และ เทคโนโลยี (Technology)
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- ปัญหาสุขภาพใน พื้นที่ (OTOP/ODOP)	แผนงาน/โครงการ อปท.	การแก้ปัญหาตาม ODOP/OTOP	ผลสำเร็จการแก้ไข ปัญหา
ผลการดำเนินงาน	- แผนงาน TOP/ODOP	- โครงการ ODOP - โครงการ OTOP	แก้ไขปัญหา ได้แก่ - การบาดเจ็บจาก อุบัติเหตุทางถนน - การบริหารจัดการ ขยะและสิ่งแวดล้อม	- ประเมินผลการ ดำเนินงานเกี่ยวกับ การพัฒนาคุณภาพ

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน	คะแนน
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	ระดับ ๑ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ระดับ ๒ และมีการจัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็น พัฒนานำมา คัดเลือกประเด็นที่สำคัญเกี่ยวกับการพัฒนา คุณภาพชีวิตตามบริบทในพื้นที่ ระดับ ๓ และมีแผนดำเนินงานในการแก้ไขปัญหาพัฒนา ตามประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับ ๔ และมีการดำเนินงานตามแผนฯ ระดับ ๕ และมีการวิเคราะห์/สรุป/ถอดบทเรียน	๔

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
๑. ประเด็นปัญหาในพื้นที่ตำบลไม่เหมือนกันทุกตำบล	๑. ควรให้พื้นที่ตำบลเป็นผู้กำหนดประเด็นปัญหาตนเอง เพื่อการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาของตนเอง

● ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

-

● นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง(ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน นายสวัสดิ์ ดวงใจ

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Excellence)

รอบที่ ๑ รับการตรวจราชการ วันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๒

KPI : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ โดยจัดทำโครงการ คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) เพื่อปรับสามเหลี่ยมให้กลับตั้งอยู่บนฐานที่มีความมั่นคง ลดความ เหลื่อมล้ำ เป็นการดูแลแบบองค์รวม ด้วยแนวคิด บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี ด้วยทีม หมอครอบครัว อันประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหวิชาชีพ ดูแลสุขภาพประชาชนด้วย กระบวนการเวชศาสตร์ครอบครัว อันเป็นนโยบายการจัดแพทย์ลงสู่ตำบล

ระบบการให้บริการ บริการทุกคน บริการทุกอย่าง บริการทุกที่ บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี **บริการทุกคน** คือ ดูแลตั้งแต่ ตั้งครรภ์ วัยทารก วัยเด็กนักเรียน วัยทำงานจนถึงวัยสูงอายุ **บริการทุกอย่าง** คือ งานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค งานรักษาพยาบาล งานฟื้นฟูสภาพและงานคุ้มครองผู้บริโภค **บริการทุกที่** คือ ทำงานในที่ตั้งคลินิก หมอครอบครัว ทำงานเชิงรุกให้บริการที่บ้าน และในชุมชน **บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี** คือ ให้คำปรึกษา ประชาชนสามารถสอบถามปัญหาเรื่องป้องกันรักษาและยาเจ็บไข้ได้ป่วย ด้วยการสื่อสารด้วยกลุ่ม LINE หรือ face book แล้วมีทีมหมอครอบครัวเข้ามาช่วยกันตอบ เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม คปสอ.สอง จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาระบบการดูแลของคลินิกหมอครอบครัวเพื่อให้การดูแลประชาชนตั้งแต่การตั้งครรภ์อย่างมี คุณภาพ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินในชุมชน การดูแลผู้สูงอายุ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการควบคุมโรคระบาดในพื้นที่ ให้ได้รับการบริการที่สะดวกรวดเร็ว เป็นกันเอง ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และได้รับการดูแลจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ ประชาชนมีความพึงพอใจ ต่อการบริการ ทั้งนี้การจัดบริการคลินิกหมอครอบครัวอำเภอสอง มีวัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาระบบระบบคลินิกหมอครอบครัวคลินิกหมอครอบครัว ใน คปสอ.สอง จำนวน ๔ แห่ง ที่สามารถดูแลประชาชนในพื้นที่ได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

๒. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินในชุมชน การดูแลผู้สูงอายุ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการพัฒนาควบคุมโรคระบาดในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมพื้นที่

๓. ระบบคลินิกหมอครอบครัว ใน คปสอ.สอง จำนวน ๔ แห่ง ที่สามารถดูแลประชาชนในพื้นที่ได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพบุคลากร มากกว่าร้อยละ ๘๐

๔. ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินในชุมชน การดูแลผู้สูงอายุ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการพัฒนาควบคุมโรคระบาดในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ มากกว่าร้อยละ ๘๐

เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน

๑. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหวิชาชีพ จำนวน ๑๐ คน

๒. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่พัฒนาระดับเป็น PCC จำนวน ๔ แห่งๆ ละ ๕ คน

คลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการ

๑. PCC สะเียบ

๒. PCC เตาปูน

๓. PCC หัวเมือง

๔. PCC แม่แรม

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. ขึ้นทะเบียนคลินิก หมอครอบครัวและวางแผนการปฏิบัติงานงาน และการบริหารจัดการ กำลังคน ทรัพยากร	- รวบรวมข้อมูลส่ง สสจ.แพร่ เพื่อขึ้น ทะเบียนคลินิกหมอ ครอบครัว - วางแผนการ จัดบริการที่คลินิก หมอครอบครัว - ปฏิบัติตาม แผนการจัดบริการที่ วางแผนไว้ เช่น กำลังคน ทรัพยากร	- การจัดบริการ ตามแผนที่วางไว้ - ปรับรูปแบบการ จัดบริการตามความ เหมาะสมและ พัฒนาระบบ สนับสนุน	- มีการบริหาร จัดการทรัพยากร ของทุกภาคส่วน ที่ เกี่ยวข้องในการ ขับเคลื่อนประเด็น การพัฒนา PCC - แผนดำเนินงานใน การแก้ไข ปัญหา พัฒนา ตามประเด็น การพัฒนาคุณภาพ ชีวิต - มีการดำเนินงาน ตามแผนดำเนินงาน ในการแก้ไข ปัญหา พัฒนา ตามประเด็น การพัฒนาPCC	สรุปผลการ ดำเนินงานที่ สะท้อนให้เห็นถึง กลไกการ ดำเนินงานตาม หลักการของ PCC
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- การจัดบริการที่ ครอบคลุมและ บริการที่มีคุณภาพ และความพึงพอใจ	ดำเนินการ จัดบริการตาม แผนงาน	การจัดบริการตาม แผนอย่างครอบคลุม และพึงพอใจ	ผลสำเร็จการ ดำเนินงาน ผ่านการประเมิน๓ร

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน	คะแนน
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน พัฒนาคุณภาพPCC	ระดับ ๑ มีการขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัว ระดับ ๒ และมีการปฏิบัติงานตามแผน ระดับ ๓ มีการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ ระดับ ๔ การจัดบริการอย่างครอบคลุมและความ พึงพอใจและผ่านเกณฑ์ประเมิน๓ S ระดับ ๕ และมีการวิเคราะห์/สรุป/ถอดบทเรียน/ แลกเปลี่ยนเรียนรู้	๔

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
๑. ประเด็นการบริหารจัดการกำลังคน ๒. มีการปรับเปลี่ยนเจ้าหน้าที่บ่อย ๓. ขาดแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	๑. ควรให้พื้นที่บริการจัดการกำลังคนเป็นหลัก คนเสริมจาก CUP เป็นส่วนเสริม ๒. พัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพิ่มเติมให้ครอบคลุม

● ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

-

● นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง(ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน นางเนาวรรารณ นามพร
 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 โทรศัพท์ ๐๘๑-๘๘๓๗๐๗๗
 E-mail : Songins@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Excellence)

รอบที่ ๑ รับการตรวจราชการวันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๒

KPI : ร้อยละของ รพ.สต. ติดดาว ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. เป็นประเด็นสำคัญในยุทธศาสตร์ที่ ๒ ของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีเจ้าหน้าที่มีความสุขระบบสุขภาพมีความยั่งยืนกระทรวงสาธารณสุขจึงจัดบริการให้ประชาชนทุกระดับได้เข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมได้มาตรฐาน มีการขยายบริการเชิงรุกโดยการยกระดับสถานีอนามัยเป็น รพ.สต.จัดบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐาน

อำเภอสอง มีหน่วยบริการปฐมภูมิประกอบด้วย รพ.สต. จำนวน ๑๕ แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน ๑ แห่ง และกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลสอง ๑ แห่ง ในการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมินั้น อำเภอสองได้มีการดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี ๒๕๕๓ – ปัจจุบัน โดยมีการพัฒนาตามเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award : PCA) และในปี ๒๕๕๖ มีการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิตามแนวทาง DHSPCA โดยการมุ่งเน้นให้เป็นเครื่องมือเรียนรู้ร่วมกันของเครือข่ายบริการสุขภาพทุกระดับ ในปี ๒๕๕๙ พบว่าผลการดำเนินงานอำเภอสอง เครือข่าย รพ.สต. ทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓

ปี ๒๕๖๐ กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ผลลัพธ์การพัฒนาพบว่ามี รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาว จำนวน ๒ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๑๓ (เป้าหมายร้อยละ ๑๐) และ ในปี ๒๕๖๑พบว่ามี รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาว เพิ่มอีกจำนวน ๒ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๒๖ (เป้าหมายร้อยละ ๒๕)

ปี ๒๕๖๒ ได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์เพื่อรองรับและขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยกำหนดเป้าหมายให้ รพ.สต. ทุกแห่ง มีการพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว และ รพ.สต.จำนวน ๗ แห่ง รับการประเมินจากทีมจังหวัดแพร่

● แผนการดำเนินงานของพื้นที่ ปี ๒๕๖๒

๑. จัดทำแผนยุทธศาสตร์ และกำหนดให้การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นประเด็นสำคัญในแผนยุทธศาสตร์
๒. จัดทำแผนงาน ยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอสอง จังหวัดแพร่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจแนวทางการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาวแก่เจ้าหน้าที่ และเพื่อสนับสนุนให้หน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพได้ตามเกณฑ์ โดยมีวิธีดำเนินการ ดังนี้
 - ๑) ทบทวนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอสอง
 - ๒) แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและทีมพี่เลี้ยง รพ.สต. ติดดาว คปสอ.สอง
 - ๓) กำหนดพื้นที่เป้าหมาย ในการพัฒนาคุณภาพเพื่อรับการประเมิน รพ.สต. ติดดาว

- ๔) ประชุมชี้แจงเกณฑ์การพัฒนา รพ.สต. ติดดาว ปี ๒๕๖๒
- ๕) ประเมินตนเองตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว
- ๖) ดำเนินการพัฒนาตามแผน
- ๗) เยี่ยมเตรียมความพร้อมเพื่อรับการประเมินจากทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ
- ๘) เตรียมความพร้อมเพื่อรับการประเมินจากทีมระดับจังหวัด (เป้าหมาย ๗ แห่ง)
- ๙) รับการตรวจประเมินตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว จากทีมประเมิน
- ๑๐) ประชุมสรุปติดตาม และประเมินผล

● (Essential Task)

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
๑. หน่วยบริการทุกแห่ง ทบทวนผลการดำเนินงาน และจัดเตรียมข้อมูล	๑. ประชุมชี้แจง นโยบายการพัฒนา คุณภาพตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว	๑. หน่วยบริการทุก แห่งประเมินตนเอง และพัฒนาตามส่วน ขาด		
ผลการดำเนินงาน	ร้อยละของ รพ.สต. ประเมินตนเองตามเกณฑ์ รพ.สต. ติดดาว ร้อยละ ๑๐๐			
๒. ทบทวนคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพระดับปฐม ภูมิ	๑. แต่งตั้งคณะ กรรมการพัฒนา คุณภาพและทีมพี่ เลี้ยง รพ.สต. ติดดาว คปสอ.สอง	๑. ประชุมทีมพี่เลี้ยง ๒. จัดทำแผนการ เยี่ยมเสริมพลัง ๓. ออกเยี่ยมตาม แผน		
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและทีมพี่เลี้ยง รพ.สต. ติดดาว และมีกิจกรรมการออก เยี่ยมเสริมพลังตามแผน ครบ ๗ แห่ง			
๓. รพ.สต.ตามเป้าหมาย ๗ แห่ง รับการประเมิน จากทีมจังหวัดแพร่	๑. รพ.สต. ประเมิน ตนเอง และพัฒนา ตามส่วนขาด	๑. รพ.สต. ตาม เป้าหมาย ๗ แห่ง เตรียมพร้อม รับการ เยี่ยมเพื่อประเมิน ตามมาตรฐาน รพ.สต. ติดดาว		
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ร้อยละของ รพ.สต. ตามเป้าหมาย ผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ ๑๐๐			

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน	คปสอ.สอง								
	รพ.สอง	รพ.สต. บ้านหนุน	รพ.สต. ทุ่งนาว	รพ.สต. วังดิน	รพ.สต. ลูนิกตุ	รพ.สต. ห้วยซอน	รพ.สต. ห้วยหม้าย	รพ.สต. เตาปูน	รพ.สต. นาไร่เดียว
รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาว	-	กำลัง ดำเนินการ	กำลัง ดำเนินการ	กำลัง ดำเนินการ	กำลัง ดำเนินการ	กำลัง ดำเนินการ	ผ่าน	ผ่าน	กำลัง ดำเนินการ
	รพ.สต. หัวเมือง	รพ.สต. วังพ่อน	รพ.สต. สะเอียบ	รพ.สต. ป่าเลา	รพ.สต. นาหลวง	รพ.สต. แดนชุม พล	รพ.สต. หนอง เสี้ยว	ศสช. แม่แรม	รวม
รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาวระดับ ๕ ดาว	ผ่าน	กำลัง ดำเนินการ	ผ่าน	กำลัง ดำเนินการ	กำลัง ดำเนินการ	กำลัง ดำเนินการ	กำลัง ดำเนินการ	-	

● สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

การสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณอย่างเพียงพอในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพให้ผ่านตามเกณฑ์

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

-

● ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

-

● นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง(ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน นางพรพรรณ ตะคุณะ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทรศัพท์ ๐๖๒๙๓๒๖๒๙๙

E- mail : p.takuna@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Excellence)

รอบที่ ๑ รับการตรวจราชการฯ วันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๒

KPI : การพัฒนางานแบบบูรณาการด้านโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล RDU Hospital/RDU PCU ภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

ปัจจุบันได้มีการพัฒนางานด้าน RDU Hospital/RDU PCU จนผ่านเกณฑ์ระดับกระทรวงในชั้นที่ ๑ แล้ว แต่ภาพรวมของการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะของโรงพยาบาลสอง เทียบกับพื้นที่จังหวัดแพร่ พบว่า แพทย์ยังสั่งใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในเกณฑ์ที่สูงอยู่ ยังคงต้องดำเนินการพัฒนางานต่อไปและเร่งสร้างความตระหนักของผู้ปฏิบัติงานในทุกกระดับ เพื่อให้ผ่านเกณฑ์ประเมินระดับสอง ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ นี้

● แผนการดำเนินงานของพื้นที่ ปี ๒๕๖๒

๑. ออกนิเทศติดตามงานกระตุ้นเพื่อสร้างความตระหนักแก่ PCU และติดตามงานด้าน RDU
๒. ปรับปรุงวิธีการดึงข้อมูลให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์และถูกต้องมากขึ้นตามเกณฑ์กระทรวง
๓. จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันทำ KM เพื่อให้มีการหารือแนวทางร่วมกันให้ผ่าน RDU ชั้น ๒
๔. คืบข้อมูลแพทย์เป็นรายคนเพื่อให้มีการพัฒนาแนวทางการสั่งใช้ยาให้เหมาะสมตามเกณฑ์ RDU มากยิ่งขึ้น
๕. มีการจัดระดับ รพ.สต. ที่มีผลการปฏิบัติดีเยี่ยมและมอบประกาศนียบัตรเพื่อเป็นการชื่นชมผลงานเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานในปีงบประมาณ

● การดำเนินงานของพื้นที่ (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. จัดประชุมคณะกรรมการระดับโรงพยาบาลและ คปสอ. ชี้แจงความเปลี่ยนแปลงในการเก็บข้อมูลและชี้แจงการพัฒนางาน โดยมุ่งเน้นให้ผ่านเกณฑ์ประเมิน RDU ชั้นที่ ๒	/			
ผลการดำเนินงาน	มีการนำเอาความรู้ตลอดจนคำแนะนำไปปฏิบัติตาม มีแนวโน้มผ่านเกณฑ์ประเมิน RDU ชั้นที่ ๒ มากยิ่งขึ้น			
๒. ปรับบริเวณพื้นที่ผู้ป่วยนอกเป็นโซนความรู้ด้าน ๓ โรคหายได้ไม่ ต้องพึ่งพายาปฏิชีวนะมีการให้ความรู้ในระหว่างรอแพทย์ตรวจ	/	/	/	/

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
ผลการดำเนินงาน	ประชาชนที่มารับบริการที่ รพ.สองได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่อง ๓ โรคหายได้ไม่ต้องพึ่งพายาปฏิชีวนะ			
๓. ส่งเสริมกิจกรรมการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม ใน รพช. + รพ.สต. - สร้างความตระหนักรู้ในแพทย์และบุคลากรผู้สั่งใช้ยา		/	/	/
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	บุคลากรและเจ้าหน้าที่ ประชาชนมีความรู้ มีกิจกรรมหรือการให้ข้อมูลแก่สาธารณะ			
๔. นิเทศติดตามโดย รพ. แม่ข่ายติดตามงาน รพ.สต. ทั้ง ๑๖ แห่ง		/	/	/
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	เป็นการประเมินผลการปฏิบัติงานของ RDU - PCUและเป็นการสร้างความตระหนักให้เกิดเครือข่าย RDU ในชุมชนและสรุปผลการดำเนินงานเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ			

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ผลการดำเนินงานด้าน RDU ของโรงพยาบาลสอง และ รพ.สต. ลูกข่าย ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ชื่อตัวชี้วัด		เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	
			ไตรมาสที่ ๑ (๑ ต.ค. - ๓๑ ธ.ค. ๖๑)	ไตรมาสที่ ๒ (๑ ม.ค. - ๑๕ ก.พ. ๖๒) *ยังไม่สิ้นสุดไตรมาส
๑	ร้อยละของรายการที่สั่งใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ	รพ.ระดับ F๑-F๓ ≥ ร้อยละ ๙๐	๙๘.๙๘	๙๘.๘๒
๒	ประสิทธิผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการขึ้นนำสื่อสารและส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	ระดับ ๓	๓	๓
๓	การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน ๑๓ กลุ่ม ที่มีรายละเอียดครบถ้วน	รายการยา ๑๓ กลุ่ม	๓	๓
๔	รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก ๘ รายการ ที่ยังคงมีเหลืออยู่ในบัญชียาโรงพยาบาล	≤ ๑ รายการ	ไม่มี	๑ รายการ paracetamol inj.

ชื่อตัวชี้วัด		เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	
			ไตรมาสที่ ๑ (๑ ต.ค. - ๓๑ ธ.ค. ๖๑)	ไตรมาสที่ ๒ (๑ ม.ค. - ๑๕ ก.พ. ๖๒) *ยังไม่สิ้นสุดไตรมาส
๕	การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา	ระดับ ๓	๓	๓
๖	ร้อยละการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	≤ร้อยละ ๒๐	๓๔	๒๕.๑๑
๗	ร้อยละการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	≤ร้อยละ ๒๐	๒๐.๗	๑๒.๕๘
๘	ร้อยละการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	≤ร้อยละ ๕๐	๖๗.๙	๖๓.๐๒
๙	ร้อยละการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด	≤ร้อยละ ๑๐	๑๐	๑๐
๑๐	ร้อยละของผู้ป่วยความดันเลือดสูงทั่วไปที่ใช้ RAS blockage (ACEIs/ ARBs/ Renin inhibitor) ๒ ชนิด ร่วมกันในการรักษาโรคความดันเลือดสูง	ร้อยละ ๐	๐	๐
๑๑	ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ๖๕ ปี หรือมี eGFR<๖๐ มล./นาที/๑.๗๓ ตารางเมตร	≤ร้อยละ ๕	๐	๐
๑๒	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้ (ห้ามใช้หาก eGFR<๓๐ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม.)	≥ร้อยละ ๗๕	๗๑.๖๖	๖๖.๒๔
๑๓	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน	≤ร้อยละ ๕	๐.๑๓	๐
๑๔	ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ ๓ ขึ้นไปที่ได้รับ NSAIDs	≤ร้อยละ ๑๐	๐.๖๓	๑.๔๑
๑๕	ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid	≥ร้อยละ ๘๐	๖๓.๕๓	๖๑.๖๗

ชื่อตัวชี้วัด		เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	
			ไตรมาสที่ ๑ (๑ ต.ค. – ๓๑ ธ.ค. ๖๑)	ไตรมาสที่ ๒ (๑ ม.ค. – ๑๕ ก.พ. ๖๒) *ยังไม่สิ้นสุดไตรมาส
๑๖	ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุ (มากกว่า ๖๕ ปี) ที่ใช้ยา กลุ่ม long-acting benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide, diazepam, dipotassium chlorazepate	≤ ร้อยละ ๕	๐.๕๐	๐.๔
๑๗	จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ ยา wafarin*, statins, ergots เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์	๐	๐	๐
๑๘	ร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจ (ครอบคลุมโรคตามรหัส ICD-๑๐ ตาม RUA-URI) และได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating	≤ ร้อยละ ๒๐	๒.๕๔	๗.๗๔
๑๙	ร้อยละของรพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีอัตราการใช้ ATB ในโรค RI ≤ ร้อยละ ๒๐	≥ ร้อยละ ๖๐	๙๓.๓๓	๑๐๐
๒๐	ร้อยละของรพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีอัตราการใช้ ATB ในโรค AD ≤ ร้อยละ ๒๐	≥ ร้อยละ ๖๐	๖๐	๖๘.๗๕
๒๑	RUA : สรุปข้อ ๑๙ และ ๒๐ ร้อยละของรพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ใช้ ATB ในทั้ง ๒ โรค ≤ ร้อยละ ๒๐	≥ ร้อยละ ๖๐	๖๐	๖๘.๗๕

● สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

-

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
๑. บุคลากรมีการหมุนเวียนบ่อยทำให้ผลการดำเนินงานไม่มั่นคงต่อเนื่อง	อบรมบุคลากรและทีมงานเพื่อสร้างความตระหนักทุกปีและชี้แจงนโยบาย RDU ให้แพทย์และบุคลากรใหม่ได้ทราบโดยทั่วถึงกัน
๒. แพทย์และผู้สั่งใช้ยาบางท่านยังให้ความสำคัญที่จะสั่งยาตาม CPG น้อยอยู่	ผู้บริหารและคณะกรรมการช่วยกันกระตุ้นแพทย์และบุคลากรผู้สั่งใช้ยาให้การรักษาผู้ป่วยสอดคล้องกับ CPG ใน ๓ กลุ่มโรคอย่างเคร่งครัด
๓. ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	ดำเนินการรณรงค์และประชาสัมพันธ์ สร้างความรู้ความเข้าใจให้กับประชาชน ในระดับชุมชน

● ข้อเสนอแนะตอนนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

๑. ตัวชี้วัดมีจำนวนมาก และการเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดยังมีปัญหาในเรื่องนิยามและความชัดเจนของการเก็บข้อมูลเนื่องจากใช้โปรแกรมสำเร็จรูปที่สร้างขึ้น คือ Program RDU ๒๐๑๖ แต่ยังไม่ใช้โปรแกรมมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานผู้รับผิดชอบรับรอง ควรจะมีโปรแกรมในการรวบรวมข้อมูลที่เป็นมาตรฐานจากฐานข้อมูลการรักษาผู้ป่วยของโรงพยาบาลจากส่วนกลาง
๒. ควรมีการประชุมระดับจังหวัดทุกๆ ไตรมาสเพื่อหารือและหา best practice จัดทำ km ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ศึกษาดูงานโรงพยาบาลที่เป็น best practice ในฐานะแหล่งเรียนรู้ของจังหวัด

● นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

Group line rdu consult ของ คปสอ.สอง เพื่อเป็นแนวทางส่งเสริมความรอบรู้ช่องทางติดต่อสื่อสารและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเป็นช่องทางคืนข้อมูลตลอดจนสร้างความตระหนักที่จะพัฒนางานไปด้วยกัน

ผู้รายงาน เกสัชกร สุริยา สุขวัฒนานนท์

ตำแหน่ง เกสัชกรชำนาญการ

โทรศัพท์ ๐๘๘-๗๖๙๖๒๖๙

E - mail : suriya๘๔๐๑๒๕@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

รอบที่ ๑ รับการตรวจราชการฯ วันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๒

KPI : ๑. ร้อยละ ๒๐ ของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate)

๒. ร้อยละ ๔๐ ของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด ๓ เดือน (๓ months Remission Rate)

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

สถานการณ์ยาเสพติด อำเภอสอง จังหวัดแพร่ เป็นพื้นที่สำคัญในการจับกุมยาเสพติดโดยเฉพาะยาบ้า เนื่องจากเป็นพื้นที่ในการลักลอบและลำเลียงผ่านไปยังภาคต่างๆของประเทศ จุดตรวจและสกัดกั้นยาเสพติดที่สำคัญคือด่านนางฟ้า ตั้งอยู่ที่ ตำบลทุ่งน้าว อำเภอสอง จังหวัดแพร่ อีกทั้งปัญหาการเพิ่มจำนวนของผู้ค้ารายย่อยซึ่งส่วนหนึ่งพัฒนาจากการเป็นผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด ซึ่งจากการจับกุมผู้ค้ารายย่อยคดียาเสพติดของจังหวัดแพร่ ที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น สถานการณ์ด้านผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดของจังหวัดแพร่พบว่ายังมีการใช้ยาเสพติดทั้งราย และนอกจากนี้ยังพบว่ามีการใช้สารทดแทนยาเสพติด เช่น บุหรี่ สุรา และสารระเหยเพิ่มขึ้น

สถานการณ์ด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ / ผู้ติดยาเสพติด อำเภอสอง จังหวัดแพร่ ระหว่างเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม ๒๕๖๑ มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดจำนวนรวม ๓๙ คน โดยส่วนใหญ่เป็นระบบสมัครใจรวมทั้งสมัครใจ ตามคำสั่ง คสช.ที่ ๑๐๘ จำนวน ๓๐ คน (ร้อยละ ๗๖) พื้นที่ตำบลมีผู้เข้ารับการบำบัดมากที่สุด คน (ร้อยละ ๓๓.๖) รองลงมา เป็นตำบลบ้านหนอง และตำบลทุ่งน้าว ผู้เข้ารับการบำบัดร้อยละ ๙๒ เป็นเพศชาย ส่วนใหญ่มีอาชีพผู้ใช้แรงงาน (ร้อยละ ๗๔.๒๕) ในกลุ่มอายุ พบว่าอายุ > ๓๙ ปี เข้ารับการบำบัดมากที่สุด (ร้อยละ ๘๑.๕๐) รองลงมาเป็น ๑๘ -๒๔ ปี (ร้อยละ๗๙.๑๐) ประเภทยาเสพติดที่ใช้พบร้อยละ ๑๐๐ เป็นยาบ้า สาเหตุการเสพ ส่วนใหญ่อยากรู้ยากลอง และช่วยด้านการประอาชีวะ

ตามนโยบายของรัฐบาล ได้ให้มีการปรับระบบส่งเสริม บำบัดฟื้นฟู ติดตาม ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด ภายใต้ทิศทางนโยบายยาเสพติดโลก และการเปลี่ยนแปลงในระดับสากล ไปสู่การใช้หลักการสาธารณสุขและสิทธิมนุษยชน เน้นการดูแลสุขภาพและสังคม เป็นแนวทางปฏิบัติในการลดผลกระทบจากปัญหายาเสพติด ปรับมุมมองผู้เสพผู้ติดยาเสพติด คือ “ผู้ป่วย” ที่ต้องได้รับการรักษา ภายใต้หลักการ “เข้าใจ เข้าถึง พึ่งได้” คือเข้าใจบริบทและสาเหตุที่ทำให้เสพยาเสพติด รวมถึงครอบครัวของผู้เสพ โดยจะทำให้ผู้เสพหรือผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับ การปรับระบบส่งเสริม บำบัดฟื้นฟู ติดตาม ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด ของหน่วยงานในสังกัด ให้เป็นรูปธรรม และมีประสิทธิภาพ

● แผนการดำเนินงานของพื้นที่ ปี ๒๕๖๒

๑) จัดระบบบริการด้านยาและสารเสพติดตั้งแต่การป้องกัน บำบัดรักษาฟื้นฟู ติดตามดูแลผู้ผ่านการบำบัดและมาตรการเชิงรุก ในสถานบริการทุกแห่งของกระทรวงสาธารณสุข

๑.๑ การกำหนดและจัดตั้งศูนย์เพื่อการคัดกรองประจำอำเภอทุก รพ.สต. และเครือข่ายการคัดกรอง ในระดับพื้นที่/ชุมชน

๑.๒ จัดให้มีระบบการค้นหาในชุมชน ตลอดจนพัฒนารูปแบบ/ระบบบริการคัดกรอง การบำบัดรักษา การติดตาม และการส่งต่อ (ผู้ป่วยยาเสพติด สุรา บุหรี่) ในสถานบริการ และชุมชน

๑.๓ จัดระบบการติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษา ประกอบด้วย

๑) การติดตามทางการแพทย์ ได้แก่ จนท.สธ.ของโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

๒) การติดตามเชิงสังคมได้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน (ภายใต้กลไกประชารัฐ) เข้ามามีบทบาทร่วมในการติดตาม ดูแลช่วยเหลือการใช้ชีวิตในชุมชน ทั้งนี้กำหนดให้มีการดำเนินงานติดตามทั้ง ๒ แนวทาง แบบคู่ขนาน

๒) จัดระบบบริการบำบัดรักษา การติดตามฟื้นฟู ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด บุหรี่ สุรา ตลอดจนการดูแลช่วยเหลือภายหลังผ่านการบำบัดรักษา การจัดตั้งศูนย์ประสานเพื่อการติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดรักษา

๓) พัฒนาศูนย์คุณภาพและนำเข้าข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดในระบบข้อมูลยาเสพติดยาเสพติด (บสต.)

๔) พัฒนาระบบการดำเนินงานยาเสพติดตามเกณฑ์มาตรฐานในระบบงานยาเสพติด และ ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพระบบงานยาเสพติดด้านการบำบัดรักษา (HA ยาเสพติด) ได้แก่หน่วยบำบัดในระบบสมัครใจ (โรงพยาบาลชุมชน) ศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

๕) พัฒนาเครือข่าย แกนนำชุมชน โดยเน้นกลไกประชารัฐ มีบทบาทร่วมในการค้นหา คัดกรอง ผู้เสพผู้ติดยาเสพติด เข้าสู่กระบวนการบำบัด และติดตามดูแลผู้ผ่านการบำบัดรักษาในชุมชน

๖) พัฒนานองค์ความรู้บุคลากรตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้มีความพร้อมรองรับการพัฒนากระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ของรัฐบาล และของกระทรวงสาธารณสุข และ ในระดับ รพ.สต., รพช.,

๗) ดำเนินมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดโดยจัดระบบบริการลดอันตรายจากยาเสพติดในสถานพยาบาล การให้บริการเมทาโดนระยะยาวและบริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm reduction)

๘) กำกับดูแลมาตรฐานการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด ระบบต้องโทษ

๙) สร้างเสริม “การ บำบัดฟื้นฟูโดยใช้ชุมชน เป็นศูนย์กลาง Community Based Treatment (CBTx)

๑๐) ดำเนินการโครงการ TO BE NUMBER ONE ซึ่งมีตัวแทนเยาวชนจากโรงเรียนสองพิทยาคมได้รับการคัดเลือกเป็นตัวแทนภาคเหนือ ในโครงการคนดี คนเก่ง เป็นตัวแทนเข้าประกวดในระดับประเทศ ต่อไป

๑๑) เตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภารกิจ ตาม พรบ. ฉบับใหม่ ที่จะประกาศใช้

๑๒) กำกับมาตรฐานระบบการบำบัด ฟื้นฟู ครอบคลุมการบำบัดทุกระบบ

๑๓) การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction)

๑๔) สร้างเสริม “การบำบัดฟื้นฟูโดยใช้ชุมชน เป็นศูนย์กลาง Community Based Treatment (CBTx)

● (Essential Task)

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
1. กำกับมาตรฐานระบบ การบำบัด พื้นฟู ครอบคลุมการบำบัดทุก ระบบ 2. การลดอันตรายจาก การใช้ยาเสพติด (Harm Reduction)	มีแนวทางการ ดำเนินงาน กำหนด ผู้รับผิดชอบ การ บำบัดฟื้นฟูโดยชุมชน เป็นศูนย์กลาง (CBTx)	๑. ร้อยละ ๑๐๐ สถานพยาบาล/ สถานฟื้นฟู สมรรถภาพยาเสพติด (ระบบสมัครใจ) ได้รับการรับรอง คุณภาพ	มีการดำเนินงาน บำบัดฟื้นฟูโดยใช้ ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) อย่างน้อย ๑ แห่ง (ชุมชน ต้นแบบ)	๑. ร้อยละ ๒๐ ของผู้ติดยาเสพติด ที่บำบัดครบตาม เกณฑ์ที่กำหนด ของแต่ละระบบ และได้รับการ ติดตามดูแล
๓. กลไกการดำเนินงาน การกำกับติดตามงานยา เสพติดสร้างเสริม “การ บำบัดฟื้นฟูโดยใช้ชุมชน เป็นศูนย์กลาง Community Based Treatment (CBTx)		๒. มีการดำเนินงาน บำบัดฟื้นฟูโดยใช้ ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) ในทุกอำเภอ		ต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate) ร้อยละ ๔๐ ของ ผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัด ครบตามเกณฑ์ที่ กำหนดของแต่ละ ระบบ หยุดเสพ ต่อเนื่องหลัง จำหน่ายจากการ บำบัด ๓ เดือน (Remission Rate)
ผลการดำเนินงาน / ผลลัพธ์ที่ต้องการ	มีแนวทางการ ดำเนินงาน กำหนด ผู้รับผิดชอบ การ บำบัดฟื้นฟูโดยชุมชน เป็นศูนย์กลาง (CBTx)	๑. ร้อยละ ๑๐๐ ของศูนย์ ปรับเปลี่ยนฯ ศูนย์ ฟื้นฟูฯ เรือนจำ จัดบริการตาม มาตรฐานกระทรวง สาธารณสุข ๒. มีการดำเนินงาน บำบัดฟื้นฟูโดยใช้ ชุมชนเป็น ศูนย์กลาง (CBTx) ทุกอำเภอ	มีการดำเนินงาน บำบัดฟื้นฟูโดยใช้ ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) อย่างน้อย ๑ แห่ง (ชุมชน ต้นแบบ)	๑. ร้อยละ ๒๐ ของ ผู้ติดยาเสพติดที่ บำบัดครบ ตาม เกณฑ์ที่กำหนดของ แต่ละระบบ และ ได้รับการ ติดตาม ดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate) ๒. ร้อยละ ๔๐ ของ ผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัด ครบตามเกณฑ์ที่ กำหนดของแต่ละ ระบบ หยุดเสพ ต่อเนื่องหลัง จำหน่ายจากการ บำบัด ๓ เดือน

๔. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ (ณ วันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒)

๑) ร้อยละ ๒๐ ของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate)

ระหว่าง วันที่ ๑ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ ถึงวันที่ ๓๐ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑

ชื่ออำเภอ	ระบบสมัครใจ (รอบ)			ระบบบังคับบำบัด (รอบ)			ระบบต้องโทษ (รอบ)			ทุกระบบ (รอบ)		
	ข้อมูล ที่ ๑	ข้อมูล ที่ ๒	%	ข้อมูล ที่ ๑	ข้อมูล ที่ ๒	%	ข้อมูล ที่ ๑	ข้อมูล ที่ ๒	%	ข้อมูล ที่ ๑	ข้อมูล ที่ ๒	%
สอง	๖๐	๖๐	๑๐๐	๗	๘	๘๗.๕	๑	๑	๑๐๐	๖๘	๖๙	๙๘.๖

๒) ร้อยละ ๔๐ ของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด ๓ เดือน (๓ months Remission Rate) จังหวัดแพร่

ระหว่าง วันที่ ๑ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๓๑ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ชื่ออำเภอ	ระบบสมัครใจ (รอบ)			ระบบบังคับบำบัด (รอบ)			ระบบต้องโทษ (รอบ)			ทุกระบบ (รอบ)		
	ข้อมูล ที่ ๑	ข้อมูล ที่ ๒	%	ข้อมูล ที่ ๑	ข้อมูล ที่ ๒	%	ข้อมูล ที่ ๑	ข้อมูล ที่ ๒	%	ข้อมูล ที่ ๑	ข้อมูล ที่ ๒	%
สอง	๑๘	๕๗	๓๑.๕๘	๑๗	๓๔	๕๐	๐	๐	-	๓๕	๙๑	๓๘.๔๖

● สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

สถานการณ์ด้านผู้เสพ / ผู้ติดยาเสพติดของอำเภอสอง จังหวัดแพร่ พบว่ายังมีการใช้ยาเสพติดทั้งรายใหม่ และนอกจากนี้ยังพบว่ามีการใช้สารทดแทนยาเสพติด เช่น บุหรี่ สุราและสารระเหยเพิ่มขึ้น

● ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

๑. มีระบบการบำบัดรักษาแบบสมัครใจผู้ป่วยนอก ในรูปแบบที่มีมาตรฐาน ผ่านการรับรองคุณภาพกระบวนการบำบัดรักษายาเสพติด (HA ยาเสพติด) ตลอดจนมีการปรับกระบวนการบำบัดให้สอดคล้องและเหมาะสมกับสภาพการใช้ สารเสพติด ของผู้เข้ารับการบำบัด

๒. มีระบบการติดตามที่เป็นรูปธรรม มีกลไกการติดตามที่ชัดเจน ตลอดจนมีการสร้างเครือข่ายในการติดตามโดยความร่วมมือของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กลไกภาครัฐ

๓. บุคลากรผู้ให้การบำบัดรักษาได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ที่จำเป็นและสามารถประยุกต์ใช้ในกระบวนการบำบัดรักษาและติดตามฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติด สุรา และบุหรี่

๔. บุคลากรผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดมีความสามัคคี ทำงานเป็นทีม ให้ความสำคัญกับการให้บริการ

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ	สิ่งที่เสนอประสานหรือดำเนินการต่อ
๑. นโยบาย แนวทางปฏิบัติ และการสนับสนุน ในการพัฒนาระบบและถ่ายโอนภารกิจการทำงานบำบัดฟื้นฟู ไม่สัมพันธ์กับปริมาณงานที่เพิ่มขึ้น (ภาระงาน จำนวนบุคลากร)	๑. ควรมีการกำหนดกรอบโครงสร้าง คุณสมบัติที่ชัดเจนสัมพันธ์กับปริมาณงานที่เพิ่มขึ้น	มีการกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในอนาคตที่ชัดเจน พร้อมทั้งกำหนดกรอบโครงสร้างงานยาเสพติดในแต่ละระดับและสอดคล้องกับปริมาณงานที่ปฏิบัติจริงในแต่ละระดับ

● ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

การกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในอนาคต จึงควรดำเนินทุกมาตรการในเชิงรุก ตลอดจนเพิ่มการมีส่วนร่วมขององค์กรและภาคีต่างๆ รวมถึงสร้างรูปแบบวิธีการแก้ไขปัญหายาเสพติดเชิงบูรณาการ จะสามารถควบคุมปัญหายาเสพติดไม่ให้ความรุนแรงและขยายตัวเพิ่มมากขึ้น

● นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๑. การสร้างเครือข่ายชุมชน โดยเน้นกลไกประชารัฐ ในการติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดรักษา โดยการจัดอบรมให้ความรู้อาสาสมัครในชุมชนให้มีความรู้ในกระบวนการติดตามดูแลช่วยเหลือด้านสังคม จิตใจ ผู้มีปัญหายาเสพติด และจัดทำสมุดบันทึกการติดตามสำหรับอาสาสมัคร กำหนดระยะเวลา รูปแบบการติดตามแบบคู่ขนานกับการติดตามในระบบของสถานบริการสาธารณสุข ส่งผลให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษายาเสพติดได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง และใกล้ชิดในชุมชน

๒. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านยาและสารเสพติด สุรา และบุหรี่ย ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการอย่างมีคุณภาพ มีระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการ และการพัฒนาบุคลากร

๓. การพัฒนาระบบการบำบัดรักษาผู้ติดสุราเชิงรุกในชุมชน ขยายผลการบริการบำบัดรักษาลงสู่ระดับชุมชนมากขึ้น

๔. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านยาและสารเสพติด สุรา และบุหรี่ย ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการอย่างมีคุณภาพ

๕. มีการจัดทำแนวทางการบริการบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่ยและแอลกอฮอล์ ในชุมชน รพ.สต. และรพช. และขยายผลการบริการบำบัดรักษาลงสู่ระดับชุมชนมากขึ้น

๖. การพัฒนาระบบการคัดกรองเป็นมาตรฐานเดียวกัน

๗. การพัฒนาศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจังหวัดแพร่

๘. สถานพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพสถานบำบัดรักษายาเสพติด (Hospital Accreditation) คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

ผู้รายงาน

๑. นายวีรพงษ์ ชมภูมิ่ง

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทรศัพท์ ๐๘๑-๓๘๖๗๕๙๖

E – mail : w_chom๒๕๑๕๕@outlook.co.th

๒. นางศิริวรรณ คำฝั้น

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทรศัพท์ ๐๘๓-๕๖๙๐๘๘๐

E – mail :

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Excellence)

รอบที่ ๑ รับการตรวจราชการฯ วันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๒

KPI : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน ๖.๓ ต่อแสนประชากร

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

แนวโน้มการฆ่าตัวตายสำเร็จ ยังมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง โดยมีสาเหตุมาจากความทุกข์ทรมานกับความเจ็บป่วย/โรคเรื้อรังสูงมากที่สุด (๕ ราย) รองลงมาคือโรคจิตและโรคเรื้อรัง (๒ ราย) ความเครียด (๒ ราย) มีปัญหาติดสุรา ๑ ราย ทะเลาะกับคนใกล้ชิด ๑ ราย และไม่ทราบสาเหตุ ๑ ราย และวัยที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน (๗ คน) และวัยผู้สูงอายุ (๕ คน) เขตพื้นที่ที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง คือ รพ.สต.เตาปูน (๓ ราย) และ PCU (๓ ราย) รองลงมามี รพ.สต.ห้วยหม้าย (๒ ราย) รพ.สต.ห้วยซอน (๑ ราย) รพ.สต.สะเอียบ (๑ ราย) รพ.สต.ทุ่งน้ำว (๑ ราย) และ รพ.สต.แดนชุมพล (๑ ราย) วิธีการที่ทำสำเร็จสูงสุดคือการแขวนคอ (๘ ราย) และรองลงมา คือ กินยาฆ่าแมลง/สารกำจัดวัชพืช (๔ ราย) นอกจากนี้ปัญหาเรื่องการใช้สุรายังคงมีมาต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิต/อารมณ์ซึมเศร้าต้องเข้ารับการบำบัดอยู่เป็นจำนวนมาก และบางรายมีอาการทางจิตเป็นสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตายสำเร็จอีกสาเหตุหนึ่ง

● แผนการดำเนินงานของพื้นที่ ปี ๒๕๖๒

๑. ประสานงานกับเครือข่าย PCU และ รพ.สต. เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตโดยใช้ ๒Q บูรณาการร่วมกับการคัดกรองโรคทางกายและการให้บริการในคลินิกโรคทางกาย เบาหวาน ความดัน โรคหัวใจ โรคไตวาย HIV และการออกเยี่ยมบ้านคัดกรองในกลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงหรือผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง

๒. ร่วมกับ อปท./PCU ในการให้ความรู้ในการดูแลทางสุขภาพจิตกับผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ

๓. จัดทำโครงการคลินิกจิตเวชชุมชนใกล้บ้านใกล้ใจในรพ.สต.ทุกที่เพื่อให้บริการยาจิตเวชแก่ผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลให้ได้รับยาต่อเนื่อง ไม่ขาดยา และมีการประสานงาน/ส่งต่อในรายที่มีปัญหาหรืออาการทางจิตกำเริบ

๔. ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อน/ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตเพื่อให้การประเมินภาวะทางสุขภาพจิต นำสู่การบำบัดรักษา

๕. จัดคลินิกเลิกสุราเพื่อให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ติดสุราให้สามารถเลิกสุรา/ลดอาการทางจิต และสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้

๖. ประสานงานกับพมจ. อปท.และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันช่วยเหลือ/แก้ปัญหาผู้ป่วยทางสุขภาพจิตที่มีปัญหายากไร้/ถูกทอดทิ้ง

๗. จัดทำคลินิกเด็กและวัยรุ่น, OSCC เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต , เด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง

๘. จัดช่องทางให้บริการจิตเวชฉุกเฉินโดยประสานงานกับแพทย์/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการกำเริบสามารถเข้ารับการบำบัดรักษาได้รวดเร็ว ปลอดภัย

๙. ให้บริการคัดกรองและส่งต่อเด็กวัยเรียนที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า (LD ADHD ATISTIC MR) เพื่อให้เด็กได้รับการบำบัดรักษา ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีพัฒนาการที่ดีขึ้น

● (Essential Task)

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. การคัดกรอง ๒Q ของเครือข่าย ในกลุ่ม เสี่ยงโดยการบูรณาการ กับโรคทางกาย	ทุก รพ.สต. และ PCU,OPD,NCD,TB -Clinic,ARV clinic	ทุก รพ.สต. และ PCU,OPD,NCD,TB -Clinic,ARV clinic	ทุก รพ.สต. และ PCU,OPD,NCD,TB -Clinic,ARV clinic	ทุก รพ.สต. และ PCU,OPD,NCD,TB- Clinic,ARV clinic
ผลการดำเนินงาน	ค้นพบผู้ป่วยโรค ซิมีเศร้าเพิ่มขึ้น	ค้นพบผู้ป่วยโรค ซิมีเศร้าเพิ่มขึ้น	ค้นพบผู้ป่วยโรค ซิมีเศร้าเพิ่มขึ้น	ค้นพบผู้ป่วยโรค ซิมีเศร้าเพิ่มขึ้นเกิน เป้าคือ ๖๐%
๒. การคัดกรองโรคจิต และโรคจิตจากการดื่ม สุรา	ทุก รพ.สต. และ PCU,OPD,NCD	ทุก รพ.สต. และ PCU,OPD,NCD	ทุก รพ.สต. และ PCU,OPD,NCD	ทุก รพ.สต. และ PCU,OPD,NCD
ผลการดำเนินงาน	ค้นพบผู้ป่วยโรค จิต/โรคจิตจากการ ดื่มสุราเพิ่มขึ้น	ค้นพบผู้ป่วยโรค จิต/โรคจิตจากการ ดื่มสุราเพิ่มขึ้น	ค้นพบผู้ป่วยโรค จิต/โรคจิตจากการ ดื่มสุราเพิ่มขึ้น	ค้นพบผู้ป่วยโรคจิต/ โรคจิตจากการดื่ม สุราเพิ่มขึ้นจากปี ก่อน ๕ ราย
๓. การคัดกรองเด็กวัย เรียนที่มีปัญหา พัฒนาการ (LD,ADHD,AUTISTIC, MR)	โรงเรียน ระดับประถม ศึกษา+โรงเรียน ขยายโอกาส	โรงเรียน ระดับประถม ศึกษา+โรงเรียน ขยายโอกาส	โรงเรียน ระดับประถม ศึกษา+โรงเรียน ขยายโอกาส	โรงเรียน ระดับประถมศึกษา+ โรงเรียนขยายโอกาส
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ค้นพบเด็กที่มี ปัญหาพัฒนาการ ล่าช้าLD.ADHD เพิ่มขึ้นและส่งต่อ เข้ารับการ บำบัดรักษากับ จิตแพทย์รพ.แพร่	ค้นพบเด็กที่มี ปัญหาพัฒนาการ ล่าช้าLD.ADHD เพิ่มขึ้นและส่งต่อ เข้ารับการ บำบัดรักษากับ จิตแพทย์รพ.แพร่	ค้นพบเด็กที่มี ปัญหาพัฒนาการ ล่าช้าLD.ADHD เพิ่มขึ้นและส่งต่อ เข้ารับการ บำบัดรักษากับ จิตแพทย์รพ.แพร่	ค้นพบเด็กที่มีปัญหา พัฒนาการล่าช้า LD.ADHDเพิ่มขึ้น จากปีก่อน ๒๐ราย และส่งต่อเข้ารับการ บำบัดรักษากับ จิตแพทย์รพ.แพร่
๔. ผู้ป่วยทางสุขภาพจิต ที่มีปัญหาหากรู้/ถูก ทอดทิ้ง	ประสานกับ พมจ. อปท.และ หน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง	ประสานกับ พมจ. อปท.และ หน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง	ประสานกับ พมจ. อปท.และ หน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง	ประสานกับ พมจ. อปท.และหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ให้ผู้ป่วยได้รับการ ช่วยเหลือ	ให้ผู้ป่วยได้รับการ ช่วยเหลือ	ให้ผู้ป่วยได้รับการ ช่วยเหลือ	ให้ผู้ป่วยได้รับการ ช่วยเหลือ

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน	คปสอ.								
	เมือง	สูงเม่น	เด่นชัย	ลอง	วังชิ้น	ร้องกวาง	สอง	หนองม่วงไข่	รวม
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน							๒๓.๓ ต่อประชากรแสนคน (๑๒ ราย)		
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแล ตามมาตรฐานจากหน่วยบริการ							๑๐๐%		
ผู้ป่วยโรคติดสุราเข้าถึงบริการสุขภาพจิต							๓๘ ราย		
ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ สุขภาพจิต							๑๐ ราย		
ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี (๓๖๕ วัน)							๑๐๐%		

● สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

ปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรังทางกายทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน และบางรายถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ไม่มีญาติพี่น้องมาคอยดูแลช่วยเหลือทำให้เกิดคืบคลาน ปัญหาความขัดแย้ง/ทะเลาะกันในครอบครัว และปัญหาทางเศรษฐกิจของประชาชน ปัญหาสุราและยาเสพติดที่สามารถหาได้ง่ายในชุมชน และปัญหาด้านการใช้ชีวิต มีค่านิยมที่ผิดๆ เช่น นิยมดื่มสุราหลังเลิกงานและในงานเลี้ยงต่างๆ

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
๑. มีงบประมาณน้อยในการบริหารจัดการปัญหาทางสุขภาพจิต/การส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชนและมีความยุ่งยากในการจัดทำโครงการทำให้คนทำงานมีความยุ่งยากลำบากจากขั้นตอนการถูกตรวจสอบในการเบิกจ่ายต่างๆ	- จัดสรรงบประมาณเพิ่มมากขึ้นเพื่อการบริหารจัดการปัญหาทางสุขภาพจิต/การส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน และควรลดขั้นตอนในการตรวจสอบลงให้เหมาะสมและสะดวกต่อคนทำงาน
๒. ค่านิยมที่ผิดๆ เช่นนิยมดื่มสุราหลังเลิกงานและในงานเลี้ยงต่างๆ	- กรมสุขภาพจิตประสานกับกรมการปกครองจัดการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่ผู้ป่วยทางจิต และมีบทลงโทษกับผู้ฝ่าฝืน
๓. บุคลากรบางคนยังขาดความตระหนักในเรื่องความสำคัญของงานสุขภาพจิต ทำให้ละเลย ขาดความร่วมมือในการคัดกรองช่วยเหลือผู้ป่วย	- เพิ่มตัวชี้วัดทางด้านสุขภาพจิตลงไปในงานฝ่ายกายด้วย

- ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย
 - กรมสุขภาพจิตประสานกับกรมการปกครองจัดการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่ผู้ป่วยทางจิต และมีบทลงโทษกับผู้ฝ่าฝืน

- นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง(ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน นางพัทธ์ธีรา อาทิตย์

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทรศัพท์ ๐๘๗ - ๕๖๕๙๓๖๙

E - mail : kiti_ice@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒
คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Excellence)
รอบที่ ๑ รับการตรวจราชการฯ วันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๒

KPI : ๑. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m²/yr
 ๒. ร้อยละของผู้ป่วย DM และ HT ที่ได้รับการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง

● **สถานการณ์/สภาพปัญหา**

ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น พบมีภาวะแทรกซ้อนทางไตเพิ่มขึ้นจากการคัดกรองโดยการเจาะเลือดประจำปี และการขาดการตระหนักในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง และระดับน้ำตาลในเลือดซึ่งส่งผลให้การทำงานของไตลดลงซึ่งเกิดจากการพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนไป วิถีชีวิตที่เร่งรีบการพึ่งพาอาหารปรุงสำเร็จรูป อาหารจานเดียวและเครื่องดื่มตามร้านค้าต่างๆ การรับประทานอาหารที่มีความเค็มสูง เช่น เครื่องปรุงรส เกินความต้องการของร่างกาย ทำให้เกิดภาวะความเสื่อมของไตลดลงอย่างรวดเร็ว จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งอำเภอสองที่ขึ้นทะเบียนโรคไตเรื้อรัง ๑๔๕๕ ราย ผู้ป่วย CAPD ๓๕ ราย ผู้ป่วย HD ๔๒ ราย ซึ่งพบว่าจำนวนผู้ป่วยเพิ่มจำนวนขึ้นทุกปี ตามจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงตามลำดับ

● **แผนการดำเนินงานของพื้นที่ ปี ๒๕๖๒**

- พัฒนา CKD Clinic ในโรงพยาบาล และ รพ.สต. เครือข่าย
- ปฏิบัติตาม Guideline CKD จังหวัดแพร่ ปี ๒๕๖๒ อย่างต่อเนื่อง
- พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ดูแลอย่างต่อเนื่อง ในโรงพยาบาลและ รพ.สต. เครือข่าย
- จัดประชุมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย เพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง

● **(Essential Task)**

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. การค้นหาผู้ป่วยโรคไตในผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	๑. ประชาสัมพันธ์การคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลและ รพ.สต.	๑. ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลและ รพ.สต. เข้ารับการคัดกรองโรคไตเรื้อรังครบภายใน ๖ เดือน	๑. มีการติดตามผลการคัดกรองทุก ๓ เดือนและแจ้งให้ผู้บริหารรับทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม	๑. มีการติดตามผลการคัดกรองทุก ๓ เดือนและแจ้งให้ผู้บริหารรับทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	๑. ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเข้ารับการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ๖๐%	๑. ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเข้ารับการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ๗๐%	๑. ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเข้ารับการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ๘๕%	๑. ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเข้ารับการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ๑๐๐%

[illegible]

[illegible]

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	เดือน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	๑. มีแผนการดำเนินงานระดับอำเภอ ๒. มีการประชุมคณะทำงาน	๑. มีการนิเทศติดตามและประเมินผล	๑. มีการประชุมคณะทำงาน	๑. มีการนิเทศติดตามและประเมินผล
ผลการดำเนินงาน	๑. มีแผนการดำเนินงาน ๒. มีการประชุม ๒ ครั้ง	๑. มีการประเมินผลร่วมกับงานยุทธศาสตร์ ๒ ครั้ง ๒. มีการนิเทศงาน CKD ใน รพ.สต. เครือข่าย	สรุปผลการดำเนินงาน ๙ เดือนแรกของปี	สรุปผลการดำเนินงานทั้งปีงบประมาณ

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน	คปสอ.								
	เมือง	สูง เม่น	เด่น ชัย	ลอง	วัง ขึ้น	ร้อง วาง	สอง	หนอง ม่วง ไข่	รวม
๑. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m ^๒ /yr							๕๔.๕๕		
๒. ร้อยละของผู้ป่วย DM และ HT ที่ได้รับการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง							๕๕.๕๘		

● สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

๑. การตรวจระดับ Serum Cr ยังใช้วิธีการตรวจ Jeffy method
๒. มีผู้ป่วยเบาหวาน ความดัน หรือโรคไตเรื้อรังจำนวนมาก ทำให้ดูแลไม่ทั่วถึง
๓. รพ.สต. ไม่สามารถจัดตั้ง CKD Clinic เนื่องจากภาระงานเยอะ
๔. การปรับเปลี่ยนยาไม่เป็นตามแผน Guideline CKD จังหวัด
๕. การเรียนหลักสูตร CKD โดยเฉพาะยังไม่ครอบคลุมพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
๑. ภาระงานบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนมาก (หลายงาน)	๑. เพิ่มบุคลากรที่มีความรู้เรื่องโรคไต ๒. จัดหลักสูตร CKD ให้กับเจ้าหน้าที่อย่างครอบคลุม ๓. แยกคลินิกโรคไตออกจากเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล

● ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

ลดจำนวนผู้ป่วย CKD รายใหม่

- ควบคุม DM, HT ให้ดี ตั้งแต่แรกวินิจฉัย ทั้งในโรงพยาบาล/รพ.สต.
- คัดกรอง CKD ในกลุ่มปกติ/กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย โดยการเจาะเลือด และการตรวจปัสสาวะ ๑๐๐ %
- ชะลอ CKD Progression : $Egfr < 45 \text{ mL/min/1.73 m}^2/\text{yr}$
- แยก CKD Clinic เพื่อประสิทธิภาพการดูแลรักษา ป้องกัน ฟื้นฟู ติดตามต่อเนื่อง
- เพิ่มทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคไตอย่างมีประสิทธิภาพ
- ลดอัตราการตายและเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย ESRD
- มีการวางแผนการเยี่ยมบ้านที่ชัดเจนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

● นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

- กระซอนกรองไต เพื่ออธิบายประสิทธิภาพการกรองของเสีย
 - สตางค์แทนไต เพื่อแสดงค่าการทำงานของไตเทียบกับเงิน ๑๐๐ บาท ตามระยะไต มี ๕ ระยะ
 - เครื่องวัดความเค็มในอาหาร เพื่อตรวจค่าความเค็มในอาหารในชีวิตประจำวัน
 - หลอดเลือด PVC เพื่อแสดงถึงกลไกของหลอดเลือดที่มีตะกรังเกาะในหลอดเลือด ก่อให้เกิดโรคเรื้อรัง
- หลายอย่าง

ผู้รายงาน นางอำพร พุทธรัง

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทรศัพท์ ๐๙๕ ๕๓๕๑๙๖๓

E – mail : Tonnum๑๒๔@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒
คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Excellence)
รอบที่ ๑ รับการตรวจราชการวันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๒

KPI : ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

● **สถานการณ์/สภาพปัญหา**

โรงพยาบาลสองเป็นโรงพยาบาลชุมชน ๓๐ เตียง ให้บริการทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรคให้กับประชากรในเขตอำเภอสอง ที่มีงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เปิดให้บริการแบบครบวงจร ทั้งในโรงพยาบาล และครอบคลุมทั้งเครือข่าย ประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชน ๑ แห่ง รพ.สต. ๑๕ แห่ง และสถานบริการสาธารณสุขชุมชน ๑ แห่ง ซึ่งในโรงพยาบาลมีแพทย์แผนไทยประจำเปิดให้บริการครบทั้ง ๔ ด้าน และเปิดบริการคลินิกฝังเข็ม ข้อมูลย้อนหลังพบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพในมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท) ในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ยังไม่ผ่านเกณฑ์ในด้านบุคลากร ด้านการควบคุมคุณภาพ และด้านการจัดบริการ ทำให้เกิดการพัฒนาที่ไม่ต่อเนื่อง

● **แผนการดำเนินงานของพื้นที่ ปี ๒๕๖๒**

๑. พัฒนามาตรฐานการบริการ
๒. พัฒนาสมรรถนะและศักยภาพของบุคลากร
๓. พัฒนางานวิจัยและนวัตกรรม
๔. จัดบริการและการเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานในชุมชน
๕. สื่อสารเพื่อสร้างความรู้ที่ถูกต้อง ความเข้าใจ และเชื่อมั่น

● **(Essential Task)**

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	๓ เดือน	๖ ,๙,๑๒ เดือน
๑. ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคที่พบบ่อย พร้อมทั้งเทคนิคการบำบัดรักษาโรคทางหัตถเวชกรรมไทย ๒. มีการประเมินและวางแผนการรักษาร่วมกัน ๓. มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยอัมพฤกษ์ - อัมพาตในการรักษาแบบผสมผสานร่วมกัน	๑.จัดอบรม ฟื้นฟูความรู้ พัฒนา ศักยภาพแก่ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ๒. รพ.สต. และอาสาสมัครในเครือข่ายสำรวจ ค้นหาผู้ป่วยอัมพฤกษ์ - อัมพาตในชุมชน เพื่อการเข้ารับการรักษาได้รวดเร็วโดยร่วมบูรณาการกับแพทย์แผนปัจจุบัน ๓. มีระบบการส่งต่อในรายที่พบปัญหาและมีภาวะแทรกซ้อน ๔.ส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ	๑. ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ๒. เพิ่มการเข้าถึงงานบริการแพทย์แผนไทยโดยบูรณาการร่วมกับทีม PCC ของโรงพยาบาล

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	๓ เดือน	๖ ,๙,๑๒ เดือน
๔. การดูแลสุขภาพของ ผู้สูงอายุโดยใช้หลักกรรม มานามัย		
ผลการดำเนินงาน	๑. ร้อยละของผู้รับบริการแพทย์แผนไทย+ทางเลือกทั้งเครือข่าย ≥ ๒๐ % ๒. อัตราการความพึงพอใจ ≥ ๘๐ % ๓. ร้อยละของผลการรักษาหลังสิ้นสุดการรักษาอยู่ในระดับดีขึ้น ≥ ๘๐ %	
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	๑. มีรายงานข้อมูลผู้รับบริการแพทย์แผนไทย+ทางเลือกทั้งเครือข่ายเพิ่มจำนวนมากขึ้น ๒. ไม่มีรายงานข้อมูลการอัตราเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ๓. ประชาชนสามารถสามารถพึ่งพาตัวเองได้เบื้องต้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วย	

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

หน่วยบริการ	ผลงาน		
	บริการผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	บริการแพทย์แผนไทย (ครั้ง)	ร้อยละการ รับบริการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนอง	๑,๓๗๐	๕๑๑	๓๗.๓
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งน้ำว	๑,๗๙๘	๑,๔๕๖	๘๐.๙๘
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังดิน	๑,๕๐๐	๕๒๖	๓๕.๐๗
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลุนีเกตุ	๑,๘๖๔	๗๐๕	๓๗.๘๒
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยซอน	๑,๗๗๘	๔๕๗	๒๕.๗
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยหม้าย	๒,๐๒๙	๗๗๔	๓๘.๑๕
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเตาปูน	๓,๘๒๔	๑,๐๘๒	๒๘.๒๙
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาไร่เดียว	๖๓๓	๗๘	๑๒.๓๒
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวเมือง	๒,๑๒๓	๗๐๙	๓๓.๔
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังพ่อน	๒,๓๓๙	๑,๕๘๒	๖๗.๖๔
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะเอียบ	๓,๐๒๙	๔๒๔	๑๔
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าเลา	๑,๑๖๔	๓๘๒	๓๒.๘๒
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาหลวง	๑,๓๐๗	๑๓๓	๑๐.๑๘
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแดนชุมพล	๒,๔๓๘	๑,๘๐๕	๗๔.๐๔
โรงพยาบาลสอง	๓๑,๐๙๕	๕,๓๐๗	๑๗.๐๗
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเสี้ยว	๑,๔๙๗	๕๔๗	๓๖.๕๔
รวม	๕๙,๗๘๘	๑๖,๔๗๘	๕๘๑.๓๒

ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

● ผลการดำเนินงานอื่นๆ (ถ้ามี)

รายงาน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปีงบประมาณ 2562					
รายการ	ค.ค.-61	พ.อ.-61	ธ.ค.-61	ม.ค.-62	ก.พ.-62
ดำเนินงานบริการทางการแพทย์ (ตัวชี้วัดที่1201)					
1. โรงพยาบาลสอง					
จำนวนผู้รับบริการแผนไทย : ครั้ง	1316	1321	1308	1476	
จำนวนผู้รับบริการแพทย์ทางเลือก(กึ่งเข็ม) : ครั้ง	200	117	109	140	
จำนวนแพทย์แผนไทย-แพทย์ทางเลือก : ครั้ง	1516	1438	1417	1616	
จำนวนผู้รับบริการทั้งหมดใน รพ. : ครั้ง	5,859	6,649	6,255	8,665	
ร้อยละของผู้รับบริการแพทย์แผนไทย-ทางเลือก	25.57	21.63	22.65	18.65	
2. สาธารณสุขอำเภอ (สถานีอนามัย)					
จำนวนผู้รับบริการแผนไทย : ครั้ง	2475	2164	1913	2223	
จำนวนแพทย์แผนไทย-แพทย์ทางเลือก : ครั้ง	2475	2164	1913	2223	
จำนวนผู้รับบริการทั้งหมด : ครั้ง	9078	8845	6795	8035	
ร้อยละของผู้รับบริการแพทย์แผนไทย-ทางเลือก	27.26	24.47	28.15	27.67	
3. เครือข่ายสาธารณสุขอำเภอสอง(ร.พ-สอ.)					
จำนวนผู้รับบริการแผนไทย : ครั้ง	3791	3485	3221	3699	
จำนวนแพทย์แผนไทย-แพทย์ทางเลือก : ครั้ง (12011)	3991	3602	3330	3839	
จำนวนผู้รับบริการทั้งหมด : ครั้ง (12012)	14937	15494	13050	16,700	
ร้อยละของผู้รับบริการแพทย์แผนไทย-ทางเลือกทั้งเครือข่าย	26.72	23.25	25.52	22.99	
ไม่น้อยกว่าร้อยละ 15					

รายงานการใช้จ่ายสมุนไพร การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก					
รายการ					
ด้านปริมาณการใช้จ่ายสมุนไพร (ตัวชี้วัดที่1202)					
1. โรงพยาบาลสอง					
มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพร (บาท)	9000.00	105081.00	57,346.00	43,676	
มูลค่าการใช้จ่ายแผนปัจจุบันทั้งหมด (บาท)	742395.65	607563.62	446508.16	582,184.53	
มูลค่าการใช้จ่ายทั้งหมด (บาท)	751395.65	712,645	446,508.16	625,861	
ร้อยละของมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพร	1.20	14.75	12.84	6.98	
2. สถานีอนามัย					
มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพร (บาท)	43905.00	39350.00	45,525	36,470	
มูลค่าการใช้จ่ายแผนปัจจุบันทั้งหมด (บาท)	190796.8	178297.69	172360.78	131,057.99	
มูลค่าการใช้จ่ายทั้งหมด (บาท)	234701.80	217647.69	217,886	167,528	
ร้อยละของมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพร	18.71	18.08	20.89	21.77	
3. เครือข่ายสาธารณสุขอำเภอสอง(ร.พ -สอ.)					
มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพร (บาท)	52905.00	144431.00	102871.00	80,146	
มูลค่าการใช้จ่ายแผนปัจจุบันทั้งหมด (บาท)	933192.45	785861.3	618,868.94	731,242.52	
มูลค่าการใช้จ่ายทั้งหมด (บาท)	986097.45	930292.31	721739.94	811,389	
ร้อยละของมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรรวมทั้งเครือข่าย	5.37	15.53	14.25	9.88	
ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10					

● **สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

การวิเคราะห์ข้อมูล การเข้ารับบริการผู้รับบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกทั้งเครือข่าย โดยรวมของแต่ละพื้นที่บริการของ คปสอ.สอง มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ทำให้เล็งเห็นว่า ประชาชน ในเขตอำเภอสอง เห็นความสำคัญของการเข้ารับบริการผู้รับบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก แต่ยังมีบางคนที่ยังเข้าไม่ถึง งานบริการเนื่องจากปัจจัยที่สำคัญ ดังนี้

๕. ปัจจัยด้านการรับรู้

๖. ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ เช่น ค่าใช้จ่าย ค่าเดินทาง ปัญหาทางการเงิน และความยากจน

๗. ประชาชนยังไม่ตระหนักถึงประโยชน์ และความสำคัญ

● **ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
๑. การรับรู้ ๒. ประชาชนไม่ตระหนักถึงประโยชน์ และความสำคัญ ๓. บุคลากรที่จำกัด ในการปฏิบัติงาน	๑. พัฒนาระบบการบริการเชิงรุกโดยการร่วมมือกันระหว่างโรงพยาบาลและ รพ.สต. เครือข่าย โดยการให้ความรู้ให้คำปรึกษาและมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ๒. พัฒนาระบบการส่งต่อ ๓. พัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เครือข่ายให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

● **ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย**

๑. ควรสนับสนุนให้มีแพทย์แผนไทยประจำทุกพรต.

๒. ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันให้มากขึ้น

๓. ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของหมอพื้นบ้าน

● **นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง(ถ้ามี)**

๑. ไม่กระดานยัดกล้ามเนื้อ

๒. ไม่กระบองรักกะลา

๓. กะลानวดเท้า

๔. ยาพอกสูตรร้อน - เย็น

ผู้รายงาน นางแสงดาว วงษ์ดี

ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ

โทรศัพท์ ๐๕๔ - ๕๙๑๕๗๕ ต่อ ๑๐๘๗

E - mail : sangdao_star@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Excellence)

รอบที่ ๑ รับการตรวจราชการฯ วันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๒

KPI : ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

โรงพยาบาลสอง จังหวัดแพร่ เป็นโรงพยาบาลขนาด ๓๐ เตียง ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ และ ๒๕๖๑ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเส้นเลือดสมองตีบ/แตก มีจำนวน ๘๑ ราย และ ๘๙ ราย ตามลำดับ ซึ่งในจำนวนดังกล่าวยังมีผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ทำให้มีความล่าช้าต่อกระบวนการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถมาถึงโรงพยาบาลภายใน ๔ ชั่วโมง ซึ่งการให้ยาละลายลิ่มเลือดจะได้ผลดีขึ้นกับระยะเวลาที่ให้ตั้งแต่เริ่มมีลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือด หากช้าลิ่มเลือดจะละลายยาก หากสามารถให้ได้เร็วก็จะลดอัตราการพิการและเสียชีวิตของผู้ป่วยลงได้ ดังนั้น การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกหรือตีบต้องอาศัยการ CT-scan จากโรงพยาบาลแพร่ในการรักษา ผู้ป่วยที่มารักษาในโรงพยาบาลสอง จึงต้องทราบอาการและอาการแสดงในการรักษาภายใน ๔.๕ ชั่วโมง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถไปรับยาละลายลิ่มเลือดได้ทัน จึงได้มีการทบทวนและพยายามพัฒนาในการดูแลรักษาและส่งต่อผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพให้มากขึ้น

● แผนการดำเนินงานของพื้นที่ ปี ๒๕๖๒

๑. ผู้ป่วยที่มีภาวะหน้าเขียว แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัดทุกราย ได้รับการคัดกรองและตรวจวินิจฉัยเบื้องต้นได้
๒. บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ความชำนาญในการตรวจวินิจฉัยและการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
๓. มีแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ชัดเจน สามารถประสานงานกับโรงพยาบาลแพร่ในการขอคำปรึกษา
๔. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการรักษาที่ปลอดภัยระหว่างการส่งต่อภายใต้การดูแลที่มีมาตรฐาน

● (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. มีการคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองตามโปรแกรม				
ผลการดำเนินงาน				
๒. ให้การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง อย่างรวดเร็ว				
ผลการดำเนินงาน				

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๓. ในรายที่เป็นโรคแล้วให้ มีการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ให้ อยู่ในระดับที่ต้องการ				
ผลลัพธ์ที่ต้องการ				
๔. ให้การศึกษาโรคหลอดเลือด สมองกับผู้ป่วยและ ญาติเรื่องการควบคุม ปัจจัยเสี่ยงการดูแลตนเอง และการเข้าถึงบริการทั้ง ในภาวะฉุกเฉินและปกติ				
ผลลัพธ์ที่ต้องการ				

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.							
		เมือง	สูงเม่น	เด่นชัย	ลอง	วังชิ้น	ร้อง กว้าง	สอง	หนอง ม่วงไข่
ร้อยละอัตราการตายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง	น้อยกว่า ร้อยละ ๗								

● สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบ
ผลสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์สังเคราะห์ จากการตรวจ
ติดตาม

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายใน ๓๐ นาที มีอัตราที่ต่ำกว่า
เป้าหมาย เนื่องจาก ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมาโรงพยาบาลไม่ทันเวลา

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
๑. บุคลากรบางส่วนขาดทักษะในการประเมิน การ วินิจฉัย และการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ๒. ผู้ป่วยเข้าถึงยาล่าช้า เนื่องจากขาด awareness ๓. อำเภอสองยังมีพื้นที่ห่างไกล เดินทางลำบาก / ระบบการส่งต่อ การวินิจฉัยล่าช้า ๔. ประชาชน/ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับเรื่องหลอดเลือด สมองเกี่ยวกับการป้องกัน และการเข้าถึงบริการ ๕. ระบบ stroke fast track ของโรงพยาบาลสองยังม ีความล่าช้าจากการส่งต่อผู้ป่วย	

- ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย
การขอสนับสนุนเรื่องอัตราค่าจ้างคน

- นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)
ไม่มี

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Excellence)

รอบที่ ๑ รับการตรวจราชการฯ วันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๒

KPI: ร้อยละของการให้การรักษผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (เป้าหมาย ๕๐ %)

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

มีผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นอก (chest pain) ที่สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ (acute coronary syndrome : ACS) ได้รับการวินิจฉัยที่ล่าช้า เนื่องจากผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจล่าช้า ทำให้การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจจำเป็นต้องขอคำปรึกษากับอายุรแพทย์ประจำโรงพยาบาลแพร่ ทำให้การตรวจวินิจฉัยมีระยะเวลารอคอยเพิ่มขึ้นจากระยะเวลาปกติ พบว่าผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้รับยา Streptokinase ในปี ๒๕๕๙ – ๒๕๖๑ คิดเป็นร้อยละ ๕๔.๕๕, ๖๖.๖๗ และ ๗๑.๔๓ ตามลำดับ และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจรายใหม่ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ที่ยังควบคุมโรคได้ไม่ดี ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น ข้อมูลของอำเภอสอง พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มมากขึ้น

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย การประเมินและการประเมินซ้ำ และการวินิจฉัยที่รวดเร็วจะทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้มากขึ้น และอีกปัจจัยหนึ่ง คือ การป้องกันโรคและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดและหัวใจลง

● การดำเนินงานของพื้นที่ (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. ร้อยละของการให้การรักษผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด				
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	๑. มีแนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือดโดยมีระบบการให้คำปรึกษาและระบบรับส่งต่อผู้ป่วยตลอด ๒๔ ชั่วโมงทุกวัน โดยอายุรแพทย์หรืออายุรแพทย์โรคหัวใจ ๒. มีระบบการบริหารยาละลายลิ่มเลือดโดยต้องมี	๑. มีแนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือดโดยมีระบบการให้คำปรึกษาและระบบรับส่งต่อผู้ป่วยตลอด ๒๔ ชั่วโมงทุกวัน โดยอายุรแพทย์หรืออายุรแพทย์โรคหัวใจ ๒. มีระบบการบริหารยาละลายลิ่มเลือดโดยต้องมี	๑. มีแนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือดโดยมีระบบการให้คำปรึกษาและระบบรับส่งต่อผู้ป่วยตลอด ๒๔ ชั่วโมงทุกวัน โดยอายุรแพทย์หรืออายุรแพทย์โรคหัวใจ	๑. มีแนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือดโดยมีระบบการให้คำปรึกษาและระบบรับส่งต่อผู้ป่วยตลอด ๒๔ ชั่วโมงทุกวัน โดยอายุรแพทย์หรืออายุรแพทย์โรคหัวใจ

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
	พร้อมสามารถให้ยาได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมงทุกวันและมีระบบหมุนเวียนยาระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน ๓. มีการให้ยาละลายลิ้ม เลือดได้จริงโดยมีจำนวนและ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยามากกว่าร้อยละ ๕๐ ในกรณีที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ภายใน ๑๒ ชั่วโมง หลังมีอาการ ๔. มีความพร้อมของหน่วยงานและทีมงานมี อุปกรณ์เครื่องช่วยชีวิตมีรถพยาบาลพร้อมส่งในกรณีฉุกเฉินตลอด ๒๔ ชั่วโมง เช่นกัน ๕. เพิ่มหน่วยบริการหรือการ รักษาโดยวิธีให้ยาละลายลิ้ม เลือดและหรือการขยาย หลอดเลือด ๖. ปรับระบบการส่งต่อและ แนวทางการรับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ใน เวลาที่รวดเร็วและเหมาะสม (ภายใน ๓ – ๑๒ ชม. หลังมีอาการ) ทั้งโดยวิธีให้ยาละลาย	พร้อมสามารถให้ยาได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมงทุกวันและมีระบบหมุนเวียนยาระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน ๓. มีการให้ยาละลายลิ้ม เลือดได้จริงโดยมีจำนวนและ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยามากกว่าร้อยละ ๕๐ ในกรณีที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ภายใน ๑๒ ชั่วโมงหลังมีอาการ ๔. มีความพร้อมของหน่วยงานและทีมงานมี อุปกรณ์เครื่องช่วยชีวิตมีรถพยาบาลพร้อมส่งในกรณีฉุกเฉินตลอด ๒๔ ชั่วโมง เช่นกัน ๕. เพิ่มหน่วยบริการหรือการรักษาโดยวิธีให้ยาละลายลิ้ม เลือดและหรือการขยาย หลอดเลือด ๖. ปรับระบบการส่งต่อและ แนวทางการรับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ใน เวลาที่รวดเร็วและเหมาะสม (ภายใน ๓-๑๒ชม. หลังมีอาการ) ทั้งโดยวิธีให้ยาละลาย	๒. มีระบบการบริหารยา ละลายลิ้มเลือดโดยต้องมีพร้อมสามารถให้ยาได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมงทุกวันและมีระบบหมุนเวียนยาระหว่างโรงพยาบาลศูนย์แลโรงพยาบาลชุมชน ๓. มีการให้ยาละลายลิ้ม เลือดได้จริงโดยมีจำนวนและ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยามากกว่าร้อยละ ๕๐ ในกรณีที่ ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ภายใน ๑๒ ชั่วโมง หลังมีอาการ ๔. มีความพร้อมของ หน่วยงานและทีมงานมี อุปกรณ์เครื่องช่วยชีวิตมีรถพยาบาลพร้อมส่งในกรณีฉุกเฉินตลอด ๒๔ ชั่วโมง เช่นกัน ๕. เพิ่มหน่วยบริการหรือการรักษาโดยวิธีให้ยาละลายลิ้ม เลือดและหรือการขยาย หลอดเลือด	๒. มีระบบการบริหารยา ละลายลิ้มเลือดโดยต้องมีพร้อมสามารถให้ยาได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมงทุกวันและมีระบบ หมุนเวียนยาระหว่างโรงพยาบาลศูนย์แลโรงพยาบาลชุมชน ๓. มีการให้ยาละลายลิ้ม เลือดได้จริงโดยมีจำนวนและ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยามากกว่าร้อยละ ๕๐ ในกรณีที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ภายใน ๑๒ ชั่วโมง หลังมีอาการ ๔. มีความพร้อมของ หน่วยงานและทีมงานมี อุปกรณ์เครื่องช่วยชีวิตมีรถพยาบาลพร้อมส่งในกรณีฉุกเฉินตลอด ๒๔ ชั่วโมง เช่นกัน ๕. เพิ่มหน่วยบริการหรือการรักษาโดยวิธีให้ยาละลายลิ้ม เลือดและหรือการขยาย หลอดเลือด

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
	ลิ่มเลือดและการ ขยายหลอดเลือด	ลิ่มเลือดและการ ขยายหลอดเลือด	๖. ปรับระบบการ ส่งต่อและแนว ทางการรับผู้ป่วย เพื่อให้สามารถ ให้บริการผู้ป่วยได้ ในเวลาที่รวดเร็ว และเหมาะสม (ภายใน ๓ - ๑๒ ชม. หลังมีอาการ) ทั้ง โดยวิธีให้ยาละลาย ลิ่มเลือดและการ ขยายหลอดเลือด	๖. ปรับระบบการ ส่งต่อและแนว ทางการรับผู้ป่วย เพื่อให้สามารถ ให้บริการผู้ป่วยได้ ในเวลาที่รวดเร็ว และเหมาะสม (ภายใน ๓ - ๑๒ ชม.หลังมีอาการ) ทั้งโดยวิธีให้ยา ละลายลิ่มเลือดและ การ ขยายหลอด เลือด

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

-

● สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

-

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
-	-

ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

-

ผู้รายงาน นายนันต์จิรธิปช์ อินชัต
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒
คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ
รอบที่ ๑ รับการตรวจราชการวันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๒

KPI : จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข

● **สถานการณ์/สภาพปัญหา**

ความสุข เป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนปรารถนาที่จะมี ไม่ว่าจะเป็นในแง่มุมของชีวิตส่วนตัว ครอบครัว หรือการทำงาน คนที่มีความสุข คือคนที่มีภาวะอารมณ์ทางบวกอยู่เสมอ ซึ่งโดยทั่วไปคนทำงานใช้เวลาไม่ต่ำกว่าหนึ่งในสามของแต่ละวัน ใช้ชีวิตอยู่ในที่ทำงานเสมือนเป็นบ้านหลังที่สอง ดังนั้น หากที่ทำงานน่าอยู่ คนทำงานก็จะอยากไปทำงาน และอยากแสดงผลงานให้ดีทุกวัน ดังนั้นจะเห็นได้ว่าที่ทำงานมีบทบาทสำคัญต่อความสุขของบุคคล เพราะเมื่อที่ทำงานน่าอยู่ คนก็จะแข็งแรงและเป็นสุข พนักงานก็จะมีประสิทธิภาพในระยะยาว การสร้างความสุขในการทำงานจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างมากในการปฏิบัติงานในองค์กร

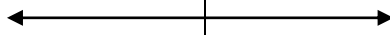
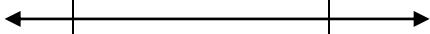
การเปลี่ยนแปลงยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ครั้งล่าสุด ทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องมีการปรับเปลี่ยนในด้านการวางแผนงาน กำลังคน และทรัพยากรอื่นๆ ในองค์กรครั้งใหญ่ เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายชาติ ย่อมให้เกิดการปรับตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุขอย่างหลีกเลี่ยงมิได้ ทั้งความรวดเร็วทางด้านการส่งต่อข้อมูลข่าวสาร องค์ความรู้ต่างๆ ล้วนก่อให้เกิดเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดในการทำงานของเจ้าหน้าที่ โดยเฉพาะกลุ่มบุคคลที่ปรับตัวได้ช้า ย่อมส่งผลถึงความสุขในการทำงานของเจ้าหน้าที่อย่างหลีกเลี่ยงมิได้

● **แผนการดำเนินงานของพื้นที่ ปี ๒๕๖๒**

๑. ทำการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI) ตามกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดตามช่วงระยะเวลาการประเมินของจังหวัดแพร่
๒. ทำการวิเคราะห์และแปลผลการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI)
๓. ดำเนินการจัดทำแผนการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข
๔. ดำเนินงานตามแผนการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข โดยทีมงาน HRD
๕. ประเมินผล และวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน เพื่อหาโอกาสพัฒนา

● **(Essential Task)**

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. ดำเนินการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI)	←→			
ผลการดำเนินงาน	๑๐๒*๑๐๐/๑๖๐ = ๖๓.๗๕%			
๒. ทำการวิเคราะห์และแปลผลการประเมิน	←→			

ผลการดำเนินงาน	HappyBody สุขภาพกายดี	HappyRelax ผ่อนคลายดี	HappyHeart ป้าใจดี	HappySoul จิตวิญญาณดี	HappyFamily ครอบครัวดี	HappySociety สังคมดี	HappyBrain ไม่หุ้ดี	HappyMoney สุขภาพเงินดี	HappyWorkLife การทำงานดี	HappyWorkSum รวม	
	11170	65.60	53.10	71.25	71.30	66.17	64.83	63.25	49.81	58.46	62.64
๓. จัดทำแผนการ ขับเคลื่อนองค์กรแห่ง ความสุข (Happy workplace , MOPH, CQI)											
ผลลัพธ์ที่ต้องการ											
๔. ดำเนินงานตาม แผนการเพื่อขับเคลื่อน องค์กรแห่งความสุข											
ผลลัพธ์ที่ต้องการ											

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.								
		เมือง	สูงเม่น	เด่นชัย	ลอง	วังชิ้น	ร้องกวาง	สอง	หนองม่วงไข่	รวม
หน่วยงานที่มีการประเมิน สภาวะองค์กร (HPI)	ร้อยละ ๗๐							๓๘.๔๖		
บุคลากรในหน่วยงานที่มี การประเมินดัชนีความสุข ของคนทำงาน	ร้อยละ ๗๐							๖๓.๗๕		

● สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

-

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
๑. การประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน ในรูปแบบ ไฟล์อิเล็กทรอนิกส์	๑. หน่วยงานต้องมีการให้บริการประเมินรูปแบบเอกสาร สำหรับเจ้าหน้าที่ที่ไม่สามารถใช้ หรือเข้าถึงรูปแบบไฟล์ อิเล็กทรอนิกส์
๒. ประสพการณ์ในการตีความหมายของคำถามในแบบ การประเมินสภาวะองค์กร ที่แตกต่างกัน เนื่องจาก หลายตำแหน่งงานที่กำหนดให้เป็นผู้ประเมิน เพิ่งได้รับ การแต่งตั้งเป็นหัวหน้างาน เช่น งานชั้นสูตร งานรังสีฯ	๒. การกำหนดตำแหน่งหัวหน้างานที่มีสิทธิ์ในการประเมิน HPI ควรสามารถกำหนดเองได้ให้เหมาะสมตามขนาดของ องค์กร เช่น รพช. น่าจะแตกต่างจาก รพท.

- ข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

-

- นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง(ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน สุรัชย์ จิตจง

ตำแหน่ง เกษตรกรชำนาญการ

โทรศัพท์ ๐๕๔ - ๕๙๑๕๗๕ ต่อ ๑๐๐๖, ๑๐๓๙

E - mail : sura_jito๑@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒
 คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ
 รอบที่ ๑ รับการตรวจราชการฯ วันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๒

KPI : ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลดำเนินงาน Smart Hospital ได้ตามเกณฑ์

● **สถานการณ์/สภาพปัญหา**

ปัจจุบันความก้าวหน้าของเทคโนโลยีเป็นไปอย่างรวดเร็ว แนวโน้มการเกิดโรคมีการเปลี่ยนแปลงจากความเจริญ การสื่อสารและเทคโนโลยี กระแสธารสารสนเทศจึงมีเป้าหมายที่จะพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนให้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง เป็น Smart Hospital ที่มีการนำเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ระบบอิเล็กทรอนิกส์ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ มาเพิ่มความสะดวกในระบบบริการ การจัดเก็บข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย การบริหารจัดการ ลดความแออัดและอำนวยความสะดวกทั้งต่อผู้ใช้บริการและผู้รับบริการ รวมทั้งทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชนในพื้นที่ สร้างความเข้มแข็งระบบบริการปฐมภูมิ เชื่อมโยงกับโรงพยาบาล เช่น ทีมหมอครอบครัว คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) รพ.สต. ตีตดาว

โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ กำหนดระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital ไว้ ๓ ระดับ

ระดับที่ ๑ Smart Tool : หมายถึง โรงพยาบาลที่มีการใช้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพมาช่วยในการบริหารจัดการ และพัฒนาคุณภาพบริการในองค์กร ได้แก่

๑. มีระบบนัดหมาย หรือ จอคิวแบบออนไลน์ มีระบบแจ้งเตือนผู้รับบริการแบบ "ออนไลน์" (Queue Online) เพื่อลดระยะเวลาในการรอคอยของผู้รับบริการ และลดความแออัดของหน่วยบริการ โดยจัดบริการ ณ จุดคัดกรอง หรือ คลินิกอื่นๆ ตามที่โรงพยาบาลกำหนด แสดงผลบนอุปกรณ์ขนาดเล็กของผู้รับบริการได้ และต้องใช้งานได้ในระบบ Android และ IOS

๒. มีระบบการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลตามมาตรฐาน เช่น โรงพยาบาลต้องแสดงการใช้ Smart Tools ทั้ง ๒ ระบบ

ระดับที่ ๒ Smart Service : หมายถึง โรงพยาบาลมีการนำแนวทางการทำงานอื่นๆ มาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานในองค์กร และมีการจัดทำ Service Process Management (เช่น Lens Process, Paperless, Less Paper, Electronic Medical Record : EMR) โดยนำมาประยุกต์ใช้ในแผนกต่างๆ ภายในโรงพยาบาล เช่น

- การใช้ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์
- การจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ แทนการใช้ OPD Card แบบกระดาษ

ระดับที่ ๓ Smart Outcome : หมายถึง โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาปรับปรุง Core Business Process ในองค์กร ให้มีความเชื่อมโยงกันทั้งระบบ Front Office และ Back Office จนเกิดเป็นระบบการวางแผนการใช้ทรัพยากร ERP Model (Enterprise Resource Planning System : ERP) ส่งผลให้การดำเนินงานขององค์กร มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความปลอดภัยในการให้บริการ

● (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. Smart Tools & Smart Service : ระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์	วางแผนงาน และจัดประชุมชี้แจงแนวทางในการจัดทำ	จัดทำระบบโปรแกรม ตามแนวทางปฏิบัติงาน	ทดสอบระบบกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	แก้ไข ปรับปรุง และประเมินระบบ
ผลการดำเนินงาน	๑. มาตรฐานของ HA และ HA IT ๒. บุคลากรในโรงพยาบาล ได้รับสะดวก สบายในการรับเอกสารจากหน่วยงานต่างๆ ๓. ลดการใช้กระดาษ ๔. เพื่อความรวดเร็วในการจัดทำแบบสอบถาม และ รวบรวมข้อมูล ๕. เพิ่มช่องทางในการติดต่อสื่อสารด้านเอกสารต่างๆ ผ่านทาง eDocument			
๒. Smart Service : จัดทำระบบคิวแจ้งให้กับผู้รับบริการ	วางแผนงาน ประชุมชี้แจงแนวทาง	จัดทำระบบ และประเมินจุดที่จะนำระบบคิว ลงไปใช้ในหน่วยงาน	เริ่มติดตั้งระบบ และทดลองใช้ ในบางจุดที่มีการรอคิวในการให้บริการ	แก้ไข ปรับปรุง และประเมินระบบนำไปใช้งานจริง
ผลการดำเนินงาน	๑. จัดทำระบบคิว ให้สำหรับหน่วยบริการต่างๆ เพื่อแจ้งให้ผู้มารับบริการทราบ เมื่อเวลาให้บริการของตนเอง ๒. ลดระยะเวลาการรอคอยที่จะรับบริการลง ๓. เพื่อความสะดวก สบาย ต่อผู้รับบริการ ในการเตรียมตัวก่อนเข้ารับบริการตามหน่วยบริการต่างๆ			
๓. Smart Service : ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ (ePrescription)	ประชุมชี้แจงแนวทางทีมงานที่เกี่ยวข้องกับใบสั่งยา เพื่อหาแนวทาง ข้อตกลงที่เหมาะสม	ประเมินสถานการณ์ การใช้ใบสั่งยาแบบเดิม มาเปรียบเทียบกับแนวทางแบบใหม่	จัดทำระบบใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ ดำเนินการใช้งาน	ติดตามผล แก้ไข ปรับปรุงระบบ แล้ว ประเมินระบบ
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	๑. มาตรฐานของ HA และ HA IT ๒. เพื่ออำนวยความสะดวกในขั้นตอนการส่งยาจากหอผู้ป่วยมายังห้องบริการจ่ายยา ๓. ทำให้การส่งใบสั่งยา มีความรวดเร็วยิ่งขึ้น ๔. ห้องบริการจ่ายยาและหอผู้ป่วย โดยสามารถตรวจสอบใบสั่งยาย้อนหลังได้			

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน
ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลดำเนินงาน Smart Hospital ได้ตามเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์การประเมิน ระดับ ๓

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
๑. ระบบเครือข่ายภายในโรงพยาบาล ที่ผ่านการใช้งานมายาวนาน และมีสภาพทรุดโทรม บางจุดไม่มีการจัดเก็บที่เป็นระเบียบ อาจส่งผลกระทบต่อระบบที่อาจทำให้เกิดความล่าช้า ไปยังหน่วยงานต่างๆใน โรงพยาบาล	จัดการระบบเครือข่ายภายในโรงพยาบาล เช่น สาย LAN ให้มีความเสถียรภาพมากขึ้น ความเป็นระเบียบเรียบร้อย ผ่านตามมาตรฐานของ HA IT
๒. บุคลากรในโรงพยาบาล ขาดความรู้ความเข้าใจ ความกระตือรือร้น ต่อเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงอยู่ทุกวัน	จัดการประชุมชี้แจงแนวทางในการใช้ระบบต่างๆ ให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงบุคลากรในโรงพยาบาลทุกคน ให้มีเข้าใจต่อระบบ และสาธิต แสดงวิธีการใช้งานระบบให้ได้ทราบ
๓. ผู้รับบริการในเขตโรงพยาบาล ส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ ขาดความเข้าใจเทคโนโลยี ส่งผลต่อการใช้งานระบบต่างๆ	มอบหมายให้บุคลากรที่มีเกี่ยวข้องกับระบบ เชี่ยวชาญในการใช้งานระบบ ให้คำแนะนำ อธิบาย ช่วยเหลือต่อผู้รับบริการ
๔. เนื่องจากระบบต่างๆ ที่จัดทำ ต้องใช้งบประมาณในการจัดทำระบบ ทางโรงพยาบาลขาดงบประมาณในบางส่วน ในการสนับสนุนการทำระบบ	นำวัสดุเหลือใช้ ที่สามารถนำมาใช้งานต่อระบบ มาใช้งานแทน และจัดทำโครงการให้ผู้บริหารรับทราบถึงแนวทางในการทำระบบ เพื่อสนับสนุนงบประมาณ

● ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

-

● นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน นายชินกฤต พุ่มพวง
ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไป

แนวทางการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒
คณะที่ ๓ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ
รอบที่ ๑ รับการตรวจราชการวันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๒

หัวข้อ : ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓

ตัวชี้วัด : โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓

ผลการดำเนินงาน

โรงพยาบาลสอง ผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓ และอยู่ในกระบวนการ รอรับการ Re accreditation ครั้งที่ ๔ (ผ่านการรับรอง Re accreditation ครั้งที่ ๓ เมื่อ ๑๐ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๕๘ ถึง ๙ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๑)

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
คณะที่ ๔ การบริหารจัดการระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
รอบที่ ๑ รับการตรวจราชการวันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๒

KPI : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพข้อมูล ๔๓ แฟ้ม และการลงสาเหตุการตายได้ตามเกณฑ์

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการจัดเก็บและส่งออกชุดข้อมูลมาตรฐานเป็นฐานข้อมูลรายบุคคลจากสถานบริการทุกระดับมาซึ่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี ๒๕๕๐ ในรูปแบบโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล ๑๘ แฟ้มมาตรฐานในปี ๒๕๕๕ ได้ปรับเป็น ๔๓ แฟ้มและ ๗ แฟ้มมาตรฐานเพื่อส่งต่อข้อมูลการเจ็บป่วยซึ่งได้เพิ่มโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลของผู้ป่วยในและอื่นๆที่จำเป็นโดยสถานบริการทุกแห่งส่งข้อมูลรายบุคคลไปรวมที่คลังข้อมูลระดับจังหวัด (HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรวบรวมส่งมายังสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นข้อมูลสุขภาพระดับประเทศเพื่อการใช้ประโยชน์ร่วมกันซึ่งได้มีการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพมาโดยตลอดแต่ยังพบปัญหาข้อมูลขาดคุณภาพและความน่าเชื่อถือขาดความถูกต้องขาดความครอบคลุมและไม่ทันเวลาสาเหตุที่สำคัญคือ

- ๑. การบันทึกกิจกรรมข้อมูลไม่ตรงตามช่วงข้อมูล ทำให้ข้อมูลไม่ทันเวลา และลงข้อมูลไม่ทัน
- ๒. การลงข้อมูลแต่ละแฟ้มข้อมูลไม่ถูกต้อง ครบถ้วน ทำให้เวลาส่งออกข้อมูล ทำให้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องตามมาตรฐาน
- ๓. รหัสมาตรฐานตามโครงสร้างมีการปรับเปลี่ยนตลอด และมีเกณฑ์การบันทึกข้อมูลปรับเปลี่ยนตลอด
- ๔. เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ ความเข้าใจในการให้รหัสโรค

อีกทั้งปีงบประมาณ ๒๕๖๑ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศเปลี่ยนแปลงโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม โดยที่หน่วยบริการจะต้องส่งข้อมูลให้ สปสช.โดยใช้ข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม version ๒.๓ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ณ วันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๐

ศูนย์สารสนเทศสุขภาพมีหน้าที่ติดตาม กำกับคุณภาพข้อมูล ๔๓ + ๗ แฟ้มมาตรฐาน ตามเกณฑ์คุณภาพชุดข้อมูลมาตรฐานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ พร้อมทั้งวิเคราะห์ข้อมูล ๔๓ แฟ้มมาตรฐาน พร้อมคืนข้อมูลผลการดำเนินงานด้านสารสนเทศให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบเพื่อปรับปรุงแก้ไข และสนับสนุนทีมตรวจสอบคุณภาพข้อมูลเวชระเบียนวิเคราะห์ข้อมูลจาก สหวิชาชีพ

● การดำเนินงานของพื้นที่ (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
กำหนดมาตรฐานการบันทึกข้อมูลที่สำคัญและปรับปรุงสม่ำเสมอ	กำหนดมาตรฐานการบันทึกข้อมูล โดยการทำปฏิทินการบันทึกข้อมูลที่สำคัญ	มีการทบทวนมาตรฐานการบันทึกข้อมูล และปรับปรุงสม่ำเสมอ	กำหนดมาตรฐานการบันทึกข้อมูลและกำหนดลำดับความสำคัญ	กำหนดมาตรฐานการบันทึกข้อมูลที่เป็นปัญหา

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ข้อมูลเกิดความผิดพลาด ช้าช้อนน้อยลง			
ผลการดำเนินงาน	บันทึกข้อมูลตรงตามปฏิทินวางแผนการบันทึกข้อมูล			
แนวทางการบันทึกเวชระเบียนให้สมบูรณ์และการตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	๑. จัดทำคู่มือการบันทึกเวชระเบียนโดยการใช้โปรแกรม HosXP ในการจัดเก็บข้อมูล	๒. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนทุก ๓ เดือนและแจ้งผลแก่ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุงและพัฒนา	๓. พัฒนาความรู้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการบันทึกเวชระเบียน เกณฑ์การวินิจฉัยและเกณฑ์การให้รหัสโรค รหัสหัตถการ	๔. ปรับปรุงแบบฟอร์มเวชระเบียนให้ถูกต้องครบถ้วนและเหมาะสมกับการใช้ประโยชน์
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- อัตราความสมบูรณ์ของผู้ป่วยนอกไม่น้อยกว่า ๘๕% - อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยในไม่น้อยกว่า ๘๕% - อัตราความสมบูรณ์ของข้อมูล ๔๓ แฟ้มมากกว่า ๘๕%			
ผลการดำเนินงาน	ความผิดพลาดข้อมูลลดลง และข้อมูลมีความทันเวลา			
พัฒนาการศักยภาพบุคลากร ทั้งภายในโรงพยาบาล และ รพ.สต.	มีแผนการอบรมฟื้นฟูความรู้ ทักษะ การบันทึกข้อมูลของ User และ Admin	มีการจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะ User และ Admin	อบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพเพื่อพัฒนาทักษะ User และ Admin	สรุปผลการอบรมฟื้นฟูความรู้ ทักษะ ศักยภาพของ User และ Admin
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	User และ Admin มีความรู้ ทักษะ ในการบันทึกข้อมูล			
ผลการดำเนินงาน	User และ Admin สามารถวิเคราะห์ข้อมูลที่มีปัญหา และมีทักษะในการบันทึกข้อมูล และลำดับความสำคัญของข้อมูลได้			

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด	ผลงาน
๑. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพข้อมูล ๔๓ แฟ้ม	ระดับ ๔
๒. การลงสาเหตุการตายได้ตามเกณฑ์	ระดับ ๕

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
การบันทึกกิจกรรมข้อมูลไม่ตรงตามช่วงข้อมูล ทำให้ข้อมูลไม่ทันเวลา และลงข้อมูลไม่ทัน	บันทึกข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ตรงตามปฏิทินวางแผนการบันทึกข้อมูล
ขาดบุคลากรที่มีความรู้ ทักษะ ในการใช้ภาษา SQL ที่ใช้ในการควบคุม กำกับติดตามข้อมูล	มีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติให้ User ได้ฝึกทักษะการใช้ภาษา SQL เพื่อจัดการกับฐานข้อมูล
ขาดการติดตามข้อมูล ต่างๆ ตรวจสอบข้อมูลล่าช้า	การจัดทำแนวทางการดำเนินงาน หรือทำคู่มือการดำเนินงานไว้ ให้เป็นระบบ
โครงสร้างของข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลง และการบันทึกจัดเก็บข้อมูลก็มีมากขึ้น	หมั่นติดตามข่าวสารการเปลี่ยนแปลงของข้อมูล เพื่อความทันเวลาในการใช้ข้อมูล

● ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

-

● นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง(ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน นายชินกฤต พุ่มพวง
ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไป

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒
 คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ
 รอบที่ ๑ รับการตรวจราชการฯ วันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๒

KPI : ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ร้อยละ ๙๐)

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

โรงพยาบาลสองได้ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของโดยมีกรอบการประเมิน ๕ ด้านนี้ ดังนี้

๑. ด้านความโปร่งใส
 ๒. ด้านความพร้อมรับผิด
 ๓. ด้านความปลอดภัยจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน
 ๔. ด้านวัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร
 ๕. ด้านคุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน
- ซึ่งในไตรมาสที่ ๑ โรงพยาบาลสอง ได้คะแนนผ่านเกณฑ์ในระดับ ๕

● แผนการดำเนินงานของพื้นที่ ปี ๒๕๖๒

รอบ ๓ เดือน (เดือน ต.ค.๖๑ - ธ.ค.๖๑)	รอบ ๖ เดือน (เดือน ม.ค.๖๒ - มิ.ค.๖๒)	รอบ ๙ เดือน (เดือน เม.ย.๖๒ - มิ.ย.๖๒)	รอบ ๑๒ เดือน (เดือน ก.ค.๖๒ - ก.ย.๖๒)
ส่งเอกสารประเมิน หลักฐานเชิงประจักษ์ EB๑ - EB๔ และผ่านเกณฑ์ใน ระดับ ๓ ขึ้นไป	ส่งเอกสารประเมิน หลักฐานเชิงประจักษ์ EB๑ - EB๒๖ และผ่านเกณฑ์ ระดับสูงมาก ร้อยละ ๘๐	ส่งเอกสารประเมิน หลักฐานเชิงประจักษ์ EB๑ - EB๒๖ และผ่านเกณฑ์ ระดับสูงมาก ร้อยละ ๘๕	ส่งเอกสารประเมิน หลักฐานเชิงประจักษ์ EB๑ - EB๒๖ และผ่านเกณฑ์ ระดับสูงมาก ร้อยละ ๙๐

● ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน
หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ผ่านเกณฑ์ในระดับ ๕

โรงพยาบาลสอง จังหวัดแพร่
รับที่ 205/62
วันที่ ๑๕ มี.ค. ๒๕๖๒
วันที่ 16 ธ.ค. ๒๕๖๑

FTP **บันทึกข้อความ**

ส่วนราชการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทร ๐ ๕๕๕๑ ๑๑๑๕ ต่อ ๐

ที่ พร ๐๐๓๒.๐๐๑/ก.๑๖๒ วันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๖๒

เรื่อง แจ้งผลคะแนนตัวชี้วัดที่ ๔๔ ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ไตรมาสที่ ๑

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแพร่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง

อ้างถึง หนังสือ ส่วนที่ ๓๓๓ ที่ สธ ๐๒๑๓/ว๔๑๙ ลงวันที่ ๘ มกราคม ๒๕๖๒ เรื่อง แจ้งผลคะแนนตัวชี้วัดที่ ๔๔ ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ไตรมาสที่ ๑ นั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ จึงขอส่งผลคะแนนการประเมิน ITA ไตรมาสที่ ๑ รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(นายจกร วินัยพานิช)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่

งานราชการ
เพื่อโปรดทราบ

ลำดับ	ส่วนราชการ	คะแนน	หมายเหตุ ไม่ผ่านเกณฑ์ระดับ 5 ร้อยละ 90
6.6	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังชิ้น	5.00	
6.7	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสอง	5.00	
6.8	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสูงเม่น	5.00	
6.9	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองม่วงไข่	5.00	
6.10	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย	5.00	
6.11	โรงพยาบาลร้องกวาง	5.00	
6.12	โรงพยาบาลสอง	5.00	
6.13	โรงพยาบาลวังชิ้น	5.00	
6.14	โรงพยาบาลสอง	5.00	
6.15	โรงพยาบาลสูงเม่น	5.00	
๔.๑๕	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชวังชิ้น	5.00	

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
เกณฑ์การให้คะแนนจะทำให้เป็นคะแนนตามข้อ้อยมากกว่าให้คะแนนตามหัวข้อใหญ่ หากข้อไหนเอกสารขาดไป ๑ รายการ คะแนนข้อนั้นจะได้ ๐	ควรปรับเกณฑ์การให้คะแนนใหม่

ผู้รายงาน นางสาวณธิดา ปัญญาไว
ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๐ - ๓๒๕๑๙๙๑
E - mail : Pam_t_wifi@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒
 คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ
 รอบที่ ๑ รับการตรวจราชการฯ วันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๒

KPI : ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการตรวจสอบภายใน
 ควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

โรงพยาบาลสองได้ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน ประเมินระบบควบคุมภายใน ๕ มิติ และ
 มีการดำเนินการประเมินระบบควบคุมภายใน ๕ มิติ เป็นบางส่วนซึ่งยังไม่แล้วเสร็จ ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์การประเมิน
 การตรวจสอบงบการเงิน ร้อยละ ๕๐ ของการประเมินในไตรมาส ที่ ๒

● แผนการดำเนินงานของพื้นที่ ปี ๒๕๖๒

รอบ ๓ เดือน (เดือน ต.ค.๖๑ - ธ.ค.๖๑)	รอบ ๖ เดือน (เดือน ม.ค.๖๒ - มิ.ค.๖๒)	รอบ ๙ เดือน (เดือน เม.ย.๖๒ - มิ.ย.๖๒)	รอบ ๑๒ เดือน (เดือน ก.ค.๖๒ - ก.ย.๖๒)
มีคู่มือแนวทาง/การ ควบคุมภายใน(EIA)พร้อม ชี้แจงผู้ที่เกี่ยวข้อง	๑. มีการประเมินระบบ การควบคุมภายในด้วย ระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) ๒. หน่วยบริการประเมิน การตรวจสอบงบการเงิน ๓. หน่วยบริการตาม เป้าหมายที่กำหนดผ่าน เกณฑ์การประเมินการ ตรวจสอบงบการเงิน ร้อยละ ๕๐	๑. หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ ประเมินควบคุมภายในด้วย ระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) ในภาพรวมไม่ น้อยกว่าร้อยละ ๘๐	ผ่านเกณฑ์การประเมิน ครบทุกขั้นตอน

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่ บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
ไม่มี	ไม่มี

ผู้รายงาน นางสาวณิศา ปัญญาไว
 ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ
 โทรศัพท์ ๐๙๐ - ๓๒๕๑๙๙๑
 E – mail : Pam_t_wifi@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒
 คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ
 รอบที่ ๑ รับการตรวจราชการฯ วันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๒

KPI : ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ ๗

● สถานการณ์ปัจจุบัน

ตารางการคำนวณวิกฤติ 7 ระดับ							เดือน ตุลาคม 2561			หักงบลงทุน					
ID	Ket	Prov ince	OrgID	Org	ServB ed	Capacity Group	CR	QR	Cash	NWC	NI+Depleciation	Liquid Index	StatusI ndex	Surviv eIndex	Risk Scorin g
ต.ค.	1	แพร่	11170	สอง,รพช.	0	รพช. 30	1.13	0.89	0.66	2,369,976.50	-1,907,332.61	3	1	1	5
พ.ย.	1	แพร่	11170	สอง,รพช.	0	รพช. 30	1.51	1.23	1.04	8,594,817.75	5,522,742.68	0	0	0	0
ธ.ค.	1	แพร่	11170	สอง,รพช.	0	รพช. 30	1.92	1.57	1.18	9,060,402.30	5,253,171.67	0	0	0	0
ม.ค.	1	แพร่	11170	สอง,รพช.	0	รพช. 30	1.36	1.18	1.01	8,732,427.49	5,633,898.05	1	0	0	1
คำอธิบาย :										(ข้อมูลหลังการส่งงบเดือน ม.ค.62 ณ วันที่ 11 ก.พ.62)					
				=	ให้ใส่รหัสหน่วยบริการ										
				=	ให้ใส่ข้อมูลอัตราส่วน										
			CR	=	อัตราส่วนทุนหมุนเวียน (สินทรัพย์หมุนเวียน / หนี้สินหมุนเวียน)										
			QR	=	อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (สินทรัพย์หมุนเวียน (หัก สินค้าคงเหลือ) / หนี้สินหมุนเวียน)										
			Cash	=	อัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดต่อหนี้สินที่ต้องชำระ (เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด / หนี้สินหมุนเวียน)										
			NWC	=	เงินทุนหมุนเวียนสุทธิ (สินทรัพย์หมุนเวียน - หนี้สินหมุนเวียน)										
			NI+Depleciation	=	รายได้(สูงกว่า)กว่าค่าใช้จ่าย ก่อนหักค่าเสื่อม (กำไรสุทธิ ก่อนหักค่าเสื่อมราคา)										

● สภาพปัญหาที่พบ

- การจัดเก็บรายได้ไม่เป็นไปตามที่วางไว้ ต้องมีการปรับแผน เพื่อให้รายรับเป็นไปตามที่วางไว้ โดยให้เน้น
 ด้านการลงข้อมูลของกลุ่มงานเวชปฏิบัติและครอบครัว ให้ครบถ้วนให้ตรงเวลา

- แผนการดำเนินงานของพื้นที่ ปี ๒๕๖๒

			
ระบบบันทึกข้อมูลประมาณการรายได้และค่าใช้จ่าย รพช.สอง ประมาณการรายได้และค่าใช้จ่าย ปี 2562			
1. แผนประมาณการรายได้-ควบคุมค่าใช้จ่าย ปีงบประมาณ 2562			
	ประมาณการปี 2562 (ข้อมูล กปก.)	ประมาณการปี 2562 (ข้อมูลหน่วย บริการ)	ร้อยละ การเพิ่มรายได้ ลดค่าใช้จ่าย (%)
รายได้			
รายได้ UC	53,159,952.99	53,031,183.46	-0.24
รายได้จาก EMS	225,866.67	225,860.00	-0.00
รายได้ค่ารักษาเบิกต้นสังกัด	156,672.00	156,000.00	-0.43
รายได้ค่ารักษา อปท.	936,133.86	981,016.21	4.58
รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรงกรม บัญชีกลาง	6,623,528.45	6,873,823.13	3.64
รายได้ประกันสังคม	1,219,526.67	1,723,905.20	29.26
รายได้แรงงานต่างด้าว	2,066.67	15,969.00	87.06
รายได้ค่ารักษาและบริการอื่น ๆ	3,651,727.05	4,514,678.14	19.11
รายได้งบประมาณส่วนบุคลากร	40,925,817.39	42,908,691.00	4.62
รายได้อื่น	6,522,728.48	8,689,744.24	24.94
รายได้งบลงทุน	4,979,200.00	3,345,103.10	-48.85
รวมรายได้	118,403,220.23	122,465,973.48	3.32
ค่าใช้จ่าย			
ต้นทุนยา	7,952,487.81	9,729,136.84	18.26
ต้นทุนเวชภัณฑ์มีใช้ยาและวัสดุการ	1,805,022.57	1,601,791.93	-12.69

ต้นทุนวัสดุทันตกรรม	325,767.33	366,655.72	11.15
ต้นทุนวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์	2,070,423.73	1,917,287.21	-7.99
เงินเดือนและค่าจ้างประจำ	40,925,817.39	42,908,691.00	4.62
ค่าจ้างชั่วคราว	9,312,054.09	9,684,158.00	3.84
ค่าตอบแทน	14,693,814.67	14,377,571.00	-2.20
ค่าใช้จ่ายบุคลากรอื่น	3,069,345.54	3,287,348.35	6.63
ค่าใช้สอย	3,061,779.67	3,055,949.13	-0.19
ค่าสาธารณูปโภค	1,877,462.49	2,043,250.00	8.11
วัสดุใช้ไป	3,139,571.56	3,487,538.00	9.98
ค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย	4,866,681.78	4,633,513.61	-5.03
หนี้สูญและสงสัยจะสูญ	0.00	0.00	0.00
ค่าใช้จ่ายอื่น	26,240,600.68	24,400,799.50	-7.54
รวมค่าใช้จ่าย	119,340,829.31	121,493,690.29	1.77

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
มีการจัดซื้อนอกแผน เป็นจำนวนมากทำให้เกินแผนที่วางไว้ โดยการจัดซื้อนอกแผนพบว่า ไม่มีการกลั่นกรองจากงานบริหาร/งานแผนฯ	การจัดซื้อนอกแผนให้ผ่านการกลั่นกรองจากงานบริหาร/งานแผนฯ แนวทางการพิจารณา คือ หากไม่มีความจำเป็นเร่งด่วนให้นำไปใส่ไว้ในแผนปีงบประมาณต่อไป กรณีที่มีความจำเป็นเร่งด่วนให้พิจารณาเป็นรายๆ ไป
การจัดเก็บรายได้ไม่เป็นไปตามที่วางไว้ ต้องมีการปรับแผน เพื่อให้รายรับเป็นไปตามที่วางไว้ โดยให้เน้นด้านการลงข้อมูลของกลุ่มงานเวชปฏิบัติและครอบครัว ให้ครบถ้วนให้ตรงเวลา	การจัดเก็บรายได้ต้องมีการปรับแผน เพื่อให้รายรับเป็นไปตามที่วางไว้ โดยให้เน้นด้านการลงข้อมูลของกลุ่มงานเวชปฏิบัติและครอบครัว ให้ครบถ้วนให้ตรงเวลา

ผู้รายงาน นางสาวณธิดา ปัญญาไว
ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๐-๓๒๕๑๙๙๑
E – mail : Pam_t_wifi@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒
คณะที่ ๔ : การบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
รอบที่ ๑ รับการตรวจราชการ วันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๒

KPI : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาองค์กรตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

● **สถานการณ์/สภาพปัญหา**

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ แผนยุทธศาสตร์ที่ ๔ การบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) แผนงานที่ ๑๑ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ ตัวชี้วัดที่ ๔๕ ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งในระดับภูมิภาคกำหนดให้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง และ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๕๘ (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย ๑) ลักษณะสำคัญขององค์กร ๒) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ๗ หมวด คือ หมวด ๑ การนำองค์กร หมวด ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด ๓ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด ๔ การวัดการวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด ๕ การมุ่งเน้นบุคลากร หมวด ๖ การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ และหมวด ๗ ผลลัพธ์การดำเนินการ โดยให้ดำเนินการให้ครบทุกหมวด ภายในปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสอง เคยมีการนำเกณฑ์ PMQA มาพัฒนาพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กร ตั้งแต่ปี ๒๕๕๐ แต่ดำเนินการไม่ต่อเนื่อง และในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ กำหนดภาคบังคับให้ดำเนินการให้สำเร็จในหมวดที่ ๑ และ ๕ ในระดับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เข้าร่วมกระบวนการพัฒนา PMQA สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสอง มีผลการดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับ ๕

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ กำหนดภาคบังคับให้ดำเนินการให้สำเร็จในหมวดที่ ๒ และ ๔ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสอง ดำเนินงานตามกรอบ PMQA Model กระบวนการพัฒนาตามมาตรฐานการบริหารจัดการภาครัฐในระดับพื้นฐาน โดยมีแนวทางการพัฒนา ดังนี้

๑. แต่งตั้งทีมพัฒนา PMQA ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสอง
๒. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน ๑๓ ข้อคำถามและทบทวนทุกปี
๓. ดำเนินการตามภาคบังคับในปี ๒๕๖๒ จำนวน ๒ หมวด ได้แก่ หมวด ๑ และ หมวด ๔ โดยประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๕๘
๔. นำผลการประเมินองค์กรด้วยตนเอง (OFI) ในหมวดที่ดำเนินการมาจัดทำแผนพัฒนา องค์กร
 หมวดละ ๑ แผน
๕. จัดทำตัวชี้วัดสะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการ ตามเกณฑ์หมวด ๗
๖. ดำเนินการตามแผนปรับปรุงพัฒนาองค์กร
๗. ติดตามประเมินผลโดยทีม Internal Audit /กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร/ผู้ตรวจประเมินภายนอก

สิ่งที่ได้ดำเนินการไปแล้วคือ การจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสอง และอยู่ในระยะของการประเมินองค์การ(Self Assessment) เทียบเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.๒๕๕๘ หมวด ๒ และหมวด ๔ ครบถ้วนทันเวลา และกำลังดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาองค์การ ของหมวด ๒ และหมวด ๔

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๕๘	๑. แต่งตั้งทีมพัฒนา PMQA ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสอง ๒. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน ๑๓ ข้อคำถามและทบทวนทุกปี ๓. ดำเนินการตามภาคบังคับในปี ๒๕๖๒ จำนวน ๒ หมวด ได้แก่ หมวด ๒ และ หมวด ๔ โดยประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๕๘ ๔. นำผลการประเมินองค์กรด้วยตนเอง (OFI) ในหมวดที่ดำเนินการมาจัดทำแผนพัฒนาองค์กร หมวดละ ๑ แผน ๕. จัดทำตัวชี้วัดสะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการ ตามเกณฑ์ หมวด ๗	๖. ดำเนินการตามแผนปรับปรุงพัฒนาองค์กร	๗. ติดตามประเมินผลโดยทีม Internal Audit / กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร/ผู้ตรวจประเมินภายนอก	จัดส่งเอกสารผลการดำเนินงานให้ กพร.สป. ได้ครบถ้วนภายในระยะเวลาที่กำหนด
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	๑.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ตอบคำถามลักษณะ สำคัญขององค์กร ครบ ๑๓	๑.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ดำเนินการพัฒนาองค์กรได้ ☐ ร้อย	๑.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ดำเนินการพัฒนาองค์กรได้ ☐ ร้อย	๑.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
	คำถาม ภายในวันที่ ๒ ม.ค.๖๒ ๒.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอSelf Assessment หมวด๒ กับหมวด๔ ภายในวันที่ ๒ ม.ค.๖๒ และ Maintainหมวด๑ กับ หมวด ๕ ๓.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจัดทำแผนพัฒนาองค์การหมวดละ๑แผน ภายในภายในวันที่ ๒ ม.ค.๖๒ ๔. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ กำหนดตัวชี้วัดขึ้นเอง หมวดละ ๓ ตัวชี้วัด ที่ สอดคล้องกับOFIภายใน วันที่ ๒ ม.ค.๖๒	ละ ๖๐ ของ แผนพัฒนาองค์การ	ละ ๘๐ ของ แผนพัฒนาองค์การ	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๔๐)
ผลการดำเนินงาน	๑. แต่งตั้งทีมพัฒนา PMQA ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสอง ๒. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน ๑๓ ข้อคำถามและทบทวน ทุกปี ๓. ดำเนินการตามภาคบังคับในปี ๒๕๖๒ จำนวน ๒ หมวด ได้แก่ หมวด ๒ และ หมวด ๔ โดยประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๕๘	๔. นำผลการประเมินองค์กรด้วยตนเอง (OFI) ใน หมวดที่ดำเนินการ มาจัดทำ แผนพัฒนาองค์กร หมวดละ ๑ แผน ๕. จัดทำตัวชี้วัดสะท้อนผลลัพธ์ใน หมวดที่ดำเนินการ ตามเกณฑ์หมวด ๗ ๖. ดำเนินการตาม แผนปรับปรุง พัฒนาองค์กร		

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน	คะแนน
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาองค์กรตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	ระดับ ๑ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจัดทำลักษณะสำคัญของ องค์กร ครบถ้วน ทันเวลา ระดับ ๒ มีระดับ ๑ และ ประเมินองค์กร (Self Assessment) เทียบกับเกณฑ์ คุณภาพการ บริหารจัดการ ภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๕๘ หมวด ๒ กับ หมวด ๔ ครบถ้วน ทันเวลา	๒

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
๑. ทีมนำของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอขาดองค์ความรู้เรื่อง PMQA และแนวทางปฏิบัติที่เชื่อมโยงกับจังหวัด ๒. ปัญหาภาระงานการจัดทำเอกสารจำนวนมาก	๑. การสนับสนุนทีมวิทยากรจากจังหวัด ๒. งบประมาณในการพัฒนาขับเคลื่อนงาน

● ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

-

● นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง(ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน นายสวัสดิ์ ดวงใจ
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐ ๘๘๔ ๓๐๐ ๗๓๓
E-mail : sawaddee๑๒๑@hotmail.com

สถานบริการ (รพ.สต.) ในความรับผิดชอบของ คปสอ.สามารถควบคุมกำกับการเบิกจ่าย ได้ตามแผนรายได้ค่าใช้จ่ายได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ปี ๒๕๖๒

ลำดับ	สถานบริการ	ประมาณการปี ๒๕๖๒		ประมาณการ ๔ เดือน		ผลการดำเนินงาน ต.ค.๖๑-ม.ค.๖๒		ร้อยละ	
		รายรับ	รายจ่าย	รายรับ	รายจ่าย	รายรับ	รายจ่าย	รายรับ	รายจ่าย
๑	รพ.สต.บ้านนาหลวง	๔๕๕,๕๐๐.๐๐	๓๗๘,๘๘๓.๐๐	๑๕๑,๘๓๓.๓๓	๑๒๖,๒๙๔.๓๓	๑๗๑,๖๖๘.๐๐	๑๑๐,๐๗๓.๙๐	๑๑๓.๐๖	๘๗.๑๖
๒	รพ.สต.สะเอียบ	๗๐๐,๐๗๑.๐๐	๖๔๗,๐๑๖.๐๐	๒๓๓,๓๕๗.๐๐	๒๑๕,๖๗๒.๐๐	๒๖๖,๗๙๕.๐๐	๑๘๘,๖๘๙.๕๘	๑๑๔.๓๓	๘๗.๔๙
๓	รพ.สต.บ้านป่าเลา	๕๓๗,๕๔๙.๒๓	๕๑๒,๒๓๘.๐๒	๑๗๙,๑๘๓.๐๘	๑๗๐,๗๔๖.๐๑	๒๗๒,๐๗๘.๕๐	๑๖๖,๓๒๖.๕๓	๑๕๑.๘๔	๙๗.๔๑
๔	รพ.สต.เตาปูน	๕๒๙,๑๐๘.๖๘	๕๓๐,๗๑๔.๐๐	๑๗๖,๓๖๙.๕๖	๑๗๖,๙๐๔.๖๗	๒๓๒,๓๙๗.๒๑	๑๑๕,๔๙๘.๐๖	๑๓๑.๗๗	๖๕.๒๙
๕	รพ.สต.บ้านนาไร่เดียว	๔๑๓,๙๐๐.๐๐	๓๔๗,๐๘๐.๐๐	๑๓๗,๙๖๖.๖๗	๑๑๕,๖๙๓.๓๓	๑๗๒,๖๔๗.๐๐	๑๑๖,๑๔๐.๒๒	๑๒๕.๑๔	๑๐๐.๓๙
๖	รพ.สต.บ้านหนูน	๔๔๘,๕๐๐.๘๖	๔๒๐,๘๑๓.๐๐	๑๔๙,๕๐๐.๒๙	๑๔๐,๒๗๑.๐๐	๑๙๑,๙๖๖.๕๐	๙๙,๗๒๙.๖๗	๑๒๘.๔๑	๗๑.๑๐
๗	รพ.สต.บ้านดอนแก้ว	๖๒๙,๐๐๗.๕๑	๖๒๔,๐๒๔.๐๐	๒๐๙,๖๖๙.๑๗	๒๐๘,๐๐๘.๐๐	๒๙๙,๗๒๘.๕๐	๑๘๐,๖๐๔.๖๘	๑๔๒.๙๕	๘๖.๘๓
๘	สสข.บ้านแม่แรม	๔๒๔,๘๘๘.๐๐	๕๓๔,๗๙๖.๐๐	๑๔๑,๖๒๙.๓๓	๑๗๘,๒๖๕.๓๓	๑๐๘,๕๔๙.๐๐	๕๓,๐๐๒.๒๑	๗๖.๖๔	๒๙.๗๓
๙	รพ.สต.วังดิน	๔๙๐,๕๑๓.๕๘	๔๙๕,๑๓๑.๖๐	๑๖๓,๕๐๔.๕๓	๑๖๕,๐๔๓.๘๗	๑๖๒,๘๗๘.๐๐	๙๗,๒๙๗.๕๓	๙๙.๖๒	๕๘.๙๕
๑๐	รพ.สต.ทุ่งน้ำ	๔๙๖,๐๒๐.๐๐	๔๔๗,๔๖๐.๐๐	๑๖๕,๓๔๐.๐๐	๑๔๙,๑๕๓.๓๓	๑๘๘,๘๘๘.๐๐	๑๑๘,๗๒๐.๓๒	๑๒๐.๒๗	๗๙.๖๐
๑๑	รพ.สต.ภูนิเกตุ	๔๖๕,๖๑๒.๕๖	๔๑๑,๓๕๒.๕๐	๑๕๕,๒๐๔.๑๙	๑๓๗,๑๑๗.๕๐	๑๙๐,๒๖๗.๐๐	๙๘,๐๑๐.๙๔	๑๒๒.๕๙	๗๑.๔๘
๑๒	รพ.สต.ห้วยซอน	๖๙๙,๐๕๕.๐๐	๙๕๓,๐๙๔.๐๐	๒๓๓,๐๑๘.๓๓	๓๑๗,๖๙๘.๐๐	๒๓๙,๗๗๓.๔๔	๑๖๒,๖๗๕.๖๗	๑๐๒.๙๐	๕๑.๒๐
๑๓	รพ.สต.แดนชุมพล	๔๓๓,๓๕๒.๒๓	๔๙๗,๖๘๔.๐๐	๑๔๔,๔๕๐.๗๔	๑๖๕,๘๙๔.๖๗	๒๐๗,๗๐๑.๕๐	๑๑๕,๘๓๙.๐๗	๑๔๓.๗๙	๖๙.๘๓
๑๔	รพ.สต.หัวเมือง	๔๓๔,๕๐๐.๐๐	๔๘๓,๖๔๔.๐๐	๑๔๔,๘๓๓.๓๓	๑๖๑,๒๑๔.๖๗	๑๙๔,๔๓๔.๕๐	๑๒๒,๗๔๖.๐๔	๑๓๔.๒๕	๗๖.๑๔
๑๕	รพ.สต.วังพ่อน	๕๔๑,๕๐๐.๐๐	๔๑๓,๔๖๐.๐๐	๑๘๐,๕๐๐.๐๐	๑๓๗,๘๒๐.๐๐	๒๐๕,๔๙๖.๔๒	๑๕๐,๑๕๗.๐๘	๑๑๓.๘๕	๑๐๘.๙๕
๑๖	รพ.สต.หนองเสี้ยว	๓๕๑,๑๑๗.๖๕	๓๔๘,๐๙๑.๖๐	๑๑๗,๐๓๙.๒๒	๑๑๖,๐๓๐.๕๓	๑๘๑,๑๙๙.๕๐	๑๑๕,๓๑๗.๗๔	๑๕๕.๘๒	๙๙.๓๙
	รวม	๘,๐๕๐,๑๙๖.๓๐	๘,๐๔๕,๔๘๑.๗๒	๒,๖๘๓,๓๙๘.๗๗	๒,๖๘๘,๘๒๗.๒๔	๓,๒๙๖,๔๒๘.๐๗	๒,๐๑๐,๘๒๙.๒๔	๑๒๒.๘๕	๗๔.๙๘

ข้อมูลแผนประมาณการรายรับและรายจ่ายเงินบำรุงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (อำเภอสอง) ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ลำดับ	หน่วยบริการ	รวมรายรับทุกประเภท	รวมรายจ่ายทุกประเภท	ส่วนต่าง(รายรับ-รายจ่าย)	เงินบำรุงคงเหลือยกมา	เงินบำรุงคงเหลือยกไป
๑	รพ.สต.บ้านนาหลวง	๔๕๕,๕๐๐.๐๐	๓๗๘,๘๘๓.๐๐	๗๖,๖๑๗.๐๐	๙๕,๑๒๙.๙๗	๑๗๑,๗๔๖.๙๗
๒	รพ.สต.สะเอียบ	๗๐๐,๐๗๑.๐๐	๖๔๗,๐๑๖.๐๐	๕๓,๐๕๕.๐๐	๓๐,๐๔๔.๖๘	๘๓,๐๙๙.๖๘
๓	รพ.สต.บ้านป่าเลา	๕๓๗,๕๔๙.๒๓	๕๑๒,๒๓๘.๐๒	๒๕,๓๑๑.๒๑	๖๕,๗๕๐.๓๖	๙๑,๐๖๑.๕๗
๔	รพ.สต.เตาปูน	๕๒๙,๑๐๘.๖๘	๕๓๐,๗๑๔.๐๐	-๑,๖๐๕.๓๒	๒๘,๘๘๑.๕๑	๒๗,๒๗๖.๑๙
๕	รพ.สต.บ้านนาไร่เดียว	๔๑๓,๙๐๐.๐๐	๓๔๗,๐๘๐.๐๐	๖๖,๘๒๐.๐๐	๓๙,๕๓๑.๔๔	๑๐๖,๓๕๑.๔๔
๖	รพ.สต.บ้านหนอง	๔๔๘,๕๐๐.๘๖	๔๒๐,๘๘๓.๐๐	๒๗,๖๑๗.๘๖	๔๒,๓๐๘.๔๑	๖๙,๙๙๖.๒๗
๗	รพ.สต.บ้านดอนแก้ว	๖๒๙,๐๐๗.๕๑	๖๒๔,๐๒๔.๐๐	๔,๙๘๓.๕๑	๑๓๓,๑๒๑.๕๑	๑๓๘,๑๐๕.๐๒
๘	รพ.สต.บ้านแม่แรม	๔๒๔,๘๘๘.๐๐	๕๓๔,๗๙๖.๐๐	-๑๐๙,๙๐๘.๐๐	๔๔๔,๖๐๔.๗๗	๓๓๔,๖๙๖.๗๗
๙	รพ.สต.วังดิน	๔๙๐,๕๑๓.๕๘	๔๙๕,๑๓๑.๖๐	-๔,๖๑๘.๐๒	๔๑,๙๘๐.๘๕	๓๗,๓๖๒.๘๓
๑๐	รพ.สต.ทุ่งน้ำว	๔๙๖,๐๒๐.๐๐	๔๔๗,๔๖๐.๐๐	๔๘,๕๖๐.๐๐	๕๓,๗๔๘.๓๔	๑๐๒,๓๐๘.๓๔
๑๑	รพ.สต.ภูนิเกตุ	๔๖๕,๖๑๒.๕๖	๔๑๑,๓๕๒.๕๐	๕๔,๒๖๐.๐๖	๗๒,๗๕๕.๙๗	๑๒๗,๐๑๖.๐๓
๑๒	รพ.สต.ห้วยซอน	๖๙๙,๐๕๕.๐๐	๙๕๓,๐๙๔.๐๐	-๒๕๔,๐๓๙.๐๐	๓๐๐,๑๑๔.๘๓	๔๖,๐๗๕.๘๓
๑๓	รพ.สต.แดนชุมพล	๔๓๓,๓๕๒.๒๓	๔๙๗,๖๘๔.๐๐	-๖๔,๓๓๑.๗๗	๒๔๐,๗๗๖.๔๐	๑๗๖,๔๔๔.๖๓
๑๔	รพ.สต.หัวเมือง	๔๓๔,๕๐๐.๐๐	๔๘๓,๖๔๔.๐๐	-๔๙,๑๔๔.๐๐	๔๙,๖๒๘.๖๐	๔๘๔.๖๐
๑๕	รพ.สต.วังพ่อน	๕๔๑,๕๐๐.๐๐	๔๑๓,๔๖๐.๐๐	๑๒๘,๐๔๐.๐๐	๔๗,๘๕๓.๘๙	๑๗๕,๘๙๓.๘๙
๑๖	รพ.สต.หนองเสี้ยว	๓๕๑,๑๑๗.๖๕	๓๔๘,๐๙๑.๖๐	๓,๐๒๖.๐๕	๘๕,๐๘๘.๕๘	๘๘,๑๑๔.๖๓
	รวม อ.สอง	๘,๐๕๐,๑๙๖.๓๐	๘,๐๔๕,๔๘๑.๗๒	๔,๗๑๔.๕๘	๑,๗๗๑,๓๒๐.๑๑	๑,๗๗๖,๐๓๔.๖๙

**ผลการประเมินการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ
หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒**

(การประเมินรอบ ๖ เดือน [๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ - ๓๑ มกราคม ๒๕๖๒])

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ผลงานที่ได้	คะแนนที่ได้
การประเมินประสิทธิผล (น้ำหนักร้อยละ ๕๕)			
๑	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	๗๐.๙๗	๕
๒	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการบริการฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์	๔๒.๖๒	๒
๓	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานอำเภออนามัยเจริญพันธุ์		
๔	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	๗๙.๕๑	๓
๕	ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีส่วนสูงดี รูปร่างสมส่วน	๕๐.๒๙	๔
๖	ร้อยละเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ***		
๗	ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี ฟันดีไม่ผุ (cavity free)***		
๘	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ตามเกณฑ์	๒.๙๕	๔
๙	อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ตามเกณฑ์	๑๐.๓๓	๑
๑๐	ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองและบำบัดรักษาการสูบบุหรี่ ๑๐.๑ ร้อยละของประชากรอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไปได้รับการคัดกรองการสูบบุหรี่ ๑๐.๒ ร้อยละของประชากรอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไปที่ผ่านการคัดกรองได้รับการบำบัด ๑๐.๓ ร้อยละของประชากรในครัวเรือนที่ตกเกณฑ์ จปฐ. (การสูบบุหรี่) ได้รับการบำบัด	๒๐.๓๕ ๘๗.๕	๑ ๕
๑๑	อัตราความครอบคลุมของการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค	๒๓.๖๑	๑
๑๒	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	๖๕.๓๘	๕
๑๓	ตำบลสามารถควบคุมโรคติดต่อได้โดยยุบยลายได้ (ไข้เลือดออก และ ไข้ซิกา)	๑๐๐	๕
๑๔	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีฟันหลังแท้หรือเทียมใช้งานได้อย่างเหมาะสม 4 คู่สบขึ้นไป***		
การประเมินคุณภาพการให้บริการ (ร้อยละ ๑๕)			
๑๕	ระดับความสำเร็จในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	ระดับ ๔	๔
๑๖	ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลดำเนินงาน Smart Hospital ได้ตามเกณฑ์	ระดับ ๓	๓
๑๗	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการลงสาเหตุการตายได้ตามเกณฑ์ ๑๗.๑ ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพข้อมูล ๔๓ แฟ้มมาตรฐาน ๑๗.๒ การลงสาเหตุการตายได้ตามเกณฑ์	ระดับ ๕ ระดับ ๕	๕ ๕
การประเมินประสิทธิภาพ (ร้อยละ ๑๕)			
๑๘	ผลการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง Financial Administration Index : FAI ของ รพ.แม่ข่าย ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด	ระดับ ๔	๔

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ผลงานที่ได้	คะแนนที่ได้
๑๙	ระดับความสำเร็จของ คปสอ.ที่สามารถควบคุมกำกับกับการเบิกจ่าย ของ รพ.สต. ได้ตามแผน	ระดับ ๕	๕
๒๐	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง	ระดับ ๕	๕
๒๑	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน ITA	ระดับ ๕	๕
การประเมินการพัฒนางานองค์กร (น้ำหนักร้อยละ ๑๕)			
๒๒	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนางานองค์กรตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	ระดับ ๒	๒
๒๓	ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด สสจ. ประเมินเอง	
๒๔	ระดับความสำเร็จของบุคลากรในหน่วยงาน ที่มีระบบพัฒนากำลังคนตามเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด	ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด สสจ. ประเมินเอง	