



ผลการดำเนินงานการปฏิบัติราชการ
ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (MOU)
รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒
คปสอ.สง

วิสัยทัศน์ของ คปสอ.สอง (Vision)

“เป็นองค์กรคุณภาพ ภาครัฐเครือข่ายเข้มแข็ง คนเมืองสองสุขภาพดี”

พันธกิจ (Mission)

๑. เสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพประชาชนอย่างเหมาะสม
๒. เสริมสร้างความเข้มแข็งของภาครัฐเครือข่าย
๓. พัฒนาศักยภาพการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมตามมาตรฐาน
๔. พัฒนาระบบบริหารจัดการภายใต้หลักธรรมาภิบาล

ยุทธศาสตร์

- ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพประชาชนอย่างเหมาะสม
- ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาครัฐเครือข่ายสุขภาพ
- ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การบริหารจัดการองค์การภายใต้หลักธรรมาภิบาล
- ยุทธศาสตร์ที่ ๔ การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล

ค่านิยม (Core Values)

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

ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่

- “จากการวิเคราะห์ปัญหาพื้นที่”
- ลำดับที่ ๑ ไข้เลือดออก
- ลำดับที่ ๒ อุบัติเหตุจราจรทางท้องถนน
- ลำดับที่ ๓ วัณโรค
- ลำดับที่ ๔ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- ลำดับที่ ๕ สังคมผู้สูงอายุ

การดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดของโรคในพื้นที่

โรค/ปัญหาระบาดของโรค (ลำดับที่ ๑) โรคไข้เลือดออก

KPI : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตำบลสามารถควบคุมโรคติดต่อได้โดยยั่งยืนได้
(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 คำนึงข้อมูลการดำเนินงาน สำนวน แผนปฏิบัติการเครื่องพ่นสารเคมีกำจัดยุงน้ำยาเคมี ทรายเทมิฟอส ยาทาแก๊สน้ำยาเป็นต้น	ทำข้อตกลงร่วมกันในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดระหว่างอำเภอ กับตำบล และศูนย์ตรวจค่า HI, CI อย่างสม่ำเสมอ มีการคืนข้อมูลการดำเนินงานการเฝ้าระวังแก่คณะกรรมการ	กำกับติดตามผลการดำเนินงานรายสัปดาห์ ประชุม war room ในพื้นที่เกิดโรคการคืนข้อมูลการดำเนินงานการเฝ้าระวังแก่คณะกรรมการ	ติดตามผลการดำเนินงานรายไตรมาสและถอดบทเรียนการดำเนินงานประจำ ๒๕๖๒

มาตรการดำเนินงาน	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
------------------	---------	---------	---------	----------

ในพื้นที่				
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ศูนย์เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออก ระดับตำบลมี แผนงานการ ดำเนินงาน	มีการดำเนินงาน อย่างสม่ำเสมอ	- มีการติดตาม ประเมินผลการ ดำเนินงานควบคุม ป้องกันโรค ไข้เลือดออกอย่าง ต่อเนื่อง	นำบทเรียนที่ ได้รับแต่ละไตร มาสไปปรับปรุง แก้ไขในปีต่อไป
ผลการดำเนินงาน	- เตรียมความพร้อม การดำเนินงาน ป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออก โดยสำรวจข้อมูล วัสดุ ครุภัณฑ์ - มีแผนงาน/ โครงการ จัดการ พาหะนำโรคแบบ ผสมผสานในพื้นที่ เสี่ยง ที่เชื่อมโยง ระดับอำเภอและ ตำบล			
๒. การบูรณาการความ ร่วมมือระหว่างองค์กร หน่วยงานสาธารณสุข ท้องถิ่นและภาค ประชาชนในการ บริหารจัดการ การ ดำเนินงานร่วมกัน ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงในหมู่บ้านให้เข้มข้น และต่อเนื่อง ในระดับ อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน	กำหนดนโยบายโดย ให้ทุกภาคส่วนมี กิจกรรมการจัดการ สิ่งแวดล้อมใน ชุมชนไม่ให้เอื้อต่อ การเกิดโรค ไข้เลือดออก ๓ เก็บ ๓ โรค ล้างท่อและ รางระบายน้ำ มีการ คืนข้อมูลการ ดำเนินงานและเน้น ย้ำการปฏิบัติอย่าง สม่ำเสมอผ่านวาระ การประชุมหัวหน้า ส่วน/กำนัน - ผู้ใหญ่บ้าน	จัดกิจกรรมรณรงค์ จัดการสิ่งแวดล้อมใน ชุมชนไม่ให้เอื้อต่อ การเกิดโรค ไข้เลือดออก ๓ เก็บ ๓ โรค ล้างท่อและ รางระบายน้ำ มีการคืนข้อมูลการ ดำเนินงานและเน้น ย้ำการปฏิบัติอย่าง สม่ำเสมอผ่านวาระ การประชุมหัวหน้า ส่วน/กำนัน - ผู้ใหญ่บ้าน	จัดกิจกรรม D Day รณรงค์จัดการ สิ่งแวดล้อมในชุมชน ไม่ให้เอื้อ ต่อการ เกิดโรคไข้เลือดออก ๓ เก็บ ๓ โรค ล้าง ท่อและรางระบายน้ำ มีการคืนข้อมูลและ เน้นย้ำการปฏิบัติ อย่างเข้มข้น สม่ำเสมอผ่านวาระ การประชุมหัวหน้า ส่วน/กำนัน - ผู้ใหญ่บ้าน และ ประชาสัมพันธ์ทาง สื่อท้องถิ่น	ติดตาม ประเมินผลการ ดำเนินงานจัด กิจกรรมประกวด หมู่บ้านหน้าบ้าน น่ามอง ปลอด ไข้เลือดออก ปี ๒๕๖๒

มาตรการดำเนินงาน	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
------------------	---------	---------	---------	----------

ในพื้นที่				
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ความพร้อมของการดำเนินงานตามแนวทางจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสาน	ลดจำนวนลูกน้ำยุงลายในชุมชน มีหลังคาเรือนที่พบลูกน้ำยุงลายได้ไม่เกินร้อยละ ๑๐ (HI<๑๐) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐ ของจำนวนหมู่บ้านทั้งหมด	ท้องถิ่นป้องกันไม่ให้การระบาดเกิน ๒ Generation โดยใช้กลไกมาตรฐานการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน	เกิดนวัตกรรมของแต่ละชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค
ผลการดำเนินงาน	- มีการจัดเตรียมความพร้อมด้านวัสดุอุปกรณ์ เครื่องฟ่น ชุดอุปกรณ์ป้องกันสารเคมี			
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	ทุ่งน้ำว	รวม
๑. อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลง ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๖ ของค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี(๒๕๕๗ - ๒๕๖๑) = ๙๐.๐๓	๐	๑๓.๔๐ (๑ ราย)	๐	๑๓.๙๓ (๑ ราย)	๐	๑๗.๐๔ (๑ ราย)	๐	๐	๖.๐๑
๒. อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
๓. ร้อยละของตำบลที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐)	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

● สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบ

ผลสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

- มีผู้ป่วยเกิดขึ้นในพื้นที่เดิมของปีที่ผ่านมาแสดงว่าพื้นที่ดังกล่าวยังเป็นแหล่งโรค หากไม่มีการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคอย่างเข้มข้นในช่วงนี้ ซึ่งเป็นช่วงที่พาหะนำโรคนี้น้อยอยู่ ช่วงฤดูฝนซึ่งยุงพาหะมีมากอาจเกิดการระบาดมากกว่าปีที่ผ่านมา

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
--	------------------------

ไม่บรรลุผลสำเร็จ	
สถานการณ์โรคไข้เลือดออกคาดว่าจะมีแนวโน้มการระบาดสูงอยู่	- กำหนดแนวทางการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานและกิจกรรมการควบคุมการระบาดในทุกพื้นที่ - ในส่วนภาคท้องถิ่นควรมีการสนับสนุนเครื่องพ่น ULV และน้ำยาสารเคมีอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีประสิทธิภาพในการกำจัดยุงได้ดี แต่ใช้งบประมาณค่อนข้างสูง - การตรวจสอบคุณภาพเครื่องพ่นหมอกควันต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องทุกปี - มีระบบการติดตามอย่างเข้มข้น เพื่อปรับปรุงแนวทางการควบคุมอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

- ข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

-

- นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๑. โครงการอำเภอสะอาด หมู่บ้านติดดาว ของทางอำเภอสอง

๒. โครงการนำบ้านนำมอง ชุมชนเข้มแข็ง ปลอดภัยน้ำยุงลาย ในพื้นที่ของ อปท. บางแห่ง

ผู้รายงาน นายศิริรุท ชันติศิวนนท์

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทรศัพท์ ๐๘๑ - ๙๕๐๕๒๕๐

การดำเนินงานแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขในพื้นที่

โรค/ปัญหาสาธารณสุข (ลำดับที่ ๒) การป้องกันอุบัติเหตุ

KPI : ระดับความสำเร็จของอำเภอมีมาตรการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุ

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

ตารางที่ ๑ จำนวน/อัตราป่วยและอัตราตายจากอุบัติเหตุ ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๑ ถึง ต.ค. ๒๕๖๑ - ก.ค. ๒๕๖๒)

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	๑๐๓๓.๕๒	๑๔	๒๗.๖๖
๒๕๖๒	๕๐,๖๐๔	๓๗๓	๗๓๗.๑๑	๖	๑๑.๘๖

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 ๔๓.๙๘ และ ๓๑.๗๔ ตามลำดับ ผู้บาดเจ็บจากรถจักรยานยนต์ ไม่สวมหมวกนิรภัย คิดเป็นร้อยละ ๗๒.๔๗ ผู้บาดเจ็บจากรถยนต์ ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย คิดเป็นร้อยละ ๗๑.๙๕ และเมื่อจำแนกจำนวนผู้บาดเจ็บเป็นรายเดือน พบว่าเดือนที่มีผู้บาดเจ็บสูงสุดได้แก่เดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๐ และเดือนกันยายน ๒๕๖๑ คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๘๖ และร้อยละ ๑๐.๘๙ ตามลำดับ พื้นที่ที่เกิดเหตุมากที่สุดคือ ตำบลบ้านกลางร้อยละ ๑๙.๕๐ รองลงมาได้แก่ ตำบลบ้านหนุน ร้อยละ ๑๙.๑๒ และตำบลห้วยหม้าย ร้อยละ ๑๔.๓๔

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (ต.ค.๒๕๖๑-ก.ค.๒๕๖๒) มีผู้บาดเจ็บทั้งหมด ๓๗๓ ราย แยกเป็นชาย ๒๕๗ ราย หญิง ๑๑๖ ราย ประเภทพาหนะที่พบมากที่สุด คือ รถจักรยานยนต์ ๒๙๑ ราย ไม่สวมหมวกนิรภัย ๒๖๖ ราย ช่วงเวลาที่เกิดเหตุมากที่สุดคือ เวลา ๑๕.๐๐-๑๙.๕๙ น. จำนวน ๑๒๔ ราย รองลงมาคือ เวลา ๑๐.๐๐-๑๔.๕๙ น. จำนวน ๙๑ ราย และเวลา ๒๐.๐๐-๒๓.๕๙ น.จำนวน ๗๙ ราย กลุ่มอายุผู้บาดเจ็บสูงสุดคือ อายุ ๓๑-๖๐ ปี ๑๔๒ ราย รองลงมาคือ อายุ ๑๖-๓๐ ปี ๑๑๑ ราย มีผู้เสียชีวิต ๖ ราย เป็นชาย ๖ ราย หญิง ๑ ราย และเป็นคนนอกพื้นที่ ๒ ราย สาเหตุการเสียชีวิตจากรถจักรยานยนต์ทั้งหมด โดยไม่สวมหมวกนิรภัยจำนวน ๕ ราย เดือนที่มีผู้บาดเจ็บสูงสุดได้แก่เดือนธันวาคม รองลงมาคือเดือนเมษายน พื้นที่ที่เกิดเหตุมากที่สุดคือ ตำบลบ้านหนุน ๘๙ ราย รองลงมาได้แก่ ตำบลบ้านกลาง ๗๕ ราย และตำบลเตาปูน ๗๐ ราย

● การดำเนินงานของพื้นที่ (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. พัฒนาระบบบริหารจัดการให้เอื้อต่อการดำเนินงานการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน	มีคำสั่ง แผนงาน โครงการ	- ดำเนินงานตามโครงการ	จัดเก็บวิเคราะห์ข้อมูล	ติดตาม ประเมินผล
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	มีการประชุม คณะกรรมการตามคำสั่ง	มีการดำเนินงาน D-RTI	จัดเก็บวิเคราะห์ข้อมูล	การนำปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์ มาจัดทำแผนปีต่อไป
ผลการดำเนินงาน	มีแผนงานโครงการ ประชุมคณะกรรมการ	มีการดำเนินงาน D-RTI	จัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล	การนำปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์ มาจัดทำแผนปีต่อไป
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 ศปถ. อำเภอ หรือการประชุมของสหสาขา	- วิเคราะห์ข้อมูลจากระบบรายงาน IS และระบบการรายงานอุบัติเหตุออนไลน์ (DDC accident online)
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- มีข้อมูล ๓ ฐานของอำเภอ - มีการนำเสนอข้อมูลจุดเสี่ยงและ	- มีการนำเสนอข้อมูลจุดเสี่ยงและข้อมูลการสอบสวนมาใช้ในการแก้ไข	๑. มีการใช้ระบบรายงาน IS online และระบบการรายงานอุบัติเหตุออนไลน์	นำผลการสอบสวน และผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาใช้ในการจัดทำ
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	แผนงานโครงการ ปีต่อไป
ผลการดำเนินงาน	มีการบูรณาการข้อมูล ๓ ฐาน - มีการกำหนดจุด เสี่ยงในพื้นที่ต่างๆ ทั้ง ๘ อบท.			
๓. มาตรการ - รถพยาบาลตลอดภัย - การมีส่วนร่วมของ ชุมชน	๑. มีแผนงาน/ โครงการป้องกันการ บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ทางถนนผ่านระบบ สุขภาพอำเภอ (D-RTI) ๒. การดำเนินงาน ด้านชุมชน/มาตรการ ชุมชนเทศบาลปีใหม่ และสงกรานต์ ๓. จัดอบรมฟื้นฟู เครือข่ายกู้ชีพกู้ภัย ๔. อบรม อาสา ฉุกเฉินชุมชนแก่อสม 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 ในรถนำส่งผู้ป่วย และพนักงานขับรถ ผ่านการอบรม ๒. อบรมอาสา ฉุกเฉินชุมชน	ติดตาม/ ประเมินผลการ ดำเนินงานการ ป้องกันอุบัติเหตุ ทางถนนของทั้ง ๘ ตำบล
มาตรการดำเนินงานใน พื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
	๖. มาตรการควบคุม			

	วินัยจราจรเพื่อลดอุบัติเหตุทางถนนในเขตพื้นที่ควบคุมของอำเภอสอง			
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- ประชาชนในอำเภอมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนผ่านระบบสุขภาพอำเภอ (D-RTI) - อสม. และประชาชนได้รับการอบรม อาสาฉุกเฉิน ชุมชน	- ประชาชนในอำเภอมมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนผ่านระบบสุขภาพอำเภอ (D-RTI) - เครือข่ายกู้ชีพได้รับการอบรมฟื้นฟูและขับขี่ปลอดภัย	๑. มีการติดตั้ง GPS และกล้องหน้ารถ และประกันชั้น ๑ ในรถนำส่งผู้ป่วย และพนักงานขับรถ ผ่านการอบรมการขับขี่ปลอดภัย ๒. อบรมอาสาฉุกเฉิน ชุมชน	ประชาชนในอำเภอมมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน - ไม่พบอุบัติเหตุของรถพยาบาล
ผลการดำเนินงาน	- ตั้งด่านชุมชน เทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ - ปั่นจักรยานรณรงค์ลดอุบัติเหตุทางถนน เทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ - อบรมฟื้นฟู เครือข่ายกู้ชีพกู้ภัย - อบรมอาสาฉุกเฉินชุมชนแก่ อสม. และประชาชน		มีการติดตั้ง GPS และกล้องหน้ารถ จำนวน ๕ คันและประกันชั้น ๑ ในรถนำส่งผู้ป่วย ๒ คัน	ประชาชนในอำเภอมมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน - ไม่พบอุบัติเหตุของรถพยาบาล

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน	คปสอ.สอง ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ รวม)
อัตราการตายจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน ไม่เกิน ๑๖ ต่อประชากรแสนคน	๖ ราย (๑๑.๘๖ ต่อแสนประชากร)

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (ต.ค.๒๕๖๑-ก.ค.๒๕๖๒) มีผู้บาดเจ็บทั้งหมด ๓๗๓ ราย แยกเป็นชาย ๒๕๗ ราย หญิง ๑๑๖ ราย ประเภทพาหนะที่พบมากที่สุด คือ รถจักรยานยนต์ ๒๙๑ ราย ไม่สวมหมวกนิรภัย ๒๖๖ ราย ช่วงเวลาที่เกิดเหตุมากที่สุดคือ เวลา ๑๕.๐๐-๑๙.๕๙ น. จำนวน ๑๒๔ ราย รองลงมาคือ เวลา ๑๐.๐๐-๑๔.๕๙ น. จำนวน ๙๑ ราย และเวลา ๒๐.๐๐-๒๓.๕๙ น.จำนวน ๗๙ ราย กลุ่มอายุผู้บาดเจ็บสูงสุดคือ อายุ ๓๑-๖๐ ปี ๑๔๒ ราย

รองลงมาคือ อายุ ๑๖-๓๐ ปี ๑๑๑ ราย มีผู้เสียชีวิต ๖ ราย เป็นชาย ๖ ราย หญิง ๑ ราย และเป็นคนนอกพื้นที่ ๒ ราย สาเหตุการเสียชีวิตจากรถจักรยานยนต์ทั้งหมด โดยไม่สวมหมวกนิรภัยจำนวน ๕ ราย เดือนที่มีผู้บาดเจ็บสูงที่สุดได้แก่เดือนธันวาคม รองลงมาคือเดือนเมษายน พื้นที่ที่เกิดเหตุมากที่สุดคือ ตำบลบ้านหนูน ๘๙ ราย รองลงมาได้แก่ตำบลบ้านกลาง ๗๕ ราย และตำบลเตาปูน ๗๐ 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 โดยมีการบรรจุวาระเรื่อง การป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในการประชุมประจำเดือนของหัวหน้าส่วนราชการทุกครั้ง และคืนข้อมูลแก่หน่วยงานนั้นๆ เมื่อพบเจ้าหน้าที่หรือพนักงานประจำหน่วยงานนั้น ทำผิดกฎหมายจราจร และควรมีบทลงโทษเพื่อให้เห็นความสำคัญและมีการแก้ไขปัญหาาร่วมกันต่อไป

- 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 ๔๐กิโลเมตร/ชั่วโมง

๒.๒. สวมหมวกกันน็อค ๑๐๐ เปอร์เซนต์

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 เพื่อขยายผลสู่พื้นที่อื่นๆในเขตสุขภาพที่ 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

๓. รณรงค์และดำเนินการต่อเนื่องโครงการถนนสีขาวโดยนายอำเภอ 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. ปันจักรยานรณรงค์ลดอุบัติเหตุทางถนนและเปิดยุทธการ ๗ วันป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุทางถนน เทศกาลปีใหม่ วันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๑ และเทศกาลสงกรานต์ วันที่ ๑๑ เมษายน ๒๕๖๒ ณ ด้านตรวจ นางฟ้า

๑๒. การตั้งด่านชุมชน เทศกาลปีใหม่และสงกรานต์๒๕๖๒

๑๓. การบังคับใช้กฎหมายและอบรมผู้ฝ่าฝืนกฎจราจรเพื่อให้ความรู้เรื่องวินัยจราจรและตักเตือนแทนการ ชำระค่าปรับ

๑๔. การสอบสวนโรคทางระบาดวิทยา

ปัจจัยความสำเร็จผู้บริหาร(นายอำเภอ) หัวหน้าส่วนราชการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่างๆ ให้ความสำคัญ และมีความมุ่งมั่นตั้งใจในการจัดการปัญหา รวมถึงภาคีเครือข่ายและภาคประชาชนร่วมกันจัดการปัญหา แบบมีส่วนร่วมในรูปแบบคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ผู้รายงาน นางปาริชาติ วันละ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

การดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่

โรค/ปัญหาสาธารณสุข (ลำดับที่ ๓) โรควัณโรค

KPI : ความสำเร็จของการรักษา ควบคุม ป้องกัน วัณโรคปอดในพื้นที่

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

การค้นพบผู้ป่วยวัณโรคของอำเภอสองจากการรายงานปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคจำนวน ๗๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๔๓ ของเป้าหมาย ลดลงจากปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ร้อยละ ๙.๔๙ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (ข้อมูล ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑- ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๒) ได้ขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรคจำนวน ๗๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๑๐ ของเป้าหมาย เท่ากับ ๑๔๓.๖๘ ต่อแสนประชากร เป็นผลมาจากการค้นหาผู้ป่วยโดยการคัดกรองโดยอาสาสมัครในชุมชนและในคลินิกบริการและในชุมชน ได้มีการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในคลินิกทุกคนทุกครั้งที่มารับบริการ การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงด้วยการถ่ายภาพรังสี บุคลากรการคัดกรองวัณโรคเข้ากับการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ซึ่งถือเป็นแนวทางที่กำหนดในการคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมายเพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ให้พบผู้ป่วยโดยเร็วและเข้าสู่ระบบการรักษาตามมาตรฐานโดยเร็ว

สถานการณ์วัณโรคอำเภอสองปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๒) ในผู้ป่วยคนไทยพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนทุกประเภทจำนวน ๗๐ รายคิดเป็นร้อยละ ๙๒.๑๐ ของเป้าหมาย จำแนกเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อ(New Pulmonary Tuberculosis smear positive) มากที่สุดจำนวน ๔๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๑.๔๒ ของผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ(Relapse) ๖ ราย ร้อยละ ๘.๕๗ ของผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด วัณโรคปอดรายใหม่เสมหะไม่พบเชื้อ(New M-) ๑๗ ราย ร้อยละ ๒๔.๒๘ ของผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่นอกปอด ๔ ราย ร้อยละ ๕.๗๑ ของผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด ผลสำเร็จของการรักษา รอบที่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษา Cohort ๑/๒๕๖๒ ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ ถึง ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๑ รักษาหายหรือรักษาครบ(Success rate) ๑๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๖.๔๗ ตาย ๒ ราย ร้อยละ ๑๑.๗๖ โอนออกกำลังรักษาที่รพ.แพร่ ๑ ราย ร้อยละ ๕.๘๘ ไม่นำมาประเมินการรักษา ๑ ราย ร้อยละ ๕.๘๘

● (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรค ๑.๑ ผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท ปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๑ ๑.๒ ผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท ปี ๒๕๖๒ ๑.๓ บุคลากรทางคลินิก	- ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน - คัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดยการ CXR ทุก ๖ เดือน และ Verbal ทุก visit ให้ได้ ๓๐% - CXR ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการมีไข้ ไอ ๑๐๐%	- คัดกรองบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข CXR ๑๐๐% - คัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดยการ CXR ทุก ๖ เดือน และ Verbal ทุก visit ให้ได้ ๖๐%	- คัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดยการ CXR ทุก ๖ เดือน และ Verbal ทุก visit ให้ได้ ๙๐% - CXR ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการมีไข้ ไอ ๑๐๐ %	- คัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดยการ CXR ทุก ๖ เดือน และ Verbal ทุก visit ให้ได้ ๑๐๐% - CXR ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการมีไข้ ไอ ๑๐๐%
มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	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 พุพโภชนาการ	- คัดกรองผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคโดยการ CXR ๑๐๐% ถ้าผิดปกติให้ส่งตรวจ Xpert	- CXR ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการมีไข้ ไอ ๑๐๐% - คัดกรองผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคโดยการ CXR ๑๐๐% ถ้าผิดปกติให้ส่งตรวจ Xpert	- คัดกรองผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคโดยการ CXR ๑๐๐% ถ้าผิดปกติให้ส่งตรวจ Xpert	- ทบทวนแนวทางการดำเนินงานปรับปรุงไว้ในปีต่อไป - 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) - ทบทวนแนวทางการดำเนินงานปรับปรุงไว้ในปีต่อไป
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
	- มีทีมแพทย์	- ผลสำเร็จของการ	- ใช้กลไก พขอ./	- ผลสำเร็จของการ

	ผู้เชี่ยวชาญเป็นที่ ปรึกษาในการดูแล รักษาโรค ระดับ จังหวัด และระดับ เขต	รักษาโรคปอด รายใหม่ มากกว่า หรือเท่ากับ ๖๐%	พช. ในการดูแล ผู้ป่วยโรคและ ช่วยเหลือทางด้าน เศรษฐกิจและสังคม - ผลสำเร็จของการ รักษาโรคปอด รายใหม่ มากกว่า หรือเท่ากับ ๘๐%	รักษาโรคปอด รายใหม่ มากกว่า หรือเท่ากับ ๘๕% - ทบทวนและ ปรับปรุงไว้ในปี ต่อไป
๔. ส่งเสริมสนับสนุน ความรู้เรื่องโรคแก่ ประชาชน	- แจ้งในที่ประชุม ประจำเดือนของ ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน/ ผู้นำท้องถิ่น - ประชาสัมพันธ์ทาง เสียงตามสายหมู่บ้าน	- แจ้งในที่ประชุม ประจำเดือนของ ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน/ ผู้นำท้องถิ่น - ประชาสัมพันธ์ ทางเสียงตามสาย หมู่บ้าน	- แจ้งในที่ประชุม ประจำเดือนของ ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน/ ผู้นำท้องถิ่น - ประชาสัมพันธ์ ทางเสียงตามสาย หมู่บ้าน	ติดตามประเมินผล การคัดกรองกลุ่ม เสี่ยงต่อการป่วย เป็นโรค
๕. การพัฒนาระบบข้อมูล สารสนเทศ	มีการบันทึกข้อมูล การคัดกรอง และ การรักษา ใน โปรแกรม NTIP Online ๑๐๐%	มีการบันทึกข้อมูล การคัดกรอง และ การรักษา ใน โปรแกรม NTIP ๑๐๐%	มีการบันทึกข้อมูล การคัดกรอง และ การรักษา ใน โปรแกรม NTIP Online ๑๐๐%	ติดตามประเมินผล

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒ Cohort ๑/๒๕๖๒
อัตราความครอบคลุมของการคัดกรอง กลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรค				๖๑.๐๒
ผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยโรค ใหม่เสมอพบเชื้อ (Success rate)	๘๒.๗๖	๘๑.๗๑	๗๓.๓๓	๗๖.๔๗
อัตราการเปลี่ยนผลเสมหะเป็นลบเมื่อ สิ้นสุดระยะเข้มข้น (conversion rate)	๗๙.๓๑	๙๐.๐๐	๗๕.๐๐	๑๐๐
อัตราการขาดยา(Default Rate)	๐	๒.๔๔	๒.๒๒	๐
ตาย	๑๕.๕๒	๑๕.๕๘	๒๒.๒๒	๑๑.๗๖

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

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
อัตราความสำเร็จของการรักษาที่ไม่ถึงเป้าหมายผู้ป่วย ตาย ขาดยา	๑. ค้นหาเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเพื่อเข้าสู่ระบบการ วินิจฉัยและรักษาให้เร็วโดยเฉพาะผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่ม ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมโดยเฉพาะในกลุ่ม HT DM และผู้ที่ติด บ้านติดเตียงที่อาจต้องให้เจ้าหน้าที่เข้าไปคัดกรองที่บ้านใน กลุ่มดังกล่าว ๒. ปัจจัยที่มีส่วนส่งเสริมการคัดกรองให้มีประสิทธิภาพมาก ขึ้นได้แก่ ๒.๑ ทักษะและความเชี่ยวชาญของเจ้าหน้าที่คัดกรอง โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงที่มีโรคร่วมเช่นโรคที่มีภาวะไอเรื้อรัง เช่น COPD ๒.๒ การชักประวัติโรคอื่นๆของผู้ป่วยก่อนการคัดกรอง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการคัดกรอง ๓. การเฝ้าระวังการเสียชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุโดยเฉพาะ ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมต่างๆเช่นเบาหวานความดันโลหิตสูงและ ถุงลมโป่งพอง ๔. การบูรณาการงานวินโรคร่วมกับงานโรคเรื้อรัง เช่นเดียวกับการบูรณาการงานเอดส์และการให้ชุมชนมีส่วน ร่วมในการควบคุมป้องกันวินโรค ๕. ผู้ป่วยวัยทำงาน เมื่อป่วยจะกลับมารักษาตัวที่บ้านและ เมื่ออาการทุเลาจะกลับไปทำงานต่างจังหวัดทำให้ขาดยา เน้นเรื่องการย้ายที่อยู่ในกลุ่มผู้ป่วยวัยทำงานว่าต้องแจ้งแก่ เจ้าหน้าที่

● ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

- ควรมีการปรับปรุงนิยามของตัวชี้วัด เช่น ผู้ป่วยตายด้วยโรคอื่นขณะที่เป็นวินโรค ไม่ควรนำมานับเป็นผู้ป่วย
วินโรคตาย เนื่องจากจะมีผลกระทบต่อผลลัพธ์ของตัวชี้วัดความสำเร็จ
- การกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการคัดกรองวินโรค ควรมีความชัดเจนในเรื่องแนวทางการดำเนินงาน นิยาม
ของกลุ่มเป้าหมาย/โรคร่วม ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

● นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง(ถ้ามี)

๑. การบูรณาการงานคัดกรองผู้ป่วยวินโรคเข้ากับงานโรคเรื้อรัง คลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ โดยมีการคัดกรอง
วินโรคทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมารับบริการ

ผู้รายงาน นางสาวจิน ปินตากุล
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

การดำเนินงานแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่

โรค/ปัญหาสาธารณสุข (ลำดับที่ ๔) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ

๑. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ตามเกณฑ์
๒. อัตรากลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ตามเกณฑ์

● 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 และผู้ป่วยส่วนใหญ่อีกไม่สามารถควบคุมโรคได้ 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 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ 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	- ติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในบางรายอย่างต่อเนื่อง	- ติดตามผลการดำเนินงานรายไตรมาสและถอดบทเรียนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๑
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังมีความครอบคลุม - การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมรายบุคคลในผู้ป่วยทุกราย	- กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกรายอย่างเหมาะสม - มีการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยตามแผน	- มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานทุก ๓ เดือน	- ติดตามผลการดำเนินงานและถอดบทเรียนการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๑
มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
ผลการดำเนินงาน	- ดำเนินงานการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง	- มีแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง		

	- มีการจัดกลุ่มผู้ป่วยที่มี ภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง	ให้ครอบคลุม - มีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมผู้ป่วยที่มี ภาวะเสี่ยงต่อ โรคเบาหวานและความ ดันโลหิตสูงทั้งรูปแบบ รายบุคคลและรายกลุ่ม		
๒.การป้องกันระดับชุมชน	๑. เฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง โรคไม่ติดต่อที่สำคัญ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ๒. ให้สุขศึกษาการป้องกัน การเกิดโรคและพฤติกรรม เสี่ยงในกลุ่มต่างๆ เช่น นักเรียน ผู้นำชุมชน อสม. อศค. ชมรมต่างๆ ๓. มีแผนการรณรงค์สื่อสาร ประชาสัมพันธ์	๑. จัดทำสื่อต้นแบบ ในการรณรงค์สื่อสาร เตือนภัย ๒. รณรงค์ ประชาสัมพันธ์และ สื่อสารเตือนภัย บูรณา การร่วมกับตำบลจัดการ สุขภาพ สถาน ประกอบการต่างๆ สถานที่ทำงาน	๑. รณรงค์ ประชาสัมพันธ์และ สื่อสารเตือนภัย บูรณาการร่วมกับ ตำบลจัดการสุขภาพ สถานประกอบการ ต่างๆ สถานที่ทำงาน ๒. มีการนำสื่อต้นแบบ ไปใช้ในการ ประชาสัมพันธ์	๑. ดำเนินการตำบล ต้นแบบในการเฝ้า ระวังพฤติกรรมเสี่ยง โรคไม่ติดต่อที่สำคัญ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่ม สุรา
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	มีแผนในการประชาสัมพันธ์	มีสื่อต้นแบบในการ รณรงค์	- มีกิจกรรมการ รณรงค์ที่ชัดเจน	มีตำบลต้นแบบ ๑ - ๒ แห่ง
ผลการดำเนินงาน	มีการประชุมในการชี้แจง แผนระดับอำเภอ ๑ ครั้ง	- การจัดทำสื่อต้นแบบ		
๓. การป้องกันในสถาน บริการ(กลุ่มป่วย)	๑. ประเมิน CVD Risk ใน Pt.DM HT ผู้ที่มี CVD Risk สูง $\geq 30\%$ ได้รับการ ปรึกษารายบุคคลและการ ปรับพฤติกรรม ๒. พัฒนาโปรแกรมการ ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการ เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CV Risk) ๓. การจัดการรายกรณีกลุ่ม ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อโรค หลอดเลือดสมองและหัวใจ ในคลินิกโรคหัวใจ ๔. สนับสนุนการจัดตั้งคลินิก DPAC ทุก รพ.สต.	๑. ประเมิน CVD Risk ใน Pt.DM HT ผู้ที่มี CVD Risk สูง $\geq 30\%$ ได้รับการปรึกษา รายบุคคลและการปรับ พฤติกรรม ๒. พัฒนาระบบ NCD Clinic Plus ,CKD Clinic ๓. การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมโดยเน้นการ จัดการรายกรณี เพื่อ วิเคราะห์หาสาเหตุของ ปัญหาและความร่วมมือ ของผู้ป่วย	๑. พัฒนาศักยภาพ บุคลากรทีมสหสาขา วิชาชีพอบรม Care manager อาสาสมัครแกนนำ ประจำ ครอบครัว ๒. พัฒนาศักยภาพ เพื่อดูแลผู้ป่วยเมื่อ ส่งกลับ Refer back STEMI , Warfarin และ Heart Failure รับยาใกล้บ้าน	๑.การพัฒนา คุณภาพการบริการ และเชื่อมโยงการ ให้บริการระดับ ชุมชนกับสถาน บริการในระดับ บริการ ๒. จัดให้มีแพทย์ที่ ปรึกษาในการรักษา โรค NCD CUP ละ ๑ คนเพื่อให้ คำปรึกษาในกรณี ผู้ป่วยที่ Uncontrolled
มาตรการดำเนินงานใน พื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
		๔. พัฒนาเครือข่ายและ ระบบส่งต่อทั้งไปและ กลับ		

		๕. จัดทำคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วย NCDs ร่วมกับทีม NCD ระดับจังหวัด		
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)และความดันโลหิตสูงลดลง ร้อยละ ๓๒.๓๕(เป้าร้อยละ ๒.๕) - ผู้ป่วย DM ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ร้อยละ ๓.๕๒ (เป้าร้อยละ ๔๐)		- อัตราผู้ป่วยรายใหม่เบาหวานลดลง ร้อยละ ๕ - อัตราผู้ป่วยรายใหม่เบาหวานลดลง ร้อยละ ๕และความดันโลหิตสูงลดลง ร้อยละ ๒.๕ - ผู้ป่วย HT ควบคุมระดับความดันได้ ร้อยละ ๔๐.๖๖
มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
				- ผู้ป่วย DM ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ร้อยละ

				๘.๐๗
๔. การบริหารจัดการ	๑. จัดทำแผนการดำเนินงานระดับอำเภอ ๒. ประชุมคณะกรรมการ เพื่อกำกับ/ติดตามงานและข้อมูล	๑. การกำกับติดตามและประเมินผลร่วมกับงานยุทธศาสตร์ ๒. ประชุมคณะกรรมการ เพื่อกำกับ/ติดตามงานและข้อมูล	๑. ประชุมคณะกรรมการ เพื่อกำกับ/ติดตามงานและข้อมูล	๑. การกำกับติดตามและประเมินผลร่วมกับงานยุทธศาสตร์ ๒. ประชุมคณะกรรมการ เพื่อกำกับ/ติดตามงานและข้อมูล
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- มีแผนการดำเนินงานระดับอำเภอ - มีการประชุมคณะกรรมการ	- มีการนิเทศติดตามและประเมินผล	- มีการประชุมคณะกรรมการ	- มีการนิเทศติดตามและประเมินผล
ผลการดำเนินงาน	- มีแผนการดำเนินงาน - มีการประชุม ๒ ครั้ง	- มีการประเมินผลร่วมกับกลุ่มงานยุทธศาสตร์ ๒ ครั้ง - มีการนิเทศงาน NCD ใน รพ.สต. เครือข่าย		

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด	ผลงาน	คะแนน
๑. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ตามเกณฑ์	๕.๓๓	๑
๒. อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ตามเกณฑ์	๕๐.๖	๕

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
--	------------------------

๑. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยส่วนใหญ่ทำได้ยากเนื่องจากความตระหนักและการเปลี่ยนแปลงเฉพาะบุคคล รวมถึงการมีโภชนาการผลิตภัตอาหารแพร่หลายประเภทเกินจริง ที่เป็นสาเหตุสำคัญในการเกิดโรค ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นในทุกปี	๑. ส่วนกลางควรมีการจัดการในระบบสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์อาหาร ขนม ที่ส่งผลเสียต่อร่างกายอย่างเข้มข้น ๒. เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล เพื่อค้นหาสาเหตุและการปรับพฤติกรรมตนเองได้อย่างเหมาะสม และมีการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายมากขึ้น
---	---

ผู้รายงาน นางสาวสิริณ เข้มทอง
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

การดำเนินงานแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขในพื้นที่

โรค/ปัญหาด้านสาธารณสุข (ลำดับที่ ๕) สังคมผู้สูงอายุ

KPI : ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน

ผ่านเกณฑ์

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

รัฐบาลมีนโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุทุกกลุ่มอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี ๒๕๖๑ จังหวัดแพร่ มีประชากร ๔๔๙,๘๑๐ คน มีจำนวนผู้สูงอายุ ๙๐,๓๙๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๑๐ ของประชากรทั้งหมด (ข้อมูลประชากร กระทรวงมหาดไทย ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๐) จากข้อมูลดังกล่าว เปรียบเทียบตามเกณฑ์ของการอนามัยโลกพบว่าจังหวัดแพร่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่สมบูรณ์แล้ว 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 อำเภอสองได้ขยายผลระบบการดูแลระยะยาวครอบคลุม ๗ ตำบล (๘ กองทุนสุขภาพตำบล) คิดเป็นร้อยละ ๘๗.๕ ของพื้นที่ โดยมีการทำงานแบบบูรณาการทั้งภาครัฐ ท้องถิ่น และภาคประชาชน โดยมีการสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรม Care Manager จำนวน ๑๖ คน (ร้อยละ ๙๔) 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)	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	มี CM จำนวน ๑๖ 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 ๘๗.๕๐	ร้อยละตำบลที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๘๗.๕๐	ร้อยละตำบลที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๘๗.๕๐	

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน	คปสอ.สอง								
	บ้านกลาง	บ้านหนูน	เตาปูน	สะเอียบ	ห้วยหม้าย	ทุ่งน้าว	แดนชุมพล	หัวเมือง	รวม

ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	กำลังดำเนินการ	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ตำบลที่เข้าร่วมโครงการผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๑๐๐
--	------	------	------	----------------	------	------	------	------	---

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

- ระบบการเบิกจ่ายค่าตอบแทนที่ไม่เหมาะสมอาจมีผลต่อความยั่งยืนของการดำเนินงาน
- เกณฑ์การเบิกจ่ายของแต่ละกองทุนมีความแตกต่างกัน และบางแห่งมีความล่าช้า

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
- สัดส่วนของ CM ต่อผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงบางพื้นที่มีภาระงานเกิน	- กำหนดสัดส่วนของ CM ต่อการดูแลกลุ่มเป้าหมายให้เหมาะสม
- หน่วยบริการ รพ. สองรับผิดชอบพื้นที่ ในเขต ๓ อปท. ทำให้มีการกิจซ้ำซ้อน และแนวทางปฏิบัติแตกต่างกัน	- จัดอบรม CM เพิ่มเติมให้เหมาะสม
- แนวทางการดำเนินงานไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ไม่มีความเข้าใจ	- ควรจัดประชุมชี้แจงแก่ผู้รับผิดชอบงานในพื้นที่ เพื่อกำหนดแนวทางร่วมกัน
- นโยบายการเบิกจ่าย ไม่ชัดเจน ทำให้การเบิกจ่ายเงินมีความล่าช้า	- การประสานงานระดับนโยบาย และกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วนให้มีความชัดเจน และมีการชี้แจงให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ

● ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

-

● นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

รพ.สต.เตาปูน มีผลการดำเนินงาน ตำบล Long Term Care ที่เป็นแบบอย่าง ได้รับการประเมินจากทีมจังหวัด และรับการประเมินระดับเขต จากศูนย์อนามัยที่ ๑ เชียงใหม่

ผู้รายงาน นางพรพรรณ ตะคุณะ
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

รอบที่ ๒ รับการตรวจราชการฯ วันที่ ๑๙ สิงหาคม 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 (๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ – ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๒) หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์เท่ากับร้อยละ ๖๕.๔๒, ๖๘.๙๒, ๘๐.๗๗ และ ๗๘.๙๑ ตามลำดับ ในปี ๒๕๖๒ แบ่งเขตพื้นที่โรงพยาบาลสอง และเขตพื้นที่ รพ.สต. ในเครือข่ายดังตาราง

หญิงตั้งครรภ์เข้ารับการฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ $\leq$ ๑๒ สัปดาห์ (๑ ต.ค. ๒๕๖๑ – ๓๑ ก.ค. ๒๕๖๒)

PCU / รพ.สต	จำนวนหญิงตั้งครรภ์	ฝากครรภ์ $\leq$ ๑๒ สัปดาห์	ร้อยละ
โรงพยาบาลสอง	๑๙	๑๖	๘๔.๒๑
บ้านหนุน	๖	๔	๖๖.๖๗
วังดิน	๓	๒	๖๖.๖๗
ทุ่งนาว	๙	๘	๘๘.๘๙
แดนชุมพล	๖	๕	๘๓.๓๓
หัวเมือง	๙	๘	๘๘.๘๙
วังพ่อน	๕	๕	๑๐๐
หนองเสี้ยว	๕	๔	๘๐.๐๐
ลูนีเกต	๖	๕	๘๓.๓๓
ห้วยซอน	๕	๔	๘๐.๐๐
ดอนแก้ว	๑๒	๘	๖๖.๖๗
เตาปูน	๒๑	๑๖	๗๖.๑๙
แม่แรม	๑๗	๑๓	๗๖.๔๗
นาไร่เดียว	๑	๑	๑๐๐
สระเอียบ	๑๘	๑๒	๖๖.๖๗
ป่าเลา	๓	๓	๑๐๐
นาหลวง	๒	๒	๑๐๐
รวม	๑๔๗	๑๑๖	๗๘.๙๑

- 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 เพื่อการเข้าถึงและได้รับการฝากครรภ์อย่างรวดเร็ว เมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ โดยร่วมบูรณาการกับรพสต.และอาสาสมัครในเครือข่าย ๓. ฝากครรภ์ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ๔. การส่งต่อในรายที่พบปัญหาและมีภาวะแทรกซ้อน	๑. ดำเนินการตามแผนปฏิบัติงานโดยการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์โดยยึดแนวทางตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์แนวใหม่ ๒. ดำเนินการให้บริการฝากครรภ์เชิงรุก โดยบูรณาการร่วมกับทีม PCC ของโรงพยาบาล ๓. ร่วมทีมออกนิเทศงาน /การเยี่ยมเสริมพลัง /แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเครือข่ายเพื่อให้เกิดความเข้มแข็ง ๔. พัฒนาระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ระหว่างเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง	๑. ดำเนินการตามแผนปฏิบัติงานโดยการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์โดยยึดแนวทางตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์แนวใหม่ ๒. ดำเนินการให้บริการฝากครรภ์เชิงรุก โดยบูรณาการร่วมกับทีม PCC ของโรงพยาบาล ๓. ร่วมทีมออกนิเทศงาน /การเยี่ยมเสริมพลัง /แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเครือข่ายเพื่อให้เกิดความเข้มแข็ง ๔. พัฒนาระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ระหว่างเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง	๑. วิเคราะห์ทบทวนผลการปฏิบัติงานเพื่อนำมาปรับปรุงหาแนวทางแก้ไขทั้งเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นและยั่งยืน ๒. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ $\geq ๖๐\%$
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	๑. มีรายงานข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ เพิ่มจำนวนมากขึ้น 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.ทุ่งน้ำว	รพ.สต.วังดิน	รพ.สต.ลูนิกฤต	รพ.สต.ห้วยซอน	รพ.สต.ห้วยหม้าย	รพ.สต.เตาปูน	รพ.สต.นาไร่เดียว

ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.สอง								
		รพ.สอง	รพ.สต.บ้านหนอง	รพ.สต.ทุ่งนาว	รพ.สต.วังดิน	รพ.สต.ลูนิกेत	รพ.สต.ห้วยซอน	รพ.สต.ห้วยหม้าย	รพ.สต.เตาปูน	รพ.สต.นาไร่เดียว
ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรก ก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์	อัตรา(A/B*๑๐๐๐๐๐)	๘๔.๒๑	๖๖.๖๗	๘๘.๘๘	๖๖.๖๗	๘๓.๓๓	๘๐.๐๐	๖๖.๖๗	๗๖.๑๙	๑๐๐
	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ (A)	๑๖	๔	๘	๒	๕	๔	๘	๑๖	๑
	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกทั้งหมด ในช่วงเวลาเดียวกัน (B)	๑๙	๖	๙	๓	๖	๕	๑๒	๒๑	๑
ตัวชี้วัด/ผลงาน		รพ.สต.หัวเมือง	รพ.สต.วังพ่อน	รพ.สต.สะเอียบ	รพ.สต.ป่าเลา	รพ.สต.นาหลวง	รพ.สต.แดนชุมพล	รพ.สต.หนองเสี้ยว	คสช.แม่แรม	รวม
ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรก ก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์	อัตรา(A/B*๑๐๐๐๐๐)	๘๘.๘๘	๑๐๐	๖๖.๖๗	๑๐๐	๑๐๐	๘๓.๓๓	๘๐.๐๐	๗๖.๔๗	๗๘.๙๑
	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ (A)	๘	๕	๑๒	๓	๒	๕	๔	๑๓	๑๑๖
	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกทั้งหมด ในช่วงเวลาเดียวกัน (B)	๙	๕	๑๘	๓	๒	๖	๕	๑๗	๑๔๗

● 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 โดยการให้ความรู้ให้ คำปรึกษาและมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ในรูปแบบของ กิจกรรมโรงเรียนพ่อ – แม่
๒. หญิงตั้งครรภ์ไม่ตระหนักถึงประโยชน์ และ ความสำคัญของการฝากครรภ์เร็ว	
๓. หญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ไม่พร้อม อายุ	๒. พัฒนาระบบการบริการหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยการบูร ณาการร่วมกับงานสุขภาพจิต
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

รอบที่ ๒ รับการตรวจราชการฯ วันที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๒

KPI : ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพครบ ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์

- สถานการณ์/สภาพปัญหา

โรงพยาบาลสองเป็นโรงพยาบาลชุมชน ๓๐ เตียง ได้ให้บริการทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและการป้องกันโรคให้กับประชากรในเขตอำเภอสอง จากข้อมูลย้อนหลังพบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพการบริการงานฝากครรภ์และงานห้องคลอด ในปี ๒๕๖๐, ๒๕๖๑ และ ๒๕๖๒ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ - ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๒) หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพครบ ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์ เท่ากับร้อยละ ๔๒.๘๕, ๖๓.๖๙ และ ๖๐.๐๐ ตามลำดับ ในปี ๒๕๖๒ แบ่งเขตพื้นที่โรงพยาบาลสอง และเขตพื้นที่ รพ.สต. ในเครือข่ายดังตาราง หญิงคลอดได้รับการฝากครรภ์คุณภาพครบ ๕ ครั้ง (ข้อมูลจากงานสารสนเทศโรงพยาบาลสอง)

PCU / รพ.สต	ANC ๕ ครั้ง	คลอดที่รพ.สอง	Refer รพ.แพร่	Risk
โรงพยาบาลสอง	๑๒	๔	๘	○ ๘๒๙
บ้านหนุน	๑	๑	๐	○ ๘๒๙
วังดิน	๑	๐	๑	
ทุ่งน้ำว	๕	๒	๓	
แดนชุมพล	๕	๑	๔	○ ๘๒๙
หัวเมือง	๗	๑	๖	○ ๘๒๙
วังพ่อน	๓	๐	๓	○ ๘๒๙
หนองเสี้ยว	๓	๑	๒	○ ๘๒๙
ลุนีเกด	๕	๐	๕	○ ๘๒๙
ห้วยซอน	๔	๐	๔	
ดอนแก้ว	๓	๑	๒	○ ๘๒๙
เตาปูน	๑๒	๔	๘	○ ๘๒๙, ○ ๓๓๙
แม่แรม	๑๓	๐	๕	○ ๘๒๙
นาไร่เดียว	๑	๐	๑	
สะเอียบ	๘	๒	๖	○ ๘๒๙
ป่าเลา	๒	๐	๒	○ ๘๒๙
นาหลวง	๒	๑	๑	
รวม	๘๗	๑๘= (๒๐.๖%)	๖๑=(๗๐.๑%)	

หญิงตั้งครรภ์ แม่แรม ไปคลอดที่ รพ. ร้องกวาง ๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๑.๕

หมายเหตุ: ○ ๘๒๙ Delivery by Caesarean Section

○ ๓๓๐ CPD

- การดำเนินงานของพื้นที่ (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์เข้ารับการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ และติดตามอย่างต่อเนื่อง	๑. มีแผนปฏิบัติการให้ข้อมูลความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์แต่ละไตรมาสในเรื่อง การตั้งครรภ์ การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ อาหารที่มีประโยชน์ การจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และภาวะเสี่ยงของโรคทางอายุรกรรม โดยปฏิบัติตามแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์แนวใหม่ ๒. สสำรวจ ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ เพื่อการเข้ารับการฝากครรภ์เร็วเมื่อทราบที่ตั้งครรภ์โดยร่วมบูรณาการกับรพสต. และอาสาสมัครในเครือข่าย ๓. ฝากครรภ์ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ๔. การส่งต่อในรายที่พบปัญหาและมีภาวะแทรกซ้อน	๑. ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการโดยส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โดยยึดแนวทางตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์แนวใหม่ ๒. ดำเนินการให้บริการฝากครรภ์เชิงรุก โดยบูรณาการร่วมกับทีม PCC ของโรงพยาบาล ๓. การติดตามเยี่ยม/นิเทศงานและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง โดยร่วมมือกับ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และอาสาสมัครในเครือข่าย ๔. พัฒนาระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ระหว่างเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง	๑. ดำเนินการตามแผนปฏิบัติงานโดยการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โดยยึดแนวทางตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์แนวใหม่ ๒. ดำเนินการให้บริการฝากครรภ์เชิงรุก โดยบูรณาการร่วมกับทีม PCC ของโรงพยาบาล ๓. ร่วมทีมออกนิเทศงาน /การเยี่ยมเสริมพลัง /แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเครือข่าย เพื่อให้เกิดความเข้มแข็ง ๔. พัฒนาระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ระหว่างเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง	๑. วิเคราะห์ ทบทวนผลการปฏิบัติงานเพื่อนำมาปรับปรุง หาแนวทางแก้ไขทั้งเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น และยั่งยืน ๒. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการบริการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ $\geq ๖๐\%$
พัฒนาการบันทึกข้อมูลการฝากครรภ์และการคลอดในระบบ	๑. มีแผนปฏิบัติการพัฒนาบุคลากรในหน่วยงาน และเครือข่ายรับการอบรมการบันทึก	๑. บุคลากรในหน่วยงานและเครือข่ายร่วมบูรณาข้อตกลงในการบันทึกข้อมูล	๑. บุคลากรในหน่วยงานและเครือข่ายร่วมบูรณาข้อตกลงในการบันทึกข้อมูล	๑. มีการบันทึกข้อมูลการฝากครรภ์และการคลอดในระบบ Hos xp และ ๔๓ แฟ้มถูกต้องครบถ้วน

มาตรการ ดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
Hos xp และ ๔๓ แฟ้ม	ข้อมูลการฝากครรภ์ และการคลอด ใน ระบบ Hos xp และ ๔๓ แฟ้ม ๒. ค้นหาปัญหา และการแลกเปลี่ยน เรียนรู้การบันทึก ข้อมูลร่วมกับงาน สารสนเทศของ โรงพยาบาลและ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด	การฝากครรภ์และ การคลอด ในระบบ Hos xp และ ๔๓ แฟ้มเพื่อเป็นแนวทาง เดียวกัน ๒. ค้นหาปัญหา และการแลกเปลี่ยน เรียนรู้การบันทึก ข้อมูลร่วมกับงาน สารสนเทศของ โรงพยาบาลและ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเพื่อวางแผน แก้ไขให้มี ประสิทธิภาพ	การฝากครรภ์และ การคลอด ในระบบ Hos xp และ ๔๓ แฟ้มเพื่อเป็นแนวทาง เดียวกัน ๒. ค้นหาปัญหา และการแลกเปลี่ยน เรียนรู้การบันทึก ข้อมูลร่วมกับงาน สารสนเทศของ โรงพยาบาลและ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเพื่อวางแผน แก้ไขให้มี ประสิทธิภาพ	๒. นำข้อมูลมา วิเคราะห์ได้อย่าง ถูกต้องและมี ประสิทธิภาพ ๓. ร้อยละหญิง ตั้งครรภ์ที่รับบริการ ฝากครรภ์คุณภาพ ครบ ๕ ครั้งตาม เกณฑ์ $\geq 60\%$
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	๑. มีรายงานข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ เพิ่มขึ้นมากขึ้น ๒. ไม่มีรายงานข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ฝากครรภ์ ๓. มีรายงานข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการฝากครรภ์คุณภาพครบ 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.บ้าน หนอง	รพ.สต. ทุ่งนาว	รพ.สต. วังดิน	รพ.สต. ลูนีเกตุ	รพ.สต. หัวขอน	รพ.สต. .หัวหม้าย	รพ.สต. .เตาปูน	รพ.สต. นาไร่เดียว
ร้อยละหญิง ตั้งครรภ์ที่รับ บริการฝาก ครรภ์ คุณภาพ ครบ ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์	อัตรา(A/B*๑๐๐๐๐๐)	๖๓.๑๖	๑๖.๖๗	๕๕.๕๖	๕๐.๐๐	๘๓.๓๓	๘๐.๐๐	๒๕.๐๐	๖๐.๐๐	๑๐๐
	จำนวนหญิงคลอดที่ฝาก ครรภ์คุณภาพ ครบ ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์ (A)	๑๒	๑	๕	๑	๕	๔	๓	๑๒	๑
	จำนวนหญิงที่คลอด ทั้งหมด ในช่วงเวลา เดียวกัน (B)	๑๙	๖	๙	๒	๖	๕	๑๒	๒๐	๑
ตัวชี้วัด/ผลงาน		รพ.สต. หัวเมือง	รพ.สต. วังพอน	รพ.สต. สะเอียบ	รพ.สต. ป่าเลา	รพ.สต. นาหลวง	รพ.สต. แดนชุมพล	รพ.สต. หนองเสี้ยว	ศสช. แม่แรม	รวม
ร้อยละหญิง ตั้งครรภ์ที่รับ บริการฝาก ครรภ์ คุณภาพ ครบ ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์	อัตรา(A/B*๑๐๐๐๐๐)	๗๗.๗๘	๖๐.๐๐	๔๔.๔๔	๖๖.๖๗	๑๐๐	๘๓.๓๓	๖๐.๐๐	๗๖.๔๗	๖๐.๐๐
	จำนวนหญิงคลอดที่ฝาก ครรภ์คุณภาพ ครบ ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์ (A)	๗	๓	๘	๒	๒	๕	๓	๑๓	๘๗
	จำนวนหญิงที่คลอด ทั้งหมด ในช่วงเวลา เดียวกัน (B)	๙	๕	๑๘	๓	๒	๖	๕	๑๗	๑๔๕

● 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 แก้ไขปัญหาและส่งต่อสถานพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่าได้รวดเร็วขึ้น 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 โดยการให้ความรู้ให้คำปรึกษาและมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ในรูปแบบของกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ – แม่
๒. หญิงตั้งครรภ์ไม่ตระหนักถึงประโยชน์ และความสำคัญของการฝากครรภ์เร็ว	
๓. หญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ไม่พร้อม อาย	๒. พัฒนาระบบการบริการหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยการบูรณาการร่วมกับงานสุขภาพจิต
๔. ระบบการติดตามและการบันทึกข้อมูลการฝากครรภ์ของบุคลากร ใน ๔๓ แห่งไม่ต่อเนื่อง	๓. พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลในระบบให้มีประสิทธิภาพ

● ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

- มีการอบรมพัฒนาทักษะบุคลากรในการบันทึกข้อมูลในระบบ Hos XP และ ๔๓ แห่ง อย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพทั้งเครือข่าย

● นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง(ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน นางสาวอารีวรรณ กันทะสอน
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร ๐๕๔ – ๕๙๑๕๗๕ ต่อ ๑๐๑๐

แบบรายงานการตรวจราชการระดับ จังหวัด ปี ๒๕๖๒
รอบที่ ๒ รับการตรวจราชการฯ วันที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๒

KPI : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานอนามัยการเจริญพันธุ์

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

วัยรุ่นและเยาวชน เป็นกลุ่มประชากรที่จะเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ แต่ปัจจุบันวัยรุ่นและเยาวชน กำลังเผชิญปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน ได้แก่ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การทำแท้ง การติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ HIV และเอดส์ โดยเฉพาะการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทำให้เด็กต้องออกจากโรงเรียนกลางคัน รวมไปถึงปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพอื่นๆ เช่น บุหรี่ สุรา สารเสพติด ความรุนแรง ส่งผลถึงปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว ปัญหาสังคมและชุมชน ซึ่งปัญหาเหล่านี้ จำเป็นต้องมีการร่วมมือกันของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ตั้งแต่ครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษา หน่วยบริการสาธารณสุข และอำเภอ ในการพัฒนามาตรการเจริญพันธุ์ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันและเกิดการบูรณาการการทำงานและมีรูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์และป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น เป็นรูปธรรมและยั่งยืน

อำเภอนาเยียเจริญพันธุ์ ประกอบด้วย ๕ องค์ประกอบ

องค์ประกอบที่ ๑ : อำเภอ

- มีคณะกรรมการ/คณะทำงานด้านอนามัยเจริญพันธุ์
- มีการจัดทำแผนและดำเนินงานตามแผน
- มีฐานข้อมูลด้านเพศ อนามัยการเจริญพันธุ์ และพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นและเยาวชน
- มีการสื่อสารเพื่อสร้างกระแสสังคม

องค์ประกอบที่ ๒ : องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- มีคณะกรรมการ/คณะทำงานด้านอนามัยเจริญพันธุ์
- มีการจัดทำแผนและดำเนินงานตามแผน
- มีฐานข้อมูลด้านเพศ อนามัยการเจริญพันธุ์ และพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นและเยาวชน
- มีการสื่อสารเพื่อสร้างกระแสสังคม

องค์ประกอบที่ ๓ : ครอบครัว/ชุมชน

- มีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์

องค์ประกอบที่ ๔ : สถานศึกษา

- มีกิจกรรมด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

องค์ประกอบที่ ๕ : สถานบริการสาธารณสุข

- มีกิจกรรมด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

● การดำเนินงานของพื้นที่ (Essential Task)

มาตรการการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑.	- แต่งตั้งคณะทำงานอนามัยเจริญพันธุ์ระดับอำเภอ - ประสานภาคีเครือข่าย/อปท. ในการจัดทำแผนปฏิบัติงาน - มีฐานข้อมูลด้านอนามัยเจริญพันธุ์	- มีแผนการสื่อสารและมีการดำเนินงานตามแผนการสื่อสารที่หลากหลายช่องทาง	- มีกิจกรรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ - กิจกรรมการจัดบริการเชิงรุก/กิจกรรมให้ความรู้เยาวชนในพื้นที่ - มีระบบเครือข่ายการดูแล ช่วยเหลือ ส่งต่อ และติดตามนักเรียนที่มีปัญหาด้านอนามัยเจริญพันธุ์	- คลินิกวัยรุ่น ผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานสถานบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน - สรุปผลและวางแผนการปฏิบัติงาน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติงาน			
ผลการดำเนินงาน	- มีการแต่งตั้งคณะทำงานอนามัยเจริญพันธุ์ ระดับอำเภอ - ประสานของบประมาณและจัดทำแผนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - พัฒนาศักยภาพแกนนำเยาวชนร่วมกับสถานศึกษา - มีต้นแบบ To be number one - มีคลินิกวัยรุ่น			

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน	คะแนน
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานอนามัยการเจริญพันธุ์	ระดับ ๑ ผ่าน ๑ องค์ประกอบ ระดับ ๒ ผ่าน ๒ องค์ประกอบ ระดับ ๓ ผ่าน ๓ องค์ประกอบ ระดับ ๔ ผ่าน ๔ องค์ประกอบ ระดับ ๕ ผ่าน ๕ องค์ประกอบ	๕

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

- วัยรุ่น ยังไม่มีความตระหนักในเรื่อง การ Safe sex
- ผู้ปกครองและโรงเรียน ไม่สามารถควบคุมดูแลกลุ่มเยาวชน ได้อย่างทั่วถึง

● ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้หน่วยรับตรวจ
วัยรุ่น ยังไม่มีความตระหนักในเรื่อง การ Safe sex	- สร้างความตระหนักในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย
ผู้ปกครองและโรงเรียน ไม่สามารถควบคุมดูแลกลุ่ม เยาวชน ได้อย่างทั่วถึง	- ประสานงาน ติดตาม กำกับเด็กที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ระหว่างครอบครัว ชุมชน และสถานศึกษา

● ข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

- ควรมีการเพิ่มมาตรการการดูแลเด็กและเยาวชนในสถานศึกษา

● นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

- การประกวด To be number one

ผู้รายงาน เนาวรารวรรณ นามพร
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๕๔ - ๕๙๑๕๗๕ ต่อ ๑๐๗๒

แบบรายงานการตรวจราชการระดับ จังหวัด ปี ๒๕๖๒
รอบที่ ๒ รับการตรวจราชการฯ วันที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๒

KPI : ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก

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

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

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

ในสภาพปัจจุบัน ปัญหาทางเศรษฐกิจจุมพฏทำให้สภาพครอบครัวไม่สมบูรณ์ 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 ภาวะการณ้เจริญเติบโต 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

๑. ร้อยละของเด็ก ๐ - ๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย

หน่วยบริการ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
โรงพยาบาลสอง	๕๐	๔๑	๘๒
รพ.สต.บ้านหนูน	๑๙	๑๙	๑๐๐
รพ.สต.ทุ่งน้ำว	๖	๖	๑๐๐
รพ.สต.วังดิน	๕	๔	๘๐
รพ.สต.ลูนีเกตุ	๖	๖	๑๐๐
รพ.สต.ห้วยซอน	๘	๗	๘๗.๕
รพ.สต.ห้วยหม้าย	๒๐	๒๐	๑๐๐
รพ.สต.เตาปูน	๕๒	๓๘	๗๓.๐๘
รพ.สต.นาไร่เดียว	๗	๖	๘๕.๗๑
รพ.สต.หัวเมือง	๖	๖	๑๐๐
รพ.สต.วังพ่อน	๗	๖	๘๕.๗๑
รพ.สต.สะเอียบ	๒๕	๒๕	๑๐๐
รพ.สต.ป่าเลา	๑	๑	๑๐๐
รพ.สต.นาหลวง	๓	๓	๑๐๐
รพ.สต.แดนชุมพล	๑๗	๑๗	๑๐๐
รพ.สต.หนองเสี้ยว	๑๔	๑๔	๑๐๐
สสช.แม่แรม	๒๙	๒๙	๑๐๐
รวม	๒๗๕	๒๔๘	๙๐.๑๘

๒. ร้อยละของเด็ก ๐ - ๕ ปี มีส่วนสูงดี รูปร่างสมส่วน

หน่วยบริการ	จำนวนเด็ก ๐-๕ ปี ทั้งหมด	ซังน้ำหนักร และวัดส่วนสูง	ร้อยละ	สูงดีสมส่วน	ร้อยละ
โรงพยาบาลสอง	๓๓๗	๒๔๗	๗๓.๒๙	๑๒๙	๕๒.๒๓
รพ.สต.บ้านหนูน	๑๑๓	๕๗	๕๐.๔๔	๓๐	๕๒.๖๓
รพ.สต.ทุ่งน้ำว	๑๓๖	๓๐	๒๒.๐๖	๑๖	๕๓.๓๓
รพ.สต.วังดิน	๕๓	๔๒	๗๙.๒๕	๒๗	๖๔.๒๙
รพ.สต.ลูนีเกตุ	๖๑	๓๓	๕๔.๑	๑๖	๔๘.๔๘
รพ.สต.ห้วยซอน	๘๓	๖๗	๘๐.๗๒	๒๘	๔๑.๗๙
รพ.สต.ห้วยหม้าย	๑๗๗	๑๒๖	๗๑.๑๙	๕๕	๔๓.๖๕
รพ.สต.เตาปูน	๒๔๕	๕๓	๒๑.๖๓	๒๕	๔๗.๑๗
รพ.สต.นาไร่เดียว	๔๙	๑๖	๓๒.๖๕	๘	๕๐

หน่วยบริการ	จำนวนเด็ก ๐-๕ ปี ทั้งหมด	ซังน้ำหนัก และวัดส่วนสูง	ร้อยละ	สูงดีสมส่วน	ร้อยละ
รพ.สต.หัวเมือง	๑๓๔	๑๔	๑๐.๔๕	๖	๔๒.๘๖
รพ.สต.วังพอน	๘๑	๖๘	๘๓.๙๕	๕๐	๗๓.๕๓
รพ.สต.สะเอียบ	๑๔๐	๑๑๖	๘๒.๘๖	๖๙	๕๙.๔๘
รพ.สต.ป่าเลา	๕๓	๑๑	๒๐.๗๕	๕	๔๕.๔๕
รพ.สต.นาหลวง	๖๗	๕	๗.๔๖	๑	๒๐
รพ.สต.แดนชุมพล	๑๑๖	๑๐๕	๙๐.๕๒	๖๔	๖๐.๙๕
รพ.สต.หนองเลี้ยว	๘๓	๒๔	๒๘.๙๒	๑๒	๕๐
สสช.แม่แรม	๑๘๖	๓๘	๒๐.๔๓	๒๒	๕๗.๘๙
รวม	๒,๑๑๔	๑,๐๕๒	๔๙.๗๖	๕๖๓	๕๓.๕๒

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

- การส่งเสริมพัฒนาการเด็กเป็นไปอย่างไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากการย้ายที่อยู่
- ผู้ปกครองไม่ตระหนักในเรื่องการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

● ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

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

- ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย
 ๑. พัฒนาศักยภาพบุคลากร
 - จัดให้มีการอบรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กทุกปี เพื่อหมุนเวียนให้บุคลากรในหน่วยงานได้ไปเรียนรู้ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการให้บริการได้รวดเร็วขึ้น (จนท.ให้บริการได้หลายคน)
- นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน จรีรัตน์ อ่องคำ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๕๔ - ๕๙๑๕๗๕ ต่อ ๑๐๒๗

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

รอบที่ ๒ รับการตรวจราชการฯ วันที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๒

KPI : ร้อยละเด็ก ๓ ปี ปราศจากโรคฟันผุ (Caries free)

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

เด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันแท้ผุ (Caries free) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องอย่างช้าๆ มาตั้งแต่ ปี ๒๕๕๖ – ๒๕๖๑ แต่ปี ๒๕๖๒ กลับลงไปต่ำที่สุดในรอบ ๕ ปี

● การดำเนินงานของพื้นที่ (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. ดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพใน WCC	- ให้ทันตสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วม - ตรวจ - ฝึกแปรงฟัน - เคลือบฟลูออไรด์	- ให้ทันตสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วม - ตรวจ - ฝึกแปรงฟัน - เคลือบฟลูออไรด์	- ให้ทันตสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วม - ตรวจ - ฝึกแปรงฟัน - เคลือบฟลูออไรด์	- ให้ทันตสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วม - ตรวจ - ฝึกแปรงฟัน - เคลือบฟลูออไรด์
๒. ติดตามเยี่ยมบ้านเด็กอายุ ๑ ปี ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง โดย อสม.		- พัฒนาศักยภาพ อสม. - เยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยงร่วมกับ อสม.	- อสม. เยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยง	- อสม. เยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยง
๓. ดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพใน ศพด.		- ตรวจ - สอนทันตสุขศึกษา - ติดตามการแปรงเหง้า - อุดฟันด้วย SMART technique		
๔. ดำเนินโครงการพิเศษ ใน ศพด. ที่มีปัญหา		- ค้นหาปัญหา และหาแนวทางแก้ไข ปัญหาโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม		
๕. วิเคราะห์ข้อมูล			- ติดตามผลการแก้ไข ปัญหา	- สรุปข้อมูล - วางแผนพัฒนาในปีต่อไป

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.สอง									
		บ้าน กลาง	บ้าน หนุน	เตา ปูน	สระเียบ	ห้วย หม้าย	ห้วย ขอน	ทุ่ง น้ำ	แดน ชุมพล	หัวเมือง	รวม
ร้อยละของเด็กอายุ ๓ ปี มี Caries free		๓๘.๔๖	๕๑.๗	๗๕	๔๕.๑	๓๘.๗	๑๐๐	๓๘.๗	๓๘.๗	๖๖.๗	๕๓.๕๗

● สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ
(Key Risk Area/ Key Risk Factor) การดูแล/เลี้ยงดู บุตรหลานของผู้ปกครอง

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่ บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
บาง ศพด. ผู้ปกครอง ยังไม่ดูแลบุตรหลาน ไม่ถูกต้อง	๑. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนวิธีการดูแลบุตรหลาน วิเคราะห์ปัญหา และ หาแนวทางแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วม ๒. ดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มวัยทำงาน เพื่อให้เกิดการดูแลทันตสุขภาพของตนเอง และ บุตรหลานได้อย่างถูกต้อง

ผู้รายงาน ทพญ.วิลาวรรณ จันจร
ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

รอบที่ ๒ รับการตรวจราชการฯ วันที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๒

KPI : เด็กอายุ ๑๒ ปี ฟันดี ไม่มีผุ (Cavity free)

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

เด็กอายุ ๑๒ ปีปราศจากฟันแท้ผุ (Caries free) เพิ่มขึ้น, และนักเรียน ป.๒ - ป.๖ เข้าถึงการรักษา และงานทันตกรรมป้องกันมากขึ้นมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี ๒๕๕๖ ส่งผลให้เด็กอายุ ๑๒ ปี มีฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) เพิ่มขึ้น แต่ในปี ๒๕๖๑ จัดบริการได้ไม่ครอบคลุม ทำให้ Cavity free ลดลงจาก ๙๒.๙๒% ในปี ๒๕๖๐ เหลือเพียง ๗๑.๐๔% ในปี ๒๕๖๑ จึงมีการปรับระบบบริการอีกครั้ง โดยนัดหมายล่วงหน้ากับทางโรงเรียน ไม่เกิน ๒ สัปดาห์ นอกจากนี้ยังมีการกระตุ้นให้โรงเรียนจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน ทำให้นักเรียนเข้าถึงอาหารและเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ต่อร่างกายได้ง่ายขึ้น และคัดค้านนวัตกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้านทันตสุขภาพ ทำให้ในปี ๒๕๖๒ Cavity free เพิ่มขึ้นเป็น ๗๙.๐๗%

● การดำเนินงานของพื้นที่ (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. ดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน	- สอนทันตสุขศึกษา โดยเน้นการมีส่วนร่วม และ กระตุ้นกระบวนการคิดผ่านเกม Magic diagram, บิงโกอาหาร ๔ สี และ ทุบน้ำแข็งอาหาร ๔ สี			
๒. กำกับติดตามการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน		นิเทศติดตาม เสริมพลัง และ ให้ความช่วยเหลือ		
๓. วิเคราะห์ข้อมูลสถานะทันตสุขภาพ เพื่อใช้วางแผนการดำเนินงานปี ๒๕๖๑			สำรวจสถานะทันตสุขภาพเพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการดำเนินงาน	
๔. จัดบริการทันตกรรมป้องกัน ในนักเรียนชั้น ป.๑			ดำเนินการเคลือบหลุมร่องฟันนักเรียนชั้น ป.๑	

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๕. จัดบริการทันตกรรมป้องกัน(PRR)/อุดฟัน/ขูดหินปูน ในนักเรียนชั้น ป.๒ - ป.๖				ปรับระบบบริการทันตกรรมป้องกัน (PRR)/อุดฟัน/ขูดหินปูน ในนักเรียนชั้น ป.๒ - ป.๖

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน	คปสอ.สอง								
	บ้านกลาง	บ้านหนอง	เตาปูน	สะเอียบ	ห้วยหม้าย	ทุ่งน้ำ	แดนชุมพล	ห้วยเมือง	รวม
ร้อยละของเด็กอายุ ๑๒ ปี มี Cavity free									๗๙.๐๗%

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

มีการจำหน่ายอาหาร และ เครื่องดื่ม ที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย รอบๆ โรงเรียน

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
การแปรงฟัน ยังไม่เป็นที่ยอมรับในเด็กโต เพราะความไม่คุ้นชิน และ ปรับเปลี่ยนยาก	สร้างกระแสการแปรงฟันในโรงเรียนโดยใช้แกนนำนักเรียน และ สร้างกระแสการแปรงฟันในชุมชน
มีนักเรียนบางคนแปรงฟันไม่สะอาดจากที่บ้าน	ดำเนินโครงการแจกดาว ติดเดือน โดยมีการตรวจฟันนักเรียนทุกเช้า นักเรียนที่มีฟันสะอาดทุกวันจะได้รับการติดบอร์ด เพื่อสร้างความภาคภูมิใจ
ทางโรงเรียนไม่สะดวกพาเด็กนักเรียนมารับบริการ โดยเฉพาะนักเรียน ชั้น ป.๖	๑. เริ่มต้นให้ รร.พานักเรียนชั้น ป.๖ มารับบริการก่อน ๒. แจกแผ่นล่วงหน้า ๒ สัปดาห์
นักเรียนส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเลือกทานอาหารที่มีประโยชน์	๑. เรียนรู้ผ่านเกมบิงโก และ เกมท่อน้ำแข็งอาหาร ๔ สี
นักเรียนส่วนใหญ่ ยังไม่ให้ความสนใจในการดูแลทันตสุขภาพของตนเอง	๑. เรียนรู้ผ่าน และ กระตุ้นการดูแลทันตสุขภาพของตนเองผ่าน Magic diagram

● ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

: การควบคุมการโฆษณาอาหาร และ เครื่องดื่ม ที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย

- **นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง(ถ้ามี)**

- ใช้ภาพพระบายสีเป็นสื่อให้นักเรียนตรวจสอบสภาพช่องปากด้วยตัวเอง (สื่อด้วยภาพ ทราบปัญหาด้วยตัวเอง)
- บิงโกอาหารว่าง ๔ สี (เขียว เหลือง ส้ม แดง)
- อาหาร ๔ สี มีความสนุก

ผู้รายงานทพญ.วิลาวรรณ จันจร
ตำแหน่งทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒
รอบที่ ๒ รับการตรวจราชการฯ วันที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๒

KPI : ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีฟันหลังแท้หรือเทียมใช้งานได้อย่างเหมาะสม ๔ คู่สบขึ้นไป (ร้อยละ ๗๕)

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

ผู้สูงอายุในเขต อ.สอง มีฟันคู่สบสำหรับบดเคี้ยวอาหาร ๔ คู่ ขึ้นไป ร้อยละ ๗๐.๓

● การดำเนินงานของพื้นที่ (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุ	- วางแผนการดำเนินโครงการ - ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้อง	- จัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุ - ตรวจสอบสถานะทันตสุขภาพ	- ทบทวนกิจกรรม Kenkobi	
๒. นวัตกรรมรักษาที่โรงพยาบาล/รพ.สต.		- นัดผู้สูงอายุที่มีปัญหาทันตสุขภาพมารับการรักษาที่รพ. หรือ รพ.สต.	- นัดผู้สูงอายุที่มีปัญหาทันตสุขภาพมารับการรักษาที่รพ. หรือ รพ.สต.	
๓. ติดตามประเมินผล				- สรุปข้อมูล - วิเคราะห์ข้อมูล - วางแผนพัฒนาในปีต่อไป

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน	คปสอ.สอง								
	รพ.สอง	ห้วยขอน	เตาปูน	สะเอียบ	ห้วยหม้าย	ทุ่งนาว	แดนชุมพล	หัวเมือง	รวม
ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีฟันหลังแท้หรือเทียมใช้งานได้อย่างเหมาะสม ๔ คู่สบขึ้นไป	๘๓.๘	๕๙.๑	๖๕.๑	๕๖.๐	๕๒.๕	๕๒.๕	๕๒.๕	๘๒.๒	๗๐.๓

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

-

- ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
๑. ผู้สูงอายุ ยังแปร่งฟันไม่สะอาด ไม่แปร่งฟันก่อนนอน ๒. ผู้สูงอายุไม่มารับบริการ ๓. ผู้สูงอายุมีฟันคู่สบ น้อยกว่า ๔ คู่ แต่ไม่มีความประสงค์จะใส่ฟันเทียม ๔. ผู้สูงอายุมีฟันคู่สบ น้อยกว่า ๔ คู่ มีความประสงค์จะใส่ฟันเทียม แต่ไม่ต้องการเตรียมช่องปาก	๑. จัดกิจกรรมฝึกแปร่งฟันในโรงเรียนผู้สูงอายุ และ อบต./เทศบาล สนับสนุนแปร่งสีฟัน ๒. ตรวจฟัน และ นัดมารับการรักษาที่โรงพยาบาล/รพ.สต. ๓. ให้ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียม มาเล่าถึงความแตกต่าง/ประโยชน์ของการใส่ฟันเทียม

- ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

-

- นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง(ถ้ามี)

-

ผู้รายงานทพญ.วิลาวรรณ จันจร
ตำแหน่งทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

รอบที่ ๒ รับการตรวจราชการฯ วันที่ ๑๙ สิงหาคม 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 มีบทบาทในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนเกิดการบูรณาการเป้าหมายทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนโดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลางมีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกันโดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาวะทางกายจิตและสังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป โดยมุ่งให้เกิดการพัฒนาคุณภาพมีผลการดำเนินการดังนี้

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

๒. แต่งตั้งคณะทำงาน วางแผนกำหนดแนวทางใน การขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามที่พื้นที่กำหนด

๓. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการจัดประชุมแบบมีส่วนร่วม เพื่อวิเคราะห์ปัญหา/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

๗. จัดเวทีสรุปผลการดำเนินงานที่สะท้อนให้เห็นถึงกลไกการดำเนินงานตามหลักการของ พชอ. ได้แก่ การมีส่วนร่วม คุณภาพชีวิต การเคลื่อนไหวที่เกิดขึ้น การใช้ทรัพยากรและเทคโนโลยี

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. พัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอ	ประเมินผลการ ดำเนินงานเกี่ยวกับการ พัฒนาคุณภาพ ชีวิต อำเภอ ด้วย UCCARE - ทบทวนคำสั่ง คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ (พชอ.) ตาม ระเบียบสำนักนายกฯ และมีการประชุม คณะกรรมการฯ กำหนดประเด็นได้แก่ - 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 ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ในการขับเคลื่อน ประเด็นการพัฒนา คุณภาพชีวิต มีแผน ดำเนินงานในการ แก้ไขปัญหา พัฒนา ตามประเด็นการ พัฒนาคุณภาพชีวิต - มีการดำเนินงาน ตามแผนดำเนินงาน ในการแก้ไข ปัญหา พัฒนาตามประเด็น การพัฒนาคุณภาพ ชีวิต	สรุปผลการดำเนิน งานที่สะท้อนให้ เห็นถึงกลไกการ ดำเนินงานตาม หลักการของ พชอ. ได้แก่ การมีส่วน ร่วม (Participant) คุณภาพชีวิต (Quality of life) การเคลื่อนไหวที่ เกิดขึ้น (Social movement) ทรัพยากร (Resource sharing) และเทคโนโลยี (Technology)
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- ปัญหาสุขภาพใน พื้นที่(OTOP/ODOP)	แผนงาน/โครงการ อปท.	การแก้ปัญหาตาม ODOP/OTOP	ผลสำเร็จการแก้ไข ปัญหา
ผลการดำเนินงาน	- แผนงาน OTOP/ODOP	- โครงการ ODOP - โครงการ OTOP	แก้ไขปัญหา ได้แก่ - การบาดเจ็บจาก อุบัติเหตุทางถนน - การบริหารจัดการ ขยะและสิ่งแวดล้อม	- ประเมินผลการ ดำเนินงานเกี่ยวกับ การพัฒนาคุณภาพ

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน	คะแนน
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	ระดับ ๑ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ระดับ ๒ และมีการจัดประชุมแบบมีส่วนร่วม เพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็น พัฒนานำมา คัดเลือก ประเด็นที่สำคัญเกี่ยวกับการพัฒนา คุณภาพชีวิต ตามบริบทในพื้นที่ ระดับ ๓ และมีแผนดำเนินงานในการแก้ไขปัญหา พัฒนา ตามประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับ ๔ และมีการดำเนินงานตามแผนฯ ระดับ ๕ และมีการวิเคราะห์/สรุป/ถอดบทเรียน	๕

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
๑. ประเด็นปัญหาในพื้นที่ตำบลไม่เหมือนกัน ทุกตำบล	๑. ควรให้พื้นที่ตำบลเป็นผู้กำหนดประเด็นปัญหาตนเอง เพื่อ การมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาของตนเอง

● ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

-

● นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง(ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน นายสวัสดิ์ ดวงใจ

ตำแหน่ง. นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทรศัพท์ ๐ ๘๘๔ ๓๐๐ ๗๓๓

E- mail : sawaddee121@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

รอบที่ ๒ รับการตรวจราชการฯ วันที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๒

KPI : ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลดำเนินงาน Smart Hospital ได้ตามเกณฑ์

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

ปัจจุบันความก้าวหน้าของเทคโนโลยีเป็นไปอย่างรวดเร็ว แนวโน้มการเกิดโรคมีการเปลี่ยนแปลงจากความเจริญ การสื่อสารและเทคโนโลยี กระทรวงสาธารณสุขจึงมีเป้าหมายที่จะพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนให้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง เป็น Smart Hospital ที่มีการนำเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ระบบอิเล็กทรอนิกส์ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ มาเพิ่มความสะดวกในระบบบริการ การจัดเก็บข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย การบริหารจัดการ ลดความแออัด และอำนวยความสะดวกทั้งต่อผู้ใช้บริการและผู้รับบริการ รวมทั้งทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 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 และประเมินระบบ นำไปใช้งานจริง
ผลการดำเนินงาน	๑. จัดทำระบบคิว ให้สำหรับหน่วยบริการต่างๆ เพื่อแจ้งให้ผู้มารับบริการทราบ เมื่อเวลาให้บริการของตนเอง ๒. ลดระยะเวลาการรอคอยที่จะรับบริการลง ๓. เพื่อความสะดวก สบาย ต่อผู้รับบริการ ในการเตรียมตัวก่อนเข้ารับบริการตามหน่วยบริการต่างๆ			
๓. Smart Service : ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ (ePrescription)	ประชุมชี้แจงแนวทาง ทีมงานที่เกี่ยวข้อง ใบสั่งยา 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			
๔. Smart Outcome Investigate โดยส่ง Stool exam	ประชุมชี้แจงแนวทาง ทีมงานที่เกี่ยวข้อง	จัดทำระบบ Popup โรคที่สำคัญ	ทดสอบระบบ Popup ในการดูแลผู้ป่วย	แก้ไข ปรับปรุง ประเมิน การนำเทคโนโลยีดิจิทัล ในการดูแลผู้ป่วย
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	๑. การดูแลมีคุณภาพและส่งผลให้ค่า CMI เพิ่มขึ้น ๒. การวินิจฉัยโรค Opisthorchiasis Vererini ก็จะทำให้ตรวจรักษาได้ตรงประเด็น ๓. พัฒนาการให้บริการทางสุขภาพแบบองค์รวม ครอบคลุม			

- ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน	คะแนน
ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลดำเนินงาน Smart Hospital ได้ตามเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์การประเมิน ระดับ ๓	๕

- ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
๑. ระบบเครือข่ายภายในโรงพยาบาล ที่ผ่านการใช้งาน มายาวนาน และมีสภาพทรุดโทรม บางจุดไม่มีการ จัดเก็บที่เป็นระเบียบ อาจส่งผลกระทบต่อระบบที่อาจทำให้ เกิดความล่าช้า ไปยังหน่วยงานต่างๆใน โรงพยาบาล	จัดการระบบเครือข่ายภายในโรงพยาบาล เช่น สาย LAN ให้มีความเสถียรภาพมากขึ้น มีความเป็นระเบียบเรียบร้อย ผ่านตามมาตรฐานของ HA IT
๒. บุคลากรในโรงพยาบาล ขาดความรู้ความเข้าใจ ความกระตือรือร้น ต่อเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงอยู่ทุก วัน	จัดการประชุมชี้แจงแนวทางในการใช้ระบบต่างๆ ให้แก่ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงบุคลากรในโรงพยาบาลทุกคน ให้มีเข้าใจต่อระบบ และสาธิต แสดงวิธีการใช้งานระบบให้ ได้ทราบ
๓. ผู้รับบริการในเขตโรงพยาบาล ส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ ขาดความเข้าใจเทคโนโลยี ส่งผลต่อการใช้งานระบบ ต่างๆ	มอบหมายให้บุคลากรที่มีเกี่ยวข้องกับระบบ เชี่ยวชาญใน การใช้งานระบบ ให้คำแนะนำ อธิบาย ช่วยเหลือต่อ ผู้รับบริการ
๔. เนื่องจากระบบต่างๆ ที่จัดทำ ต้องใช้งบประมาณใน การจัดทำระบบ ทางโรงพยาบาลขาดงบประมาณใน บางส่วน ในการสนับสนุนการทำระบบ	นำวัสดุเหลือใช้ ที่สามารถนำมาใช้งานต่อระบบ มาใช้งาน แทน และจัดทำโครงการให้ผู้บริหารรับทราบถึงแนวทางใน การทำระบบ เพื่อสนับสนุนงบประมาณ

- ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

-

- นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน นายชินกฤต พุ่มพวง
ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไป

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒
รอบที่ ๒ รับการตรวจราชการวันที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๒

KPI : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพข้อมูล ๔๓ แฟ้ม และการลงสาเหตุการตายได้ตามเกณฑ์

- **สถานการณ์/สภาพปัญหา**

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการจัดเก็บและส่งออกชุดข้อมูลมาตรฐานเป็นฐานข้อมูลรายบุคคลจากสถานบริการทุกระดับมายังสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี ๒๕๕๐ ในรูปแบบโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล ๑๘ แฟ้มมาตรฐานในปี ๒๕๕๕ ได้ปรับเป็น ๔๓ แฟ้มและ ๗ แฟ้มมาตรฐานเพื่อส่งต่อข้อมูลการเจ็บป่วยซึ่งได้เพิ่มโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลของผู้ป่วยในและอื่นๆที่จำเป็นโดยสถานบริการทุกแห่งส่งข้อมูลรายบุคคลไปรวมที่คลังข้อมูลระดับจังหวัด (HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรวบรวมส่งมายังสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นข้อมูลสุขภาพระดับประเทศเพื่อการใช้ประโยชน์ร่วมกันซึ่งได้มีการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพมาโดยตลอดแต่ยังพบปัญหาข้อมูลขาดคุณภาพและความน่าเชื่อถือขาดความถูกต้องขาดความครบถ้วนขาดความครอบคลุมและไม่ทันเวลาสาเหตุที่สำคัญคือ

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
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ข้อมูลเกิดความผิดพลาด ช้าช้อนน้อยลง			
ผลการดำเนินงาน	บันทึกข้อมูลตรงตามปฏิทินวางแผนการบันทึกข้อมูล			
แนวทางการบันทึกเวชระเบียนให้สมบูรณ์และการตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	๑. จัดทำคู่มือการบันทึกเวชระเบียน โดยการใช้โปรแกรม HosXP ในการจัดเก็บข้อมูล	๒. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนทุก ๓ เดือน และแจ้งผลแก่ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุงและพัฒนา	๓. พัฒนาความรู้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการบันทึกเวชระเบียน เกณฑ์การวินิจฉัยและเกณฑ์การให้รหัสโรค รหัสหัตถการ	๔. ปรับปรุงแบบฟอร์มเวชระเบียนให้ถูกต้อง ครบถ้วนและเหมาะสมกับการใช้ประโยชน์
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- อัตราความสมบูรณ์ของผู้ป่วยนอกไม่น้อยกว่า ๘๕% - อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยในไม่น้อยกว่า ๘๕% - อัตราความสมบูรณ์ของข้อมูล ๔๓ แฟ้มมากกว่า ๘๕%			
ผลการดำเนินงาน	ความผิดพลาดข้อมูลลดลง และข้อมูลมีความทันเวลา			
พัฒนาการศักยภาพบุคลากร ทั้งภายในโรงพยาบาล และรพ.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 ๕
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

KPI : ระดับความสำเร็จของ คปสอ. ที่สามารถควบคุมกำกับการจัดทำแผน รพ.สต. ส่วนต่างแผนและผลไม่เกินร้อยละ ๒๐

รายงานการติดตามแผนรายได้และค่าใช้จ่าย รพ.สต. (อำเภอสอง) ปีงบประมาณ 2562 รอบ 2

รายงานการติดตามแผนรายได้และค่าใช้จ่าย รพ.สต. (อำเภอสอง) ปีงบประมาณ 2562 รอบ 2																
ลำดับที่	ชื่อ รพ.สต	แผนประมาณการรายได้						แผนประมาณการค่าใช้จ่าย						ส่วนต่างรายได้ และค่าใช้จ่ายทั้งปี	ลักษณะแผน	
		แผนรายได้ทั้งปี	แผนที่ควรเป็น 10 เดือน	ผลการดำเนินงาน	ส่วนต่าง	ร้อยละจากแผน		แผนค่าใช้จ่ายทั้งปี	แผนที่ควรเป็น 10 เดือน	ผลการดำเนินงาน	ส่วนต่าง	ร้อยละจากแผน				
1	รพ.สต.สะเอียบ	700,071.00	583,392.50	656,424.66	-73,032.16	-12.52	ผ่าน	647,016.00	539,180.00	566,076.25	-26,896.25	-4.99	ผ่าน	53,055.00	เกินดุล	
2	รพ.สต.บ้านนาหลวง	455,500.00	379,583.33	420,661.84	-41,078.51	-10.82	ผ่าน	378,883.00	315,735.83	320,637.34	-4,901.51	-1.55	ผ่าน	76,617.00	เกินดุล	
3	รพ.สต.บ้านป่าเลา	587,349.23	489,457.69	577,463.44	-88,005.75	-17.98	ผ่าน	562,038.02	468,365.02	415,006.53	53,358.49	11.39	ผ่าน	25,311.21	เกินดุล	
4	รพ.สต.เตาปูน	658,708.68	548,923.90	558,676.62	-9,752.72	-1.78	ผ่าน	530,714.00	442,261.67	386,955.04	55,306.63	12.51	ผ่าน	127,994.68	เกินดุล	
5	รพ.สต.บ้านนาไร่เดียว	413,900.00	344,916.67	393,707.71	-48,791.04	-14.15	ผ่าน	347,080.00	289,233.33	367,108.83	-77,875.50	-26.92	ไม่ผ่าน	66,820.00	เกินดุล	
6	รพ.สต.บ้านวังดิน	490,513.58	408,761.32	381,961.33	26,799.99	6.56	ผ่าน	495,131.60	412,609.67	277,435.53	135,174.14	32.76	ไม่ผ่าน	-4,618.02	ขาดดุล	
7	รพ.สต.บ้านหุน	498,932.86	415,777.38	446,215.33	-30,437.95	-7.32	ผ่าน	459,268.00	382,723.33	340,925.13	41,798.20	10.92	ผ่าน	39,664.86	เกินดุล	
8	รพ.สต.ทุ่งน้ำว	608,821.00	507,350.83	479,924.47	27,426.36	5.41	ผ่าน	566,260.00	471,883.33	410,309.53	61,573.80	13.05	ผ่าน	42,561.00	เกินดุล	
9	รพ.สต.บ้านดอนแก้ว	629,007.51	524,172.93	683,961.27	-159,788.35	-30.48	ไม่ผ่าน	642,024.00	535,020.00	533,353.30	1,666.70	0.31	ผ่าน	-13,016.49	ขาดดุล	
10	รพ.สต.บ้านลูนีเกตุ	548,412.56	457,010.47	456,974.25	36.22	0.01	ผ่าน	473,752.50	394,793.75	354,144.13	40,649.62	10.30	ผ่าน	74,660.06	เกินดุล	
11	รพ.สต.บ้านห้วยซอน	699,055.00	582,545.83	571,245.53	11,300.30	1.94	ผ่าน	953,094.00	794,245.00	530,509.18	263,735.82	33.21	ไม่ผ่าน	-254,039.00	ขาดดุล	
12	รพ.สต.แดนชุมพล	516,152.23	430,126.86	510,806.58	-80,679.72	-18.76	ผ่าน	642,484.00	535,403.33	498,244.83	37,158.50	6.94	ผ่าน	-126,331.77	ขาดดุล	
13	รพ.สต.หัวเมือง	544,500.00	453,750.00	446,436.87	7,313.13	1.61	ผ่าน	593,644.00	494,703.33	393,383.09	101,320.24	20.48	ไม่ผ่าน	-49,144.00	ขาดดุล	
14	รพ.สต.บ้านวังพ่อน	648,600.00	540,500.00	496,719.90	43,780.10	8.10	ผ่าน	520,560.00	433,800.00	488,482.21	-54,682.21	-12.61	ผ่าน	128,040.00	เกินดุล	
15	รพ.สต.บ้านหนองเสี้ยว	508,917.65	424,098.04	407,817.41	16,280.63	3.84	ผ่าน	482,991.60	402,493.00	378,255.87	24,237.13	6.02	ผ่าน	25,926.05	เกินดุล	
16	สสช.บ้านแม่แรม	424,888.00	354,073.33	317,037.13	37,036.20	10.46	ผ่าน	534,796.00	445,663.33	236,850.29	208,813.04	46.85	ไม่ผ่าน	-109,908.00	ขาดดุล	
รวม		8,933,329.30	7,444,441.08	7,806,034.34	-361,593.26	-4.86	ผ่าน	8,829,736.72	7,358,113.93	6,497,677.08	860,436.85	11.69	ผ่าน	103,592.58	เกินดุล	
จำนวน รพ.สต. ที่สามารถควบคุมแผนประมาณการรายได้ (ผ่าน)				15 แห่ง	ร้อยละ ของ รพ.สต.ที่สามารถควบคุมแผนรายได้				93.75							
จำนวน รพ.สต. ที่สามารถควบคุมแผนประมาณการค่าใช้จ่าย (ผ่าน)				11 แห่ง	ร้อยละ ของ รพ.สต.ที่สามารถควบคุมแผนค่าใช้จ่าย				68.75							
									81.25							
					ระดับคะแนน				4	คะแนน						

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒
รอบที่ ๒ รับการตรวจราชการฯ วันที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๒

KPI : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

โรงพยาบาลสองได้ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน ประเมินระบบควบคุมภายใน ๕ มิติ และมีการดำเนินการประเมินระบบควบคุมภายใน ๕ มิติ เป็นบางส่วนซึ่งยังไม่แล้วเสร็จ ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์การประเมินการตรวจสอบงบการเงิน ร้อยละ ๕๐ ของการประเมินในไตรมาส ที่ ๒

ระบบตรวจสอบภายในอัตโนมัติ 5 มิติ กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สรุปผลการประเมิน ประจำปีงบประมาณ 2562 ไตรมาส1-2					
ลำดับ	ระบบ	จำนวน (ข้อ)	N/A	ผลคะแนน	ร้อยละ
1	แบบประเมินเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลัง (มิติด้านการเงิน)	52	11	36	87.80
2	แบบประเมินเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลัง (มิติด้านจัดเก็บรายได้ข้าราชการพยาบาล)	23		21	91.30
3	แบบประเมินเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลัง (มิติด้านงบการเงิน)	46	1	44	97.78
4	แบบประเมินเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลัง (มิติด้านบริหารพัสดุ)	51		42	82.35
5	แบบประเมินเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลัง (มิติด้านระบบการควบคุมภายในและการบริหาร ความเสี่ยง)	38		38	100.00
ผลรวม		210	12	181	91.41

● แผนการดำเนินงานของพื้นที่ ปี ๒๕๖๒

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑. การดำเนินงาน ควบคุมภายในและ บริหารความเสี่ยง	มีคู่มือแนวทาง/ การควบคุม ภายใน(EIA)พร้อม ชี้แจงผู้ที่เกี่ยวข้อง	๑. มีการประเมิน ระบบการควบคุม ภายในด้วยระบบ อิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit:EIA)	๑. หน่วยบริการผ่าน เกณฑ์ประเมิน ควบคุมภายในด้วย ระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA)	ผ่านเกณฑ์การ ประเมินครบทุก ขั้นตอน

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
		๒. หน่วยบริการ ประเมินการ ๓. ตรวจสอบงบ การเงิน ๔. หน่วยบริการตาม เป้าหมายที่กำหนด ผ่านเกณฑ์การ ประเมินการ ตรวจสอบงบการเงิน ร้อยละ ๕๐	ในภาพรวมไม่น้อย กว่าร้อยละ ๘๐	

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่ บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
ไม่มี	ไม่มี

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

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

รอบที่ ๒ รับการตรวจราชการฯ วันที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๒

KPI : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน ITA (ร้อยละ ๙๐)

- สถานการณ์/สภาพปัญหา
โรงพยาบาลสองได้ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของโดยมีกรอบการประเมิน ๕ ด้าน
ดังนี้

๑. ด้านความโปร่งใส
๒. ด้านความพร้อมรับผิด
๓. ด้านความปลอดภัยจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน
๔. ด้านวัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร
๕. ด้านคุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน

ซึ่งในไตรมาสที่ ๓ โรงพยาบาลสอง ได้คะแนนผ่านเกณฑ์ในระดับ ๕ ได้คะแนน ๑๐๐ คะแนน

ผลประเมิน ITA ปี 62 ไตรมาส 3 (EB1-EB26) จังหวัดแพร่

หน่วยงาน	คะแนน	ร้อยละ	ผ่าน 85%
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่	2600	100	ผ่าน
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองแพร่	2000	76.92	ไม่ผ่าน
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสอง	2400	92.31	ผ่าน
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังชิ้น	2600	100	ผ่าน
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองม่วงไข่	2000	76.92	ไม่ผ่าน
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอร้องกวาง	2100	80.77	ไม่ผ่าน
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย	2600	100	ผ่าน
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลอง	2500	96.15	ผ่าน
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสอง	2600	100	ผ่าน
โรงพยาบาลแพร่	2100	80.77	ไม่ผ่าน
โรงพยาบาลหนองม่วงไข่	2600	100	ผ่าน
โรงพยาบาลร้องกวาง	2600	100	ผ่าน
โรงพยาบาลวังชิ้น	2600	100	ผ่าน
โรงพยาบาลสอง	2600	100	ผ่าน
โรงพยาบาลสูงเม่น	2600	100	ผ่าน
โรงพยาบาลลอง	2600	100	ผ่าน
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย	1800	69.23	ไม่ผ่าน

หน่วยงาน

ผ่านเกณฑ์การประเมิน (ร้อยละ 85 ขึ้นไป) จำนวน 12 หน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ 70.59

และไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (ต่ำกว่าร้อยละ 85) จำนวน 5 หน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ 29.41

ภาพรวมจังหวัด = ร้อยละ 92.53

● แผนการดำเนินงานของพื้นที่ ปี ๒๕๖๒

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑. การดำเนินงาน ITA	ส่งเอกสารประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ EB๑-EB๔ และผ่านเกณฑ์ในระดับ ๓ ขึ้นไป	ส่งเอกสารประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ EB๑-EB๒๖ และผ่านเกณฑ์ระดับสูงมาก ร้อยละ ๘๐	ส่งเอกสารประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ EB๑-EB๒๖ และผ่านเกณฑ์ระดับสูงมาก ร้อยละ ๘๕	ส่งเอกสารประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ EB๑-EB๒๖ และผ่านเกณฑ์ระดับสูงมาก ร้อยละ ๙๐

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

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

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

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

รอบที่ ๒ รับการตรวจราชการฯ วันที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๒

KPI : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาองค์กรตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ แผนยุทธศาสตร์ที่ ๔ การบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) แผนงานที่ ๑๑ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ ตัวชี้วัดที่ ๔๕ : ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งในระดับภูมิภาคกำหนดให้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง 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: การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ 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 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสองมีผลการดำเนินการผ่านเกณฑ์ ระดับ 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 และหมวด 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 และอยู่ในระยะของการประเมินองค์กร (Self Assessment)

เทียบเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.๒๕๕๘ หมวด ๒ และหมวด ๔ ครบถ้วนทันเวลา และกำลังดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาองค์กร ของหมวด ๒ และหมวด ๔

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
การดำเนินการพัฒนา คุณภาพการบริหาร จัดการองค์กรตาม แนวทางเกณฑ์ คุณภาพการบริหาร จัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๕๘	๑. แต่งตั้งทีมพัฒนา PMQA ของสำนักงานสาธารณสุข อำเภอสอง ๒. จัดทำลักษณะสำคัญของ องค์กร จำนวน ๑๓ ข้อ คำถามและทบทวนทุกปี ๓. ดำเนินการตามภาค บังคับในปี ๒๕๖๒ จำนวน ๒ หมวด ได้แก่ หมวด ๒ และ หมวด ๔ โดยประเมิน องค์กรด้วยตนเองเทียบกับ เกณฑ์คุณภาพการบริหาร จัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๕๘ ๔. นำผลการประเมินองค์กร ด้วยตนเอง (OFI) ในหมวดที่ ดำเนินการมาจัดทำแผน พัฒนาองค์กร หมวดละ ๑ แผน ๕. จัดทำตัวชี้วัดสะท้อน ผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนิน การตามเกณฑ์หมวด ๗	๖. ดำเนินการ ตามแผนปรับปรุง พัฒนาองค์กร	๗. ติดตาม ประเมินผลโดยทีม Internal Audit / กลุ่มพัฒนาระบบ บริหาร/ผู้ตรวจ ประเมินภายนอก	จัดส่งเอกสารผล การดำเนินงาน ให้ กพร.สป. ได้ ครบถ้วนภายใน ระยะเวลาที่ กำหนด
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	๑. สำนักงานสาธารณสุข อำเภอ ตอบคำถามลักษณะ สำคัญขององค์กร ครบ ๑๓ คำถาม ภายในวันที่ ๒ ม.ค. ๖๒ ๒. สำนักงานสาธารณสุข อำเภอ Self Assessment หมวด ๒ กับหมวด ๔ ภายในวันที่ ๒ ม.ค.๖๒ และ Maintain หมวด ๑ กับ หมวด ๕	๑. สำนักงาน สาธารณสุข อำเภอ ดำเนิน การพัฒนาองค การไต่รอยละ ๖๐ ของแผนพัฒนา องคการ	๑. สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ ดำเนินการพัฒนา องคการไต่รอยละ ๘๐ ของแผนพัฒนา องคการ	๑.สำนักงาน สาธารณสุข อำเภอ ดำเนิน การผ่านเกณฑ์ที่ กำหนด ระดับ ๕ (รอยละ ๔๐)

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
	๓. สำนักงานสาธารณสุข อำเภอจัดทำแผนพัฒนา องค์กรหมวดละ ๑ แผน ภายในภายในวันที่ ๒ ม.ค. ๖๒ ๔. สำนักงานสาธารณสุข อำเภอกำหนดตัวชี้วัดขึ้นเอง หมวดละ ๓ ตัวชี้วัด ที่สอดคล้องกับ OFI ภายในวันที่ ๒ ม.ค.๖๒			
ผลการดำเนินงาน	๑. แต่งตั้งทีมพัฒนา PMQA ของสำนักงานสาธารณสุข อำเภอสอง ๒. จัดทำลักษณะสำคัญของ องค์กร จำนวน ๑๓ ข้อ คำถามและทบทวนทุกปี ๓. ดำเนินการตามภาค บังคับในปี ๒๕๖๒ จำนวน ๒ หมวด ได้แก่ หมวด ๒ และ หมวด ๔ โดยประเมิน องค์กรด้วยตนเองเทียบกับ เกณฑ์คุณภาพการบริหาร จัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๕๘	๔. นำผลการ ประเมินองค์กร ด้วยตนเอง (OFI) ในหมวดที่ดำเนิน การมาจัดทำ แผนพัฒนา องค์กร หมวดละ ๑ แผน ๕. จัดทำตัวชี้วัด สะท้อนผลลัพธ์ใน หมวดที่ดำเนิน การตามเกณฑ์ หมวด ๗ ๖. ดำเนินการ ตามแผนปรับปรุง พัฒนาองค์กร		

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน	คะแนน
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน พัฒนาองค์กรตามแนวทางการพัฒนา คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	ระดับ ๑ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจัดทำลักษณะ สำคัญขององค์กร ครบถ้วน ทันเวลา ระดับ ๒ มีระดับ ๑ และ ประเมินองคกร (Self Assessment) เทียบกับเกณฑ์ คุณภาพการ บริหารจัดการ ภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๕๘ หมวด ๒ กับ หมวด ๔ ครบถ้วน ทันเวลา	๓

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
๑. ทีมนำของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอขาด องค์ความรู้เรื่อง PMQA และแนวทางปฏิบัติที่ เชื่อมโยงกับจังหวัด 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 : sawaddee121@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒
รอบที่ ๒ รับการตรวจราชการ วันที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๒

KPI: ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

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

การเปลี่ยนแปลงยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ครั้งล่าสุด ทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องมีการปรับเปลี่ยนในด้านการวางแผนงาน กำลังคน และทรัพยากรอื่นๆ ในองค์กรครั้งใหญ่ เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายชาติ ย่อมให้เกิดการปรับตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุขอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทั้งความรวดเร็วทางด้านการส่งต่อข้อมูลข่าวสาร องค์ความรู้ต่างๆ ล้วนก่อให้เกิดเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดในการทำงานของเจ้าหน้าที่ โดยเฉพาะกลุ่มบุคคลที่ปรับตัวได้ช้า ย่อมส่งผลถึงความสุขในการทำงานของเจ้าหน้าที่อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

● แผนการดำเนินงานของพื้นที่ ปี ๒๕๖๒

๑. ทำการประเมินความสุขภาพบุคลากร (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI) ตามกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด ตามช่วงระยะเวลาการประเมินของจังหวัดแพร่
๒. ทำการวิเคราะห์และแปลผลการประเมินความสุขภาพบุคลากร (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. ดำเนินการประเมินความสุขภาพบุคลากร (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI)	←→			
ผลการดำเนินงาน	๑๐๒*๑๐๐/๑๖๐ = ๖๓.๗๕%			
๒. ทำการวิเคราะห์และแปลผลการประเมิน	←→			

ผลการดำเนินงาน	HappyBody สุขภาพกายดี	HappyRelax ผ่อนคลายดี	HappyHeart หัวใจดี	HappySoul จิตวิญญาณดี	HappyFamily ครอบครัวดี	HappySociety สังคมดี	HappyBrain ไม่หวั่น	HappyMoney สุขภาพเงินดี	HappyWorkLife การงานดี	HappyWorkSum รวม	
	11170	65.60	53.10	71.25	71.30	66.17	64.83	63.25	49.81	58.46	62.64
๓. จัดทำแผนการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข (Happy workplace , MOPH, CQI)											
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- มีการจัดทำโครงการคนสอง บุคคลต้นแบบ (MOPH) - จัดกิจกรรมเพื่อสร้างสุขตามแนวคิด Happy work place อย่างสม่ำเสมอ - จัดทำโครงการพัฒนางาน โดยใช้แนวคิด CQI ในแต่ละหน่วยงาน										
๔. ดำเนินงานตามแผนการเพื่อขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข											
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเข้าร่วมกิจกรรม มากกว่ามากกว่าร้อยละ ๖๐										

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.								
		เมือง	สูงเม่น	เด่นชัย	ลอง	วังชิ้น	ร้องกวาง	สอง	หนองม่วงไข่	รวม
หน่วยงานที่มีการประเมิน สุขภาวะองค์กร (HPI)	ร้อยละ ๗๐							๓๘.๔๖		
บุคลากรในหน่วยงานที่มี การประเมินดัชนีความสุข ของการทำงาน	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 การประเมินสุขภาวะองค์กร ที่แตกต่างกัน เนื่องจาก หลายตำแหน่งงานที่กำหนดให้เป็นผู้ประเมิน เพิ่งได้รับ การแต่งตั้งเป็นหัวหน้างาน เช่น งานชั้นสูตร งานรังสีฯ	๒. การกำหนดตำแหน่งหัวหน้างานที่มีสิทธิ์ในการประเมิน HPI ควรสามารถกำหนดเองได้ให้เหมาะสมตามขนาดของ องค์กร เช่น รพช. น่าจะแตกต่างจาก รพท.

● ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

-

● นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง(ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน สุรัชย์ จิตจง

ตำแหน่ง เกสัชกรชำนาญการ

โทรศัพท์ ๐๕๔-๕๙๑๕๗๕ ต่อ ๑๐๐๖, ๑๐๓๙

E- mail : sura_jito๑@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

รอบที่ ๒ รับการตรวจราชการฯ วันที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๒

KPI : ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ที่มีระบบการพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

จากงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจาก สปสช. ถึงแม้จะได้รับค่าเหมาจ่ายต่อรายหัวเพิ่มมากขึ้น แต่โดยภาพรวมของการบริหารการเงินยังพบว่าไม่เพียงพอต่อการจัดบริการให้ประชาชน ทำให้เงินที่ต้องใช้ในการพัฒนาบุคลากรมีจำนวนจำกัดมากขึ้น ดังนั้นทางทีมพัฒนาบุคลากรโรงพยาบาล เลยได้นำทฤษฎี ๗๐ : ๒๐ : ๑๐ คือ หลักการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นโดย Morgan McCall, Michael Lombardo และ Robert Eichinger ร่วมกับ Centre for Creative Leadership จนเป็นโมเดลในการพัฒนาและเรียนรู้ที่ได้รับการนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติกันอย่างแพร่หลายในองค์กรชั้นนำต่างๆ ทั่วโลก ไม่ว่าจะเป็น Google, Standard Chartered, Nike, American Express, Coca-Cola, Microsoft, Bank of America, Home Depot, Dell, Oracle, และบริษัทชั้นนำอื่นๆ อีกมากมาย นำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาบุคลากรของเรา

ทฤษฎี ๗๐:๒๐:๑๐ นั้นคือการมองภาพรวมของการเรียนรู้และพัฒนา เทียบกระบวนการทั้งหมดนับเป็น ๑๐๐% ใน ๗๐% นั้นจะเป็นกระบวนการลงมือทำ เพื่อให้เกิดประสบการณ์ทำงานจริง เห็นผลลัพธ์ของการพัฒนาอย่างชัดเจน และช่วยย้ำให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน เช่น On the job training (OJT) หรือ การมอบหมายโครงการให้ปฏิบัติ เป็นต้น ในขณะที่ ๒๐% คือกระบวนการที่เลี้ยงหรือโค้ช เพื่อการแนะนำแนวทางในการนำความรู้ที่ได้จากการเรียนรู้ไปปฏิบัติจริง และช่วยติดตามดูแลความคืบหน้าของโครงการที่มอบหมาย หรือผลการ OJT ส่วน ๑๐% คือการเรียนรู้ในห้องเรียนเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และทัศนคติหรือพฤติกรรมที่ควรมีในการทำงาน ตัวอย่างกระบวนการ ๗๐:๒๐:๑๐

● แผนการดำเนินงานของพื้นที่ ปี ๒๕๖๒

๑. โรงพยาบาลสองทำการทบทวน ปรับปรุง วิสัยทัศน์ เชื่อมโยง ให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของประชาชน และสื่อสารไปยังกลุ่มงาน หน่วยงาน เพื่อรับทราบทิศทางการพัฒนางานของโรงพยาบาล
๒. หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าหน่วยงาน ทำการประเมินสมรรถนะของเจ้าหน้าที่ แบบ ๑๘๐ องศา เพื่อหาส่วนต่างของเจ้าหน้าที่ใช้สำหรับในการวางแผนพัฒนาเจ้าหน้าที่ต่อไป
๓. กลุ่มงาน หน่วยงาน จัดทำแผนพัฒนาบุคลากร
๔. งานพัฒนาทรัพยากรบุคคลดำเนินการรวบรวม วิเคราะห์ และนำเสนอทีมบริหารเพื่อพิจารณาแผนการพัฒนาบุคคลต่อไป
๕. การประเมินติดตามผลการพัฒนาบุคลากร ตามแผนการพัฒนา

● (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. ทบทวน ปรับปรุง วิทยทัศน์ เชื่อมโยง ของ องค์กร				
ผลการดำเนินงาน	องค์กรดำเนินการทบทวน ปรับปรุงวิทยทัศน์ เชื่อมโยง เสร็จสิ้นตั้งแต่เดือน กันยายน ๒๕๖๑			
๒. หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าหน่วยงาน ทำการ ประเมินสมรรถนะของ เจ้าหน้าที่ แบบ ๑๘๐ องศา				
ผลการดำเนินงาน				
๓. จัดทำแผนพัฒนา บุคลากร				
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	มีแผนการพัฒนาบุคลากรครบทุกหน่วยงาน			
๔. แผนการพัฒนาบุคคล ในภาพรวมขององค์กร				
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	มีแผนการพัฒนาบุคคลในภาพรวมขององค์กร			
๕. ประเมินและติดตามผล การพัฒนาบุคลากร ตาม แผนการพัฒนา				
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	มีการติดตามประเมินผลการพัฒนาบุคลากร ทุกไตรมาส			

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.							
		เมือง	สูงเม่น	เด่นชัย	ลอง	วังชิ้น	ร้องกวาง	สอง	หนองม่วงไข่
๑. บุคลากรได้รับการพัฒนาอย่างน้อย ๑ ครั้ง/คน/ปี	ร้อยละ ๑๐๐							๑๐๐	
๒. หน่วยงานมีการนำผลงานวิจัย/R๒R/นวัตกรรมไปใช้ประโยชน์อย่างน้อย ๑๐ เรื่อง	ร้อยละ ๗๐							๘๐	

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

-

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
๑. ความรู้ ความเข้าใจ ในแนวทางการพัฒนาบุคลากรของหัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างานที่ไม่เท่ากัน	๑. ทีมพัฒนาบุคลากรต้องให้ความรู้ วิธีการในการจัดทำแผนการพัฒนาบุคลากรให้แก่หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน
๒. การประเมินติดตามผลการพัฒนาบุคลากร ยังไม่ค่อยชัดเจนในเรื่องประสิทธิผลของการพัฒนา ซึ่งปัจจุบันติดตามได้เฉพาะเชิงปริมาณ	๒. หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน ต้องปรับวิธีการประเมินผลการพัฒนาบุคลากร เช่น การติดตามผลการปฏิบัติงานตามโครงการใหม่ หรือเรื่องที่สอดคล้องกับการพัฒนา

● ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

-

● นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน สุรัชย์ จิตจง
ตำแหน่ง เกสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๕๔-๕๙๑๕๗๕ ต่อ ๑๐๐๖, ๑๐๓๙
E- mail : sura_jito๑@hotmail.com