

รายงานการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ

หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

รอบการประเมินครั้งที่ 2

วันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2562

คปสอ.ลอง

แบบรายงานการประเมินการปฏิบัติราชการตาม
คำรับรองการปฏิบัติราชการ หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
ปีงบประมาณ 2562

- ตัวชี้วัดที่ 1. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์
- ตัวชี้วัดที่ 2. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

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

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

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

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับ บริการฝากครรภ์ คุณภาพครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ ร้อยละ 45	2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับ บริการฝากครรภ์ คุณภาพครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ ร้อยละ 50	2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับ บริการฝากครรภ์ คุณภาพครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ ร้อยละ 55	2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับ บริการฝากครรภ์ คุณภาพครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ ร้อยละ 60
ผลการดำเนินงาน	1. ร้อยละ 97.56 2. ร้อยละ 75.61	1. ร้อยละ 92.59 2. ร้อยละ 74.07	1. ร้อยละ 87.50 2. ร้อยละ 72.58	1. ร้อยละ 85.59 2. ร้อยละ 70.91

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)							
1. หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ รับบริการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์มากกว่าร้อยละ 60	รพ.สต. แม่เกี่ยม	รพ.สต. บ้านปิน	รพ.สต. ผาคัน	รพ.สต. ผามอก	รพ.สต. ต้าเหล้า	รพ.สต. เวียงต้า	รพ.สต. ปากกาง	รพ.สต. นาตุ้ม
	100	81.25	75	83.33	90	100	100	83.33
	รพ.สต. หัวทุ่ง	รพ.สต. ทุ่งแล้ง	รพ.สต. ผาจับ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รพ.สต.	รวม
	100	90	100	100	100	100	66.67	85.59
2. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ ได้รับบริการฝากครรภ์ คุณภาพครบ 5 ครั้งตาม เกณฑ์	รพ.สต. แม่เกี่ยม	รพ.สต. บ้านปิน	รพ.สต. ผาคัน	รพ.สต. ผามอก	รพ.สต. ต้าเหล้า	รพ.สต. เวียงต้า	รพ.สต. ปากกาง	รพ.สต. นาตุ้ม
	100	68.75	75	75	60	100	100	33.33
	รพ.สต. หัวทุ่ง	รพ.สต. ทุ่งแล้ง	รพ.สต. ผาจับ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รพ.สต.	รวม
	100	80	100	100	85.71	66.67	50	70.91

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

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

บริการตรวจครรภ์และให้คำแนะนำในการฝากครรภ์



ตัวชี้วัดที่ 3. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

อำเภอเองได้ดำเนินงานเรื่องเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชนและจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพและอื่นๆ เช่น บุหรี่ สุรา สารเสพติด ความรุนแรงโดยบูรณาการเสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กรพื้นที่ ในสถานบริการ 15 แห่ง (โรงพยาบาล 1 แห่ง, รพ.สต. 14 แห่ง) สถานศึกษา จำนวน 27 แห่ง (โรงเรียนมัธยม 1 แห่ง, วิทยาลัยการอาชีพลอง 1 แห่ง) ในครอบครัวและชุมชนจำนวน 9 ตำบล ซึ่งมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 11 แห่ง มีองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) จำนวน 5 แห่งและเทศบาลตำบล จำนวน 6 แห่ง ได้มีการเสริมสร้างและสนับสนุนทรัพยากรในการพัฒนางานเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นและเยาวชนจะมีกลุ่มเครือข่ายเยาวชนทุกตำบล ทั้งนี้ การดำเนินงานในบางส่วนใช้รูปแบบบูรณาการร่วมกับกิจกรรมเครือข่ายระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนในโรงเรียน (One Hospital One School : OHOS) ซึ่งอำเภอเอง ผ่านเกณฑ์ประเมินรับรองเป็นอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ จากศูนย์อนามัยที่ 1 เมื่อปี พ.ศ. 2559 ซึ่งแนวทางการดำเนินงาน ทั้ง 5 องค์ประกอบ มีส่วนปรับเปลี่ยนตามสภาพปัญหาและบุคลากรที่รับผิดชอบ จึงทำให้บางองค์ประกอบและกิจกรรมมีรูปแบบและการให้ข้อมูลหรือการสื่อสารมีรูปแบบและช่องทางอื่นๆ มากขึ้น เพราะปัจจุบันมีช่องทางสื่อสารเพื่อสร้างกระแสสังคมมีมาก ปัญหาที่มีความละเอียดอ่อนมาก จึงต้องมีวิธีการเพื่อให้เกิดแนวทางพัฒนาที่ยั่งยืนและสร้างความเข้มแข็งให้กลุ่มเป้าหมายต่อไป

● การดำเนินงาน แกไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
องค์ประกอบที่ 1 อำเภอ - มีคณะกรรมการ/คณะทำงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ - มีการจัดทำแผนและดำเนินงานตามแผน - มีฐานข้อมูลเรื่องเพศ อนามัยการเจริญพันธุ์และพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นและเยาวชน	- มีคำสั่งอำเภอเองที่ 59 / 2559 เรื่องคณะกรรมการและคณะทำงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์	- ปรับเปลี่ยนคณะกรรมการที่มีการย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน		
องค์ประกอบที่ 2 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น				

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
- มีการจัดทำแผนและดำเนินงานตามแผน - สนับสนุนทรัพยากรดำเนินงาน - มีฐานข้อมูลเรื่องเพศ ออนามัยเจริญพันธุ์และพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นและเยาวชน - มีการสื่อสารเพื่อสร้างกระแสสังคม		- อยู่ระหว่างดำเนินการ - อยู่ระหว่างดำเนินการ - อยู่ระหว่างดำเนินการ - อยู่ระหว่างดำเนินการ		
องค์ประกอบที่ 3 <u>ครอบครัว/ชุมชน</u> - มีการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องเพศ ออนามัยเจริญพันธุ์และพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นและเยาวชน	- ดำเนินกิจกรรมผ่านการประชุมหมู่บ้านทุกเดือน	- ดำเนินกิจกรรมผ่านการประชุมหมู่บ้านทุกเดือน		
องค์ประกอบที่ 4 <u>สถานศึกษา</u> - มีกิจกรรมด้าน ออนามัยเจริญพันธุ์ - การสอนเพศวิถีศึกษาหรือการเรียนการสอนอื่น ๆ ที่ใกล้เคียง - มีคู่มือช่วยเหลือนักเรียนในโรงเรียน (OHOS)	- ดำเนินการในโรงเรียนมัธยมและประถมจำนวน 27 แห่งและวิทยาลัยการอาชีพลอง	- ดำเนินการในโรงเรียนมัธยมและประถมจำนวน 27 แห่งและวิทยาลัยการอาชีพลอง		

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
องค์ประกอบที่ 5 <u>สถานบริการ</u> <u>สาธารณสุข</u> - มีการดำเนินงาน เจริญพันธุ์และ พฤติกรรมเสี่ยงของ วัยรุ่นและเยาวชน	- ดำเนินกิจกรรมทุก สท./รพ.ลอง	- ดำเนินกิจกรรมทุก รพ.สต./รพ.ลอง		
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- จัดทำคำสั่งของอำเภอ และดำเนินการตามแผน	- ดำเนินกิจกรรมตาม แผน		
ผลการดำเนินงาน	- มีการจัดทำคำสั่งระดับ อำเภอ และดำเนินการ ตามแผน	- ดำเนินกิจกรรมตาม แผน		

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)
3. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์	ผ่าน 4 องค์ประกอบ (ระดับ 4)

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
- อำเภอลองได้ผ่านเกณฑ์ประเมินรับรองเป็นอำเภออนามัยเจริญพันธุ์ จากศูนย์อนามัยที่ 1 ปี พ.ศ.2559 ทั้งนี้ ในปี 2562 การดำเนินกิจกรรมทั้ง 5 องค์ประกอบ ได้มีการปรับเปลี่ยนคณะทำงานในทุกองค์ประกอบ จึงต้องพัฒนาการสื่อสารและเสนอข้อมูลเรื่องเพศอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มเป้าหมายหลายรูปแบบ ปัจจุบันที่ดำเนินการทุกพื้นที่ในอำเภอลอง ยังเป็นการให้ความรู้หรือจัดอบรมให้กลุ่มเป้าหมายนำไปปฏิบัติผลการดำเนินงานในรอบหกเดือนอยู่ระหว่างการติดตามตั้งแต่ องค์ประกอบที่ 3 ถึงองค์ประกอบที่ 5 ส่วนแผนงานและกิจกรรมทั้งในชุมชน สถานศึกษาและสถานบริการ ยังขาดบุคลากรที่รับผิดชอบโดยตรงไม่เพียงพอ ภาระงานด้านอื่นๆ มีมาก ปัญหาความต่อเนื่องหรือสื่อสารและคืนข้อมูลในแต่ละองค์ประกอบของพื้นที่ยังไม่ทั่วถึง	- ให้มีต้นแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยสร้างแรงจูงใจที่เห็นผลเป็นรูปธรรมร่วมปฏิบัติจริง - การให้บริการตามสถานพยาบาลคลินิกวัยรุ่นที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชนควรมีบุคลากรที่ให้บริการในคลินิกที่ชัดเจน เพื่อสร้างความพึงพอใจให้ผู้มารับบริการ - เสนอให้ผู้บังคับบัญชาเป็นต้นแบบที่ดีด้านคุณธรรมและต้นแบบพฤติกรรมสุภาพเรื่องงดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา และใช้สารเสพติดทุกชนิดต่ำบดละ 1 ท่านโดยให้องค์ความรู้ทุกองค์จริง - ให้คืนข้อมูลและประชาสัมพันธ์การดำเนินงานทุกองค์ประกอบของอำเภออนามัยเจริญพันธุ์และสร้างบุคคลต้นแบบทุกกิจกรรมและชื่นชมบุคคลเหล่านั้นให้องค์และเครือข่ายรับทราบอย่างสม่ำเสมอตลอดไป

ตัวชี้วัดที่ 4. ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

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

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. เด็ก 0 – 5 ปี ทุกคน ต้องได้รับการประเมินคัดกรองพัฒนาการ หากพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ให้ติดตามกระตุ้นพัฒนาการ	- ประชุมคณะกรรมการ MCH board อำเภอ - รพสต. จัดบริการ WCC คุณภาพ โรงเรียนพ่อแม่ตามมาตรฐาน	- ส่งเสริมให้พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู ใช้สมุดสีชมพูในการดูแลสุขภาพ ตนเองและเด็ก - เด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทุกคน ได้รับการประเมินคัดกรองพัฒนาการ หากพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า จะได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ	- ส่งเสริมให้พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูใช้สมุดสีชมพูในการดูแลสุขภาพ ตนเองและเด็ก - เด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทุกคน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ (DSPM) และหากพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า จะได้รับการตรวจประเมินติดตามกระตุ้นภายใน 30 วัน และส่งต่อเด็กที่สงสัยล่าช้าเพื่อดูแลรักษาพัฒนาการต่อไป	- วิเคราะห์สถานการณ์พัฒนาการและแนวทางการแก้ไข - ประชุมคณะกรรมการ MCH board ระดับอำเภอ - เด็ก 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 85 - รวบรวมข้อมูลสถานการณ์ ปัญหาและแนวทางแก้ไข - สรุปผลการดำเนินงาน
2. รณรงค์คัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ในเดือนกรกฎาคม	- เด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 และ 60 เดือน ทุกคน ได้รับการประเมิน และคัดกรองพัฒนาการ หากพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า จะได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ	- รณรงค์คัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือนในเดือนกรกฎาคม	- เด็ก 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 85	
3. เด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นประเมินพัฒนาการภายใน 30 วัน	- ให้ความรู้ ฝึกทักษะตามมาตรฐาน โรงเรียนพ่อแม่ให้กับหญิงตั้งครรภ์ และมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 6 ปี ด้วยกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า ฝ้าดูฟัน	- เด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นประเมินพัฒนาการภายใน 30 วัน		
4. ส่งต่อเด็กที่สงสัยล่าช้าเพื่อดูแลรักษาพัฒนาการต่อไป				

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	ประชาสัมพันธ์สมัคร แอปพลิเคชัน 9 อย่าง เพื่อสร้างลูกผ่านมือ ถือในการลงทะเบียน รับข้อมูลเพื่อการดูแล ตั้งแต่ตั้งครรภ์จนลูก อายุครบ 6 ปี - ส่งเสริมให้หญิง ตั้งครรภ์ พ่อแม่หรือ ผู้เลี้ยงดูเด็กดูแล สุขภาพตนเองและ การเลี้ยงดูเด็กด้วย สมุดบันทึกสุขภาพแม่ และเด็ก	และส่งต่อเด็กที่สงสัย ล่าช้าเพื่อดูแลรักษา พัฒนาการต่อไป		
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- เด็ก 0 - 5 ปี ทุกคน ต้องได้รับการประเมิน คัดกรองพัฒนาการ - เด็ก 0 - 5 ปี มี พัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 - สถานบริการมีการ ลงข้อมูลการ ให้บริการครบถ้วน ถูกต้องเป็นปัจจุบัน	- เด็ก 0 - 5 ปี ทุกคน ต้องได้รับการประเมิน คัดกรองพัฒนาการ - เด็ก 0 - 5 ปี มี พัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 - สถานบริการมีการ ลงข้อมูลการ ให้บริการครบถ้วน ถูกต้องเป็นปัจจุบัน	- เด็ก 0 - 5 ปี ทุกคน ต้องได้รับการประเมิน คัดกรองพัฒนาการ - เด็ก 0 - 5 ปี มี พัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 - สถานบริการมีการ ลงข้อมูลการ ให้บริการครบถ้วน ถูกต้องเป็นปัจจุบัน	- มีการวิเคราะห์เพื่อ หาปัญหาและวางแผน ทางแก้ไขต่อไป - เด็ก 0 - 5 ปี ทุกคน ต้องได้รับการประเมิน คัดกรองพัฒนาการ - เด็ก 0 - 5 ปี มี พัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 - สถานบริการมีการ ลงข้อมูลการ ให้บริการครบถ้วน ถูกต้องเป็นปัจจุบัน
ผลการดำเนินงาน	เด็ก 0 - 5 ปี มี พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 98.34	เด็ก 0 - 5 ปี มี พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 94.74	เด็ก 0 - 5 ปี มี พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 90.52	เด็ก 0 - 5 ปี มี พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 92.55

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)							
4. ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	รพ.สต. แม่เียน	รพ.สต. บ้านปิน	รพ.สต. ผาคัน	รพ.สต. ผามอก	รพ.สต. ต้าเหล่า	รพ.สต. เวียงต้า	รพ.สต. ปากกาง	รพ.สต. นาตุ้ม
	93.75	90.48	92.86	84.42	86.54	92.50	91.03	100
	รพ.สต. หัวฟุ้ง	รพ.สต. ฟุ้งแล้ง	รพ.สต. ผาจีบ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รพ.สต.	รวม
	94.50	91.95	98.57	97.37	100	88.57	93.13	92.55

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

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

ตรวจพัฒนาการเด็ก



ตัวชี้วัดที่ 5. ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีรูปร่างดี รูปร่างสมส่วน

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

เด็กรับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ ขอบกินขนมกรุบกรอบและน้ำอัดลม โดยซื้อจากร้านขายของชำในหมู่บ้าน โรงเรียนหรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็กส่วนใหญ่เป็นเขตปลอดขนมกรุบกรอบและน้ำอัดลม มีครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนบางแห่งแจกขนมกรุบกรอบให้แก่เด็ก

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

จัดประชุมหรือ เข้าร่วมประชุมในวันประชุมผู้ปกครองเด็กผู้ปกครองเด็กครูผู้ดูแลเด็ก โดยเข้าไปให้คำแนะนำเรื่อง การรับประทานอาหาร ผลเสียของการรับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ และผลเสียของการรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อร่างกายเช่นขนมกรุบกรอบและน้ำอัดลม

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

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	4. สนับสนุนยาน้ำเสริมธาตุเหล็กให้แก่เด็ก 6 เดือน - 5 ปี 5. รพสต. ทุกแห่งมีเฝ้าระวังภาวะโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อประเมินภาวะโภชนาการเด็ก 6. นำข้อมูลการให้บริการมาบันทึกให้ครบถ้วนถูกต้องทันเวลา	4. สนับสนุนยาน้ำเสริมธาตุเหล็กให้แก่เด็ก 6 เดือน - 5 ปี 5. รพสต. ทุกแห่งมีเฝ้าระวังภาวะโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อประเมินภาวะโภชนาการเด็ก 6. นำข้อมูลการให้บริการมาบันทึกให้ครบถ้วนถูกต้องทันเวลา	4. สนับสนุนยาน้ำเสริมธาตุเหล็กให้แก่เด็ก 6 เดือน - 5 ปี 5. รพสต. ทุกแห่งมีเฝ้าระวังภาวะโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อประเมินภาวะโภชนาการเด็ก 6. นำข้อมูลการให้บริการมาบันทึกให้ครบถ้วนถูกต้องทันเวลา	4. สนับสนุนยาน้ำเสริมธาตุเหล็กให้แก่เด็ก 6 เดือน - 5 ปี 5. รพสต. ทุกแห่งมีเฝ้าระวังภาวะโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อประเมินภาวะโภชนาการเด็ก 6. นำข้อมูลการให้บริการมาบันทึกให้ครบถ้วนถูกต้องทันเวลา 7. สรุปผลการดำเนินงาน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ผู้ปกครอง ผู้เลี้ยงดูเด็ก ครูพี่เลี้ยงเด็กสามารถดูแลส่งเสริมโภชนาการและ พัฒนาการเด็กได้อย่างถูกต้อง ให้เด็กได้รับประทานอาหารตามวัยและมีประโยชน์ พัฒนาการที่ดีมีภาวะโภชนาการที่ดีสูงดีสมส่วนเติบโตสมวัย	ผู้ปกครอง ผู้เลี้ยงดูเด็ก ครูพี่เลี้ยงเด็กสามารถดูแลส่งเสริมโภชนาการและ พัฒนาการเด็กได้อย่างถูกต้อง ให้เด็กได้รับประทานอาหารตามวัยและมีประโยชน์ พัฒนาการที่ดีมีภาวะโภชนาการที่ดีสูงดีสมส่วนเติบโตสมวัย	ผู้ปกครอง ผู้เลี้ยงดูเด็ก ครูพี่เลี้ยงเด็กสามารถดูแลส่งเสริมโภชนาการและ พัฒนาการเด็กได้อย่างถูกต้อง ให้เด็กได้รับประทานอาหารตามวัยและมีประโยชน์ พัฒนาการที่ดีมีภาวะโภชนาการที่ดีสูงดีสมส่วนเติบโตสมวัย	ผู้ปกครอง ผู้เลี้ยงดูเด็ก ครูพี่เลี้ยงเด็กสามารถดูแลส่งเสริมโภชนาการและ พัฒนาการเด็กได้อย่างถูกต้อง ให้เด็กได้รับประทานอาหารตามวัยและมีประโยชน์ พัฒนาการที่ดีมีภาวะโภชนาการที่ดีสูงดีสมส่วนเติบโตสมวัย
ผลการดำเนินงาน	เด็กได้รับโภชนาการที่ดีและถูกต้องตามวัย มีร้อยละสูงดีสมส่วนเท่ากับ 58.47	เด็กได้รับโภชนาการที่ดีและถูกต้องตามวัย มีร้อยละสูงดีสมส่วนเท่ากับ 62.41	เด็กได้รับโภชนาการที่ดีและถูกต้องตามวัย มีร้อยละสูงดีสมส่วนเท่ากับ 56.59	เด็กได้รับโภชนาการที่ดีและถูกต้องตามวัย มีร้อยละสูงดีสมส่วนเท่ากับ 65.43

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)							
5. ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีรูปร่างดี รูปร่างสมส่วน	รพ.สต. แม่เกี่ยม	รพ.สต. บ้านปิน	รพ.สต. ผาคัน	รพ.สต. ผามอก	รพ.สต. ต้าเหล่า	รพ.สต. เวียงต้า	รพ.สต. ปากกาง	รพ.สต. นาตุ้ม
	58.82	64.73	0	13.33	63.27	48.48	72.86	58.33
	รพ.สต. หัวทุ่ง	รพ.สต. ทุ่งแล้ง	รพ.สต. ผาจับ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รพ.สต.	รวม
	50	54.17	76.52	80.65	77.65	60.56	61.46	65.43

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

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

ตัวชี้วัดที่ 6. ร้อยละเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ

- สถานการณ์/สภาพปัญหา

เด็กไม่ได้รับการแปรงฟันอย่างถูกวิธี เนื่องจากผู้ปกครองขาดทักษะและความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ทำให้ฟันไม่สะอาด โดยเฉพาะในเด็กโรงเรียนเอกชน

- การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. สร้างเสริมความรู้ความเข้าใจโดยการจัดอบรม อสม. และการส่งทันตภิบาลเข้าไปหาพลูอโรดีท์ให้ในพื้นที่ที่ไม่มีทันตบุคลากร	ทบทวนความรู้ความเข้าใจ ถึงแนวทางและปัญหาของการดูแลหญิงตั้งครรภ์ และเด็กเล็ก ในทันตบุคลากร คปสอ.ลองบุคลากร	จัดอบรม อสม. เพื่อให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพ โดยดำเนินการใน อสม. พื้นที่ของเขตโรงพยาบาลก่อน	ดำเนินการวัดผลเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก ใน อสม. เพื่อให้การรับรองเป็น อสม.เชี่ยวชาญทันตะ	ให้ อสม. ลงพื้นที่ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และเด็กเล็ก
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ทันตบุคลากรมีความเข้าใจในแนวทางแก้ปัญหาที่ตรงกัน	อสม.มีความรู้ในเรื่องทันตสุขภาพ และสามารถเป็นแกนนำในชุมชนได้	อสม.มีความเชี่ยวชาญในด้านทันตสุขภาพ และมีหลักฐานเป็นที่ประจักษ์	อสม.เป็นกำลังให้ทันตบุคลากร ในการช่วยลงพื้นที่ และคัดกรอง ส่งเสริม ให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการบริการ ได้ดีขึ้น
ผลการดำเนินงาน	มีการประชุม CUP ลง เพื่อทำความเข้าใจปัญหาและช่วยวางแผนงานในการแก้ปัญหา	มีการทำโครงการอบรม อสม. เชี่ยวชาญทันตะ วันที่ 27 – 28 พ.ย. 2560	มีการมอบเกียรติบัตรรับรอง ให้กับ อสม. เชี่ยวชาญทันตะ	อสม.ช่วยในการคัดกรอง ส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
2. เพิ่มกิจกรรมอบรมครูผู้ดูแลใน ศพด.	ทบทวนและออกแบบกิจกรรม	เรียกประชุม ครูผู้ปกครอง ผู้ที่เกี่ยวข้องต้องานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ในเด็กเล็ก	ดำเนินกิจกรรมอบรมส่งเสริมสุขภาพช่องในเด็ก ศพด. - กิจกรรม ศพด. ต้นแบบ Long little kid healthy	ลงตรวจสุขภาพช่องปากในเด็ก 3 ปี

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	มีการนำปัญหาในปี ก่อน มาวิเคราะห์หา สาเหตุ และวางแผน แก้ปัญหา	มีการประชุม CUP ลอง เพื่อทำความ เข้าใจปัญหาและช่วย วางแผนงานในการ แก้ปัญหา	เชิญทุกฝ่ายที่ เกี่ยวข้องกับเด็กเล็ก เข้ามาร่วมประชุม และช่วยกันออกแบบ งานส่งเสริมสุขภาพใน เด็กเล็ก	ผลสุขภาพช่องปากใน เด็กเล็ก อยู่ในระดับที่ ดี
ผลการดำเนินงาน	มีการร่วมวิเคราะห์ สถานการณ์และ ปัญหา ของปัญหา งานส่งเสริมสุขภาพ ช่องปากในเด็กเล็ก	มีการประชุม CUP ลอง เพื่อทำความ เข้าใจปัญหาและช่วย วางแผนงานในการ แก้ปัญหา	มีการประกวด ศพด. ต้นแบบ 5 ศพด. ที่ เน้นสุขภาพแบบองค์ รวม ทั้งเรื่องทันตสุข ศึกษา และเรื่อง โภชนาการไปพร้อมๆ กัน	ผลสุขภาพช่องปากใน เด็กเล็ก อยู่ในระดับ ปานกลาง (ร้อยละ 66.03)

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)
6. ร้อยละเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ	ร้อยละ 66.03

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
เด็กมีฟันน้ำนมผุตั้งแต่ช่วงแรกที่ฟันขึ้น เนื่องจากความไม่ ครอบคลุมในการส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มเด็ก 0-2 ปี ทำให้ ขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปาก	เพิ่มการส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มเด็ก 0-2 ปี โดย ทำงานในเชิงรุกให้ครอบคลุมพื้นที่ที่ไม่มีทันต บุคลากรให้มากขึ้น

ตัวชี้วัดที่ 7. ร้อยละเด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free)

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

ยังขาดความร่วมมือจากครูในบางโรงเรียน รวมถึงขาดการกระตุ้นการส่งเสริมสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่อง

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. เพิ่มการกระตุ้น และจัดให้มีเวที แลกเปลี่ยนในทุกๆ ปี	เรียกประชุมภาคี เครือข่าย และ ออกแบบกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพช่อง ปากในเด็กประถม	ดำเนินกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพช่อง ปากที่ได้ร่วมกัน ออกแบบไว้	- จัดเวทีประกวด เพื่อให้เกิดการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ภายในภาคีเครือข่าย - กิจกรรมโรงเรียน ประถมต้นแบบ Long kid healthy	ลงตรวจสุขภาพช่อง ปากในเด็กประถม
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ผู้เกี่ยวข้องกับงาน ส่งเสริมสุขภาพช่อง ปากในเด็กประถม ได้รับทราบปัญหา และช่วยกันออกแบบ กิจกรรมงานส่งเสริม สุขภาพช่องปากใน เด็กประถมร่วมกัน	มีการดำเนินกิจกรรม งานส่งเสริมสุขภาพ ช่องปากในเด็ก ประถม ตามที่ภาคี เครือข่ายได้ร่วมกัน ออกแบบ	มีเวทีประกวด ให้กับ โรงเรียนต่าง ๆ ได้เข้า มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเป็นแรงกระตุ้น ให้โรงเรียนอยาก ดำเนินการในปีต่อ ๆ ไป	สภาวะสุขภาพช่องใน เด็กประถม อยู่ใน ระดับเกณฑ์ที่ดี
ผลการดำเนินงาน	มีการประชุม CUP ลอง เพื่อทำความเข้าใจปัญหาและช่วย วางแผนงานในการ แก้ปัญหา	- มีการร่วมงาน ส่งเสริมสุขภาพช่อง ปาก กับ งาน อย. น้อย - มีการประชุมร่วมกับ ตัวแทนจากโรงเรียน ประถมทุกโรงใน อำเภอลอง พร้อม หารือ และออกแบบ กิจกรรมงานส่งเสริม สุขภาพร่วมกัน	มีการประกวด โรงเรียนต้นแบบ 5 โรงเรียน ที่เน้น สุขภาพแบบองค์รวม ทั้งเรื่องทันตสุขภาพ และเรื่องโภชนาการ ไปพร้อม ๆ กัน	สภาวะสุขภาพช่องใน เด็กประถม อยู่ใน ระดับเกณฑ์ที่ดี

- ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)
7. ร้อยละเด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free)	ร้อยละ 84.83

- ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
เด็กมีการเข้าถึงอาหารที่หลากหลายมากขึ้น ถึงแม้ไม่มีการจำหน่ายขนมกรุบกรอบ ลูกอมและน้ำอัดลมในโรงเรียน แต่มีการจำหน่ายบริเวณรอบ ๆ โรงเรียน ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่ยากต่อการจัดการ	● สร้างความตระหนักในเด็กเรื่องการบริโภคอาหารที่ปลอดภัยต่อทันตสุขภาพ ● สร้างความร่วมมือกับชุมชนในการจัดการ

ตัวชี้วัดที่ 8. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ตามเกณฑ์

- สถานการณ์/สภาพปัญหา

ในพื้นที่มีการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ตามแนวทางที่กำหนด การติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด ยังพบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เพิ่มสูงขึ้น

- การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. การค้นหากลุ่มเสี่ยง	1. การคัดกรองภาวะเสี่ยงในประชาชนอายุ ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปทุกคน 2. กำหนดระยะเวลาในการคัดกรอง 3. ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงจะต้องได้รับการให้สุขศึกษาทุกราย 4. มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือน และแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม	1. ดำเนินการคัดกรองให้เสร็จสิ้นภายใน 6 เดือน 2. กลุ่มเสี่ยงจะต้องได้รับการประเมินซ้ำทุก 6 เดือน 3. ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงจะต้องได้รับการให้สุขศึกษาทุกราย 4. มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือน และแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม	1. กลุ่มเสี่ยงจะต้องได้รับการประเมินซ้ำทุก 6 เดือน 2. ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงจะต้องได้รับการให้สุขศึกษาทุกราย 4. มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือน และแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม	1. กลุ่มเสี่ยงจะต้องได้รับการประเมินซ้ำทุก 6 เดือน 2. ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงจะต้องได้รับการให้สุขศึกษาทุกราย 3. กลุ่มเสี่ยงจะต้องได้รับการประเมินซ้ำทุก 6 เดือน 4. มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือน และแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- คัดกรอง DM/HT ปชช. อายุ 35 ปีขึ้นไปและให้คำปรึกษา > ร้อยละ 40	- คัดกรอง DM/HT ปชช. อายุ 35 ปีขึ้นไปและให้คำปรึกษา > ร้อยละ 60	- คัดกรอง DM/HT ปชช. อายุ 35 ปีขึ้นไปและให้คำปรึกษา > ร้อยละ 80	- คัดกรอง DM/HT ปชช. อายุ 35 ปีขึ้นไปและให้คำปรึกษา > ร้อยละ 90
ผลการดำเนินงาน	1. ร้อยละประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 61.57 2. ร้อยละประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความเสี่ยง	1. ร้อยละประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 82.98 2. ร้อยละประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความเสี่ยง	1. ร้อยละประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 95.58 2. ร้อยละประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความเสี่ยง	1. ร้อยละประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 95.94 2. ร้อยละประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อ

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	ต่อโรคเบาหวานร้อยละ 60.29	ต่อโรคเบาหวานร้อยละ 82.54 (ข้อมูล HDC 28/2/62)	ต่อโรคเบาหวานร้อยละ 94.34 (ข้อมูล HDC 18/7/62)	โรคเบาหวานร้อยละ 94.83 (ข้อมูล HDC 31/7/62)
2. การติดตามกลุ่มเสี่ยง DM และการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่	1. ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและทบทวนแนวทางการวินิจฉัยผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่แก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเครือข่าย 2. ติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามแนวทางที่กำหนดทุก 6 เดือน 3. ค้นข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงแก่พื้นที่รับผิดชอบในเครือข่าย 4. ค้นข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่แก่พื้นที่รับผิดชอบในเครือข่าย	1. ให้สุขศึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง 2. ติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามแนวทางที่กำหนดทุก 6 เดือน 3. ค้นข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงแก่พื้นที่รับผิดชอบในเครือข่าย 4. ค้นข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่แก่พื้นที่รับผิดชอบในเครือข่าย 5. โครงการสร้างเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเขตสุขภาพที่ 1	1. ให้สุขศึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง 2. ติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามแนวทางที่กำหนดทุก 6 เดือน 3. ค้นข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงแก่พื้นที่รับผิดชอบในเครือข่าย 4. ค้นข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่แก่พื้นที่รับผิดชอบในเครือข่าย 5. โครงการสร้างเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเขตสุขภาพที่ 1	1. ให้สุขศึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง 2. ติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามแนวทางที่กำหนดทุก 6 เดือน 3. ค้นข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงแก่พื้นที่รับผิดชอบในเครือข่าย 4. ค้นข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่แก่พื้นที่รับผิดชอบในเครือข่าย 5. โครงการสร้างเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเขตสุขภาพที่ 1
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	1. มีการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง และสามารถปฏิบัติได้จริงในพื้นที่รับผิดชอบ	1. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลและติดตามตามแนวทางที่กำหนด 2. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับสุข	1. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลและติดตามตามแนวทางที่กำหนด 2. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับสุข	1. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลและติดตามตามแนวทางที่กำหนด 2. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับสุขศึกษา

[illegible]

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	4. อัตราผู้ป่วย เบาหวานรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยง เบาหวาน ร้อยละ 0.42	จากกลุ่มเสี่ยง เบาหวาน ร้อยละ 1.05 (ข้อมูล HDC 28/2/62)	จากกลุ่มเสี่ยง เบาหวาน ร้อยละ 1.44 (ข้อมูล HDC 18/7/62)	ร้อยละ 1.38 (ข้อมูล HDC 31/7/62)

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)							
8. อัตราผู้ป่วย เบาหวานรายใหม่จาก กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ตามเกณฑ์	รพ.สต. แม่เกี่ยม	รพ.สต. บ้านปิ่น	รพ.สต. ผาคัน	รพ.สต. ผามอก	รพ.สต. ต้าเหล้า	รพ.สต. เวียงต้า	รพ.สต. ปากกาง	รพ.สต. นาตุ้ม
	4.62	0	1.82	0.95	0	2.96	2.90	2.19
	รพ.สต. หัวทุ่ง	รพ.สต. ทุ่งแล้ง	รพ.สต. ผาจับ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รพ.สต. ลอง	รวม
	0	0.60	0	50	0	1.28	0.78	1.38

คัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน



ตัวชี้วัดที่ 9. อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านตามเกณฑ์

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

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

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. การทบทวนแนว ทางการวัด BP ที่บ้าน และการบันทึกข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง	1. ชี้แจงและทบทวน แนวทางการวัด BP ที่ บ้าน และการบันทึก ข้อมูลการวัด BP ที่ บ้านแก่เจ้าหน้าที่ ผู้เกี่ยวข้อง	1. ชี้แจงและทบทวน แนวทางการวัด BP ที่ บ้าน และการบันทึก ข้อมูลการวัด BP ที่ บ้านแก่เจ้าหน้าที่ ผู้เกี่ยวข้อง	1. ชี้แจงและทบทวน แนวทางการวัด BP ที่ บ้าน และการบันทึก ข้อมูลการวัด BP ที่ บ้านแก่เจ้าหน้าที่ ผู้เกี่ยวข้อง	1. ชี้แจงและทบทวน แนวทางการวัด BP ที่ บ้าน และการบันทึก ข้อมูลการวัด BP ที่ บ้านแก่เจ้าหน้าที่ ผู้เกี่ยวข้อง
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	1. มีการชี้แจงและ ทบทวนแนวทางการ วัด BP และการ บันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง แก่เจ้าหน้าที่ที่ เกี่ยวข้อง 2. เจ้าหน้าที่ที่ เกี่ยวข้องสามารถ สื่อสารข้อมูลแก่ อสม ครอบครัว หรือผู้ป่วย ผู้ดูแล ให้สามารถวัด BP และ บันทึกข้อมูล ที่ต้องการ 3. ผลการคัดกรอง กลุ่มสงสัยป่วยความ ดันโลหิตสูงในเขต รับผิดชอบได้รับการ วัดความดันโลหิตที่ บ้านร้อยละ 10	1. มีการชี้แจงและ ทบทวนแนวทางการ วัด BP และการ บันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง แก่เจ้าหน้าที่ที่ เกี่ยวข้อง 2. เจ้าหน้าที่ที่ เกี่ยวข้องสามารถ สื่อสารข้อมูลแก่ อสม ครอบครัว หรือผู้ป่วย ผู้ดูแล ให้สามารถวัด BP และ บันทึกข้อมูล ที่ต้องการ 3. ผลการคัดกรอง กลุ่มสงสัยป่วยความ ดันโลหิตสูงในเขต รับผิดชอบได้รับการ วัดความดันโลหิตที่ บ้านร้อยละ 30	1. มีการชี้แจงและ ทบทวนแนวทางการ วัด BP และการ บันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง แก่เจ้าหน้าที่ที่ เกี่ยวข้อง 2. เจ้าหน้าที่ที่ เกี่ยวข้องสามารถ สื่อสารข้อมูลแก่ อสม ครอบครัว หรือผู้ป่วย ผู้ดูแล ให้สามารถวัด BP และ บันทึกข้อมูล ที่ต้องการ 3. ผลการคัดกรอง กลุ่มสงสัยป่วยความ ดันโลหิตสูงในเขต รับผิดชอบได้รับการ วัดความดันโลหิตที่ บ้านร้อยละ 50	1. มีการชี้แจงและ ทบทวนแนวทางการ วัด BP และการ บันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง แก่เจ้าหน้าที่ที่ เกี่ยวข้อง 2. เจ้าหน้าที่ที่ เกี่ยวข้องสามารถ สื่อสารข้อมูลแก่ อสม ครอบครัว หรือผู้ป่วย ผู้ดูแล ให้สามารถวัด BP และ บันทึกข้อมูล ที่ต้องการ 3. ผลการคัดกรอง กลุ่มสงสัยป่วยความ ดันโลหิตสูงในเขต รับผิดชอบได้รับการ วัดความดันโลหิตที่ บ้านร้อยละ 80

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ผลการดำเนินงาน	1. ดำเนินการ ครอบคลุมเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องครบทุก รพสต.เครือข่าย	1. ดำเนินการ ครอบคลุมเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องครบทุก รพสต.เครือข่าย 2. ผลการคัดกรอง กลุ่มสงสัยป่วยความ ดันโลหิตสูงในเขต รับผิดชอบได้รับการ วัดความดันโลหิตที่ บ้านร้อยละ 50.47	1. ดำเนินการ ครอบคลุมเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องครบทุก รพสต.เครือข่าย 2. ผลการคัดกรอง กลุ่มสงสัยป่วยความ ดันโลหิตสูงในเขต รับผิดชอบได้รับการ วัดความดันโลหิตที่ บ้านร้อยละ 84.18	1. ดำเนินการ ครอบคลุมเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องครบทุก รพสต.เครือข่าย 2. ผลการคัดกรอง กลุ่มสงสัยป่วยความ ดันโลหิตสูงในเขต รับผิดชอบได้รับการ วัดความดันโลหิตที่ บ้านร้อยละ 80.97
2. สนับสนุนให้มี เครื่องวัด BP เพียงพอ สำหรับกลุ่มเสี่ยงใน พื้นที่ และสนับสนุน การสอบเทียบ เครื่องมือ เพื่อให้ได้ ข้อมูลที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ และจัด ช่องทางการสื่อสาร สำหรับผู้ปฏิบัติงานใน การรับคำปรึกษากรณี ที่มีปัญหาในการ ปฏิบัติงาน	2. สนับสนุนให้มี เครื่องวัด BP เพียงพอสำหรับกลุ่ม เสี่ยงในพื้นที่ และ สนับสนุนการสอบ เทียบเครื่องมือ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ ถูกต้อง น่าเชื่อถือ	2. จัดช่องทางการ สื่อสารสำหรับ ผู้ปฏิบัติงานในการรับ คำปรึกษากรณีที่มี ปัญหาในการ ปฏิบัติงาน	2. จัดช่องทางการ สื่อสารสำหรับ ผู้ปฏิบัติงานในการรับ คำปรึกษากรณีที่มี ปัญหาในการ ปฏิบัติงาน	2. จัดช่องทางการ สื่อสารสำหรับ ผู้ปฏิบัติงานในการรับ คำปรึกษากรณีที่มี ปัญหาในการ ปฏิบัติงาน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	มีการสนับสนุนให้มี เครื่องวัด BP เพียงพอสำหรับกลุ่ม เสี่ยงในพื้นที่ และ สนับสนุนการสอบ เทียบเครื่องมือ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ ถูกต้อง น่าเชื่อถือ ใน ทุก รพสต.เครือข่าย	มีการสนับสนุนให้มี เครื่องวัด BP เพียงพอสำหรับกลุ่ม เสี่ยงในพื้นที่ และ สนับสนุนการสอบ เทียบเครื่องมือ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ ถูกต้อง น่าเชื่อถือ ใน ทุก รพสต.เครือข่าย	มีการสนับสนุนให้มี เครื่องวัด BP เพียงพอสำหรับกลุ่ม เสี่ยงในพื้นที่ และ สนับสนุนการสอบ เทียบเครื่องมือ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ ถูกต้อง น่าเชื่อถือ ใน ทุก รพสต.เครือข่าย	มีการสนับสนุนให้มี เครื่องวัด BP เพียงพอสำหรับกลุ่ม เสี่ยงในพื้นที่ และ สนับสนุนการสอบ เทียบเครื่องมือ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ ถูกต้อง น่าเชื่อถือ ใน ทุก รพสต.เครือข่าย

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ผลการดำเนินงาน	ดำเนินการสอบเทียบ เครื่องมือแล้วเสร็จ เมื่อกุมภาพันธ์ 2562	ดำเนินการสอบเทียบ เครื่องมือแล้วเสร็จ เมื่อกุมภาพันธ์ 2562	ดำเนินการสอบเทียบ เครื่องมือแล้วเสร็จ เมื่อกุมภาพันธ์ 2562	ดำเนินการสอบเทียบ เครื่องมือแล้วเสร็จ เมื่อกุมภาพันธ์ 2562

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)							
9. อัตรากลุ่มสงสัยป่วย ความดันโลหิตสูงในเขต รับผิดชอบได้รับการวัด ความดันโลหิตที่บ้านตาม เกณฑ์	รพ.สต. แม่เกี่ยม	รพ.สต. บ้านปิน	รพ.สต. ผาคัน	รพ.สต. ผามอก	รพ.สต. ต้าเหล้า	รพ.สต. เวียงต้า	รพ.สต. ปากกา	รพ.สต. นาคุ้ม
	100	98.62	100	96.51	99.15	50.18	36.70	30.43
	รพ.สต. หัวทุ่ง	รพ.สต. ทุ่งแล้ง	รพ.สต. ผาจับ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รพ.ลอง	รวม
	88.79	96.49	98.84	100	96.77	95	86.25	80.97

ตรวจวัดความดันโลหิตสูงในกลุ่มสงสัยป่วย



ตัวชี้วัดที่ 10. ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองและบำบัดรักษาการสูบบุหรี่

10.1 ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไปได้รับการค้นหาการสูบบุหรี่

10.2 ร้อยละของประชากรที่สูบบุหรี่ ได้รับการคัดกรอง และการบำบัดรักษา

10.3 ร้อยละของประชากรในครัวเรือนที่ตกเกณฑ์ จปฐ. (การสูบบุหรี่) ได้รับการบำบัดรักษา

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

ปัจจุบันการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไปมีแนวโน้มสูงขึ้น จึงต้องมีกระบวนการในการค้นหาผู้สูบบุหรี่ เพื่อการคัดกรอง และนำไปสู่การบำบัดรักษาโดยเร็ว เพื่อป้องกันปัญหาการติดสารเสพติดตั้งแต่วัยเยาว์ ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาต่างๆในด้านสังคมตามมาได้

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

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

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)							
10.1 ร้อยละของ ประชากรอายุ 15 ปี ขึ้น ไปได้รับการค้นหาการสูบบุหรี่	รพ.สต. แม่เกี่ยม	รพ.สต. บ้านปิน	รพ.สต. ผาคัน	รพ.สต. ผามอก	รพ.สต. ต้าเหล่า	รพ.สต. เวียงต้า	รพ.สต. ปากกาง	รพ.สต. นาตุ้ม
	96.56	90.73	95.33	18.82	97.92	99.69	91.12	87.83
	รพ.สต. หัวทุ่ง	รพ.สต. ทุ่งแล้ง	รพ.สต. ผาจับ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รพ.สต. ลอง	รวม
	90.25	96.34	89.43	72.16	99.12	95.90	97.16	86.96
10.2 ร้อยละของ ประชากรที่สูบบุหรี่ ได้รับ การคัดกรอง และการ บำบัดรักษา	รพ.สต. แม่เกี่ยม	รพ.สต. บ้านปิน	รพ.สต. ผาคัน	รพ.สต. ผามอก	รพ.สต. ต้าเหล่า	รพ.สต. เวียงต้า	รพ.สต. ปากกาง	รพ.สต. นาตุ้ม
	100	92.27	100	100	27.90	61.49	100	96.67
	รพ.สต. หัวทุ่ง	รพ.สต. ทุ่งแล้ง	รพ.สต. ผาจับ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รพ.สต. ลอง	รวม
	100	100	100	98.37	90.91	99.48	100	66.48
10.3 ร้อยละของ ประชากรในครัวเรือนที่ตก เกณฑ์ จปฐ. (การสูบบุหรี่) ได้รับการบำบัดรักษา	ต.หัวย้อ		ต.บ้านปิน		ต.ต้าผามอก		ต.เวียงต้า	
	60.63		51.89		32.41		62.29	
	ต.หัวทุ่ง		ต.ทุ่งแล้ง		ต.บ่อเหล็กทอง		ต.แม่ปาน	
	56.13		36.67		76.12		19.51	

ตัวชี้วัดที่ 11. อัตราความครอบคลุมของการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค

ตัวชี้วัดที่ 12. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

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

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

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

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
			ให้ได้ มากกว่าหรือเท่ากับ 70% ของจำนวนการคาด ประมาณ (156 ต่อแสน ประชากร)	คาดประมาณ (156 ต่อ แสนประชากร) - ทบทวนแนวทางการ ดำเนินงานปรับปรุงไว้ใช้ ในปีต่อไป
ผลการดำเนินงาน	- สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค ปี 62 =100% - ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการมีไข้ ไอ ได้รับการ CXR =100%	- HCW =98.47% - COPD = 59.12% - CKD4-5 = 96.98% - HIV = 100% - ต่างด้าว = 100% - DM Uncontrol = 91.51% - DM = 41.94% - OPD = 65 ราย	- ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทุกคนที่ขึ้นทะเบียนรักษา Admit 2 สัปดาห์ทุกราย - มีผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยวัณโรคแต่ละรายอย่างชัดเจนถึงระดับตำบล - มีการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคทุกราย ของปี 2562 ทุกราย - ผลการคัดกรองวัณโรค 61.47	- ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทุกคนที่ขึ้นทะเบียนรักษา Admit 2 สัปดาห์ทุกราย - มีผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยวัณโรคแต่ละรายอย่างชัดเจนถึงระดับตำบล - มีการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคทุกราย ของปี 2562 ทุกราย - ผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ 50% - ผลการคัดกรองวัณโรค ร้อยละ 87.83 - ค้นหาวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรค และขึ้นทะเบียนรักษาจำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนทุกประเภท 50 คน คิดเป็นร้อยละ 58.14
2. การวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยวัณโรค เพื่อผลสำเร็จในการรักษาวัณโรค	- ประชุม ผอ.รพ.สต.และ ผู้รับผิดชอบงาน TB รพ.สต.ทุกแห่ง - วิเคราะห์ปัญหา/พื้นที่เสี่ยงจัดเรียงลำดับ - ชี้แจงแนวทางดำเนินงานและมาตรการ Flow การรักษา TB - ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทุกคนที่ขึ้นทะเบียนรักษาต้องAdmit 2 สัปดาห์	- สุ่มติดตามการกำกับการกินยา (DOT) ใน รพ.สต. - ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทุกคนที่ขึ้นทะเบียนรักษาต้อง Admit 2 สัปดาห์ - มีผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยวัณโรคแต่ละรายอย่างชัดเจนถึงระดับตำบล - ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตของ	- ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทุกคนที่ขึ้นทะเบียนรักษาต้อง Admit 2 สัปดาห์ - มีผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยวัณโรคแต่ละรายอย่างชัดเจนถึงระดับตำบล - ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคทุกราย ของปี 2562	- ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทุกคนที่ขึ้นทะเบียนรักษาต้อง Admit 2 สัปดาห์ - มีผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยวัณโรคแต่ละรายอย่างชัดเจนถึงระดับตำบล - ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคทุกราย ของปี 2562

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	- มีผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยวัณโรคแต่ละรายอย่างชัดเจนถึงระดับตำบล - ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคทุกราย ของปี 2562 - ทบทวนและวิเคราะห์ปัญหาการ กำกับการกินยาโดยเจ้าหน้าที่และ อสม. (DOT)	ผู้ป่วยวัณโรคทุกราย ของปี 2562 - การให้สุศึกษา รายบุคคล และรายกลุ่มใน TB Clinic - ผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ มากกว่าหรือเท่ากับ 60%	- ทบทวนสาเหตุการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ป่วย TB ในที่มำด้านคลินิกและการรักษาของโรงพยาบาล (PCT) - ผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ มากกว่าหรือเท่ากับ 85%	- ผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ มากกว่าหรือเท่ากับ 85% - ทบทวนและปรับปรุงไว้ใช้ในป้ต่อไป
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- มีคณะกรรมการดำเนินงานในระดับพื้นที่ คปสอ. รพสต. และสหวิชาชีพในโรงพยาบาล - มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและดูแลการวินิจฉัยรักษาที่ถูกต้องระดับอำเภอ	- มีแนวทางการ Admit ผู้ป่วยวัณโรคทุกชนิด เพื่อติดตามกำกับการกินยา ระยะเข้มข้น ผลข้างเคียงด้านยา ในโรงพยาบาล 2 สัปดาห์	- คัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยการ CXR 14 กลุ่ม ได้ มากกว่า 90% - ค้นหาวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรค และขึ้นทะเบียนรักษาให้ได้ มากกว่าหรือเท่ากับ 70% ของจำนวนการคาดประมาณ (156 ต่อแสนประชากร)	ค้นหาวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรค และขึ้นทะเบียนรักษา ให้ได้ มากกว่าหรือเท่ากับ 85% ของจำนวนการคาดประมาณ (156 ต่อแสนประชากร) - ทบทวนแนวทางการดำเนินงานปรับปรุงไว้ใช้ในป้ต่อไป
ผลการดำเนินงาน	- มีคณะกรรมการดำเนินงานวัณโรคในระดับพื้นที่ คปสอ. รพ.สต. และสหวิชาชีพในโรงพยาบาล - มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและดูแลการวินิจฉัยรักษาที่ถูกต้องระดับอำเภอ	- แนวทางการ Admit ผู้ป่วยวัณโรคทุกชนิด เพื่อติดตามกำกับการกินยา ระยะเข้มข้น ผลข้างเคียงด้านยา ในโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ 100% - การให้สุศึกษา รายบุคคล และรายกลุ่มใน TB Clinic	- ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทุกคนที่ขึ้นทะเบียนรักษา Admit 2 สัปดาห์ ทุกราย - มีผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยวัณโรคแต่ละรายอย่างชัดเจนถึงระดับตำบล - มีการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค ทุกราย ของปี 2562 ทุกราย - ผลการคัดกรองวัณโรค 61.47	- ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทุกคนที่ขึ้นทะเบียนรักษา Admit 2 สัปดาห์ ทุกราย - มีผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยวัณโรคแต่ละรายอย่างชัดเจนถึงระดับตำบล - มีการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค ทุกราย ของปี 2562 ทุกราย - ผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ 50% - ผลการคัดกรองวัณโรคร้อยละ 87.83

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
				- คำนวณวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรค และขึ้นทะเบียนรักษาจำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนทุกประเภท 50 คน คิดเป็นร้อยละ 58.14

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)
11. อัตราความครอบคลุมของการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค	ความครอบคลุมของการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค ของอำเภอ ลอง ได้ร้อยละ 87.83
12. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	จากโปรแกรมบริหารจัดการข้อมูล TBCM Online ร้อยละ 50

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. การระบุกลุ่มเป้าหมาย 14 กลุ่มมีความไม่ชัดเจน ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนของจำนวนกลุ่มเป้าหมาย และส่งผลต่อการดำเนินการคัดกรองล่าช้าในระดับพื้นที่	- จัดกลุ่มเป้าหมายคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงสูง และพื้นที่เสี่ยงที่พบอัตราป่วยจำนวนมากเข้ามารับการคัดกรองก่อนพื้นที่อื่นๆ
2. การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแพร์มีความล่าช้า และความรู้ความเข้าใจในวัณโรคมีค่อนข้างน้อย ทำให้ความตระหนักในการรับประทานยา และการรักษาต่อเนื่องของผู้ป่วยค่อนข้างน้อย ทำให้ผู้ป่วยขาดยา	- ออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลังจากรับการวินิจฉัยรักษาเบื้องต้นที่ รพ.แพร์ โดยเร็วที่สุด - ประสานงานกับโรงพยาบาลแพร์กรณีมีปัญหาด้านการรักษาต่อเนื่อง - กรณี Admit ที่ รพ.แพร์ ไม่ครบ 14 วัน จะติดตามผู้ป่วยเข้ามา Admit ที่ รพ.ลอง จนครบ 14 วัน

คัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค



ตัวชี้วัดที่ 13. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตำบลสามารถควบคุมโรคติดต่อได้โดยยั่งยืนได้

(ใช้เลือดออก และ ใช้ชีกา)

13.1 ร้อยละของตำบลที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้

13.2 อำเภอมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรคนำโดยยั่งยืนตามแนวทาง การจัดการ พหุหน้าที่โรคแบบผสมผสานในตำบลเสี่ยงสูงทุกตำบล

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561 – 15 กรกฎาคม 2562 อำเภอคลองใต้ได้รับรายงานผู้ป่วยโรค ไข้เลือดออกรวม(26,27,66) จำนวนทั้งสิ้น 1 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 1.83 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต

พบผู้ป่วยเพศชาย 1 ราย ไม่มีรายงานผู้ป่วยเพศหญิง ตำบลที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุดคือตำบลห้วยอ้อ อัตราป่วยเท่ากับ 8.47 ต่อประชากรแสนคน

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

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

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	เพื่อการควบคุม ป้องกันโรค	ใช้เลือดออกได้ร้อยละ 100	เสี่ยงสูง ตำบลห้วยอ้อ ตำบลปากกาง ตำบล ห้วยทุ่ง - ติดตามความพร้อม ใช้อุปกรณ์ป้องกัน โรค/สารเคมี ใน.อปท	ติดตามใน รพสต.ทุก แห่ง มีการอบรมทีม ควบคุมโรคพ่นยาใน แต่ละตำบล

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)				
13.1 ร้อยละของตำบลที่สามารถควบคุม โรคไข้เลือดออกได้	ต.ห้วยอ้อ	ต.บ้านปิน	ต.ต้าผามอก	ต.เวียงต้า	ต.ปากกาง
	100	100	100	100	100
	ต.ห้วยทุ่ง	ต.ทุ่งแล้ง	ต.บ่อเหล็กทอง	ต.แม่ปาน	รวม
	100	100	100	100	100
13.2 อำเภอมีการติดตามประเมินผลการ ดำเนินการป้องกันควบคุมโรคนำโดย ยุ้งลายตามแนวทาง การจัดการพาหะนำโรค แบบผสมผสานในตำบลเสี่ยงสูงทุกตำบล	- อำเภอเฝ้าระวังการติดตามการดำเนินงานของตำบลเสี่ยงสูงได้ครบทุกตำบล = 2 คะแนน - ตำบลมีการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคติดต่อมาโดยยุ้งลายตามแนวทางการ จัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานได้ 8 คะแนน - รวมคะแนนที่ได้ 10 คะแนน				

ตัวชี้วัดที่ 14. ร้อยละผู้สูงอายุที่มีฟันหลังแท้หรือเทียมใช้งานได้อย่างเหมาะสม 4 คู่สบขึ้นไป

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

- ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญ และมีความต้องการใส่ฟันปลอมเพิ่มมากขึ้น
- ผู้สูงอายุบางส่วนยังมีความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการถอนฟัน เช่น ถอนฟันแล้วจะทำให้เป็นโรคประสาท
- ผู้สูงอายุไม่ต้องการที่จะถอนฟันโยก หรือฟันที่อยู่ในสภาพใช้งานไม่ได้แล้วก่อนจะทำฟันปลอมตามแผนการรักษาของทันตแพทย์
- ผู้สูงอายุบางส่วนเข้าใจว่าจะใส่ฟันปลอมได้ก็ต่อเมื่อไม่เหลือฟันในช่องปากแล้ว
- ผู้สูงอายุที่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลเดินทางมารับการรักษาค่อนข้างลำบาก
- มีผู้สูงอายุบางส่วนใส่ฟันปลอมเถื่อน

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. สร้างเสริมความรู้ความเข้าใจโดยการจัดอบรม อสม.และผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการเพิ่มจำนวนทันตบุคลากร เพื่อให้สอดคล้องกับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น	ทบทวนความรู้ความเข้าใจ ถึงแนวทางและปัญหาของการดูแลผู้สูงอายุ ในทันตบุคลากร คปสอ.ลอง	จัดอบรม อสม. เพื่อให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพ โดยดำเนินการใน อสม. พื้นที่ของเขตโรงพยาบาลก่อน	ดำเนินการวัดผลเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากใน อสม. เพื่อให้การรับรองเป็น อสม.เชี่ยวชาญทันตะ	ให้ อสม. ลงพื้นที่ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ทันตบุคลากรมีความเข้าใจในแนวทางแก้ปัญหาที่ตรงกัน	อสม.มีความรู้ในเรื่องทันตสุขภาพ และสามารถเป็นแกนนำในชุมชนได้	อสม.มีความเชี่ยวชาญในด้านทันตสุขภาพ และมีหลักฐานเป็นที่ประจักษ์	อสม.เป็นกำลังให้ทันตบุคลากร ในการช่วยลงพื้นที่ และคัดกรอง ส่งเสริม ให้ผู้ป่วยมาเข้ารับบริการ ได้ดีขึ้น
ผลการดำเนินงาน	มีการประชุม CUP ลอง เพื่อทำความเข้าใจปัญหาและช่วยวางแผนงานในการแก้ปัญหา	มีการทำโครงการอบรม อสม. เชี่ยวชาญทันตะ วันที่ 27 – 28 พ.ย. 2560	มีการมอบเกียรติบัตรรับรอง ให้กับ อสม. เชี่ยวชาญทันตะ	อสม.ช่วยในการคัดกรอง ส่งเสริม สุขภาพช่องปาก

- ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)
14. ร้อยละผู้สูงอายุที่มีพื้นหลังแท้หรือเทียมใช้งานได้อย่างเหมาะสม 4 คู่สับขึ้นไป	ร้อยละ 76.90

- ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้ทันตสุขภาพ และรับการตรวจฟันไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้	- แจกแปรงสีฟันเพื่อเป็นแรงจูงใจแก่ผู้สูงอายุ - กำหนดวันที่จะลงเก็บข้อมูลโดยเฉพาะ แล้วให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องนัดรวมตัวผู้สูงอายุให้เข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรมให้ความรู้ทันตสุขภาพ



- พื้นที่ที่มีการนัดผู้สูงอายุมาเพื่อรับความรู้ทันตสุขภาพ และตรวจฟัน ผู้ป่วยให้ความสนใจและความร่วมมือดีมาก

ตัวชี้วัดที่ 15. ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

อำเภอลอง มีการทบทวนคำสั่ง พชอ. และ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ใหม่ตามคำสั่งอำเภอลอง ที่ 228/2562 ลงวันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๒ มีบทบาทในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐบาล เอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง ความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป โดยมุ่งให้เกิดการพัฒนาคุณภาพ มีผลการดำเนินการ ดังนี้

1. พชอ. ชุดใหม่ มีคำสั่งที่ ๐๑/๒๕๖๒ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับพื้นที่ชุมชน จำนวน ๑๑ คณะ โดยมี นายก อบต.ในพื้นที่เป็นประธาน และ ผอ.รพ.สต.เป็นเลขานุการ
2. พชอ. ชุดใหม่ มีคำสั่งที่ ๐๒/๒๕๖๒ เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงาน พชอ. อำเภอลอง เพื่อทำหน้าที่งานเลขานุการในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับพื้นที่ชุมชน โดยมี สาธารณสุขอำเภอลองเป็นประธาน
3. พชอ. ชุดใหม่ มีการประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นพัฒนา และคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือ แก้ไขปัญหา 2 ประเด็น ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA โดยมีอำเภอเป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็น ผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่าง ๆ ในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน 90 หมู่บ้าน โดยมีการดำเนินการตามแผนงานและขับเคลื่อนประเด็นปัญหาสิ่งแวดล้อมด้านขยะ และการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุในชุมชนร่วมกับ พชต., อบต. และมีการบูรณาการร่วมกับโครงการจิตอาสา เราทำความดีด้วยหัวใจ อย่างต่อเนื่อง
4. มีการประชุมถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานร่วมกัน ประกอบด้วย พชอ., พชต., อบต. รพ.สต., เครือข่ายภาคประชาชน/อสม. เป็นต้น

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	ประเมินผลการดำเนินงานเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอด้วย UCCARE	1. ประชุม พชอ. 1 ครั้ง 2. กำหนดประเด็นพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ 2 ประเด็น ได้แก่ - ปัญหา สวล./ขยะ	1. พชอ. กำกับติดตาม พชต. 11 คณะ ในการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหทั้ง 2 ประเด็น	1. ประชุมถอดบทเรียน/แลกเปลี่ยนเรียนรู้แลกเปลี่ยนเรียนรู้

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
		- ปัญหาอุบัติเหตุทาง จราจร 3. จัดทำแผนงาน/ โครงการขับเคลื่อน พขอ. งบ สป. 30,000 บาท		
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- ปัญหาสุขภาพใน พื้นที่ (OTOP/ODOP)	การมีส่วนร่วมในการ ขับเคลื่อนแผนงาน/ โครงการ	คณะอนุกรรมการ พชต. มีกิจกรรม การแก้ไขปัญหาใน พื้นที่ โดยมีการบูร ณาการร่วมกับ โครงการจิตอาสา เราทำความดีด้วย หัวใจ	พชต. ร่วมกับ อปท. มีกิจกรรม การแก้ไขปัญหาใน พื้นที่ โดยมีการบูร ณาการร่วมกับ โครงการจิตอาสา เราทำความดีด้วย หัวใจ
ผลการดำเนินงาน	- แผนงาน TOP/ODOP	แก้ไขปัญหา ได้แก่ - ปัญหาสิ่งแวดล้อม/ขยะ - ปัญหาอุบัติเหตุทาง จราจร	พชต. 11 คณะ จัด กิจกรรมขับเคลื่อน ประเด็นปัญหา ร่วมกับภาคี เครือข่าย/อปท.	พชต. 11 คณะ จัด กิจกรรมขับเคลื่อน ประเด็นปัญหา ร่วมกับภาคี เครือข่าย/อปท.

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน
15. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	ระดับ 1 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) และ คณะอนุกรรมการ พชต. 11 คณะ ระดับ 2 มีการประชุมคณะกรรมการฯ กำหนดประเด็นการพัฒนา ระดับ 3 มีการจัดทำแผนงาน/โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิต 30,000 บาท ระดับ 4 มีการดำเนินงานตามแผน โดย พชต. 11 คณะ ขับเคลื่อนในพื้นที่ ระดับ 5 มีการสรุปบทเรียนการดำเนินงาน

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. ความหลากหลายของสมาชิก พขอ. ส่งผลให้มีความเข้าใจในการ ดำเนินงานไม่ตรงกัน	1. การประชุมที่ต่อเนื่อง 2. การแต่งตั้ง พชต.ขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ชุมชน
2. การสับสนในบทบาทหน้าที่ของ พขอ. ของสมาชิก	2. การพัฒนาศักยภาพทีมเลขา พขอ.

ตัวชี้วัดที่ 16. ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลดำเนินงาน Smart Hospital ได้ตามเกณฑ์

- สถานการณ์/สภาพปัญหา

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

- การดำเนินงาน แกไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลดำเนินงาน Smart Hospital ได้ตามเกณฑ์	การศึกษาแนวทางการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนและอำนวยความสะดวก	ประชุมชี้แจงนโยบายและการทำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้เพื่อลดขั้นตอนการทำงาน	นำระบบที่ศึกษามาปรับใช้กับกระบวนการทำงานในปัจจุบัน	ประเมินผลของการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้จัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนและอำนวยความสะดวก
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ทราบถึงแนวทางการปฏิบัติงาน	ผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจกระบวนการนำมาใช้ในการปฏิบัติงาน	ผู้ปฏิบัติงานนำเทคโนโลยีมาใช้ในการปฏิบัติงาน	สามารถลดขั้นตอนและอำนวยความสะดวก กับผู้ปฏิบัติงานและผู้มารับบริการได้
ผลการดำเนินงาน	มีการศึกษา และทำแผนการพัฒนาตามขั้นตอนที่วางไว้	สามารถปรับใช้เทคโนโลยีกับระบบการปฏิบัติงานได้	นำระบบที่ทดสอบมาทดสอบใช้งานจริง	จัดทำแผนเงินบำรุงเพื่อจัดซื้ออุปกรณ์ติดตั้งหน่วยงานบริการในงบประมาณถัดไป

- ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ผลงาน ผ่านขั้น 2 ระดับความสำเร็จ ระดับ 3

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)
ระดับที่ 1 : Smart Tools	- มีการทดสอบระบบคิว Hygge Type F - ติดตั้งระบบ HIS gateway
ระดับที่ 2 : Smart Service	- มีการปรับการออกคิว โดยการใช้คิวจากระบบ HIS
ระดับที่ 3 : Smart Outcome	- ศึกษาระบบ HOS Office

- ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

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

ระบบคิว Hygge type F


โรงพยาบาลลอง
23:13:59

Update


ฮักกะ
HYGGE
medical service

สวัสดีครับ คุณกำลังใช้โปรแกรมจ่ายคิว โดย สุกกะเมดิคอลเซอร์วิส
ติดตามเราได้ที่นี่ [Facebook Fanpage : Hygge](#) ครับ :)



ดูเงินเร่ด่วน



เร่งด่วน



ปรึกษาข้ามแผน



ผู้ป่วยนัด



ผู้ป่วยทั่วไป

ออกคิว

SCAN BAR



เพื่อลงทะเบียนเข้าคิว



ด้านซ้ายนี้แสดงเลขคิว

ที่ถูกลงทะเบียนล่าสุด

Hygge :)

ผู้ป่วยทั้งหมด

000

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

ข้อมูลเบื้องต้นของผู้รับบริการ

เลขบัตรประชาชน

Hospital Number

ชื่อ-นามสกุล ผู้ป่วย

สิทธิการรักษาครั้งล่าสุด

รับการรักษาครั้งล่าสุด

Hygge Dispenser 2.5

พฤษภาคม 15 ส.ค. 2562

ตัวชี้วัดที่ 17. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพข้อมูล 43 แพ้มและการลงสาเหตุการตายได้ตามเกณฑ์

17.1 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพข้อมูล 43 แพ้มมาตรฐาน

17.2 การลงสาเหตุการตายได้ตามเกณฑ์

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

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

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

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

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

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. พัฒนาคุณภาพเวชระเบียน	ชี้แจงเกณฑ์คุณภาพ 43 แพ้ม ปิงปประมาณ 2562	Audit โดยทีมนำคุณภาพ IM และทีม Auditor ของจังหวัด	นำผล Audit มาปรับปรุงกระบวนการบันทึกเวชระเบียน	ติดตามผลการดำเนินงานโดยใช้เกณฑ์คุณภาพ 43 แพ้ม
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ผู้รับผิดชอบการตรวจสอบ 43 แพ้ม ของทุกสถานบริการ รับทราบเกณฑ์ การบันทึกเวชระเบียน	การ Audit ที่สามารถวัดประเมินผลได้ และวิเคราะห์ต้นเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น	ปรับปรุงกระบวนการบันทึกตามการวิเคราะห์ต้นเหตุปัญหา	ติดตามผลการพัฒนาตามการดำเนินงาน โดยใช้เกณฑ์คุณภาพ 43 แพ้ม
ผลการดำเนินงาน	มีการชี้แจงเกณฑ์คุณภาพ 43 แพ้ม ปิงปประมาณ 2562 แยกตามงานที่รับผิดชอบ	ผลประเมินคุณภาพ 43 แพ้ม - ตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ	นำต้นแบบการตั้งค่าของโรงพยาบาลนำสู่โครงสร้างข้อมูลรพสต.	ผลการดำเนินงานมีความผิดพลาดในการบันทึกน้อยลง และผลงานตัวชี้วัด RDU แต่ละพื้นที่ดีขึ้น
2. ตรวจสอบการบันทึกสาเหตุทั้ง	การตายในสถานพยาบาล			

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ภายในและภายนอก โรงพยาบาลให้มี ประสิทธิภาพตาม เกณฑ์	1. หากมีการเสียชีวิตในสถานพยาบาล แพทย์จะลงบันทึกสาเหตุการตายในแบบฟอร์ม ท.ร.4/1 ซึ่งงาน อุบัติเหตุและฉุกเฉิน และงานผู้ป่วยใน จะรวบรวมรายงานเป็นรายเดือน 2. งานเวชระเบียนนำแบบรายงาน ท.ร. 4/1 ที่ได้จากงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และงานผู้ป่วยใน มาตรวจสอบ ความถูกต้องสมบูรณ์ ก่อนที่จะนำข้อมูลบันทึกใน เว็บไซต์ https://deathreport- app.dcs.moph.go.th/login ซึ่งเป็นระบบรายงานข้อมูลการตาย หากการลงบันทึกการตายไม่สมบูรณ์ งาน เวชระเบียนจะแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้องสมบูรณ์ <u>การตายภายนอกสถานพยาบาล</u> 1. หากมีการเสียชีวิตภายนอกสถานพยาบาล กลุ่มงาน PCU จะแจ้งข้อมูลมายังเวชระเบียน 2. งานเวชระเบียนตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล หากไม่ถูกต้องจะแจ้งผู้เกี่ยวข้องแก้ไขให้ถูกต้อง 3. งานเวชระเบียนบันทึกสาเหตุการตายในโปรแกรม Hosxp			
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	1. การลงข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (Ill Defined) ของสถานบริการ ไม่เกินร้อยละ 25 ของการตายทั้งหมด และต้องมีการระบุสาเหตุการตายที่ชัดเจน			ทบทวนการดำเนินงานที่ ผ่านมา เพื่อหาปัญหา/ อุปสรรค และวางแผนใน การดำเนินงานต่อไป
ผลการดำเนินงาน	การลงข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (Ill Defined) ของสถานบริการ เท่ากับ ร้อยละ 3.44		ปรับปรุงแบบฟอร์ม หนังสือรับการเสียชีวิตใน การสื่อสารกับองค์กร ภายนอก เพื่อให้ได้ สาเหตุการเสียชีวิตที่ ชัดเจน	ปรับปรุงเพิ่มเติม แบบฟอร์มหนังสือรับการ เสียชีวิตเพิ่มเติม เพื่อให้ แพทย์เป็นผู้บันทึกสาเหตุ การเสียชีวิต

ผลการตรวจสอบการบันทึกข้อมูล 43 แฟ้มผิดพลาด แยกตามประเภทแฟ้ม

แฟ้ม	รพ.สต.แม่เกี่ยม	รพ.สต.บ้านปิน	รพ.สต.ผาคัน	รพ.สต.ผามอก	รพ.สต.ต้าเหล้า
แฟ้มสะสม	0.06	0.04	0	0.72	0.07
แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ	0	0	0	0	0
แฟ้มบริการ	0.02	0.12	0.05	6.3	0

แฟ้ม	รพ.สต.เวียงต้า	รพ.สต.ปากกาง	รพ.สต.นาตุ้ม	รพ.สต.หัวทุ่ง	รพ.สต.ทุ่งแล้ง
แฟ้มสะสม	0.08	0.18	0.12	0.02	0
แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ	0	0	0	0	0
แฟ้มบริการ	0.14	0.15	0.47	0.11	0.62

แฟ้ม	รพ.สต.ผาจีบ	รพ.สต.บ้านแม่รัง	รพ.สต.แม่ปาน	โรงพยาบาลลอง	รพ.สต.แก่งหลวง
แฟ้มสะสม	0	0.04	0	0.32	0.72
แฟ้มบริการกิ่งสำรวจ	0	0	12.5	0	0
แฟ้มบริการ	0.01	0.34	0.56	0.69	0.05

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)
17.1 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพข้อมูล 43 เพิ่มมาตรฐาน	ร้อยละ 95.76
17.2 การลงข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (Ill Defined) ของสถานบริการไม่เกินร้อยละ 25 ของการตายทั้งหมด	0

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

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

ตัวชี้วัดที่ 19. ระดับความสำเร็จของ คปสอ.ที่สามารถควบคุมกำกับการจัดทำแผน รพ.สต. ส่วนต่างแผนและผลไม่เกินร้อยละ 20

- สถานการณ์/สภาพปัญหา

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

- การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

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

- ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)							
19. ระดับความสำเร็จ ของ คปสอ.ที่สามารถ ควบคุมกำกับการ เบิกจ่าย ของ รพ.สต. ได้ตามแผน	รพ.สต. แม่เกี่ยม	รพ.สต. บ้านปิน	รพ.สต. ผาคัน	รพ.สต. ผามอก	รพ.สต. ต้าเหล้า	รพ.สต. เวียงต้า	รพ.สต. ปากกาง	รพ.สต. นาตุ้ม
	95.92	104.69	121.03	114.56	109.46	73.16	90.54	102.88
	รพ.สต. หัวฟุ้ง	รพ.สต. ทุ่งแล้ง	รพ.สต. ผาจับ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รวม	
	97.29	109.88	101.92	130.17	105.89	78.37	82.14	

*ข้อมูล ตค.61 - กค.62

รายงานการติดตามแผนรายได้และค่าใช้จ่าย รพ.สต.ปี 2562											
ลำดับที่	ชื่อ รพ.สต.	แผนประมาณการรายได้			แผนประมาณการค่าใช้จ่าย			ผลรายรับ/แผนรายรับ	ส่วนต่างแผนและผลไม่เกินร้อยละ 20	ผลรายจ่าย/แผนรายจ่าย	ส่วนต่างแผนและผลไม่เกินร้อยละ 20
		แผนรายได้ทั้งปี	แผนที่ควรเป็น	ผล รายรับ	แผนค่าใช้จ่ายทั้งปี	แผนที่ควรเป็น	ผลการเบิกจ่าย				
1	รพ.สต.ทุ่งแล้ง	709,721.18	532,290.89	583,089.22	568,496.28	426,372.21	469,949.73	109.54	ควบคุมได้	110.22	ควบคุมได้
2	รพ.สต.เวียงต้า	1,082,980.28	812,235.21	622,785.98	1,034,031.00	775,523.25	540,058.49	76.68	ควบคุมไม่ได้	69.64	ควบคุมได้
3	รพ.สต.ผามอง	762,619.78	571,964.83	673,911.18	600,835.00	450,626.25	501,538.64	117.82	ควบคุมได้	111.30	ควบคุมได้
4	รพ.สต.แม่เกี่ยม	527,904.94	395,928.71	321,428.00	321,428.00	241,071.00	266,766.34	81.18	ควบคุมได้	110.66	ควบคุมได้
5	รพ.สต.แม่ป่าม	520,922.61	390,691.96	416,250.36	445,609.36	334,207.02	351,699.93	106.54	ควบคุมได้	105.23	ควบคุมได้
6	รพ.สต.แก่งหลวง	853,686.71	640,265.03	467,677.97	700,034.40	525,025.80	439,438.66	73.04	ควบคุมไม่ได้	83.70	ควบคุมได้
7	รพ.สต.แม่วัง	643,803.10	482,852.33	568,977.26	495,133.00	371,349.75	529,162.48	117.84	ควบคุมได้	142.50	ควบคุมไม่ได้
8	รพ.สต.บ้านปิ้ง	822,747.30	617,060.48	641,443.11	674,656.00	505,992.00	533,481.26	103.95	ควบคุมได้	105.43	ควบคุมได้
9	รพ.สต.ปากกาง	1,180,354.65	885,265.99	778,772.05	1,055,002.00	791,251.50	736,712.82	87.97	ควบคุมได้	93.11	ควบคุมได้
10	รพ.สต.ผาฮีบ	527,264.54	395,448.41	481,599.37	509,668.00	382,251.00	313,670.14	121.79	ควบคุมได้	82.06	ควบคุมได้
11	รพ.สต.ผาตัน	535,981.24	401,985.93	414,412.14	327,516.00	245,637.00	341,371.65	103.09	ควบคุมได้	138.97	ควบคุมไม่ได้
12	รพ.สต.หัวทุ่ง	669,164.92	501,873.69	581,691.33	666,250.00	499,687.50	393,164.32	115.90	ควบคุมได้	78.68	ควบคุมได้
13	รพ.สต.นาตุ้ม	442,547.78	331,910.84	308,967.90	441,460.00	331,095.00	373,081.46	93.09	ควบคุมได้	112.68	ควบคุมได้
14	รพ.สต.ต้าเหล้า	575,982.08	431,986.56	389,754.28	402,509.00	301,881.75	388,518.96	90.22	ควบคุมได้	128.70	ควบคุมไม่ได้
รวม		9,855,681.11	7,391,760.83	7,250,760.15	8,242,628.04	6,181,971.03	6,178,614.88	1,398.66		1,472.88	
				** ค.ส.61-ก.ค.62				** ค.ส.61-ก.ค.62	ควบคุมไม่ได้	2	ควบคุมไม่ได้
								ควบคุมได้		12	ควบคุมได้
								ร้อยละ	85.71	ร้อยละ	78.57

ตัวชี้วัดที่ 12 ระดับความสำคัญของ คปสอ.ที่สามารถควบคุมค่างบการจัดทำแผน รพ.สต.ส่วนต่างแผนและผลไม่เกินร้อยละ 20

82.1

ตัวชี้วัดที่ 20. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานการตรวจสอบภายในควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

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

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ส่งเสริม/สนับสนุน/สร้างความตระหนักแก่บุคลากรทุกระดับให้เห็นความสำคัญและประโยชน์ในการดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายในในหน่วยงาน	- จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ - จัดการประชุมคณะกรรมการจัดวางระบบการควบคุมภายใน เพื่อกำหนดนโยบาย และจัดวางระบบการควบคุมภายในมอบหมายนโยบายแก่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและคณะทำงานด้านการบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายในเพื่อลงสู่การปฏิบัติ	- จัดประชุมชี้แจงหลักเกณฑ์แนวทางการจัดทำ Flow chart กระบวนการทำงาน การจัดทำรายงานตามแบบ ปค.4 และ ปค.5 ของหน่วยงานย่อยให้แก่คณะทำงานด้านการบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายใน เพื่อลงสู่การปฏิบัติในหน่วยงานย่อย	- ควบคุม กำกับ ติดตามการดำเนินงาน	- กำกับ ติดตามการจัดทำรายงานตามแบบ ปค.4 และ ปค.5 ของหน่วยงานย่อยรอบ 12 เดือน - ประเมินผลการดำเนินงานตามระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานย่อยโดยคณะกรรมการกำกับติดตามและประเมินผล และรายงานผลตามแบบรายงานการสอบทานการประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบ ปค.6) เสนอต่อผู้อำนวยการพิจารณาเห็นชอบ - จัดส่งรายงานตามแบบ ปค.4 และ ปค.5 ในภาพรวมระดับโรงพยาบาลให้แก่ สสจ.แพร่ ภายใน 90

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
				วัน นับตั้งแต่วันที่ ปีงบประมาณ
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- มีคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการ ใน การกำหนดนโยบาย และจัดวางระบบ ควบคุมภายใน เพื่อ นำลงสู่การปฏิบัติ	- มีการชี้แจง หลักเกณฑ์ และ แนวทางการจัดทำ กระบวนการทำงาน แก่ทุกหน่วยงาน	- ดำเนินการตามแผน และกำกับติดตาม	- กำกับติดตาม และ ประเมินผลการ ควบคุมภายในของ ทุกหน่วยงาน
ผลการดำเนินงาน	- มีคำสั่งแต่งตั้ง และ มอบหมายเพื่อนำลง สู่การปฏิบัติในทุก หน่วยงาน	- ทุกหน่วยงานมีการ จัดทำกระบวนการ ทำงาน	- มีการดำเนินงาน ตามแผน และกำกับ ติดตาม	- กำกับ ติดตาม ประเมินผลควบคุม ภายในในแต่ละ หน่วยงาน เพื่อการ พัฒนาต่อไป

- ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ผลงาน ระดับ 4

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานการตรวจสอบภายใน ควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง - ตรวจสอบภายใน - ควบคุมภายใน	รอบ 6 – 9 เดือน - ผ่านเกณฑ์การประเมิน ดังนี้ 1. มีคู่มือแนวทาง/การ ตรวจสอบงบการเงินและการ ควบคุมภายใน (EIA) พร้อมชี้แจงผู้ที่เกี่ยวข้อง 2. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/ คณะทำงานประเมินระบบ ควบคุมภายใน 5 มิติ 3. มีการประเมินระบบการ ควบคุมภายในด้วยระบบ อิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) 4. โรงพยาบาลลองประเมินการตรวจสอบงบการเงิน 5. โรงพยาบาลลองผ่านเกณฑ์ ประเมินการควบคุม ภายในด้วยระบบ อิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) ในภาพรวม ร้อยละ 90.32 - มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายใน และ ผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายในของหน่วยงาน โดยบุคคลทั้งสองคณะต้องไม่มีชื่อซ้ำกัน - มีการประชุมคณะกรรมการจัดวางระบบการควบคุมภายใน จัดทำ Flow chart ตามระบบควบคุมภายใน - ประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายในให้ครบ 5 องค์ประกอบ และสรุปผลการประเมินองค์ประกอบให้ครบ 5 องค์ประกอบและ จัดทำทุกส่วนงานย่อย - สรุปผลการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายในเพื่อจัดทำ การประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (แบบ ปค.4 ส่วนงานย่อย) - จัดทำและประเมินผลแบบสอบถามการควบคุมภายในสำหรับส่วนงานย่อย โดยคณะกรรมการจัดวางระบบการควบคุมภายในต้อง ประเมินตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ และมาตรฐานที่กำหนด - นำความเสี่ยงที่มีความจำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไขจาก Flow chart แบบประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน แบบสอบถามการควบคุมภายใน รวมทั้งสรุปความเสี่ยงที่มีอยู่ซึ่งมีผลกระทบต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร จำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไขจาก Flow chart แบบประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายในแบบสอบถามการควบคุมภายใน รวมทั้งสรุป ความเสี่ยงที่มีอยู่ซึ่งมีผลกระทบต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

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

ตัวชี้วัดที่ 21. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน ITA

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

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

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ส่งเสริม/สนับสนุน/ สร้างความตระหนักแก่ บุคลากรทุกระดับให้ เห็นความสำคัญและ ประโยชน์ในการ ดำเนินการประเมิน คุณธรรมและความ โปร่งใสในการ ดำเนินงานของ หน่วยงานภาครัฐ (ITA)	- จัดทำแผนการดำเนินงาน - ประชุมชี้แจงถ่ายทอดนโยบาย/แนวทางในการดำเนินงาน ปี 2562 แก่คณะกรรมการบริหารและบุคลากรที่ได้รับมอบหมายในการตอบแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อเผยแพร่แนวทางการดำเนินงาน ITA แก่บุคลากรใน รพ.ให้ทราบโดยทั่วกัน - จัดกิจกรรมการประกาศเจตนารมณ์การต่อต้านการทุจริตของผู้บริหารและบุคลากร - ประกาศเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับ ITA	- ทบทวนองค์ความรู้ให้แก่บุคลากรที่ตอบแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดย PM ของจังหวัดจัดประชุมให้ความรู้ - ประกาศเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับ ITA บนเว็บไซต์ รพ., e-office ,ไลน์ และบอร์ดประชาสัมพันธ์ - ส่งเสริม/สนับสนุนการดำเนินงานของกลุ่ม “คน HUG LONG” - กระตุ้น เร่งรัดกำกับ ติดตามการดำเนินงานให้ทันตามเวลาที่กำหนด	- จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับวินัย, ผลประโยชน์ทับซ้อนแก่บุคลากรใน รพ. - ประกาศเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับ ITA บนเว็บไซต์ รพ., e-office ,ไลน์ และบอร์ดประชาสัมพันธ์ - สนับสนุนการจัดกิจกรรมของกลุ่ม “คน HUG LONG” - กระตุ้น เร่งรัดกำกับ ติดตามการดำเนินงานให้ทันตามเวลาที่กำหนด	- ประกาศเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับ ITA บนเว็บไซต์ รพ., e-office ,ไลน์ และบอร์ดประชาสัมพันธ์ - สนับสนุนการจัดกิจกรรมของกลุ่ม “คน HUG LONG” - กระตุ้น เร่งรัดกำกับ ติดตามการดำเนินงานให้ทันตามเวลาที่กำหนด - ประเมินผลการดำเนินงาน

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	บนเว็บไซต์ รพ., e-office ,ไลน์ และ บอร์ดประชาสัมพันธ์ - ส่งเสริม/สนับสนุน การดำเนินงานของ กลุ่ม “คน HUG LONG” - กระตุ้น เร่งรัด กำกับ ติดตามการ ดำเนินงานให้ทันตาม เวลาที่กำหนด			
ผลลัพธ์ที่ต้องการ - ร้อยละของบุคลากร/ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมี ความรู้ความเข้าใจในการ ตอบแบบสำรวจใช้ หลักฐานเชิงประจักษ์ และ จัดทำหลักฐานประกอบได้ ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100
ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ 55	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน ITA	ไตรมาส 1 รอบ 3 เดือน ผลงานระดับ 5 ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ EB 1 – EB 4 และผ่านเกณฑ์ในระดับ 3 ไตรมาส 2 รอบ 6 เดือน ผลงาน ร้อยละ 100 ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ EB 1 – EB 26 และผ่านเกณฑ์ระดับสูงมาก ร้อยละ 80 ไตรมาส 3 รอบ 9 เดือน ผลงาน ร้อยละ 100 ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ EB 1 – EB 26 และผ่านเกณฑ์ระดับสูงมาก ร้อยละ 85

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
ความเข้าใจคลาดเคลื่อนในการตอบคำถามและการจัดทำหลักฐานประกอบ	ศึกษาคู่่มือแนวทางการตอบแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ประจำปีงบประมาณ 2562
แบบ check list มีการกำหนดเอกสารประกอบการตรวจประเมินบาง EBIT ซ้ำกัน	มีการทบทวนและตกลงร่วมกันของผู้ตรวจประเมินระดับเขต ในการจัดทำแบบ check list เพื่อลดปัญหาการซ้ำซ้อนของเอกสารประกอบการตรวจประเมินในแต่ละ EBIT

ตัวชี้วัดที่ 22. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาองค์กรตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

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

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

การดำเนินการหน่วยงานได้ดำเนินการดังนี้

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

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน
22. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาองค์กรตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	ผ่านการประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 ภาคบังคับ 2 หมวด หมวด 1,หมวด 5 ในปี 2562 ดำเนินการในหมวด 2 และหมวด 4 ผลงาน ระดับ 4 สสอ.ลอง ได้ดำเนินการ จัดดส่งเอกสารผลการดำเนินงานให้ พร.สบ. ได้ครบถ้วนภายในระยะเวลาที่กำหนด ในระบบ website http://pmqa.moph.go.th/moph-pmqa/frontend/web/index.php

ตัวชี้วัดที่ 23. ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

ความสุขของบุคลากร ถือได้ว่าเป็นสิ่งที่สำคัญต่อขวัญและกำลังใจสำหรับเจ้าหน้าที่ทุกระดับในการปฏิบัติงาน แต่เนื่องด้วยในสภาวะปัจจุบันด้วยภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นแต่จำนวนบุคลากรมีจำนวนเท่าเดิมและลดลงจากเดิม ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องแบกรับภาระหน้าที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้เจ้าหน้าที่บางคนเกิดความท้อแท้ และเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายในการทำงาน ทำให้ขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน จึงได้มีการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความสุขให้กับบุคลากรในการทำงาน เพื่อกระตุ้นและเสริมสร้างความสุขในการทำงานให้กับบุคลากรทุกระดับในการทำงาน

● การดำเนินงาน แก่ไข/พัฒนา ของพื้นที่

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

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	ออกมาเป็นลาย ลักษณ์อักษร - อัตราเจ้าหน้าที่ของ โรงพยาบาลเข้า ประเมิน happinometer (≥ ร้อยละ 70)	- มีการประเมินผล จากการประเมิน happinometer หลังจากที่มีการปิด โปรแกรมออนไลน์		
ผลการดำเนินงาน	- มีแผนปฏิบัติการใน การเสริมสร้าง ความสุขในการ ทำงาน ที่กำหนดไว้ใน แผนปฏิบัติการของ ทีมผาสุก	- ร้อยละของ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ลองในการเข้า ประเมิน happinometer ได้ ร้อยละ 79 (เป้าหมาย ร้อยละ 70) - ร้อยละของการจัด กิจกรรมเสริมสร้าง ความสุขในการ ทำงานในรอบ 6 เดือนแรก ได้ร้อยละ 100	- ทำการปรับ แผนปฏิบัติการ (action plan) ให้ สอดคล้องกับผลการ ประเมิน happinometer ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การ ประเมิน และดำเนินการตาม แผนปฏิบัติการ	- ร้อยละของการจัด กิจกรรมเสริมสร้าง ความสุขในการ ทำงานในรอบ 6 เดือนหลังในมิติที่ได้ คะแนนการประเมินที่ ต่ำกว่าเกณฑ์ - ร้อยละของการจัด กิจกรรมตามแผน เสริมสร้างความสุขใน การทำงานในรอบ 1 ปีได้ร้อยละ 100

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

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

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. งบประมาณมีอยู่อย่างจำกัด ทำให้ไม่สามารถดำเนินการตามข้อเสนอของบุคลากรได้ทั้งหมด	มีการประชุมระดมความคิดเห็นเพื่อคัดเลือกกิจกรรมที่สำคัญในการเสริมสร้างความสุข เพื่อกำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการของทีมงาน
2. กิจกรรมส่วนใหญ่จัดในเวลาทำการ ซึ่งเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานให้บริการผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้	มีการจัดทำแนวทางการเข้าร่วมกิจกรรม โดยให้เจ้าหน้าที่ในแต่ละหน่วยงานมีการหมุนเวียนการเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้งที่จัดขึ้น
3. เจ้าหน้าที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความสุขในการทำงานที่ค่อนข้างน้อย	เพิ่มช่องทางต่างๆ ในการประชาสัมพันธ์ให้กับเจ้าหน้าที่ทุกระดับเพิ่มมากขึ้น
4. โปรแกรมการประเมิน happinometer มีปัญหาทำให้ไม่สามารถเข้าโปรแกรมได้	แจ้งให้ผู้รับผิดชอบทราบเพื่อประสานหาแนวทางแก้ไขและกลับมาใช้งานได้ตามปกติ

ตัวชี้วัดที่ 24. ระดับความสำเร็จของบุคลากรในหน่วยงานที่มีระบบการพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

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

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. ส่งเสริมการพัฒนาผลงานวิชาการในเจ้าหน้าที่ทุกระดับ	ประชุมคณะกรรมการ HRD เพื่อวางแผนการพัฒนาผลงานวิชาการในรอบปี	จัดระบบช่วยเหลือการพัฒนาผลงานวิชาการ โดยทีม HRD	จัดงานประชุมวิชาการระดับโรงพยาบาล เพื่อนำเสนอผลงานวิชาการและคัดเลือกผลงานเด่นเพื่อนำเสนอในระดับจังหวัด	ส่งผลงานวิชาการเข้าร่วมงานประชุมวิชาการระดับจังหวัด
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	มีแนวทางการพัฒนาผลงานวิชาการ	มีทีมช่วยเหลือการพัฒนาผลงานวิชาการ	มีการจัดงานประชุมวิชาการระดับโรงพยาบาล	ผลงานเด่นได้รับการนำเสนอในระดับที่สูงขึ้น
ผลการดำเนินงาน	ได้แนวทางการพัฒนาผลงานวิชาการ โดยการกระตุ้นการพัฒนาผลงานวิชาการในเจ้าหน้าที่ และมีการติดตามโดยทีม HRD	ทีม HRD เป็นผู้ช่วยเหลือและให้คำปรึกษาข้อเสนอแนะในการพัฒนาผลงาน	มีการจัดเวทีวิชาการระดับโรงพยาบาลในวันที่ 27 สิงหาคม 2562 โดยการนำเสนอแบบโปสเตอร์	คัดเลือกผลงานที่สามารถต่อยอดเพื่อนำเสนอระดับจังหวัดต่อไป
2. ส่งเสริมการพัฒนาบุคลากรตาม competency โดยเจ้าหน้าที่ได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ภายในและภายนอกหน่วยงาน 10 วัน/คน/ปี	สำรวจสมรรถนะของแต่ละหน่วยงาน เพื่อศึกษาความต้องการและความจำเป็นในการพัฒนาบุคลากรตามสายงาน	ติดตามผลการพัฒนาบุคลากร	ติดตามผลการพัฒนาบุคลากร	ติดตามผลการพัฒนาบุคลากร

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

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน
24. ระดับความสำเร็จของบุคลากรในหน่วยงานที่มีระบบการพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด	- บุคลากรในหน่วยงานได้รับการพัฒนา 1 ครั้ง/คน/ปี คิดเป็นร้อยละ 100 % เจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลลองได้รับการพัฒนาความรู้อย่างน้อย 1 ครั้ง/คน/ปี ครบทุกหน่วยงาน - มีกิจกรรมจัดส่งผลงานวิชาการภายในวันที่ 16 สิงหาคม 2562

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
หน่วยงานขาดการนำผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรมไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม	พัฒนาบุคลากรและทีมบริหาร ที่จะวางแนวทางร่วมกันในการใช้ประโยชน์จากผลงานวิชาการของเจ้าหน้าที่ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อองค์กร