

รายงานการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ

หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

รอบการประเมินครั้งที่ 2

วันที่ 17 - 18 กันยายน 2561

คปสอ.ลอง

ส่วนที่ 2

ผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่

1. โรค/ปัญหาสาธารณสุข (ลำดับที่ 1) โรคไข้เลือดออก

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

นับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2561 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2561 รพช.รพ.ลอง ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกรวม(26,27,66) จำนวนทั้งสิ้น 29 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 52.86 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต

พบผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยพบเพศหญิง 20 ราย เพศชาย 9 ราย อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย เท่ากับ 2.22 : 1

กลุ่มอายุที่พบสูงสุดคือกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี จำนวนผู้ป่วยเท่ากับ 11 ราย

พบผู้ป่วยสูงสุดในเดือน มิถุนายนจำนวนผู้ป่วย เท่ากับ 18 ราย ส่วนเดือนพฤษภาคม เท่ากับ 7 ราย โดยมีรายงานผู้ป่วยเดือน เมษายน 4 ราย พฤษภาคม 7 ราย มิถุนายน 18 ราย

ตำบลที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด คือตำบลตำผามอก อัตราป่วยเท่ากับ 301.92 รองลงมาคือตำบลบ่อเหล็กทอง อัตราป่วยเท่ากับ 193.85 ตำบลเวียงต้า 46.32 ตำบล บ้านปิน 39.1 ตำบลทุ่งแล้ง, 13.89 ตามลำดับ

● การดำเนินงานของพื้นที่ (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง	- วิเคราะห์พื้นที่เสี่ยงระดับ ตำบล - จัดทำแผนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก ทั่วประเทศ - รพสต.สุ่มสำรวจ HI CI และ วิเคราะห์พื้นที่เสี่ยง - จัดทำแผนแบบมีส่วนร่วมผ่านโรงเรียน วัด สถานที่ราชการ	- อบรมเตรียมความพร้อมป้องกันและควบคุมโรค - ประชุมทีม SRRT - ประชุมคณะกรรมการศูนย์ป้องกันโรคไข้เลือดออกระดับอำเภอ - (DHF)/Warroom - นิเทศติดตามผลการดำเนินงานรอบ	- ดำเนินการตามแผน - สุ่มสำรวจลูกน้ำ ยุงลายโดยทีม SRRT - ตำบล หมู่บ้านพื้นที่เสี่ยงสูงทุกสัปดาห์ - ออกติดตามความ - ความพร้อมป้องกันโรค อปท. ในตำบล - เสี่ยงสูง - วิเคราะห์ - ประสิทธิภาพการควบคุมโรคของตำบล - ระบาด และพิจารณา	- นิเทศติดตามผลการดำเนินงาน

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	ทุกแห่ง โดยอปท.	6 เดือน -พ่นควบคุมโรคใน โรงเรียน วัด สถานที่ราชการ โดยอปท.และสทม. 1.5 แพร่	การประสาน สทม. 1.5 แพร่ เพื่อควบคุม โรคทันที	
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- จัดพื้นที่เสี่ยงสูง สำรวจและทำลาย แหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลายทุก 3 วัน -พื้นที่ปกติ สำรวจค่า HI CI ทุกสัปดาห์	- มีอุปกรณ์ในการ รณรงค์ใช้เสื้อดอกร ที่พร้อมใช้และ ทันเวลาในกรณีเกิด โรคใช้เสื้อดอกร -รพ.สต. สสอ. สุ่ม สำรวจ พท.เสี่ยงสูง ทุกสัปดาห์	- อปท.มีความพร้อม ใช้ในเครื่องมือ อุปกรณ์ -การระบาดของโรค สงบภายใน 28 วัน	- ทุกตำบลไม่มี ผู้ป่วยใช้เสื้อดอกร
ผลการดำเนินงาน	พื้นที่เสี่ยงสูง ใช้เสื้อดอกร 1.ตำบลตำผามอก 2.ตำบลเวียงต้า 3.ตำบลบ่อเหล็กทอง 4.ตำบลบ้านปิน	- รพ.ลอง รพ.สต. อปท.ทุกแห่ง มีการ สำรวจเครื่องมือ อุปกรณ์ป้องกัน และควบคุมโรค และจัดทำแผนซื้อ เครื่องพ่น ULV ปีงบประมาณ 2562 - อปท.พ่นควบคุม โรคในโรงเรียน วัด สถานที่ราชการ	- สุ่มสำรวจและ ทำลายแหล่ง เพาะพันธุ์ยุงลายโดย จนท.สาธารณสุขและ ทีมSRRT ระดับ ตำบล ทุก สัปดาห์ - ประสานทีมควบคุม โรค สทม.1.5 แพร่ เข้าพ่นควบคุมโรคใน ตำบลที่ระบาด ต่อเนื่องเกิน 28 วัน	นิเทศ รพ.สต.ทุก แห่ง สรุปผลการ ดำเนินงาน

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน									
	ตำบล เวียง ต้า	ตำบล ต้าผามอก	ตำบล บ้านปิน	ตำบล ห้วย อ้อ	ตำบล บ่อ เหล็ก ลอง	ตำบล ห้วยทุ่ง	ตำบล แม่ ปาน	ตำบล ทุ่งแล้ง	ตำบล ปาก กาง	รวม
ร้อยละของตำบลที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50)	100	60	80	100	80	100	100	100	100	91.11

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. ขาดความรู้ในการใช้งบประมาณจากกองทุนฯ	ประชุมชี้แจงการใช้และเบิกจ่ายการดำเนินงานควบคุมโรค จากงบกองทุนสุขภาพตำบลของแต่ละแห่ง
2. สารเคมี เครื่องพ่น ยาทา ไม่เพียงพอและบางแห่งไม่ได้ตามมาตรฐาน	1.ประชุม แนะนำ ทำหนังสือประสานชี้แจงและเตรียมความพร้อมการจัดซื้อสารเคมี ทราาย ยาทา เครื่องพ่น ULV แก่ อบต.ทุกแห่ง 2.รพ.ลอง ซื้อยาทาเพื่อสนับสนุน รพ.สต. และให้ผู้ป่วยและญาติที่เป็นโรคไข้เลือดออก
3.การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์รอบบ้านผู้ป่วย รัศมี 100 เมตร HI CI ไม่เป็นศูนย์	- ระดม อสม. ทั้งหมด เพื่อเข้าทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ทุก 3 วัน จนกว่า HI CI จะเป็นศูนย์

2. โรค/ปัญหาสาธารณสุข (ลำดับที่ 2) โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

เนื่องด้วยปัจจุบันนี้มีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในคลินิกจำนวนมากที่เกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งทำให้โรงพยาบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยเบาหวานทุกรายต้องได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ซึ่งเมื่อพบผู้ป่วยมีโอกาเสี่ยงจะได้รับดำเนินการแก้ไขและป้องกันได้ทันเวลาที่

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1.มีการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงทุกรายที่มารับบริการที่คลินิก	1.การใช้โปรแกรมการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CV Risk) 2. ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง 3.จัดทำทะเบียนผู้ป่วยที่มี CVD Risk สูง $\geq 30\%$ และให้คำปรึกษารายบุคคลและการปรับพฤติกรรม 4.การปรับยาเพื่อ prophylaxis	1.ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง 2.จัดทำทะเบียนผู้ป่วยที่มี CVD Risk สูง $\geq 30\%$ และให้คำปรึกษารายบุคคลและการปรับพฤติกรรม 3.สื่อสารความเสี่ยงอาการที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลให้ผู้ป่วยทราบ และชี้แจงช่องทางการเข้าถึงบริการกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน เช่น 1669 4.การปรับยาเพื่อ prophylaxis	1.ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง 2.จัดทำทะเบียนผู้ป่วยที่มี CVD Risk สูง $\geq 30\%$ และให้คำปรึกษารายบุคคลและการปรับพฤติกรรม 3.สื่อสารความเสี่ยงอาการที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลให้ผู้ป่วยทราบ และชี้แจงช่องทางการเข้าถึงบริการกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน เช่น 1669 4.การปรับยาเพื่อ prophylaxis 5.ติดตามเยี่ยมบ้านและจัดทำแผนที่บ้านของผู้ป่วย ประสาน	1.ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง 2.จัดทำทะเบียนผู้ป่วยที่มี CVD Risk สูง $\geq 30\%$ และให้คำปรึกษารายบุคคลและการปรับพฤติกรรม 3.สื่อสารความเสี่ยงอาการที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลให้ผู้ป่วยทราบ และชี้แจงช่องทางการเข้าถึงบริการกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน เช่น 1669 4.ติดตามเยี่ยมบ้านและจัดทำแผนที่บ้านของผู้ป่วย ประสานข้อมูลของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูง

มาตรการ ดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
			ข้อมูลของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูง ให้แก่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	ให้แก่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	1.ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 2.มีทะเบียนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงและได้รับการติดตาม 3.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 30	1.ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 2.มีทะเบียนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงและได้รับการติดตาม 3.ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงรับทราบอาการที่ต้องรับมาโรงพยาบาล และการเข้าถึงบริการ 1669 4.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 60	1.ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 2.มีทะเบียนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงและได้รับการติดตาม 3.ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงรับทราบอาการที่ต้องรับมาโรงพยาบาล และการเข้าถึงบริการ 1669 4.มีการประสานข้อมูลของผู้ป่วยกับหน่วยงาน ERกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน 4.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 80	1.ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 2.มีทะเบียนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงและได้รับการติดตาม 3.ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงรับทราบอาการที่ต้องรับมาโรงพยาบาล และการเข้าถึงบริการ 1669 4.มีการประสานข้อมูลของผู้ป่วยกับหน่วยงาน ERกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน 5.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 90
ผลการดำเนินงาน	1.ผู้ป่วยเบาหวาน	1.ผู้ป่วยเบาหวาน	1.ผู้ป่วยเบาหวาน	1.ผู้ป่วยเบาหวาน

มาตรการ ดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	และความดันโลหิตสูงได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 2.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 65.65 (HDC 29/12/60)	และความดันโลหิตสูงได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 2.มีทะเบียนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงและได้รับการติดตาม 3.ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงรับทราบอาการที่ต้องรับมาโรงพยาบาล และการเข้าถึงบริการ 1669 2.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 76.74 (HDC 15/3/61)	และความดันโลหิตสูงได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 2.มีทะเบียนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงและได้รับการติดตาม 3.ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงรับทราบอาการที่ต้องรับมาโรงพยาบาล และการเข้าถึงบริการ 1669 2.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 88.25 (HDC 15/5/61)	และความดันโลหิตสูงได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 2.มีทะเบียนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงและได้รับการติดตาม 3.ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงรับทราบอาการที่ต้องรับมาโรงพยาบาล และการเข้าถึงบริการ 1669 2.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 90.34 (HDC 15/8/61)

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน							
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) (ร้อยละ 50)	รพ.สต.แม่เกี่ยม	รพ.สต.บ้านปิ่น	รพ.สต.ผาคัน	รพ.สต.ผามอก	รพ.สต.ต้าเหล่า	รพ.สต.เวียงต้า	รพ.สต.ปากกา	รพ.สต.นาตุ้ม
	100	95.78	98.04	87.24	98.41	88.24	95.41	97.92
	รพ.สต.หัวทุ่ง	รพ.สต.ทุ่งแล้ง	รพ.สต.ผาจับ	รพ.สต.แม่รัง	รพ.สต.แม่ปาน	รพ.สต.แก่งหลวง	รพ.ลอง	รวม
	89.60	91.86	94.56	95.40	94.92	95.40	76.50	90.34

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
บุคลากรมีภาระงานมาก	- ใช้สารสนเทศเข้ามาช่วยในการดำเนินงานเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติ - บุรณาการกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย

3. โรค/ปัญหาสาธารณสุข (ลำดับที่ 3) โรควัณโรค

- สถานการณ์/สภาพปัญหา

- การเข้ารับบริการของผู้ป่วยค่อนข้างล่าช้า ผู้ป่วยมีโรคร่วมทางอายุรกรรมหลายโรค พบว่าผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนด้วยภาวะอื่นร่วมขณะเริ่มการรักษาและรับประทานยา จึงมีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตสูง
- การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการขึ้นทะเบียนร้อยละ 10 เป็นผู้ป่วย Alcohol dependent ที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรือไม่ยินยอมรับการรักษา ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มารับการรักษาไม่ต่อเนื่องและการรักษาล้มเหลวในที่สุด

- การดำเนินงานของพื้นที่ (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. การคัดกรอง/ค้นหาผู้ป่วยวัณโรค	- ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน - คัดกรองกลุ่มเสี่ยงให้ได้ 30%	- คัดกรองกลุ่มเสี่ยง 60% - คัดกรอง จนท. 100%	- คัดกรองกลุ่มเสี่ยง 90% - CXR ผู้ป่วยที่มา รพ. ลอง ด้วยอาการมีไข้ ไอ 100%	- คัดกรองกลุ่มเสี่ยง 100% - สรุป/ทบทวนแนวทางการดำเนินงาน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- แต่งตั้ง/ประชุมคณะกรรมการ - คัดกรองกลุ่มเสี่ยงผ่าน TBCM Online 30%	- คัดกรองกลุ่มเสี่ยงผ่าน TBCM Online 60% - จนท. ได้รับการคัดกรอง โดยวิธี CXR 100%	- คัดกรองกลุ่มเสี่ยงผ่าน TBCM Online 90% - CXR กลุ่มเสี่ยงที่มาด้วยอาการมีไข้ ไอ 100%	- คัดกรองกลุ่มเสี่ยงผ่าน TBCM Online 100%
ผลการดำเนินงาน	- ประชุมคณะกรรมการ 2 ครั้ง - คัดกรองกลุ่มเสี่ยงได้ 24%	- คัดกรองกลุ่มเสี่ยงได้ 48% - จนท. ได้รับการคัดกรอง 97.79% (266 คน) - ไม่ได้รับการคัดกรอง 2.11% (6 คน) เนื่องจากอยู่ระหว่างการตั้งครุฑ - พบสงสัยวัณโรคจำนวน 2 คน ส่งคัดกรองซ้ำ ผลปกติ	- คัดกรองกลุ่มเสี่ยงได้ 75.12%	- คัดกรองกลุ่มเสี่ยงได้ 93.74%

มาตรการ ดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
2. การวินิจฉัย/ รักษาผู้ป่วยวัณโรค	- ชี้แจงแนวทางการรักษา - ค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรค ให้ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 50 ต่อแสนประชากร	- verbal Screening และCXR กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง กลุ่ม จนท. กลุ่มผู้ป่วย HIV/AIDs ให้ได้ 100 % - ค้นหาวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคและขึ้นทะเบียนรักษาให้ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 100 ต่อแสนประชากร	- ค้นหาวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคและขึ้นทะเบียนรักษาให้ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 150 ต่อแสนประชากร	- ทบทวนแนวทางการดำเนินงาน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- ประชุมชี้แจงแนวทางการรักษา เพิ่มการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรคในระบบ	- เพิ่มค้นหาวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคและขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรคในระบบ - verbal Screening และCXR กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง กลุ่ม จนท. กลุ่มผู้ป่วย HIV/AIDs ให้ได้ 100 %	- ค้นหาวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคและขึ้นทะเบียนรักษาให้ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 150 ต่อแสนประชากร	- ประชุมสรุปผลการดำเนินงานเพื่อพัฒนาใช้ในปีต่อไป
ผลการดำเนินงาน	- ผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.94	- ผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.69 - อยู่ในระหว่างการสรุปผล verbal Screening และCXR กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง กลุ่มผู้ป่วย HIV/AIDs	- ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียน 36 คน (เป้าหมาย 84.70 คน) คิดเป็นร้อยละ 42.50	- ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียน 58 คน (เป้าหมาย 84.70 คน) คิดเป็นร้อยละ 68.47 ณ 20 ส.ค.61

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	ปี 2561 (01 ต.ค.60 -31 ก.ค.61)	หมายเหตุ
อัตราการเปลี่ยนผลเสมหะเป็นลบเมื่อสิ้นสุด ระยะเข้มข้น (conversion rate)	90.74% (49/54)	
อัตราการขาดยา (Default Rate)	6.89% (4/58)	
ตาย	18.97% (11/58)	เสียชีวิตจากโรคร่วม ทางอายุรกรรม

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การ ดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1.การส่งcase จาก รพ.แพร่ บางรายไม่ผ่าน TB Clinic รพ.ลอง 2.การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการขึ้นทะเบียนร้อยละ 10 เป็นผู้ป่วย Alcohol dependent ที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรือไม่ยินยอมรับการรักษา ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มารับการรักษาไม่ต่อเนื่องและการรักษาล้มเหลวในที่สุด	-ผู้ป่วยที่รับยาจาก รพ.แพร่ ควรส่งต่อมาที่ TB Clinic รพ.ลอง แล้วค่อยส่งไปที่ รพ.สต. 1.ขอความร่วมมือแพทย์และทีมพยาบาลเมื่อพบผู้ป่วยวัณโรคที่ติดสุรา ให้แจ้งเจ้าหน้าที่คลินิกก่อนเริ่มการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดสุราในคลินิกสุราของโรงพยาบาล ประเมินโอกาสการเลิกสุราสำเร็จ และประเมินโอกาสในการรับประทานยาของผู้ป่วย 2.ประสานขอความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เฝ้าระวังและติดตามอย่างใกล้ชิด หรือในบางรายต้องทำการกำกับกับการกินยาที่ รพ.สต. ทุกวัน 3.ประสานความร่วมมือกับผู้นำชุมชน ในการกำกับและทำข้อตกลงร่วมกันกับผู้ป่วยในชุมชน และชี้แจงเกี่ยวกับ พรบ.คุ้มครองด้านโรคติดต่อแก่ผู้ป่วย ญาติ แกนนามในชุมชน

4. โรค/ปัญหาสาธารณสุข (ลำดับที่ 4) อุบัติเหตุจากการจราจรทางถนน

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

อำเภอคลอง ถือเป็นพื้นที่ ที่เกิดอุบัติเหตุได้บ่อย ในปี 2561 มีผู้ได้รับบาดเจ็บทางถนนจำนวน 233 คน และจำนวนผู้เสียชีวิต 3 ราย ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ และพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุ คือ รถจักรยานยนต์ร้อยละ 80 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการขับรถเร็วร้อยละ 60 ไม่สวมหมวกกันน็อก ร้อยละ 40 สถานที่เกิดเหตุส่วนใหญ่เป็นถนนกรมทางหลวง บริเวณจุดเกิดเหตุเป็นทางตรง นำส่งโดยทีมกู้ชีพ/กู้ภัยร้อยละ 100 ส่วนใหญ่เสียชีวิตที่ โรงพยาบาลร้อยละ 80 และเสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ 20 ช่วงเวลาที่เกิดเหตุ มากที่สุดคือเวลา 16.01-20.00 น ร้อยละ 40

● การดำเนินงานของพื้นที่ (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ/แก้ไขจุดเสี่ยง	- มีการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุในอำเภอ - มีแผนการดำเนินงาน/โครงการ - วิเคราะห์จุดเสี่ยงจุดเกิดอุบัติเหตุ	- ประชุม ศูนย์อุบัติเหตุอำเภอ - สอบสวนอุบัติเหตุโดยทีม SRRT ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - ดำเนินการตามมาตรการการองค์กรเพื่อความปลอดภัยทางถนนในหน่วยงานราชการ - มีการจัดตั้งด่านชุมชน ตำบลละ 1 แห่ง	- ซ้อมแผนอุบัติเหตุ - ประชาคมหาแนวทางในการแก้ไขจุดเสี่ยง 5 ตำบล	สรุปผลการดำเนินงาน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	1.จุดเสี่ยงอุบัติเหตุรายตำบล 2.มีแผนการดำเนินงานอุบัติเหตุ	1.จัดประชุมศูนย์อุบัติเหตุ อำเภอคลอง 1 ครั้ง 2.สอบสวนอุบัติเหตุ 2 ครั้ง/ปี 3.สสอ./รพ./รพ.สต. ดำเนินการตามมาตรการองค์กรเพื่อ	1.มีการซ้อมแผนอุบัติเหตุ 1 ครั้ง 2.ประชาคม 5 ตำบล 3.แก้ไขจุดเสี่ยง 5 ตำบล	มีสรุปผลการดำเนินงาน

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
		ความปลอดภัยทาง ถนนในหน่วยงาน ราชการ 4.ด้านชุมชน จำนวน 11 แห่ง		
ผลการดำเนินงาน	จุดเสี่ยงรายตำบล 1.สี่แยก ต.ทุ่งแล้ง 2.ทางแยกหน้า รพ.สต.ตำผามอก 3.สี่แยกบ้านน้ำริน ต.ตำผามอก 4.ทางแยกวัดบุญ เย็น ต.ปากกาง 5.สามแยกทางเข้า วัดเวียงต้า	1.ประชุม คณะกรรมการศูนย์ อุบัติเหตุ อำเภอ ลอง ในวันที่ 29 ธ.ค. 2560 ณ.ที่ว่าการอำเภอ ลอง 2.สอบสวน 3 ราย 3.สถานบริการทุก แห่งเข้าร่วม โครงการตาม มาตรการลด อุบัติเหตุ	- จัดกิจกรรมขับขี่ ปลอดภัยใน โรงเรียนและชุมชน ในวัยรุ่น นักเรียน ประชาชนกลุ่มเสี่ยง - ประชาคมเพื่อหา มาตรการทางสังคม และลดพฤติกรรม เสี่ยงในการขับขี่ รถยนต์ จักรยานยนต์ - แก้ไขจุดเสี่ยงใน ชุมชนโดยชุมชน	อยู่ระหว่างสรุปผล การดำเนินงาน

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน
ระดับความสำเร็จของอำเภอมีมาตรการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุ (ระดับ 5)	ระดับ 5

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
ชุมชน/หน่วยงานที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการยังไม่เห็นความสำคัญของการดำเนินการป้องกันอุบัติเหตุจากการจราจรทางถนน	ประเมิน/ดำเนินกิจกรรมในหน่วยงาน/ชุมชน ผ่านมหาดไทยหรือสังกัดชุมชน หน่วยงานนั้นๆ

5. โรค/ปัญหาสาธารณสุข (ลำดับที่ 5) โรคไข้หวัดใหญ่

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

นับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2561 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2561 รพช.รพ.ลอง ได้รับรายงานผู้ป่วยโรค Influenza จำนวนทั้งสิ้น 4 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 7.29 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต

พบผู้ป่วยเพศหญิง 4 ราย ไม่มีรายงานผู้ป่วยเพศชาย กลุ่มอายุที่พบสูงสุดคือกลุ่มอายุ 5 - 9 ปี จำนวนผู้ป่วยเท่ากับ 2 ราย รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 15 - 24 จำนวน 1 ราย และ 0-4 ปี จำนวน 1 ราย

● การดำเนินงานของพื้นที่ (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
อัตราการให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายร้อยละ 80	จัดประชุมทีมงานชี้แจงการดำเนินงานและจัดทำแผนรณรงค์การฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่	รณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มเป้าหมายได้ทราบถึงโครงการการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล	จัดบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่	ติดตามผลกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการฉีดวัคซีนและสรุปผลการดำเนินงาน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	แผนการดำเนินงานให้บริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล	กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงการให้บริการวัคซีน	กลุ่มเป้าหมายได้รับบริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล	- อัตราการให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายร้อยละ 80 - อัตราการสูญเสียวัคซีนที่ให้บริการ ไม่เกินร้อยละ 5
ผลการดำเนินงาน	มีแผนรณรงค์การให้บริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่	รณรงค์ประชาสัมพันธ์ทางช่องทางสื่อต่างๆ	ดำเนินการให้บริการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลในกลุ่มเป้าหมายจำนวน 3,045 ราย	อยู่ระหว่างดำเนินการ

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน					
	2556	2557	2558	2559	2560	2561
อัตราป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ ลดลงเมื่อเทียบกับค่ามัธยฐาน ย้อนหลัง 5 ปี	6 ราย	5 ราย	10 ราย	34 ราย	27 ราย	4 ราย

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
- กลุ่มเป้าหมายไม่ตรงตามเป้าหมาย	- ให้ รพ.สต. คัดกรองกลุ่มเป้าหมายให้ตรงตามกลุ่มในปีถัดไป - อยากให้บรรจุแผนวัคซีนให้กับ รพ.สต. เหมือนวัคซีนตัวอื่นๆ

ส่วนที่ 3

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ

หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

มิติภายนอก : การประเมินประสิทธิผล

กลุ่มตัวชี้วัด : ผลสำเร็จการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ยุทธศาสตร์เขตบริการสุขภาพ และ ยุทธศาสตร์พัฒนาสาธารณสุขจังหวัดแพร่

ตัวชี้วัดที่ 1. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์

ตัวชี้วัดที่ 2. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์

- สถานการณ์/สภาพปัญหา

จากสถิติหญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์ที่อายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ มีแนวโน้มสูงขึ้น พบร้อยละ 63 ร้อยละ 66 และ ร้อยละ 70 ในปี 2528 2559 2560 ตามลำดับ ทำให้สามารถคัดกรองภาวะเสี่ยง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงโรคถ่ายทอดทางพันธุกรรม ได้เร็วยิ่งขึ้น ส่งผลให้มารดา ทารกได้รับการดูแลตามแนวทางตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอด

- การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. หญิงวัยเจริญพันธุ์ได้รับการเตรียมตัว/เตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์เพื่อป้องกันความพิการแต่กำเนิด	* หญิงวัยเจริญพันธุ์ได้รับยาเม็ดกรดโฟลิกเพื่อป้องกันความพิการแต่กำเนิดก่อนการตั้งครรภ์	* ให้บริการฝากครรภ์คุณภาพตามแนวทางของงานอนามัยแม่และเด็กเขตสุขภาพที่ 1	* জন.т. ๑สม.และเครือข่ายค้นหากระตุ้นประชาสัมพันธ์ให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เร็วเมื่อรู้ตัวว่าตั้งครรภ์ให้ได้ ≥ ร้อยละ 60	* জন.т. ๑สม.และเครือข่ายค้นหากระตุ้นประชาสัมพันธ์ให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เร็วเมื่อรู้ตัวว่าตั้งครรภ์ให้ได้ ≥ ร้อยละ 60
2. জন.т. ๑สม.และเครือข่ายค้นหากระตุ้นประชาสัมพันธ์ให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เร็ว รวมถึงรณรงค์ฝากครรภ์ฟรีฝากครรภ์เร็ว อายุครรภ์น้อยกว่า 12	* หญิงตั้งครรภ์ได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงในคลินิกฝากครรภ์และในระยะคลอด			
	* หญิงตั้งครรภ์ที่มี			

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
สัปดาห์ 3. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ได้รับการประเมินดูแล ส่งต่อพบสูติแพทย์ตามแนวทางที่กำหนด	ภาวะเสี่ยงได้รับการดูแลหรือส่งต่อพบสูติแพทย์หากเกินศักยภาพที่ให้บริการได้ * มีการปรึกษาประสานงานกันระหว่าง รพ.รพ.สต. สสอ. อย่างสม่ำเสมอ โดยผ่านช่องทาง Line กลุ่มอนามัยแม่และเด็กอำเภอ			
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ทันทีเมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์และมีอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์	หญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์ตามนัดและการตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงต่าง ๆ ตามระยะเวลาที่กำหนด หากพบภาวะเสี่ยงได้รับการดูแลหรือส่งต่อพบสูติแพทย์	ติดตามผลการดำเนินงาน แก้ไขปัญหาอุปสรรคเพื่อให้งานบรรลุเป้าหมาย	สรุปผลการดำเนินงาน/ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ
ผลการดำเนินงาน	หญิงตั้งครรภ์รับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์มีแนวโน้มสูงขึ้นเกินค่าเป้าหมายที่กำหนด	หญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด สามารถค้นหาภาวะเสี่ยงและได้รับการดูแลตามแนวทางของเขตสุขภาพที่ 1	มีการติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะๆ และหากพบปัญหาอุปสรรคก็ดำเนินการแก้ไขปัญหานั้นๆ	มีการสรุปผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นเพื่อวิเคราะห์และวางแผนในการดำเนินงานปีต่อไป

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)							
1. หญิงตั้งครรภ์เข้ารับ การฝากครรภ์ครั้งแรก ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ (≥ร้อยละ 60)	รพ.สต. แม่เกี่ยม	รพ.สต. บ้านปิน	รพ.สต. ผาคัน	รพ.สต. ผามอก	รพ.สต. ต้าเหล่า	รพ.สต. เวียงต้า	รพ.สต. ปากกา	รพ.สต. นาคุ้ม
	100	88.89	100	71.43	72.73	85.71	100	100
	รพ.สต. หัวทุ่ง	รพ.สต. ทุ่งแล้ง	รพ.สต. ผาจับ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รพ.สต. ลอง	รวม
	94.74	100	100	100	64.29	66.67	84.00	86.03
2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับ บริการฝากครรภ์ คุณภาพครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ (≥ร้อยละ 60)	รพ.สต. แม่เกี่ยม	รพ.สต. บ้านปิน	รพ.สต. ผาคัน	รพ.สต. ผามอก	รพ.สต. ต้าเหล่า	รพ.สต. เวียงต้า	รพ.สต. ปากกา	รพ.สต. นาคุ้ม
	100	77.78	0	50	70	71.43	100	100
	รพ.สต. หัวทุ่ง	รพ.สต. ทุ่งแล้ง	รพ.สต. ผาจับ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รพ.สต. ลอง	รวม
	88.89	40	83.33	85.71	50	33.33	40.74	67.39

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผล สำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
* เจ้าหน้าที่ให้บริการขาดประสิทธิภาพ ทักษะต่าง ๆ ใน การให้บริการ * การฝากครรภ์และการติดตามให้ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ นั้นสภาพปัญหาหญิงตั้งครรภ์ มีการคลอดก่อน กำหนด มีการไปทำงานต่างจังหวัดระหว่างตั้งครรภ์ซึ่ง ติดตามได้ยากและถึงเวลาใกล้คลอดก็จะกลับมาคลอดที่ บ้าน บางรายไม่ได้ฝากครรภ์ตามกำหนดนัด	1. พัฒนาทักษะและความรู้การดูแลและการให้บริการ หญิงตั้งครรภ์ทั้งในผู้รับผิดชอบหลักและผู้รับผิดชอบรอง 2. สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และ เด็กเข้าร่วมอบรม/ประชุมวิชาการเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ โดยเฉพาะผู้ปฏิบัติงานใหม่ รวมถึงปรับปรุงการ บันทึกข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับแฟ้มข้อมูลด้านการ ส่งเสริมอนามัยแม่และเด็ก * จนท. อสม.และเครือข่ายติดตามการฝากครรภ์ ต่างจังหวัดต่างพื้นที่โดยวิธี การโทร สอบถามติดตาม ผ่านญาติ * ติดตามนำข้อมูลที่ฝากครรภ์จากที่อื่นของหญิง ตั้งครรภ์มาลงบันทึกโดยบันทึกฝากครรภ์จากที่อื่น เพื่อให้ได้ความครอบคลุมมากที่สุด

ตัวชี้วัดที่ 3. ร้อยละของการเฝ้าระวังการเจริญเติบโตเด็ก 0-5 ปี

ตัวชี้วัดที่ 4. ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีส่วนสูงดี รูปร่างสมส่วน

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

เป้าหมายและผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีรูปร่างดีสูงสมส่วน ไม่นอยกวาร้อยละ 51 ปี เด็ก 0-5 ปี มีรูปร่างดีสูงสมส่วน พบว่าสถานบริการที่มีผลงานได้ตามเป้าหมาย 4 รพ.สต. รพ.สต.บ้านปิ่น ร้อยละ 53.15 รพ.สต. เวียงต้า ร้อยละ 53.33 รพ.สต. ผาจีบ ร้อยละ 51.75 รพ.สต. แก่งหลวงร้อยละ 51.85 และ ต่ำกวาร้อยละ 51 มีจำนวน 10 รพ.สต. และ 1 รพ.

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. ขับเคลื่อนกิจกรรม ตามนโยบายมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต	ประชุม จนท.ชี้แจง นโยบายในการ ดำเนินงานปี 2561 ส่งเสริมสุขภาพและ โภชนาการเด็กอายุ 6 เดือนถึง 5 ปี	- จัดกิจกรรมตาม โครงการ PPA เพื่อ ส่งเสริมนโยบาย มหัศจรรย์ 1000 วัน แรกของชีวิตในทุก สถานบริการโดย สนับสนุนยาเม็ด เสริมธาตุเหล็ก ไอโอดีน ให้พลิกแก้ หญิงตั้งครรภ์และ หลังคลอดให้นมบุตร ถึง 6 เดือน สนับสนุนยารักษา ธาตุเหล็กในเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ให้ความรู้ สุขศึกษา แก่ผู้ปกครองเด็กใน เรื่องโภชนาการการ พักผ่อน การเลี้ยงดู เพื่อให้เจริญเติบโต ตามวัย	จัดกิจกรรมอบรมให้ ความรู้ตามโครงการ PPA เพื่อส่งเสริม นโยบายมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของ ชีวิตในทุกสถาน บริการโดย 1. จัดอบรมให้ ความรู้ส่งเสริม สุขภาพให้หญิง ตั้งครรภ์และคู่สมรส ,คนในครอบครัว ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ เสี่ยงเพื่อติดตาม ดูแล รวมจำนวน 225 คน 2. จัดอบรมส่งเสริม สุขภาพเด็กแรกเกิด ถึง 2 ปี อบรมให้ ความรู้แก่ผู้ปกครอง เด็กและผู้ดูแลเด็กให้ สุขศึกษาแก่ ผู้ปกครองเด็กใน	- เด็กอายุ 6 เดือน-5 ปี ได้รับยารักษา ธาตุเหล็กทุกคน - หญิงตั้งครรภ์และ หลังคลอดให้นมบุตร ถึง 6 เดือนได้รับ สนับสนุนยาเม็ด เสริมธาตุเหล็ก ไอโอดีน ให้พลิกแก้ ทุกคน - เด็กที่มีปัญหา ภาวะโภชนาการ ได้รับการติดตาม ดูแลแก้ไข - สรุปผลการ ดำเนินงานและ ปัญหาอุปสรรค เพื่อ การแก้ไขต่อไป

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
			เรื่อง โฆษณาการ การพักผ่อน การ เลี้ยงดูเพื่อให้ เจริญเติบโตตามวัย รวมจำนวน 375 คน	
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- ส่งเสริมโฆษณาการ เด็กอายุ 6 เดือนถึง 5 ปี สนับสนุนยา เม็ดเสริมธาตุเหล็ก ไอโอดีน ให้พลิกแก้ หญิงตั้งครรภ์และ หลังคลอดให้นมบุตร ถึง 6 เดือน - ให้น้ำเสริมธาตุ เหล็กในเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี	- เด็ก 6 เดือน – 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริม ธาตุเหล็ก - ผู้ปกครองมีความรู้ ในเรื่องโฆษณาการ การพักผ่อน การ เลี้ยงดูเพื่อให้ เจริญเติบโตตามวัย - เด็ก 0 - 5 ปี ได้รับ การชั่งน้ำหนัก วัด ส่วนสูงทุก 3 เดือน บันทึกข้อมูลใน ระบบรายงาน 43 แฟ้ม	- ชั่งน้ำหนัก วัด ส่วนสูงเด็ก 0 – 5 ปี ทุก 3 เดือน - บันทึกข้อมูลใน ระบบรายงาน 43 แฟ้ม	- เด็ก 0 – 5 ปี มีสูง ดีสมส่วนร้อยละ 51 - เด็กที่มีปัญหา ภาวะโฆษณาการ (ผอม) ได้รับการ ติดตามดูแลแก้ไข
ผลการดำเนินงาน	- มีการส่งเสริม โฆษณาการเด็ก 6 เดือน – 5 ปี โดยให้ ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก - มีการให้พลิกแก้ หญิงตั้งครรภ์และ หลังคลอดให้นมบุตร ถึง 6 เดือน	- เด็ก 6 เดือน – 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริม ธาตุเหล็ก ผู้ปกครอง ได้รับความรู้เรื่อง โฆษณาการของเด็ก - เด็ก 0 – 5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงทุก 3 เดือน เดือน และ บันทึกข้อมูลใน รายงาน 43 แฟ้ม	- ชั่งน้ำหนัก วัด ส่วนสูงเด็ก 0 – 5 ปี ทุก 3 เดือน และ บันทึกข้อมูลใน รายงาน 43 แฟ้ม เพื่อการเฝ้าระวังการ เจริญเติบโตของเด็ก	เด็ก 0 – 5 ปี มีสูงดี สมส่วนร้อยละ 47.32

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)							
3. ร้อยละของการเฝ้าระวังการเจริญเติบโตเด็ก 0-5 ปี ($\geq$ ร้อยละ 90)	รพ.สต. แม่เกี่ยม	รพ.สต. บ้านปิน	รพ.สต. ผาคัน	รพ.สต. ผามอก	รพ.สต. ต้าเหล่า	รพ.สต. เวียงต้า	รพ.สต. ปากกา	รพ.สต. นาตุ้ม
	37.60	94.55	57.55	70.56	82.49	77.33	93.16	7.32
	รพ.สต. หัวทุ่ง	รพ.สต. ทุ่งแล้ง	รพ.สต. ผาจับ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รพ.สต. รอง	รวม
	69.30	35.22	37.50	91.28	78.99	84.94	85.43	72.31
4. ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีส่วนสูงดี รูปร่างสมส่วน ($\geq$ ร้อยละ 60)	รพ.สต. แม่เกี่ยม	รพ.สต. บ้านปิน	รพ.สต. ผาคัน	รพ.สต. ผามอก	รพ.สต. ต้าเหล่า	รพ.สต. เวียงต้า	รพ.สต. ปากกา	รพ.สต. นาตุ้ม
	50.82	53.33	36.11	37.71	52.63	48.78	45	60
	รพ.สต. หัวทุ่ง	รพ.สต. ทุ่งแล้ง	รพ.สต. ผาจับ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รพ.สต. รอง	รวม
	40.09	60.71	47.37	44.74	36.47	49.41	48.59	47.32

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. เด็กอยู่ในความดูแลเลี้ยงดูจากปู่ย่าตายายบิดามารดาทำงานต่างจังหวัด ขาดความรู้ในการเลี้ยงดูและส่งเสริมโภชนาการเด็ก 2. เด็กอยู่ในครอบครัวที่ด้อยโอกาส การดำรงชีวิตในพื้นที่และการกินความเป็นอยู่ขัดสน	1. ให้ความรู้แก่ผู้ปกครองผู้ดูแลเด็กในเรื่องโภชนาการและการดูแลส่งเสริมสุขภาพ การเลี้ยงดูเด็ก และ สนับสนุนยาเสริมธาตุเหล็กให้แก่เด็กอายุ 6 เดือน ถึง 5 ปี 2. ประสาน อปท.ในการสนับสนุนแจกนม ไข่ ให้แก่เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่ขัดสน ด้อยโอกาส

ตัวชี้วัดที่ 5. ร้อยละศูนย์เด็กเล็กผ่านการประเมินมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ ($\geq$ ร้อยละ 60)

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในอำเภอลอง จำนวน 23 แห่ง ไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน 3 แห่ง ปัญหาหลัก เรื่อง โครงสร้างไม่ได้มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ ห้องน้ำไม่ได้ตามมาตรฐาน ไม่มีที่แปรงฟันสำหรับเด็ก และ สภาพแวดล้อมที่ทำให้ศูนย์เด็กไม่ได้คุณภาพ เช่น อยู่ใกล้บ่อขยะ สภาพแวดล้อมไม่สะอาด รก ทุบ มีด บางแห่งมี ปัญหาเรื่ององค์กรภายในของ อปท. ทำให้งานพัฒนาของศูนย์เด็กเล็กเป็นไปได้อย่าง

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. มีการติดตามผลการ ตรวจสอบประจำปี ของคุณครูผู้ดูแลเด็ก 3 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยเจ้าหน้าที่ของ รพ.และ รพสต.	- ชี้แจง รายละเอียด การเข้ามารับการ ตรวจสอบ ประจำปี แก่คุณครู ผู้ดูแลเด็ก - ชี้แจงรายละเอียด การประเมิน และข้อ ปฏิบัติในการ ประเมินมาตรฐาน ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ - ประสาน อปท.ใน พื้นที่รับผิดชอบ เพื่อ ดำเนินงานศูนย์เด็ก เล็กคุณภาพในเขต รับผิดชอบ - ศูนย์เด็กเล็ก ประเมินตนเองตาม มาตรฐานศูนย์เด็ก เล็กคุณภาพ กระทรวง สาธารณสุข - ปรับปรุงแก้ไขและ ส่วนขาด	ประสาน อปท.ใน พื้นที่รับผิดชอบ เพื่อ ปรับปรุงและแก้ไข ส่วนขาดในศูนย์เด็ก เล็กคุณภาพในพื้นที่ รับผิดชอบ	ประสาน อปท.ใน พื้นที่รับผิดชอบ เพื่อ ปรับปรุงและแก้ไข ส่วนขาดในศูนย์เด็ก เล็กคุณภาพในพื้นที่ รับผิดชอบ	ประสาน อปท. ใน พื้นที่รับผิดชอบ เพื่อ ปรับปรุงและแก้ไข ส่วนขาดในศูนย์เด็ก เล็กคุณภาพในพื้นที่ รับผิดชอบ สรุปผล การดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรค

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ติดตามดูแลให้ คำแนะนำ ปรับปรุง พัฒนาส่วนขาด	ติดตามผลการตรวจ สุขภาพของคุณครู ผู้ดูแลเด็กแต่ละศูนย์ พัฒนาเด็กเล็กให้ คำแนะนำ ปรับปรุง พัฒนาส่วนขาด	ติดตามผลการตรวจ สุขภาพของคุณครู ผู้ดูแลเด็กแต่ละศูนย์ พัฒนาเด็กเล็กให้ คำแนะนำ ปรับปรุง พัฒนาส่วนขาด	มีการสรุปผลการ ดำเนินงาน ปัญหา และอุปสรรคเพื่อ ปรับปรุงและแก้ไข ส่วนขาดในศูนย์เด็ก เล็ก
ผลการดำเนินงาน	มีการติดตามดูแลให้ คำแนะนำ ปรับปรุง พัฒนาส่วนขาด	มีการติดตามดูแลให้ คำแนะนำ ปรับปรุง พัฒนาส่วนขาด	มีการติดตามดูแลให้ คำแนะนำ ปรับปรุง พัฒนาส่วนขาด	- มีการติดตามดูแล ให้คำแนะนำ ปรับปรุงพัฒนาส่วน ขาด - มีการสรุปผลการ ดำเนินงาน ปัญหา และอุปสรรคเพื่อ ปรับปรุงและแก้ไข

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)
5. ร้อยละศูนย์เด็กเล็กผ่าน การประเมินมาตรฐานศูนย์ เด็กเล็กคุณภาพ ($\geq$ ร้อยละ 60)	ศูนย์เด็กเล็กแม่ลานนา ร้อยละ 91 <u>ศูนย์เด็กเล็กบ้านนาแก ร้อยละ 79</u> ศูนย์เด็กเล็กห้วยอ้อ ร้อยละ 84 <u>ศพด.บ้านห้วยแม่ต้า ร้อยละ 68</u> ศพด.แม่จ้องไฟ ร้อยละ 100 ศพด.วัดดงลาน ร้อยละ 96 ศพด.ทุ่งตากล้ำ ร้อยละ 96 ศพด.เทศบาลบ้านปิน ร้อยละ 100 <u>ศพด.บ้านแม่หิ๊ด ร้อยละ 70</u> ศพด.เทศบาลตำบลปากกาง ร้อยละ 96 ศพด.บ้านเหล่า ร้อยละ 89 ศพด.บ้านแสนทอง ร้อยละ 100 ศพด.บ้านผาลาย ร้อยละ 80 ศพด.บ้านปาง ร้อยละ 92 ศพด.บ้านผามอก ร้อยละ 92 ศพด.บ้านน้ำริน ร้อยละ 92 ศพด.บ้านนาตุ้ม ร้อยละ 100 ศพด.บ้านอ้ายลิ้ม ร้อยละ 96 ศพด.บ้านวังเลียง ร้อยละ 93 ศพด.อบต.ทุ่งแล้ง ร้อยละ 100 เทศบาล ต.แม่ปาน ร้อยละ 93 ศพด.ต.หัวทุ่ง ร้อยละ 100 ศพด.แม่เกี่ยม ร้อยละ 96 ศูนย์เด็กเล็กของอำเภอลอง มีทั้งหมด 23 แห่ง ผ่านการประเมินมาตรฐาน ศูนย์เด็กเล็กจำนวน 20 แห่ง ($\geq$ ร้อยละ 80) คิดเป็นร้อยละ 86.96

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. โครงสร้างไม่ได้มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพและห้องน้ำไม่ได้ตามมาตรฐาน บางแห่งไม่มีมุ้งลวด ไม่มีที่แปรงฟันสำหรับเด็ก 2. สภาพแวดล้อมที่ทำให้ศูนย์เด็กไม่ได้คุณภาพ เช่น อยู่ใกล้บ่อขยะ สภาพแวดล้อมไม่สะอาด ใกล้ป่า ใกล้ถนนใหญ่ 3. บางแห่งมีปัญหาเรื่ององค์กรภายในของ อบท. บางแห่งไม่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กไม่สนับสนุนงบประมาณ ทำให้งานพัฒนาของศูนย์เด็กเล็กเป็นไปได้อย่างยากบางครั้งครูพี่เลี้ยงศูนย์ต้องจ่ายเงินเองเพื่อซ่อมแซมเล็กๆน้อยเช่นมุ้งลวด ทำที่บังแดดชั่วคราวหน้าศูนย์เด็ก	1. รพ./ รพ.สต. ประสานงานกับผอ.กองการศึกษาให้คำแนะนำในการปรับปรุงโครงสร้าง และสภาพแวดล้อมให้ได้ตามมาตรฐาน 2. ศูนย์เด็กเล็กอยู่ใกล้บ่อขยะ แนะนำให้ศูนย์เด็กเล็กติดมุ้งลวดเพื่อป้องกันแมลงวัน ยุง แนะนำให้ อบท.กำจัดกลิ่นโดยโรยปูนขาวและไถกลบแนะนำให้ อบท. คณะกรรมการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กครูและผู้ปกครองเด็กช่วยกันปรับปรุงพัฒนาสภาพแวดล้อม 3. ประสานงานผ่านครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก แนะนำให้ครูพี่เลี้ยงของงบประมาณและขอความช่วยเหลือโดยผ่านคณะกรรมการดูแลศูนย์เด็กในพื้นที่

ตัวชี้วัดที่ 6. ร้อยละของเด็ก 3-5 ปี ที่ผู้ปกครองได้รับการฝึกทักษะการแปรงฟัน

ตัวชี้วัดที่ 7. ร้อยละเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

- เด็กไม่ได้รับการแปรงฟันอย่างถูกวิธี เนื่องจากผู้ปกครองขาดทักษะและความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ทำให้ฟันไม่สะอาด โดยเฉพาะในเด็กโรงเรียนเอกชน

- หญิงตั้งครรภ์ไม่มารักษาตามนัด เนื่องจากไม่ได้ให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปาก ในช่วงตั้งครรภ์

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. สร้างเสริมความรู้ความเข้าใจโดยการจัดอบรม อสม. และการส่งทันตภิบาลเข้าไปหาฟลูออไรด์ให้ในพื้นที่ที่ไม่มีทันตบุคลากร	ทบทวนความรู้ความเข้าใจ ถึงแนวทางและปัญหาของการดูแลหญิงตั้งครรภ์และเด็กเล็ก ในทันตบุคลากร คปสอ.ลอง	จัดอบรม อสม. เพื่อให้มีความรู้ด้านทันตสุขภาพ โดยดำเนินการใน อสม. พื้นที่ของเขตโรงพยาบาลก่อน	ดำเนินการวัดผลเรื่องการดูแลสุขภาพช่อง ใน อสม. เพื่อให้การรับรอง เป็น อสม. เชี่ยวชาญด้านทันตกรรม	ให้ อสม. ลงพื้นที่ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และเด็กเล็ก
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ทันตบุคลากรมีความเข้าใจในแนวทางแก้ปัญหาที่ตรงกัน	อสม.มีความรู้ในเรื่องทันตสุขภาพ และสามารถเป็นแกนนำในชุมชนได้	อสม.มีความเชี่ยวชาญในด้านทันตสุขภาพ และมีหลักฐานเป็นที่ประจักษ์	อสม.เป็นกำลังให้ทันตบุคลากร ในการช่วยลงพื้นที่และคัดกรองส่งเสริม ให้ผู้ป่วยมารดาเข้าถึงการบริการ ได้ดีขึ้น
ผลการดำเนินงาน	มีการประชุม CUP ลอง เพื่อทำความเข้าใจปัญหาและช่วยวางแผนงานในการแก้ปัญหา	มีการทำโครงการอบรม อสม. เชี่ยวชาญทันตะ วันที่ 27 – 28 พ.ย. 2560	มีการมอบเกียรติบัตรรับรองให้กับ อสม. เชี่ยวชาญด้านทันตกรรม	อสม.ที่ผ่านการอบรมเชี่ยวชาญทันตะ เป็นกำลังสำคัญให้กับทันตภิบาลใน รพสต. เช่น การตรวจสุขภาพช่องปาก การให้คำแนะนำทันตสุขภาพให้กับประชาชน

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
2. เพิ่มกิจกรรมลงไป ในเด็กชั้นอนุบาลเพิ่ม มากขึ้น	ทบทวนและออกแบบ กิจกรรม ที่จะเพิ่มลง ไปในกลุ่มเด็กอนุบาล	เรียกประชุม ผู้ที่ เกี่ยวข้องทำงาน ส่งเสริมสุขภาพช่อง ปาก ในเด็ก 3 - 5 ปี	ดำเนินกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพช่อง ปาก ในเด็ก 3 - 5 ปี ที่ได้ ร่วมกันออกแบบ โดยภาคีเครือข่าย	ลงตรวจสุขภาพช่อง ปากในเด็ก 3 - 5 ปี
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	มีการนำปัญหาในปี ก่อน มาวิเคราะห์หา สาเหตุ และวางแผน แก้ปัญหา	มีการประชุม CUP ลอง เพื่อทำความ เข้าใจปัญหาและ ช่วยวางแผนงานใน การแก้ปัญหา	เชิญทุกฝ่ายที่ เกี่ยวข้องกับเด็กเล็ก เข้ามาร่วมประชุม และช่วยกัน ออกแบบงาน ส่งเสริมสุขภาพใน เด็กเล็ก	ผลสุขภาพช่องปาก ในเด็กเล็ก อยู่ใน ระดับที่ดี
ผลการดำเนินงาน	มีการร่วมวิเคราะห์ สถานการณ์และ ปัญหา ของปัญหา งานส่งเสริมสุขภาพ ช่องปากในเด็กเล็ก	มีการประชุม CUP ลอง เพื่อทำความ เข้าใจปัญหาและ ช่วยวางแผนงานใน การแก้ปัญหา	ได้รับความร่วมมือ จาก ศพด. และ โรงเรียนทั่วอำเภอ ลอง ในการเข้าไป ตรวจและสำรวจสุข ภาวะช่องปาก ใน เด็ก 3-5 ปี	ผลสุขภาพช่องปาก ในเด็กเล็กอยู่ใน ระดับดี คือ - ร้อยละ 70 เด็ก 3-5 ปีที่ผู้ปกครอง ได้รับการฝึกทักษะ การแปรงฟัน อำเภอลองได้ 90.22 - ร้อยละ 70 ของ เด็ก 3 ปี ปราศจาก ฟันผุ อำเภอลอง ได้ 81.66 (ข้อมูล ณ วันที่ 24 กรกฎาคม 2561)

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)							
6. เด็ก 3 - 5 ปี ที่ผู้ปกครองได้รับการฝึกทักษะการแปรงฟัน ($\geq$ ร้อยละ 70)	รพ.สต. แม่เกี่ยม	รพ.สต. บ้านปิน	รพ.สต. ผาคัน	รพ.สต. ผามอก	รพ.สต. ต้าเหล่า	รพ.สต. เวียงต้า	รพ.สต. ปากกาง	รพ.สต. นาตุ้ม
	80	94.74	100	87.20	100	84.81	100	65.52
	รพ.สต. หัวทุ่ง	รพ.สต. ทุ่งแล้ง	รพ.สต. ผาจีบ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รพ.สต.	รวม
	96.26	96.43	74.51	100	78.72	92.31	85.58	90.22
7. เด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุ (ร้อยละ 70)	ผลงานของอำเภอลอง ร้อยละ 81.66							

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
- การเคลือบฟลูออไรด์จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อยู่ใน รพสต. ยังไม่ค่อยมีประสิทธิภาพ - คนไข้หญิงตั้งครรภ์ไม่ค่อยมาตามนัดหมาย บางรายไม่ยอมรักษาที่ รพสต. เนื่องจากเกิดความวิตกกังวล - เด็กในเขตพื้นที่โรงพยาบาลลอง ส่วนมากเป็นเด็กโรงเรียนเอกชน ทำให้การดูแลของส่วนราชการยังไม่ทั่วถึง	- จัดเจ้าหน้าที่ทันตภิบาลของโรงพยาบาลเข้าไปหาให้ โดยให้ทาง รพสต. ที่ไม่มีทันตภิบาล - ให้ความรู้ความเข้าใจแก่หญิงตั้งครรภ์ ถึงช่วงเวลาที่ สามารถทำฟันได้ - วางแผนงานและโครงการตรวจฟันในเด็กโรงเรียน เอกชน

ตัวชี้วัดที่ 8. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

อำเภอคลอง มีการคัดกรองพัฒนาการในเด็ก 0-5 ปีและ เด็ก กลุ่มอายุ 9, 18, 30 และ 42และ 50 เดือน โดยใช้เครื่องมือ DSPM การดำเนินงานพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 91.70 และถ้าพบสงสัย ลาซา ได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการดูแลประเมินรอบที่ 2 ภายใน 30 และถ้าติดตามประเมินรอบที่ 2 ไม่ผ่าน จะส่งต่อ รพ.เพื่อดูแลแก้ไขต่อไป

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. คัดกรองพัฒนาการให้มีความครอบคลุมในการตรวจ 4 ช่วงอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน และ 50 เดือน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	1. ดำเนินการคัดกรองพัฒนาการเด็กให้ได้ตามความครอบคลุมในพื้นที่ 2. ค้นหาพัฒนาการสงสัยลาซา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 3. เด็กพัฒนาการสงสัยลาซาได้รับการติดตามและกระตุ้นร้อยละ 100	1. ดำเนินการคัดกรองพัฒนาการเด็กให้ได้ตามความครอบคลุมในพื้นที่ 2. ค้นหาพัฒนาการสงสัยลาซา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 3. เด็กพัฒนาการสงสัยลาซาได้รับการติดตามและกระตุ้นร้อยละ 100	1. ดำเนินการคัดกรองพัฒนาการเด็กให้ได้ตามความครอบคลุมในพื้นที่ 2. ค้นหาพัฒนาการสงสัยลาซา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 3. เด็กพัฒนาการสงสัยลาซาได้รับการติดตามและกระตุ้นร้อยละ 100	เด็กได้รับการคัดกรองพัฒนาการครอบคลุมในพื้นที่
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	1. สถานบริการคัดกรอง ครอบคลุมในการตรวจ 5 ช่วงอายุ 9, 18, 30 42 และ 60 เดือน 2. ค้นหาพัฒนาการสงสัยลาซา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 3. เด็กพัฒนาการสงสัยลาซาได้รับการติดตามและกระตุ้นร้อยละ 100	1. สถานบริการคัดกรอง ครอบคลุมในการตรวจ 5 ช่วงอายุ 9, 18, 30 42 และ 60 เดือน 2. ค้นหาพัฒนาการสงสัยลาซา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 3. เด็กพัฒนาการสงสัยลาซาได้รับการติดตามและกระตุ้นร้อยละ 100	1. สถานบริการคัดกรอง ครอบคลุมในการตรวจ 5 ช่วงอายุ 9, 18, 30 42 และ 60 เดือน 2. ค้นหาพัฒนาการสงสัยลาซา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 3. เด็กพัฒนาการสงสัยลาซาได้รับการติดตามและกระตุ้นร้อยละ 100	1. สถานบริการคัดกรอง ครอบคลุมในการตรวจ 5 ช่วงอายุ 9, 18, 30 42 และ 60 เดือน 2. เด็กพัฒนาการสงสัยลาซาได้รับการติดตามและกระตุ้นร้อยละ 100

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ผลการดำเนินงาน	สถานบริการคัดกรองเด็ก 5 ช่วงอายุ และเด็กที่มี พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการกระตุ้นและติดตามทุกราย	สถานบริการคัดกรองเด็ก 5 ช่วงอายุ และเด็กที่มี พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการกระตุ้นและติดตามทุกราย	สถานบริการคัดกรองเด็ก 5 ช่วงอายุ พบว่า มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 91.70 และเด็กที่มี พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการกระตุ้นและติดตามทุกราย	สถานบริการคัดกรองเด็ก 5 ช่วงอายุ พบว่า มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 92.20 และเด็กที่มี พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการกระตุ้นและติดตามทุกราย

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)							
8. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ($\geq$ ร้อยละ 90)	รพ.สต. แม่เกียม	รพ.สต. บ้านปิน	รพ.สต. ผาคัน	รพ.สต. ผามอก	รพ.สต. ด้าเหล้า	รพ.สต. เวียงต้า	รพ.สต. ปากกา	รพ.สต. นาตุ้ม
	97.06	93.81	77.78	87.70	98.31	87.30	93.41	88.57
	รพ.สต. หัวทุ่ง	รพ.สต. ทุ่งแล้ง	รพ.สต. ผาจับ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รพ.ลอง	รวม
	94.29	88.76	94.92	94.74	100	93.18	92.04	92.20

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
การดำเนินการคัดกรองพัฒนาการเด็กตามช่วงวัยพบปัญหาติดตามเด็กไม่อยู่ในพื้นที่ติดตามผู้ปกครองไปทำงานต่างจังหวัด ใหม่ๆไปขาดการรับการตรวจ	ติดตามโดย จนท. และ อสม.ในพื้นที่ โดยใช้การสื่อสารผ่าน Line และโทรติดตาม
ผู้ปกครองบางคนไม่ให้ความสนใจขาดความตระหนัก ไม่ส่งเสริมเอาใจดูแลใส่กระตุ้นพัฒนาการและไม่ยอมรับในการตรวจคัดกรอง	จนท.และ อสม.ต้องใช้ความพยายามละลายพฤติกรรม และส่งเสริมเสริมสร้างให้เกิดความเข้าใจและตระหนัก

ตัวชี้วัดที่ 9. ร้อยละความครอบคลุมของเด็กวัยเรียนได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง

ตัวชี้วัดที่ 10. ร้อยละเด็กวัยเรียน 6-14 ปี สูงดีสมส่วน

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

จากสถานการณ์ปัจจุบันของโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นทุกปี เนื่องจากเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่าร้านสะดวกซื้อที่มีจำนวนมากขึ้น ทำให้เด็กสามารถซื้ออาหาร ขนมขบเคี้ยว น้ำหวาน/น้ำอัดลม อาหารจานด่วน ได้ง่ายขึ้น และมีการขายน้ำอัดลม และขนมหน้าโรงเรียนทำให้เด็กได้รับการบริโภคอาหารเหล่านี้ได้ง่าย และเด็กมีการเล่นอินเทอร์เน็ต หรือโทรศัพท์มือถือ จึงทำให้เด็กมีกิจกรรมกลางแจ้ง การเล่นกีฬาลดลง เป็นปัจจัยส่งเสริมและเป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น รูปร่างเริ่มอ้วนและอ้วนเพิ่มขึ้น

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. มีการคัดกรองภาวะ โภชนาการของเด็ก นักเรียนอายุ 6-14 ปี โดยการชั่งน้ำหนัก วัด ส่วนสูง	มีการคีย์ข้อมูล น้ำหนัก ส่วนสูงเด็ก นักเรียนเทอม 2 ลง ในโปรแกรม HOSxP ของรพ. ลอง และ ประมวลผลภาวะ โภชนาการของเด็ก นักเรียนอายุ 6-14 ปี ออกมา	มีการคีย์ข้อมูล น้ำหนัก ส่วนสูงเด็ก นักเรียนเทอม 2 ลง ในโปรแกรม HOSxP ของรพ. ลอง และ ประมวลผลภาวะ โภชนาการของเด็ก นักเรียนอายุ 6-14 ปี ออกมา	มีการคีย์ข้อมูล น้ำหนัก ส่วนสูงเด็ก นักเรียนเทอม 1 ลง ในโปรแกรม HOSxP ของรพ. ลอง และ ประมวลผลภาวะ โภชนาการของเด็ก นักเรียนอายุ 6-14 ปี ออกมา	มีการคีย์ข้อมูล น้ำหนัก ส่วนสูงเด็ก นักเรียนเทอม 1 ลง ในโปรแกรม HOSxP ของรพ. ลอง และ ประมวลผลภาวะ โภชนาการของเด็ก นักเรียนอายุ 6-14 ปี ออกมา
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	1.นำเด็กที่มีภาวะ โภชนาการเริ่มอ้วน และอ้วน มาคัด กรอง Obesity signs 4 ข้อ 2.เด็กที่พบความ เสี่ยง Obesity signs มากกว่า 3 ใน 4ข้อ นัดมาเจาะ Lab และพบแพทย์ ที่ รพ. 3.เด็กที่พบความ	1.นำเด็กที่มีภาวะ โภชนาการเริ่มอ้วน และอ้วน มาคัด กรอง Obesity signs 4 ข้อ 2.เด็กที่พบความ เสี่ยง Obesity signs มากกว่า 3 ใน 4ข้อ นัดมาเจาะ Lab และพบแพทย์ ที่ รพ. 3.เด็กที่พบความ	1.นำเด็กที่มีภาวะ โภชนาการเริ่มอ้วน และอ้วน มาคัด กรอง Obesity signs 4 ข้อ 2.เด็กที่พบความ เสี่ยง Obesity signs มากกว่า 3 ใน 4ข้อ นัดมาเจาะ Lab และพบแพทย์ ที่ รพ. 3.เด็กที่พบความ	1.นำเด็กที่มีภาวะ โภชนาการเริ่มอ้วน และอ้วน มาคัด กรอง Obesity signs 4 ข้อ 2.เด็กที่พบความ เสี่ยง Obesity signs มากกว่า 3 ใน4 ข้อ นัดมาเจาะ Lab และพบแพทย์ ที่ รพ. 3.เด็กที่พบความ

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	เสี่ยง Obesity signs ได้รับการเข้า ร่วมคลินิก DPAC ของ รพ.	เสี่ยง Obesity signs ได้รับการเข้า ร่วมคลินิก DPAC ของ รพ.	เสี่ยง Obesity signs ได้รับการเข้า ร่วมคลินิก DPAC ของ รพ.	เสี่ยง Obesity signs ได้รับการเข้า ร่วมคลินิก DPAC ของ รพ.
ผลการดำเนินงาน	พบเด็กนักเรียนอายุ 6-14 ปี มีภาวะ โภชนาการเริ่มอ้วน และอ้วน จำนวน 223 คน คิดเป็น 11.17 % เด็กนักเรียน อายุ 6-14 ปี มีภาวะ โภชนาการสูงดี สมส่วน จำนวน 1,217 คน คิดเป็น 61.00%	1. นำเด็กที่มีภาวะ โภชนาการเริ่มอ้วน และอ้วน มาคัด กรอง Obesity signs 4 ข้อ พบ ความเสี่ยง มากกว่า 3 ใน 4 ข้อ จำนวน 5 คน นัดเจาะ LAB พบแพทย์ และ แนะนำให้เข้าร่วม คลินิก DPAC ของ รพ. 2. มีการจัดกิจกรรม ให้กับกลุ่มเด็กอ้วน และเริ่มอ้วน โดยมี มีการให้ความรู้ ความเข้าใจในการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมและ ทัศนคติด้านการ บริโภคที่ถูกต้องของ เด็ก อายุ 6-14 ปี แก่ครู ผู้ปกครอง และผู้ประกอบ อาหารในโรงเรียน		

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)							
9. ร้อยละความครอบคลุมของเด็กวัยเรียนได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง (≥ร้อยละ 90)	รพ.สต. แม่เกี่ยม	รพ.สต. บ้านปิน	รพ.สต. ผาคัน	รพ.สต. ผามอก	รพ.สต. ต้าเหล่า	รพ.สต. เวียงต้า	รพ.สต. ปากกาง	รพ.สต. นาตุ้ม
	69.61	91.27	64.93	28.80	42.12	27.32	98.68	78.22
	รพ.สต. หัวทุ่ง	รพ.สต. ทุ่งแล้ง	รพ.สต. ผาจีบ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รพ.สต.	รวม
	89.08	72.77	30	74.49	79.24	79.73	101.37	72.92
10. ร้อยละเด็กวัยเรียน 6-14 ปี สูงดีสมส่วน (ร้อยละ 65)	รพ.สต. แม่เกี่ยม	รพ.สต. บ้านปิน	รพ.สต. ผาคัน	รพ.สต. ผามอก	รพ.สต. ต้าเหล่า	รพ.สต. เวียงต้า	รพ.สต. ปากกาง	รพ.สต. นาตุ้ม
	67.44	68.26	65.63	56.82	58.59	100	59.51	70.67
	รพ.สต. หัวทุ่ง	รพ.สต. ทุ่งแล้ง	รพ.สต. ผาจีบ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รพ.สต.	รวม
	62.71	60.49	0	90.43	58.04	53.03	64.85	64.26

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
การบริโภคในชีวิตประจำวันของเด็ก ส่วนใหญ่จะอยู่ในความดูแลของผู้ปกครอง จึงมีผลอย่างมากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	- ให้ความรู้ความเข้าใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและทัศนคติด้านการบริโภคที่ถูกต้องของเด็ก อายุ 6-14 ปี แก่ผู้ปกครอง - ให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องกิจกรรมการออกกำลังกายในเด็ก และลดการดูทีวี เล่นเกมส์แก่ผู้ปกครอง - ให้ครูช่วยกระตุ้นผู้ปกครอง ในการดูแลเรื่องการบริโภคอาหารของเด็กที่บ้าน
ขาดความต่อเนื่องของกิจกรรมในโรงเรียน เช่นในเรื่องของการออกกำลังกาย	- กระตุ้น ติดตามผลการดำเนินงานต่อเนื่อง - จัดกิจกรรม คู่บัดดี้ ให้นักเรียน เป็นผู้สอดส่องดูแลกันเองในเรื่องของการบริโภคขนม อาหาร และการออกกำลังกาย

ตัวชี้วัดที่ 11. ร้อยละโรงเรียนประถมศึกษาที่มีการดำเนินกิจกรรมแปรงฟันคุณภาพผ่านเกณฑ์

ตัวชี้วัดที่ 12. ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี ฟันดีไม่ผุ (cavity free)

- สถานการณ์/สภาพปัญหา

เนื่องจากการขาดความร่วมมือของคุณครูในบางโรงเรียน รวมถึงขาดการกระตุ้นในการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จึงได้จัดให้มีการดำเนินงาน โดยเน้นการเพิ่มแรงกระตุ้น และจัดเวทีเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้แต่ละโรงเรียนเกิดความร่วมมือกันในการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน

- การดำเนินงาน แกไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. เพิ่มการกระตุ้นและจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนในทุกๆปี	เรียกประชุมภาคีเครือข่าย และออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กประถม	ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่ได้ร่วมกันออกแบบไว้	จัดเวทีประกวดเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในภาคีเครือข่าย	ลงตรวจสอบสุขภาพช่องปากในเด็กประถม
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ผู้เกี่ยวข้องกับงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กประถมได้รับทราบปัญหาและช่วยกันออกแบบกิจกรรมงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กประถมร่วมกัน	มีการดำเนินกิจกรรมงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กประถมตามที่ภาคีเครือข่ายได้ร่วมกันออกแบบ	มีเวทีประกวดให้กับโรงเรียนต่างๆได้เข้ามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเป็นแรงกระตุ้นให้โรงเรียนอยากดำเนินการในปีต่อไป	สภาวะสุขภาพช่องปากในเด็กประถมอยู่ในระดับเกณฑ์ที่ดี
ผลการดำเนินงาน	มีการประชุม CUP ลอง เพื่อทำความเข้าใจปัญหาและช่วยวางแผนงานในการแก้ปัญหา	- มีการร่วมงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก กับ งาน อย. น้อย - มีการประชุมร่วมกับตัวแทนจากโรงเรียนประถมทุกโรงเรียนในอำเภอคลองพร้าวหรือ และออกแบบกิจกรรม	- มีการประเมินโครงการแปรงฟันคุณภาพ / โครงการอาหารอ่อนหวาน / โครงการโรงเรียน อย. น้อย - จัดมหกรรม Long Kid healthy	- สภาวะสุขภาพช่องปากในเด็กประถมอยู่ในระดับเกณฑ์ที่ดี - ร้อยละของโรงเรียนที่ดำเนินกิจกรรมแปรงฟันคุณภาพผ่านเกณฑ์อำเภอคลองได้ ร้อยละ 100

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
		งานส่งเสริมสุขภาพ ร่วมกัน		

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)							
1. โรงเรียนประถมศึกษา มีการดำเนินกิจกรรมปรับปรุงคุณภาพผ่านเกณฑ์ (>ร้อยละ 85)	โรงเรียนประถมศึกษาในอำเภอเมือง มีการดำเนินกิจกรรมปรับปรุงคุณภาพผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100							
2. ร้อยละของเด็ก 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free) (>ร้อยละ 85)	รพ.สต. แม่เปี่ยม	รพ.สต. บ้านปิน	รพ.สต. ผาคัน	รพ.สต. ผามอก	รพ.สต. ต้าเหล่า	รพ.สต. เวียงต้า	รพ.สต. ปากก่าง	รพ.สต. นาตุ้ม
	100	82.35	100	78.26	96.15	100	100	100
	รพ.สต. หัวทุ่ง	รพ.สต. ทุ่งแล้ง	รพ.สต. ผาจับ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รพ.สต.	รวม
	97.22	100	75.00	100	100	100	86.96	91.80

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
- การกำหนดพื้นที่สำรวจในอำเภอเมืองมีหลายแห่ง ไม่เพียงพอกับอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ ทำให้เด็ก ได้รับการรักษาฟันล่าช้า	- วางแผนในการกำหนดพื้นที่สำรวจให้เพียงพอกับ อัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน

ตัวชี้วัดที่ 13. อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุ 15-19 ปี

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

จากสถิติการคลอดในโรงพยาบาลลงมีแนวโน้มลดลงแต่การตั้งครรภ์ของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี กลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ลดลง แต่ยังมีค่าเกินเป้าหมาย พบร้อยละ 17.14, 18.43, 13.99, 14.04 ในปี 2558 2559 2560 และ 2561 (ไตรมาสที่ 3) ตามลำดับ และพบอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำ ร้อยละ 18.52 ในปี 2560 และในปี 2561 ยังไม่พบอุบัติการณ์ตั้งครรภ์ซ้ำ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ทำให้มีผลตามมาคือ ต้องหยุดหรือออกจากสถานศึกษา เกิดปัญหาบุตรที่ไม่ต้องการ เป็นภาระทางเศรษฐกิจ เรื่องการคลอดบุตรและการเลี้ยงดูบุตร เนื่องจากยังไม่มีการทำ

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. เชิงรุกด้านเพศศึกษา ในกลุ่มเป้าหมาย 2. ประชาสัมพันธ์ ให้บริการ ให้คำปรึกษา และวางแผนครอบครัว กึ่งถาวร ผังยาคุมกำเนิด ในมารดาหลังคลอด และ หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี	ให้บริการคลินิก วัยรุ่น ให้คำปรึกษา ปัญหาสุขภาพและ อนามัยเจริญพันธุ์	ให้บริการคลินิก วัยรุ่น ให้คำปรึกษา ปัญหาสุขภาพและ อนามัยเจริญพันธุ์	ให้บริการคลินิก วัยรุ่น ให้คำปรึกษา ปัญหาสุขภาพและ อนามัยเจริญพันธุ์	ให้บริการคลินิก วัยรุ่น ให้คำปรึกษา ปัญหาสุขภาพและ อนามัยเจริญพันธุ์
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	หญิงตั้งครรภ์อายุ ต่ำกว่า 20 ปี มี ความรู้ ความเข้าใจ ปัญหาการตั้งครรภ์	ไม่พบหญิงตั้งครรภ์ อายุต่ำกว่า 20 ปี ตั้งครรภ์ซ้ำ	ไม่พบหญิงตั้งครรภ์ อายุต่ำกว่า 20 ปี ตั้งครรภ์ซ้ำ	ไม่พบหญิงตั้งครรภ์ อายุต่ำกว่า 20 ปี ตั้งครรภ์ซ้ำ
ผลการดำเนินงาน	* หญิงตั้งครรภ์อายุ ต่ำกว่า 20 ปี มี ความรู้ ความเข้าใจ ปัญหาการตั้งครรภ์ มากขึ้น	* ดำเนินการตาม โครงการเพศศุขได้ ในครอบครัว โดยมี กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ปกครองวัยรุ่น * จัดอบรม เพศศึกษาใน สถานศึกษา “ รู้จัก วัยรุ่น ” ในนักเรียน รร.ลองวิทยา * มีผู้มารับบริการ	ไม่พบหญิงตั้งครรภ์ อายุต่ำกว่า 20 ปี ตั้งครรภ์ซ้ำในเขต อำเภอลอง	ไม่พบหญิงตั้งครรภ์ อายุต่ำกว่า 20 ปี ตั้งครรภ์ซ้ำในเขต อำเภอลอง

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
		ฝัวยาคุมกำเนิด ทั้งหมดจำนวน 11 ราย โดยมีมารดา หลังคลอด 5 ราย และไม่พบการ ตั้งครรภ์ซ้ำในหญิง ตั้งครรภ์อายุ ต่ำกว่า 20 ปี		

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)							
13. อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำ ในหญิงอายุ 15-19 ปี (ไม่เกินร้อยละ 9.5)	รพ.สต. แม่เกี่ยม	รพ.สต. บ้านปิน	รพ.สต. ผาคัน	รพ.สต. ผามอก	รพ.สต. ต้าเหล่า	รพ.สต. เวียงต้า	รพ.สต. ปากกาง	รพ.สต. นาตุ้ม
	0	0	0	0	0	0	0	0
	รพ.สต. หัวทุ่ง	รพ.สต. ทุ่งแล้ง	รพ.สต. ผาจับ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รพ.สต. ลอง	รวม
	0	0	0	0	0	0	0	0

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่ บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
ความเข้าใจในการวางแผนครอบครัวกึ่งถาวร (ยาฝัง คุมกำเนิด) ยังไม่ถูกต้อง ยังมีความเชื่อ และความกลัวใน การฝังยาคุมกำเนิดโดยเฉพาะผู้รับบริการวัยรุ่น	ประชาสัมพันธ์ให้บริการ ให้คำปรึกษาและวางแผน ครอบครัวกึ่งถาวร ฝังยาคุมกำเนิดในมารดาหลัง คลอด และหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี รวมถึงการให้ ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้รับบริการ

ตัวชี้วัดที่ 14. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

ตัวชี้วัดที่ 15. อัตราความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง

- สถานการณ์/สภาพปัญหา

ในพื้นที่มีการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตามแนวทางที่กำหนด การติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด ยังพบผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่เพิ่มสูงขึ้น

- การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. การค้นหากลุ่มเสี่ยง	1.การคัดกรองภาวะเสี่ยงในประชาชนอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปทุกคน 2.กำหนดระยะเวลาในการคัดกรอง 3.ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงจะต้องได้รับการให้สุขศึกษาทุกราย 4.มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือน และแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม	1.ดำเนินการคัดกรองให้เสร็จสิ้นภายใน 6 เดือน 2.กลุ่มเสี่ยงจะต้องได้รับการประเมินซ้ำทุก 6 เดือน 3. ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงจะต้องได้รับการให้สุขศึกษาทุกราย 4.มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือน และแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม	1.กลุ่มเสี่ยงจะต้องได้รับการประเมินซ้ำทุก 6 เดือน 2.ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงจะต้องได้รับการให้สุขศึกษาทุกราย 4.มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือน และแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ ติดตาม	1.กลุ่มเสี่ยงจะต้องได้รับการประเมินซ้ำทุก 6 เดือน 2.ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงจะต้องได้รับการให้สุขศึกษาทุกราย 3. กลุ่มเสี่ยงจะต้องได้รับการประเมินซ้ำทุก 6 เดือน 4.มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือน และแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- คัดกรอง DM/HT ปชช. อายุ 35 ปีขึ้นไป และให้คำปรึกษา > ร้อยละ 40	- คัดกรอง DM/HT ปชช. อายุ 35 ปีขึ้นไปและให้คำปรึกษา >ร้อยละ 60	- คัดกรอง DM/HT ปชช. อายุ 35 ปีขึ้นไปและให้คำปรึกษา > ร้อยละ 80	- คัดกรอง DM/HT ปชช. อายุ 35 ปีขึ้นไปและให้คำปรึกษา >ร้อยละ 90
ผลการดำเนินงาน	1.ร้อยละประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ร้อย	1.ร้อยละประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคความ	1.ร้อยละประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 93.33	1.ร้อยละประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	ละ 85.05 2. ร้อยละประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการ คัดกรองความเสี่ยงต่อ โรคเบาหวานร้อยละ 83.88 (ข้อมูลHDC 29/12/60)	ดันโลหิตสูง ร้อยละ 91.06 2. ร้อยละประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับ การคัดกรองความ เสี่ยงต่อ โรคเบาหวานร้อยละ 95.88 (ข้อมูล HDC15/3/61)	2. ร้อยละประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการ คัดกรองความเสี่ยง ต่อโรคเบาหวานร้อยละ 96.47 (ข้อมูล HDC15/5/61)	97.31 2. ร้อยละประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับ การคัดกรองความ เสี่ยงต่อ โรคเบาหวาน ร้อยละ 97.59 (ข้อมูล HDC 15/8/61)
2. การติดตามกลุ่ม เสี่ยง DM และ HT และการขึ้นทะเบียน ผู้ป่วยรายใหม่	1.ทบทวนแนวทางการ ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานและความ ดันโลหิตสูงและ ทบทวนแนวทางการ วินิจฉัยผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง รายใหม่แก่เจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ ติดต่อเรื้อรังใน เครือข่าย 2.ติดตามผู้ป่วยกลุ่ม เสี่ยงตามแนวทางที่ กำหนดทุก 6 เดือน 3. คืบข้อมูลผู้ป่วยกลุ่ม เสี่ยงแก่พื้นที่ รับผิดชอบในเครือข่าย 4.คืบข้อมูลผู้ป่วย เบาหวานและความดัน โลหิตสูงรายใหม่แก่ พื้นที่รับผิดชอบใน เครือข่าย	1. ให้สุขศึกษาและ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยง 2. ติดตามผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงตาม แนวทางที่กำหนด ทุก 6 เดือน 3. คืบข้อมูลผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงแก่พื้นที่ รับผิดชอบใน เครือข่าย 4. คืบข้อมูลผู้ป่วย เบาหวานและความ ดันโลหิตสูงรายใหม่ แก่พื้นที่รับผิดชอบ ในเครือข่าย	1.ให้สุขศึกษาและ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยง 2. ติดตามผู้ป่วยกลุ่ม เสี่ยงตามแนวทางที่ กำหนดทุก 6 เดือน 3.คืบข้อมูลผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงแก่พื้นที่ รับผิดชอบใน เครือข่าย 4.คืบข้อมูลผู้ป่วย เบาหวานและความ ดันโลหิตสูงรายใหม่ แก่พื้นที่รับผิดชอบใน เครือข่าย	1.ให้สุขศึกษาและ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยง 2. ติดตามผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงตาม แนวทางที่กำหนด ทุก 6 เดือน 3.คืบข้อมูลผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงแก่พื้นที่ รับผิดชอบใน เครือข่าย 4.คืบข้อมูลผู้ป่วย เบาหวานและความ ดันโลหิตสูงรายใหม่ แก่พื้นที่รับผิดชอบ ในเครือข่าย

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	4.อัตราผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่ 43.35/แสน ประชากร (ข้อมูลHDC 29/12/60)	1215.89/แสน ประชากร 4.อัตราผู้ป่วย เบาหวานรายใหม่ 332/แสนประชากร (ข้อมูลHDC 15/3/61)	โลหิตสูงร้อยละ 3.87 4.อัตราผู้ป่วย เบาหวานรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยง เบาหวาน ร้อยละ 1.47 (ข้อมูลHDC 15/5/61)	จากกลุ่มเสี่ยงความ ดันโลหิตสูงร้อยละ 4.74 4.อัตราผู้ป่วย เบาหวานรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยง เบาหวานร้อยละ 2.29 (ข้อมูลHDC 15/8/61)

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)							
14. อัตราผู้ป่วย เบาหวานรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยง เบาหวาน (ไม่เกิน ร้อยละ 2.16)	รพ.สต. แม่เกี่ยม	รพ.สต. บ้านปิน	รพ.สต. ผาคัน	รพ.สต. ผามอก	รพ.สต. ต้าเหล่า	รพ.สต. เวียงต้า	รพ.สต. ปากกาง	รพ.สต. นาตุ้ม
	5	1.85	2.38	1.68	0	1.28	4.17	0.61
	รพ.สต. หัวทุ่ง	รพ.สต. ทุ่งแล้ง	รพ.สต. ผาจับ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รพ.สต.	รวม
	2.73	0.39	3.85	0	0	1.56	6.25	2.29
15. อัตราความดัน โลหิตสูงรายใหม่จาก กลุ่มเสี่ยงความดัน โลหิตสูง (ไม่เกินร้อย ละ 3.84)	รพ.สต. แม่เกี่ยม	รพ.สต. บ้านปิน	รพ.สต. ผาคัน	รพ.สต. ผามอก	รพ.สต. ต้าเหล่า	รพ.สต. เวียงต้า	รพ.สต. ปากกาง	รพ.สต. นาตุ้ม
	0	2.90	4.17	1.83	4.47	1.96	4.48	0.98
	รพ.สต. หัวทุ่ง	รพ.สต. ทุ่งแล้ง	รพ.สต. ผาจับ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รพ.สต.	รวม
	5.35	3.65	11.00	2.73	5.80	3.61	5.98	4.74

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผล สำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข

ตัวชี้วัดที่ 16. ร้อยละของผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในระบบสมัครใจในสถานพยาบาล (แบบผู้ป่วยนอก)

ตัวชี้วัดที่ 17. ร้อยละของการบันทึกข้อมูลผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในระบบรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)

- สถานการณ์/สภาพปัญหา

อำเภอคลองเป็นแหล่งพัก และลำเลียงยาเสพติดไปยังจังหวัดต่างๆ เนื่องจากมีพื้นที่ติดกับอำเภอที่มีการลำเลียงยาเสพติดจากจังหวัดใกล้เคียง ยาเสพติดหลักที่พบยังคงเป็นยาบ้า จะเห็นว่าตั้งแต่ ปี 2558 – 2560 ไม่มีผู้เข้ารับบริการยาเสพติดอื่นเลยนอกจากยาบ้า ผู้รับบริการส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 15 – 35 ปี ซึ่งเป็นวัยรุ่นและวัยแรงงานตอนต้น ส่วนใหญ่จะเป็นระบบบังคับบำบัดมากกว่าสมัครใจ แต่หลังจากรัฐบาลยกระดับเรื่องยาเสพติดให้เป็นวาระแห่งชาติ และทางอำเภอคลองได้ดำเนินการอย่างจริงจังร่วมกับภาคประชาชน ทำให้มีการนำผู้เสพเข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รูปแบบผู้ป่วยนอกเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับในพื้นที่มีโรงงานเหมืองแร่ โรงงานกระดาษ และโรงงานแปรรูปไม้ไผ่ สถานศึกษาในระดับมัธยมศึกษา อุดมศึกษา โรงเรียนขยายโอกาส ซึ่งเอื้อต่อการใช้และจำหน่ายยาเสพติด รูปแบบการจำหน่ายเป็นนักค้าระดับกลาง และนักค้ารายย่อย มีความเชื่อมโยงกับกลุ่มนักเรียน นักศึกษา เยาวชนนอกสถานศึกษาและกลุ่มผู้ใช้แรงงาน ราคายาบ้าประมาณเม็ดละ 100 – 250 บาท พื้นที่เสี่ยงในพื้นที่ ได้แก่ร้านเกมส์/อินเทอร์เน็ต สถานบันเทิง หอพัก โรงแรม จึงต้องมีการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงอย่างใกล้ชิด โดยการทำงานร่วมกันกับเครือข่ายทั้งส่วนราชการ และภาคประชาชน

สถานการณ์ด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดในอำเภอคลอง ระหว่างเดือนตุลาคม 2560 ถึง กรกฎาคม 2561 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาทั้งสิ้น 103 ราย บังคับบำบัด 41 ราย สมัครใจ 62 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.80 และ 60.19 ตามลำดับ พื้นที่ตำบลห้วยอ้อมมีผู้เข้ารับการบำบัดมากที่สุด 22 คน ร้อยละ 21.36 รองลงมาเป็นตำบลทุ่งแล้ง และตำบลหัวทุ่ง ผู้เข้ารับการบำบัดร้อยละ 92.23 เป็นเพศชาย ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 51.45) ในกลุ่มอายุพบว่า 18 – 24 ปีเข้ารับการบำบัดมากที่สุด (ร้อยละ 33) รองลงมาอายุมากกว่า 39 ปี (ร้อยละ 26.21) ยาเสพติดที่ใช้คือยาบ้า ร้อยละ 100 สาเหตุการเสพยาส่วนใหญ่คืออยากรู้อยากลอง

ตามนโยบายของรัฐบาล ให้มีการปรับระบบส่งเสริม บำบัดฟื้นฟู ติดตาม ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด ภายใต้ทิศทางนโยบายยาเสพติดโลก และการเปลี่ยนแปลงในระดับสากล ไปสู่การใช้หลักการสาธารณสุขและสิทธิมนุษยชน เน้นการดูแลสุขภาพและสังคม เป็นแนวทางปฏิบัติในการลดผลกระทบจากปัญหายาเสพติด ปรับมุมมองผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดคือ “ผู้ป่วย” ที่ต้องได้รับการรักษา ภายใต้หลักการ “เข้าใจ เข้าถึง ทั่วถึง” คือเข้าใจบริบทและสาเหตุที่ทำให้เสพยาเสพติด รวมถึงครอบครัวของผู้เสพ โดยจะทำให้ผู้เสพหรือผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา ทั้งนี้งานยาเสพติดจังหวัดแพร่ ได้ดำเนินการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการปรับระบบส่งเสริม บำบัดฟื้นฟู ติดตาม ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด ของโรงพยาบาล และ รพ.สต. ให้เป็นรูปธรรม และมีประสิทธิภาพ โดยพัฒนาคุณภาพสถานบริการให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด ซึ่งโรงพยาบาลลองผ่านมาตรฐานการรับรองครั้งที่ 2 ในปี 2561 พัฒนานองค์ความรู้ให้กับผู้ปฏิบัติงานยาเสพติดทั้งใน รพ.สต. (หลักสูตร BA BI ครบทั้ง 14 รพ.สต. หลักสูตร MI 1 รพ.สต.) และโรงพยาบาล (หลักสูตร BA BI MI MET การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด) รวมไปถึงการพัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครชุมชนในการติดตาม ดูแล ช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดรักษาเสพติด

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. ด้านการส่งเสริม ป้องกัน 2. ด้านการคัดกรอง บำบัดฟื้นฟู ติดตาม ผู้ป่วยยาเสพติด อย่าง มีคุณภาพมาตรฐาน ให้ ครอบคลุม และทั่วถึง 3. การลดอันตรายจาก การใช้ยา เสพติด (Harm Reduction) 4. พัฒนาข้อมูลการ การบำบัดรักษายาเสพติด (บสต.)	1. รณรงค์สร้าง ความรู้ให้ประชาชน และ เยาวชนเรื่อง โทษของยาเสพติด 2. สร้างภูมิคุ้มกัน และป้องกันยาเสพติด ในสถานศึกษา สถานประกอบการ และ ชุมชนตาม กลไกประชารัฐ 3. ดำเนินการคัด กรอง บำบัดฟื้นฟู และติดตามผู้ป่วยยา เสพติด 4. นำเข้าข้อมูลการ บำบัดรักษายาเสพติด ในฐานข้อมูล (บสต.)	1. ดำเนินการคัด กรอง บำบัดฟื้นฟู และติดตามผู้ป่วยยา เสพติด 2. มีการดำเนินงาน ตามมาตรการลด อันตรายจากการใช้ ยาเสพติด 3. นำเข้าข้อมูลการ บำบัดรักษายาเสพติด ในฐานข้อมูล (บสต.)	1. ดำเนินการคัด กรอง บำบัดฟื้นฟู และติดตามผู้ป่วยยา เสพติด 2. มีการดำเนินงาน ตามมาตรการลด อันตรายจากการใช้ ยาเสพติด 3. ประสานกับ ศป.ปส.อ.ลง ใน การนำผู้เสพเข้าสู่ กระบวนการบำบัด ในรูปแบบสมัครใจ 4. นำเข้าข้อมูลการ บำบัดรักษายาเสพติด ในฐานข้อมูล (บสต.)	1. ดำเนินการคัด กรอง บำบัดฟื้นฟู และติดตามผู้ป่วยยา เสพติด 2. มีการดำเนินงาน ตามมาตรการลด อันตรายจากการใช้ ยาเสพติด 3. ประสานกับ ศป.ปส.อ.ลง ใน การนำผู้เสพเข้าสู่ กระบวนการบำบัด ในรูปแบบสมัครใจ 4. นำเข้าข้อมูลการ บำบัดรักษายาเสพติด ในฐานข้อมูล (บสต.) 5. สถานพยาบาล ผ่านการรับรอง มาตรฐานคุณภาพ สถานพยาบาลยา เสพติด
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	1. มีการรณรงค์ ป้องกัน และสร้าง ภูมิคุ้มกันด้านยาเสพติด ให้กับประชาชน นักเรียน นักศึกษา ในพื้นที่ อ.ลอง 2. สถานบริการใน อ.ลอง สามารถ	1. สถานบริการใน อ.ลอง สามารถ ให้บริการคัดกรอง บำบัดฟื้นฟู และ ติดตามผู้ป่วยยาเสพติด 2. มีการดำเนินงาน ลดอันตรายจากการ	1. สถานบริการใน อ.ลอง สามารถ ให้บริการคัดกรอง บำบัดฟื้นฟู และ ติดตามผู้ป่วยยาเสพติด 2. มีการดำเนินงาน ลดอันตรายจากการ	1. สถานบริการใน อ.ลอง สามารถ ให้บริการคัดกรอง บำบัดฟื้นฟู และ ติดตามผู้ป่วยยาเสพติด 2. มีการดำเนินงาน ลดอันตรายจากการ

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	ให้บริการคัดกรอง บำบัดฟื้นฟู และ ติดตามผู้ป่วยยาเสพติด 3. มีการนำเข้า ข้อมูลการ บำบัดรักษายาเสพติด ในฐานข้อมูล (บสต.) ที่เป็น ปัจจุบัน	ใช้ยาเสพติดในสถาน บริการ 3. มีการนำเข้า ข้อมูลการ บำบัดรักษายาเสพติด ในฐานข้อมูล (บสต.) ที่เป็น ปัจจุบัน 4. ร้อยละ 90 ของ ผู้ป่วยยาเสพติดหยุด เสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่าย	ใช้ยาเสพติดในสถาน บริการ 3. มีการนำเข้า ข้อมูลการ บำบัดรักษายาเสพติด ในฐานข้อมูล (บสต.) ที่เป็น ปัจจุบัน 4. ร้อยละ 90 ของ ผู้ป่วยยาเสพติดหยุด เสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่าย 5. ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด เข้ารับการบำบัด ในระบบสมัครใจใน สถานพยาบาล (แบบ ผู้ป่วยนอก) ร้อยละ 80 ของเป้าหมายที่ กำหนด (อ.ลอง เป้าหมาย 84 ราย)	ใช้ยาเสพติดในสถาน บริการ 3. มีการนำเข้า ข้อมูลการ บำบัดรักษายาเสพติด ในฐานข้อมูล (บสต.) ที่เป็น ปัจจุบัน 4. ร้อยละ 90 ของ ผู้ป่วยยาเสพติดหยุด เสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่าย 5. ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด เข้ารับการบำบัด ในระบบสมัครใจใน สถานพยาบาล(แบบ ผู้ป่วยนอก) ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย ที่กำหนด (อ.ลอง เป้าหมาย 84 ราย) 6. โรงพยาบาลผ่าน การรับรองมาตรฐาน คุณภาพ สถานพยาบาลยา เสพติด
ผลการดำเนินงาน	1. มีการรณรงค์ ป้องกัน และสร้าง ภูมิคุ้มกันด้านยาเสพติด ให้กับประชาชน นักเรียน นักศึกษา ในพื้นที่ อ.ลอง โดย	1. รพ.สต.ในพื้นที่ สามารถคัดกรอง เบื้องต้นเพื่อจำแนก ประเภทผู้เสพ ผู้ติดยา และสามารถบำบัด ในรูปแบบ BA BI ใน	1. รพ.สต.ในพื้นที่ สามารถคัดกรอง เบื้องต้นเพื่อจำแนก ประเภทผู้เสพ ผู้ติดยา และสามารถบำบัด ในรูปแบบ BA BI ใน	1. รพ.สต.ในพื้นที่ สามารถคัดกรอง เบื้องต้นเพื่อจำแนก ประเภทผู้เสพ ผู้ติดยา และสามารถบำบัด ในรูปแบบ BA BI ใน

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	การดำเนินงานในแต่ละตำบลได้รับการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายในพื้นที่ 2. รพ.สต.ในพื้นที่สามารถคัดกรองเบื้องต้นเพื่อจำแนกประเภทผู้เสพ ผู้ติด และสามารถบำบัดในรูปแบบ BA BI ในผู้เสพได้ 3. โรงพยาบาลลองเป็นศูนย์คัดกรองเพื่อนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่เหมาะสม และบำบัดรักษาผู้เสพ/ผู้ติดในรูปแบบผู้ป่วยนอกทั้งในระบบบังคับบำบัด และระบบสมัครใจบำบัด 3. โรงพยาบาลลองการนำเข้าข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดในฐานข้อมูล (บสต.) ที่เป็นปัจจุบัน 3. โรงพยาบาลลองการนำเข้าข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดในฐานข้อมูล (บสต.) ที่เป็นปัจจุบัน	ผู้เสพได้ 2. โรงพยาบาลลองเป็นศูนย์คัดกรองเพื่อนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่เหมาะสม และบำบัดรักษาผู้เสพ/ผู้ติดในรูปแบบผู้ป่วยนอกทั้งในระบบบังคับบำบัด และระบบสมัครใจบำบัด โดยมีการดำเนินงานในส่วนของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดร่วมด้วย 3. โรงพยาบาลลองการนำเข้าข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดในฐานข้อมูล (บสต.) ที่เป็นปัจจุบัน 4. ร้อยละ 89.47 ของผู้ป่วยยาเสพติดหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่าย	ผู้เสพได้ 2. โรงพยาบาลลองเป็นศูนย์คัดกรองเพื่อนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่เหมาะสม และบำบัดรักษาผู้เสพ/ผู้ติดในรูปแบบผู้ป่วยนอกทั้งในระบบบังคับบำบัด และระบบสมัครใจบำบัด โดยมีการดำเนินงานในส่วนของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดร่วมด้วย 3. โรงพยาบาลลองการนำเข้าข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดในฐานข้อมูล (บสต.) ที่เป็นปัจจุบัน 4. ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจในสถานพยาบาล (แบบผู้ป่วยนอก) ร้อยละ 71.42	ผู้เสพได้ 2. โรงพยาบาลลองเป็นศูนย์คัดกรองเพื่อนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่เหมาะสม และบำบัดรักษาผู้เสพ/ผู้ติดในรูปแบบผู้ป่วยนอกทั้งในระบบบังคับบำบัด และระบบสมัครใจบำบัด โดยมีการดำเนินงานในส่วนของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดร่วมด้วย 3. โรงพยาบาลลองการนำเข้าข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดในฐานข้อมูล (บสต.) ที่เป็นปัจจุบัน 4. ร้อยละ 90.90 ของผู้ป่วยยาเสพติดหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่าย 5. ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจในสถานพยาบาล (แบบผู้ป่วยนอก)

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
				ร้อยละ 73.81 6. โรงพยาบาลลอง ผ่านการรับรอง มาตรฐานคุณภาพ สถานพยาบาลยา เสพติดในปี 2561 ได้รับการรับรอง 3 ปี

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)
16. ร้อยละของผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในระบบสมัครใจในสถานพยาบาล (แบบผู้ป่วยนอก) (ร้อยละ 100)	ร้อยละ 73.81
17. ร้อยละของการบันทึกข้อมูลผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในระบบรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) (ร้อยละ 100)	ร้อยละ 100

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผล สำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
นโยบาย แนวทางปฏิบัติ และการสนับสนุน ในการพัฒนาระบบ และถ่ายโอนภารกิจการบำบัดฟื้นฟู ไม่สัมพันธ์กับปริมาณงานที่เพิ่มขึ้น (ภาระงาน กับจำนวนบุคลากร)	- ควรมีการกำหนดกรอบโครงสร้าง คุณสมบัติที่ชัดเจน สัมพันธ์กับปริมาณงานที่เพิ่มขึ้น

ตัวชี้วัดที่ 18. ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับบริการทางทันตกรรม

ตัวชี้วัดที่ 19. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีฟันหลังแท้หรือเทียมใช้งานได้อย่างเหมาะสม 4 คู่สบขึ้นไป

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

ขาดการกระตุ้นในชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และผู้สูงอายุยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพช่องปาก (ทำฟันปลอม) ที่ดี และในปัจจุบันเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นซึ่งถือเป็นวัยพึ่งพิง และส่วนใหญ่ไม่มีผู้ดูแลเนื่องจากต้องออกไปทำงานนอกบ้าน จึงต้องมีมาตรการในการอบรม อสม. เพื่อให้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างใกล้ชิด

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. สร้างเสริมความรู้ความเข้าใจโดยการจัดอบรม อสม.และผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการเพิ่มจำนวนทันตบุคลากร เพื่อให้สอดคล้องกับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น	ทบทวนความรู้ความเข้าใจ ถึงแนวทางและปัญหาของการดูแลผู้สูงอายุ ในทันตบุคลากร คปสอ.ลอง	จัดอบรม อสม. เพื่อให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพ โดยดำเนินการใน อสม. พื้นที่ของเขตโรงพยาบาลก่อน	ดำเนินการวัดผลเรื่องการดูแลสุขภาพช่อง ใน อสม. เพื่อให้การรับรอง เป็น อสม.เชี่ยวชาญด้านทันตกรรม	ให้ อสม. ลงพื้นที่ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ทันตบุคลากรมีความเข้าใจในแนวทางแก้ปัญหาที่ตรงกัน	อสม.มีความรู้ในเรื่องทันตสุขภาพ และสามารถเป็นแกนนำในชุมชนได้	อสม.มีความเชี่ยวชาญในด้านทันตสุขภาพ และมีหลักฐานเป็นที่ประจักษ์	อสม.เป็นกำลังให้ทันตบุคลากร ในการช่วยลงพื้นที่และคัดกรองส่งเสริม ให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการบริการ ได้ดีขึ้น
ผลการดำเนินงาน	มีการประชุม CUP ลอง เพื่อทำความเข้าใจปัญหาและช่วยวางแผนงานในการแก้ปัญหา	มีการทำโครงการอบรม อสม. เชี่ยวชาญทันตะ วันที่ 27 – 28 พ.ย. 2560	มีการมอบเกียรติบัตรรับรอง ให้กับ อสม. เชี่ยวชาญด้านทันตกรรม	อสม.ที่ผ่านการอบรมเชี่ยวชาญทันตะ เป็นกำลังสำคัญให้กับทันตภิบาลใน รพสต. เช่น การตรวจสุขภาพช่องปาก

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
				การให้คำแนะนำ ทันตสุขภาพให้กับ ประชาชน

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน							
18. ร้อยละของ ผู้สูงอายุได้รับ บริการทาง ทันตกรรม ($\geq$ ร้อยละ 47)	รพ.สต. แม่เกี่ยม	รพ.สต. บ้านปิน	รพ.สต. ผาคัน	รพ.สต. ผามอก	รพ.สต. ต้าเหล่า	รพ.สต. เวียงต้า	รพ.สต. ปากกาง	รพ.สต. นาตุ้ม
	5.52	38.10	98.74	31.94	94.56	49.20	99.14	59.86
	รพ.สต. หัวทุ่ง	รพ.สต. ทุ่งแล้ง	รพ.สต. ผาจับ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รพ.สต. ลอง	รวม
	42.96	87.38	16.82	72.26	93.54	96.98	21.36	51.52
19. ร้อยละของ ผู้สูงอายุที่มีฟันหลัง แท้หรือเทียมใช้งาน ได้อย่างเหมาะสม 4 คู่สบขึ้นไป ($\geq$ ร้อยละ 75)	รพ.สต. แม่เกี่ยม	รพ.สต. บ้านปิน	รพ.สต. ผาคัน	รพ.สต. ผามอก	รพ.สต. ต้าเหล่า	รพ.สต. เวียงต้า	รพ.สต. ปากกาง	รพ.สต. นาตุ้ม
	37.50	55.16	46.15	53.11	97.99	59.00	86.92	0
	รพ.สต. หัวทุ่ง	รพ.สต. ทุ่งแล้ง	รพ.สต. ผาจับ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รพ.สต. ลอง	รวม
	43.69	33.60	27.08	0	0	42.31	54.68	61.40

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่ บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
- ขาดการดำเนินการที่ต่อเนื่องของกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ - ขาดความสนใจเข้าร่วมจากผู้สูงอายุ	- ขอความร่วมมือจากทุกฝ่าย และดำเนินงานโดยใช้ทีมสหวิชาชีพ - ดำเนินการผ่านทาง อสม. และจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับตารางกิจกรรมของผู้สูงอายุที่มีอยู่เป็นประจำอยู่แล้ว

ตัวชี้วัดที่ 20. อัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค

ตัวชี้วัดที่ 21. อัตราการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

การเข้ารับบริการของผู้ป่วยค่อนข้างล่าช้า ผู้ป่วยมีโรคร่วมทางอายุรกรรมหลายโรค พบว่าผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนด้วยภาวะอื่นร่วมขณะเริ่มการรักษาและรับประทานยา จึงมีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตสูง

การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการขึ้นทะเบียนร้อยละ 10 เป็นผู้ป่วย Alcohol dependent ที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรือไม่ยินยอมรับการรักษา ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มารับการรักษาไม่ต่อเนื่องและการรักษาล้มเหลวในที่สุด

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. การคัดกรอง/ค้นหาผู้ป่วยวัณโรค	- ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน - คัดกรองกลุ่มเสี่ยงให้ได้ 30%	- คัดกรองกลุ่มเสี่ยง 60% - คัดกรอง จนท. 100%	- คัดกรองกลุ่มเสี่ยง 90% - CXR ผู้ป่วยที่มา รพ.ลอง ด้วยอาการมีไข้ ไอ 100%	- คัดกรองกลุ่มเสี่ยง 100% - สรุป/ทบทวนแนวทางการดำเนินงาน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- แต่งตั้ง/ประชุมคณะกรรมการ - คัดกรองกลุ่มเสี่ยงผ่าน TBCM Online 30%	- คัดกรองกลุ่มเสี่ยงผ่าน TBCM Online 60% - จนท. ได้รับการคัดกรอง โดยวิธี CXR 100%	- คัดกรองกลุ่มเสี่ยงผ่าน TBCM Online 90% - CXR กลุ่มเสี่ยงที่มาด้วยอาการมีไข้ ไอ 100%	- คัดกรองกลุ่มเสี่ยงผ่าน TBCM Online 100%
ผลการดำเนินงาน	- ประชุมคณะกรรมการ 2 ครั้ง - คัดกรองกลุ่มเสี่ยงได้ 24%	- คัดกรองกลุ่มเสี่ยงได้ 48% - จนท. ได้รับการคัดกรอง 97.79% (266 คน) - ไม่ได้รับการคัดกรอง 2.11% (6 คน) เนื่องจากอยู่ระหว่างการตั้งครุฑ - พบสงสัยวัณโรค	- คัดกรองกลุ่มเสี่ยงได้ 75.12%	- คัดกรองกลุ่มเสี่ยงได้ 93.74%

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
		จำนวน 2 คน ส่งคัดกรองซ้ำ ผลปกติ		
2. การวินิจฉัย/รักษาผู้ป่วยวัณโรค	- ชี้แจงแนวทางการรักษา - ค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรค ให้ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 50 ต่อแสนประชากร	- verbal Screening และ CXR กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง กลุ่ม จนท. กลุ่มผู้ป่วย HIV/AIDs ให้ได้ 100 % - ค้นหาวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคและขึ้นทะเบียนรักษาให้ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 100 ต่อแสนประชากร	- ค้นหาวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคและขึ้นทะเบียนรักษาให้ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 150 ต่อแสนประชากร	- ทบทวนแนวทางการดำเนินงาน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- ประชุมชี้แจงแนวทางการรักษา - เพิ่มการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรคในระบบ	- เพิ่มค้นหาวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคและขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรคในระบบ - verbal Screening และ CXR กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง กลุ่ม จนท. กลุ่มผู้ป่วย HIV/AIDs ให้ได้ 100 %	- ค้นหาวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคและขึ้นทะเบียนรักษาให้ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 150 ต่อแสนประชากร	ประชุมสรุปผลการดำเนินงานเพื่อพัฒนาใช้ในปีต่อไป
ผลการดำเนินงาน	- ผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.94	- ผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.69 - อยู่ในระหว่างการสรุปผล verbal	- ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 42.50	- ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 68.47 (ณ 20 ส.ค.61)

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
		Screening และ CXR กลุ่มผู้ป่วยติด เตียง กลุ่มผู้ป่วย HIV/AIDs		

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน							
20. อัตราการคัดกรอง เพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรค ในกลุ่มเสี่ยงต่อการ ป่วยเป็นวัณโรค (≥ร้อยละ 90)	รพ.สต. แม่เกี่ยม	รพ.สต. บ้านปิน	รพ.สต. ผาคัน	รพ.สต. ผามอก	รพ.สต. ต้าเหล่า	รพ.สต. เวียงต้า	รพ.สต. ปากกาง	รพ.สต. นาตุ้ม
	98.37	98.76	100	88.43	85.84	88.07	86.88	97.93
	รพ.สต. หัวทุ่ง	รพ.สต. ทุ่งแล้ง	รพ.สต. ผาจีบ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รพ.ลอง	รวม
	90.27	97.91	82.45	97.11	92.12	98.06	99.54	93.74
21. อัตราการวินิจฉัย และขึ้นทะเบียนรักษา วัณโรค (≥150 ต่อแสน ปชก.)	อัตราการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคของอำเภอลอง พบว่าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย และขึ้นทะเบียนจำนวน 58 ราย จากประชากร 56,467 คน คิดเป็น 102.71 ต่อ แสน ปชก.							

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1.การส่งcase จาก รพ.แพร่ บางรายไม่ผ่าน TB Clinic รพ.ลอง 2.การรับประทายยาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจาก พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการขึ้นทะเบียน ร้อยละ 10 เป็นผู้ป่วย Alcohol dependent ที่รับประทายยาไม่ต่อเนื่อง หรือไม่ยินยอมรับการรักษ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่ม นี้มารับการรักษาไม่ต่อเนื่องและการรักษ ล้มเหลวในที่สุด	-ผู้ป่วยที่รับยาจาก รพ.แพร่ ควรส่งต่อมาที่ TB Clinic รพ.ลอง แล้ว ค่อยส่งไปที่ รพ.สต. 1.ขอความร่วมมือแพทย์และทีมพยาบาลเมื่อพบผู้ป่วยวัณโรคที่ติด สุรา ให้แจ้งเจ้าหน้าที่คลินิกก่อนเริ่มการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ การบำบัดสุราในคลินิกสุราของโรงพยาบาล ประเมินโอกาสการเลิก สุราสำเร็จ และประเมินโอกาสในการรับประทายยาของผู้ป่วย 2.ประสานขอความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เฝ้า ระวังและติดตามอย่างใกล้ชิด หรือในบางรายต้องทำการกำกับกำกับการ กินยาที่ รพ.สต. ทุกวัน 3.ประสานความร่วมมือกับผู้นำชุมชน ในการกำกับและทำข้อตกลง ร่วมกันกับผู้ป่วยในชุมชน และชี้แจงเกี่ยวกับ พรบ.คุ้มครองด้าน โรคติดต่อแก่ผู้ป่วย ญาติ แกนนอสม.ในชุมชน

การประเมินคุณภาพการให้บริการ

กลุ่มตัวชี้วัด : ผลสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ

ตัวชี้วัดที่ 22. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

อำเภอคลอง มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามคำสั่งอำเภอคลอง ที่ 86/2561 มีบทบาทในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมายทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง ความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป โดยมุ่งให้เกิดการพัฒนาคุณภาพ มีผลการดำเนินการ ดังนี้

1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ.2561

2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการ และคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือ แก้ไขปัญหา อย่างน้อย 2 ประเด็น ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA โดยมีอำเภอเป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็น ผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน 90 หมู่บ้าน

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	ประเมินผลการดำเนินงานเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอด้วย UCCARE	แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามระเบียบสำนักนายกฯและมีการประชุมคณะกรรมการฯ กำหนดประเด็นการ	จัดทำแผนงาน/โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามประเด็นเลือก และดำเนินการขับเคลื่อนงานในพื้นที่ ตามแผนงาน/	สรุปผลการดำเนินงานที่สะท้อนให้เห็นถึงกลไกการดำเนินงานตามหลักการของ พชอ. ได้แก่ การมีส่วนร่วม (Participant)

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
		พัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอ 3 ประเด็น ได้แก่ -ปัญหา สวล./ขยะ - ปัญหาอุบัติเหตุ ทางจราจร -ปัญหายาเสพติด	โครงการของอำเภอ ที่เลือกพัฒนา	คุณภาพ ชีวิต การ(Quality of life)เคลื่อนไหวที่ เกิดขึ้น (Social movement) ทรัพยากร (Resource sharing)และ เทคโนโลยี (Technology)
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	-ปัญหาสุขภาพใน พื้นที่ (OTOP/ODOP)	แผนงาน/โครงการ อปท.	การแก้ปัญหาตาม ODOP/OTOP	ผลสำเร็จการแก้ไข ปัญหา
ผลการดำเนินงาน	-แผนงาน TOP/ODOP	-โครงการ ODOP -โครงการ OTOP	แก้ไขปัญหา ได้แก่ -ปัญหาสิ่งแวดล้อม/ ขยะ - ปัญหาอุบัติเหตุ ทางจราจร -ปัญหายาเสพติด	-ประเมินผลการ ดำเนินงานเกี่ยวกับ การพัฒนาคุณภาพ

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

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

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1.ไม่มีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน	1.ควรมีการสนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอ
2.การจัดกิจกรรมไม่ต่อเนื่อง	2. ควรมีการดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. 2561 อย่างเคร่งครัด

ตัวชี้วัดที่ 23. ร้อยละของร้านค้าที่พบว่าการจำหน่ายยาปฏิชีวนะ

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

อำเภอคลอง หน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐ จำนวน 15 แห่ง แบ่งเป็น โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 14 แห่ง ในปีงบประมาณ 2560 มีร้านชำทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนในพื้นที่อำเภอมีจำนวน 446 ร้าน ได้รับการตรวจเฝ้าระวัง 404 ร้าน คิดเป็น 90.58% ของร้านชำทั้งหมด พบการจำหน่ายยาปฏิชีวนะ 5 ร้าน คิดเป็น 1.24 % ของจำนวนร้านที่เข้าตรวจทั้งหมด

ในปีงบประมาณ 2561 มีร้านชำทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนในพื้นที่อำเภอมีจำนวน 422 ร้าน ได้รับการตรวจเฝ้าระวัง 421 ร้าน คิดเป็น 99.76% ของร้านชำทั้งหมด พบการจำหน่ายยาปฏิชีวนะ 12 ร้าน คิดเป็น 2.85% ของจำนวนร้านที่เข้าตรวจทั้งหมด

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. ส่งเสริมสนับสนุนกระจายที่เหมาะสมในชุมชน	1. จัดทำแผนงานพัฒนาร้านชำต้นแบบระดับตำบลและอำเภอ 2. จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพ อสม. เพื่อจัดการยาและอาหารที่ไม่เหมาะสมในชุมชน	1. พัฒนาเกณฑ์การพัฒนาร้านชำต้นแบบระดับตำบลและอำเภอ 2. อบรมให้ความรู้เรื่องการใช้ปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลแก่ผู้ประกอบการร้านชำต้นแบบและอสม.	เยี่ยมให้คำแนะนำและประเมินร้านชำต้นแบบและร้านชำที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด	มอบรางวัลร้านชำต้นแบบ
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	1. มีแผนงานพัฒนาร้านชำต้นแบบระดับตำบลและอำเภอ 2. โครงการพัฒนาศักยภาพ อสม. เพื่อจัดการยาและอาหารที่ไม่เหมาะสมในชุมชนได้รับการอนุมัติ	1. มีเกณฑ์การพัฒนาร้านชำต้นแบบระดับตำบลและอำเภอ 2. ผู้ประกอบการร้านชำต้นแบบและอสม.ได้รับการอบรมให้ความรู้	ร้านชำต้นแบบได้รับการเยี่ยมประเมินและผ่านเกณฑ์	มีร้านชำต้นแบบจำนวน 15 ร้าน
ผลการดำเนินงาน	1. มีแผนงานพัฒนาร้านชำต้นแบบระดับ	1. มีเกณฑ์การพัฒนาร้านชำ	1.ร้านชำในพื้นที่ที่ขึ้นทะเบียนได้รับ	มีร้านชำที่ไม่ได้จำหน่ายยา

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	ตำบลและอำเภอ 2. โครงการพัฒนา ศักยภาพ อสม. เพื่อจัดการยา และอาหารที่ไม่ เหมาะสมในชุมชน ได้รับการอนุมัติจาก คปสอ.ลอง	ต้นแบบระดับตำบล และอำเภอ 2. ผู้ประกอบการ ร้านชำต้นแบบ และอสม.ได้รับการ อบรมให้ความรู้ ใน วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2561	การตรวจเฝ้าระวัง และให้คำแนะนำ 2.วางแผนเยี่ยมร้าน ชำต้นแบบ 3. ร้านชำที่พบว่ามี การจำหน่ายยา ปฏิชีวนะ 2.85%	ปฏิชีวนะ จำนวน 409 ร้าน จาก จำนวนร้านค้าที่เข้า ตรวจทั้งหมด 421 ร้าน

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน
23. ร้อยละของ ร้านชำที่พบว่ามี การจำหน่ายยาปฏิชีวนะ (≤ร้อยละ 10)	ร้านชำทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนในพื้นที่อำเภอมีจำนวน 422 ร้าน ได้รับการตรวจเฝ้าระวัง 421 ร้าน คิดเป็น 99.76% พบการจำหน่ายยาปฏิชีวนะ 12 ร้าน คิดเป็น 2.85% ของจำนวนร้านที่เข้าตรวจทั้งหมด

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
- การลักลอบจำหน่ายยาที่ไม่ถูกต้องของร้านชำ	- ใช้กระบวนการเชิงสังคม การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการ - ใช้มาตรการด้านกฎหมาย
- ความรู้และการรับรู้ของเครือข่ายประชาชนและภาคีรัฐ ในเรื่องความปลอดภัยของ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ	- สร้างความรู้ ความเข้าใจ - สร้างความมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและจัดการปัญหาความปลอดภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ แก่ประชาชนและภาคีรัฐ ตามขอบเขตบทบาทหน้าที่
- ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพด้านคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขและการใช้กฎหมาย	- อบรมเชิงปฏิบัติการความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพด้านคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขและการใช้กฎหมาย แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- ความเพียงพอของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข	- กระทรวงสาธารณสุขควรมีการเพิ่มจำนวนบุคลากรที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข โดยใช้ฐานคิดจากจำนวนประชากรในพื้นที่ (Population - based)

ตัวชี้วัดที่ 24. ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

โรงพยาบาลลองมีการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพที่กำหนดให้มีการดำเนินการที่หลากหลาย ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดการบริการที่ดีมีคุณภาพตามมาตรฐาน เช่น มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มาตรฐานอาชีวอนามัย มาตรฐานคุณภาพห้องปฏิบัติการทางการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข มาตรฐานงานยาเสพติด มาตรฐานเพื่อนใจ วัยรุ่น มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก มาตรฐานยาเสพติด มาตรฐานรังสีการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข มาตรฐานสุขศึกษา มาตรฐานวิศวกรรมความปลอดภัย และมาตรฐานโรงพยาบาล (HA) เป็นต้น

ที่ผ่านมา โรงพยาบาลลองได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล (HA) ในปี 2548 และหมดอายุการรับรองตั้งแต่ปี 2550 เป็นต้นมา แต่ได้มีการพัฒนาคุณภาพตามแนวทางมาตรฐานโรงพยาบาล (HA) มาอย่างต่อเนื่อง และได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล (HA) ในระดับบันไดขั้นที่ 2 มาอย่างต่อเนื่องทุกปีจนถึงปัจจุบัน โดยโรงพยาบาลลองมีการทำโครงการกระตุ้นกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพเพื่อยกระดับการพัฒนาคุณภาพสู่การรับรองโรงพยาบาลคุณภาพ เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และมีการทำงานเชื่อมโยงกับเครือข่ายบริการ

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1.เตรียมความพร้อมรับการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาล HA)	-ตกผลึกประเด็นสำคัญของทีมงานตามมาตรฐาน HA -Klick off ก่อนรับการประเมิน 3 เดือน	-จัดกิจกรรมเพื่อเตรียมความพร้อมรับการเยี่ยมสำรวจจากสรพ. -การรับการประเมินจากองค์กรภายนอกตามนโยบาย	-การพัฒนาปรับปรุงเพื่อการพัฒนายกระดับโรงพยาบาลตามมาตรฐาน(HA)	-การพัฒนาปรับปรุงเพื่อการพัฒนายกระดับโรงพยาบาลตามมาตรฐาน(HA)
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	-ทีมงานมีความพร้อมตามมาตรฐาน HA -หน่วยงานและทีมงานมีความพร้อมตามกิจกรรมKlick off	-ได้รับการเยี่ยมสำรวจจากองค์กรภายนอก	โรงพยาบาลลองได้รับการรับรองบันไดขั้นที่ 3 ตามมาตรฐานโรงพยาบาล (HA)	โรงพยาบาลลองได้รับการรับรองบันไดขั้นที่ 3 ตามมาตรฐานโรงพยาบาล (HA)
ผลการดำเนินงาน	-หน่วยงานและทีมงานมีความพร้อมในการรับการประเมินมาตรฐาน	-รับการเยี่ยมสำรวจจาก สรพ. ในวันที่ 22-23 มีนาคม	ผ่านการรับรองมาตรฐาน HA (Accredit)	ผ่านการรับรองมาตรฐาน HA (Accredit)

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	โรงพยาบาล (HA)	2561 (รอผลการ ประเมิน)		

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน
โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพ มาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3	โรงพยาบาลลอง ผ่านการรับรองมาตรฐาน HA (Accredit)

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่ บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. การโยกย้ายปรับเปลี่ยนงาน ทำให้ กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลขาดความ ต่อเนื่อง	1. เพิ่มการออกแบบกระบวนการงานที่ไม่เป็นภาระงานที่ เพิ่มขึ้นในกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
2. ภาระงานที่ไม่สมดุลกับอัตรากำลัง เป็นอุปสรรคไม่ สามารถดำเนินการได้ตามแผนงานที่กำหนด	2. ปรับอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน รวมถึง การออกแบบโครงสร้างการบริหารงานให้กระชับ เกิด ความคล่องตัว

ตัวชี้วัดที่ 25. ร้อยละของรพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพการประเมินประสิทธิภาพ

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอลอง ในปี 2561 มีนโยบายการพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่ติดดาวที่กำหนด คือ 5ดาว 5ดี โดย 5ดี ประกอบด้วย “บริหารดี ประสานงานดีภาคีมีส่วนร่วม บุคลากรดี บริการดี ประชาชนมีสุขภาพดี” มีการประเมิน 5 หมวด ได้แก่ หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการดี หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชาชนเป้าหมาย ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย และหมวด 5 ผลลัพธ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา รพ.สต.ให้มีคุณภาพมาตรฐานเน้นการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพและกระบวนการบริการเพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนเพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี(ด้านสาธารณสุข) ให้ครอบคลุมทุกมิติ สามารถขับเคลื่อนไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่อง โดยมีการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาจำนวน 14 แห่ง ดังนี้

- เป้าหมาย ปี 2560 จำนวน 2 แห่ง คือ รพ.สต.ปากกาง และ รพ.สต.ทุ่งแล้ง
- เป้าหมาย ปี 2561 จำนวน 5 แห่ง คือ รพ.สต.หัวทุ่ง รพ.สต.แม่เกี่ยม รพ.สต.ผาคัน รพ.สต.ผาจีบ รพ.สต.นาตุ้ม รพ.สต.แม่รัง และ รพ.สต.แม่ปาน

สภาพปัญหา জনท.ขาดความเข้าใจในการพัฒนาคุณภาพตามแนวทาง รพ.สต.ติดดาว

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1.พัฒนา DHS-PCA	การจัดเวทีสุขภาพชุมชน	การขับเคลื่อน UCCARE	การขับเคลื่อน UCCARE	การขับเคลื่อน UCCARE
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	-ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ (OTOP/ODOP)	แผนงาน/โครงการ อปท.	การแก้ปัญหาตาม ODOP/OTOP	ผลสำเร็จการแก้ไข ปัญหา
ผลการดำเนินงาน	-แผนงาน TOP/ODOP	-โครงการ ODOP -โครงการ OTOP	การแก้ปัญหาตาม ODOP/OTOP	ผลสำเร็จการแก้ไข ปัญหา
2.พัฒนา รพ.สต.ตามเกณฑ์ติดดาว	การชี้แจง/สร้างความเข้าใจกระบวนการ/เชื่อมโยงนโยบายสู่พื้นที่	การประเมินตนเองตามเกณฑ์ติดดาว	การพัฒนากระบวนการ รพ.สต.ติดดาว 5ดาว 5 ดี	การแลกเปลี่ยนเรียนรู้
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	-รพ.สต.และผู้เกี่ยวข้องเข้าใจแนวทางพัฒนา	ทุก รพ.สต.มีการประเมินตนเอง 5 หมวด	-รพ.สต.14 แห่งมีกำหนดแนวทางพัฒนา (รพ.สต.นำร่อง 7 แห่ง)	-รพ.สต.ติดดาว 7 แห่ง ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ผลการดำเนินงาน	มีการกำหนดแนวทาง -ทุก รพ.สต.ต้องพัฒนา ฯ รวม 14 แห่ง -รพ.สต.เป้าหมาย 7 แห่ง	-ผลประเมินตนเอง รพ.สต.ติดตาม 14 แห่ง	-ประเมินโดยทีม ประเมินและตรวจ เยี่ยมเสริมพลัง รพ. สต.ติดตาม สสจ.แพร่ จำนวน 7 แห่ง	ผลประเมินโดยทีม ฯ สสจ.แพร่ ดังนี้ - -ระดับ5 ดาว 6แห่ง -ระดับ4 ดาว 1แห่ง

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน
ร้อยละของ รพ.สต.ในแต่ละอำเภอ ผ่านเกณฑ์ระดับการ พัฒนาคุณภาพ (รพ.สต.ติดตาม)	-ปี 2560 ผ่านเกณฑ์ 5 ดาว จำนวน 2 แห่ง -ปี 2561 ผลการดำเนินงาน ดังนี้ 1) ผ่านเกณฑ์ 5 ดาว จำนวน 6 แห่ง ได้แก่ รพ.สต. หัวทุ่ง รพ.สต.แม่เกี่ยม รพ.สต.นาตุ้ม รพ.สต.แม่รัง รพ.สต.แม่ปาน และ รพ.สต.ผาจับ 2) ผ่านเกณฑ์ระดับ 4 ดาว จำนวน 1 แห่ง คือ รพ.สต.ผาคัน

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
จนท.มีระดับความรู้/ความเข้าใจ เรื่องการพัฒนา รพ.สต.ติดตาม ไม่เท่ากัน	ควรจัดเวทีเสริมสร้างความรู้ ฝึกทักษะใน การพัฒนา รพ.สต.

สรุปคะแนนการประเมินตนเอง รพ.สต.ติดตาม ปี 2561 ดังนี้

รพ.สต.	สรุปคะแนนรวม	ร้อยละ	หมายเหตุ
รพ.สต.ทุ่งแล้ง	470	94.00	เป้าหมาย ปี 2560
รพ.สต.เวียงต้า	456	91.20	เป้าหมาย ปี 2560
รพ.สต.ต้าผามอก	NA	NA	
รพ.สต.แม่เกี่ยม	NA	NA	
รพ.สต.แม่ปาน	445.75	89.15	เป้าหมาย ปี 2561
รพ.สต.แก่งหลวง	413.25	82.65	เป้าหมาย ปี 2561
รพ.สต.แม่รัง	365	73.00	
รพ.สต.บ้านปิน	432.5	86.50	เป้าหมาย ปี 2561
รพ.สต.ปากกาง	NA	NA	
รพ.สต.ผาจับ	448.75	89.75	เป้าหมาย ปี 2561

รพ.สต.	สรุปคะแนนรวม	ร้อยละ	หมายเหตุ
รพ.สต.ผาคัน	375	75.00	เป้าหมาย ปี 2561
รพ.สต.หัวทุ่ง	444.75	88.95	เป้าหมาย ปี 2561
รพ.สต.นาตุ้ม	445.75	89.15	เป้าหมาย ปี 2561
รพ.สต.ตำเหล่า	NA	NA	

หมายเหตุ

ร้อยละ ๖๐-๖๙.๙ เท่ากับ ๓ ดาว

ร้อยละ ๗๐-๗๙.๙ เท่ากับ ๔ ดาว

ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป เท่ากับ ๕ ดาว (คะแนนแต่ละหมวดมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐ และคะแนนรวม มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐)

การประเมินประสิทธิภาพ (ร้อยละ 15)

กลุ่มตัวชี้วัด : ผลสำเร็จของการพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่ 26. ผลการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง Financial Administration Index : FAI ของ รพ.แม่ข่าย ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด

● **สถานการณ์/สภาพปัญหา**

เนื่องจากโรงพยาบาลลงมีภาระค่าใช้จ่ายที่นอกเหนือจากงบเหมาจ่ายรายหัวเป็นค่าบริการทางแพทย์ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรและค่าตอบแทน ภาระหนี้สินต่างๆ จึงมีภาระค่าใช้จ่ายมากยิ่งขึ้น จึงได้มีการเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลังของหน่วยบริการ และมีการนำเสนอข้อมูลด้านการเงิน ดัชนีชี้วัดทางการเงินในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาลเป็นประจำทุกเดือน เพื่อการเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลังหน่วยบริการ รวมถึงการกำกับ ติดตาม การปฏิบัติตามแผนประมาณการรายได้และค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ การนำเสนอต้นทุนบริการของหน่วยบริการ การตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกบัญชี เพื่อเป็นการกระตุ้นให้คณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาลเห็นความสำคัญของข้อมูลทางการเงิน รับรู้ถึงสถานการณ์การเงินการคลังของหน่วยบริการ และมีแนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพองค์กรด้านการบริหารการใช้เครื่องมือทางการเงินการคลังให้เกิดประโยชน์ มีระบบบริหารจัดการมีความโปร่งใส มีมาตรฐาน ทั้งในด้านการบริหารการเงินการคลัง การบริหารกำลังคน ระบบคุณธรรมจริยธรรม การบริหารพัสดุ การบริหารเวชภัณฑ์และประสิทธิภาพการบริหารจัดการทั่วทั้งองค์กร โดยการประเมินคุณภาพการบริหารการเงินการคลังโดยใช้เกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (Financial Administration Index : FAI)

จากการดำเนินงานดังกล่าวทำให้โรงพยาบาลมีข้อมูลการเงินการคลังที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา มีข้อมูลผ่านเกณฑ์คุณภาพการตรวจสอบบัญชีโดยระบบอิเล็กทรอนิกส์ สามารถกำกับ ติดตาม และประเมินผล - แผนรายได้ ค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และหน่วยบริการรับรู้ถึงสถานการณ์การเงินการคลังและสามารถวางแผนแก้ไขปัญหาได้

● **การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่**

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (Financial Management : FM)	มีการจัดทำแผนการจ่ายเงินรวมถึงการชำระหนี้ การจัดเก็บเจ้าหนี้รายตัว และการชำระเงิน ชำระตามวันที่ตรวจรับคือ FiFo และการจ่ายชำระหนี้ต้องได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการบริหาร และเสนอรายงานการ	กำกับติดตามสถานการณ์การเงินการคลัง และเสนอรายงานแก่คณะกรรมการบริหาร รวมถึงการปรับแผนฯเพื่อให้เข้ากับสถานการณ์ของโรงพยาบาล	กำกับติดตามสถานการณ์การเงินการคลัง และเสนอรายงานแก่คณะกรรมการบริหาร	กำกับติดตามและสรุปผลการดำเนินงาน และทบทวนเพื่อวางแผนการดำเนินงานต่อไป

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	บริหารหนี้สิน และ บริหารการเงินการคลัง ให้คณะกรรมการ บริหารทราบ			
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	มีการจัดทำแผนการ จ่ายเงิน การชำระหนี้ การจัดเก็บเจ้าหนี้ การ ชำระหนี้ และมีการ รายงานแก่ คณะกรรมการบริหาร	มีการกำกับติดตาม แผนฯ รายงานแก่ คณะกรรมการ บริหาร และปรับ แผนฯ	มีการกำกับติดตาม แผนฯ และรายงาน แก่คณะกรรมการ บริหาร	มีการกำกับติดตาม แผนฯ สรุปผลการ ดำเนินงาน และ รายงานแก่ คณะกรรมการ บริหาร
ผลการดำเนินงาน	มีแผนการจ่ายเงิน การชำระหนี้ การ จัดเก็บเจ้าหนี้ การ ชำระหนี้ และรายงาน แก่คณะกรรมการ บริหาร	มีการกำกับติดตาม แผนฯ รายงานแก่ คณะกรรมการ บริหาร และอยู่ ระหว่างดำเนินการ ปรับแผนฯ	มีการกำกับติดตาม แผนฯ และรายงาน แก่คณะกรรมการ บริหารตามรอบการ ประชุม	มีการกำกับติดตาม แผนฯ สรุปผลการ ดำเนินงาน และ รายงานแก่ คณะกรรมการ บริหารตาม

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน
26. คะแนนการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง Financial Administration Index : FAI ของ รพ.แม่ข่าย ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 90)	ร้อยละ 100 (ประเมินตนเอง)

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่ บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
ขาดการกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาทางการเงิน การคลังเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเคร่งครัดที่ชัดเจน	มีการจัดทำมาตรการประหยัดของโรงพยาบาล และ ประกาศใช้ภายในโรงพยาบาลอย่างทั่วถึง
ยอดทะเบียนคุมบัญชีต่างๆระหว่างหน่วยงาน ยังมี ความคลาดเคลื่อน	มีการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ของข้อมูล ระหว่างกัน โดยการสอบทานยอดบัญชีเป็นประจำทุกวัน

ตัวชี้วัดที่ 27. ร้อยละของสถานบริการ (รพสต.) ในความรับผิดชอบของ คปสอ. สามารถควบคุมกำกับกำกับการเบิกจ่าย ได้ตามแผนรายได้ค่าใช้จ่ายได้ตามเป้าหมายที่กำหนด

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

หน่วยบริการ รพ.สต.ในเครือข่าย คปสอ.ลอง มีจำนวน 14 แห่ง มีการดำเนินการจัดทำแผนการใช้จ่ายเงินบำรุงของสถานบริการ โดยยึดแนวทางการการวางแผน planfin2561 และแนวทางการทำแผนเงินบำรุงของสถานบริการ รพ.สต.จาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ปี 2561 จากข้อมูลสถานการณ์การเงินคงเหลือ ของ รพ.สต.ในพื้นที่อำเภอ ปี 2561 มีเงินคงเหลือ ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2561 น้อยที่สุด 64,283.52 มากที่สุด 549,510.80 บาท การบริหารจัดการด้านการเงินของ รพ.สต.ได้มีการจัดทำแผนเงินบำรุงของ รพ.สต.ทุกแห่งมีการทำแผนแบบสมดุล ได้รับการอนุมัติแผนเงินบำรุงและดำเนินการเบิกจ่ายตามแผนเงินบำรุงที่ได้รับการอนุมัติ

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

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

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)							
27. ร้อยละ ของสถานบริการ (รพ.สต.) ในความรับผิดชอบของ คปสอ.สามารถควบคุมกำกับการเบิกจ่ายได้ตามแผนรายได้ ค่าใช้จ่ายได้ตามเป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ 100)	รพ.สต.แม่เกี่ยม	รพ.สต.บ้านปิน	รพ.สต.ผาคัน	รพ.สต.ผามอก	รพ.สต.ต้าเหล่า	รพ.สต.เวียงต้า	รพ.สต.ปากกาง	รพ.สต.นาตุ้ม
	82.14	95.08	81.52	104.25	100.89	82.72	96.27	84.69
	รพ.สต.หัวทุ่ง	รพ.สต.ทุ่งแล้ง	รพ.สต.ผาจีบ	รพ.สต.แม่รัง	รพ.สต.แม่ปาน	รพ.สต.แก่งหลวง	รวม	
	96.86	129.86	126.24	88.20	126.60	97.65	ทุกแห่งสามารถเบิกจ่ายได้ตามแผน ร้อยละ 64.29	

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
-	-

ตัวชี้วัดที่ 28. ระดับคะแนนค่าเฉลี่ยหลักฐานเชิงประจักษ์ EB1-EB11 ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ผ่านการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA) การประเมินการพัฒนองค์กร (น้ำหนักร้อยละ 20)

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

บุคลากรทุกระดับใน คปสอ.ลง ยังไม่มีความรู้ความเข้าใจถึงความเป็นมาของการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการตอบแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ยังไม่เข้าใจในการตอบคำถามและการเตรียมหลักฐานประกอบที่ถูกต้องครบถ้วน

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. เผยแพร่/ถ่ายทอดนโยบายแก่คณะกรรมการบริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อถ่ายทอดต่อบุคลากรในหน่วยงานและนำสู่การปฏิบัติ	-ประชุมชี้แจงให้ความรู้เกี่ยวกับความเป็นมาของการดำเนินการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ITA	-ประกาศเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับ ITA บนเว็บไซต์ รพ.,e-office ,ไลน์ และบอร์ดประชาสัมพันธ์	-ประกาศเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับ ITA บนเว็บไซต์ รพ.,e-office ,ไลน์ และบอร์ดประชาสัมพันธ์	-ประกาศเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับ ITA บนเว็บไซต์ รพ.,e-office ,ไลน์ และบอร์ดประชาสัมพันธ์
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ร้อยละบุคลากรในโรงพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ ITA ร้อยละ 30	ร้อยละบุคลากรในโรงพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ ITA ร้อยละ 40	ร้อยละบุคลากรในโรงพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ ITA ร้อยละ 50	ร้อยละบุคลากรในโรงพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ ITA ร้อยละ 60
ผลการดำเนินงาน	ร้อยละบุคลากรในโรงพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ ITA ร้อยละ 25	ร้อยละบุคลากรในโรงพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ ITA ร้อยละ 38	ร้อยละบุคลากรในโรงพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ ITA ร้อยละ 52	ร้อยละบุคลากรในโรงพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ ITA ร้อยละ 74
2. มอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบแก่บุคลากร/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการตอบแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และการเตรียมหลักฐานประกอบ	-มอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบตามมติที่ประชุมคณะกรรมการบริหาร รพ. -ประชุมชี้แจงแนวทางการตอบแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิง	-ทบทวน/ให้ความรู้/สร้างความเข้าใจให้คำแนะนำการตอบคำถามและเตรียมหลักฐานประกอบเป็นรายบุคคล	-ทบทวน/ให้ความรู้/สร้างความเข้าใจให้คำแนะนำการตอบคำถามและเตรียมหลักฐานประกอบเป็นรายบุคคล	-ทบทวน/ให้ความรู้/สร้างความเข้าใจให้คำแนะนำการตอบคำถามและเตรียมหลักฐานประกอบเป็นรายบุคคล

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ของแต่ละ EBIT	ประจักษ์			
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	บุคลากร/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้ความร่วมมือ ร้อยละ 40	บุคลากร/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้ความร่วมมือ ร้อยละ 60	บุคลากร/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้ความร่วมมือ ร้อยละ 80	บุคลากร/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้ความร่วมมือ ร้อยละ 100
ผลการดำเนินงาน	ผลการประเมิน ITA (EB4-EB6) ร้อยละ 100	ผลการประเมิน ITA (EB1-EB11) ร้อยละ 85.70	ผลการประเมิน ITA (EB1-EB11) ร้อยละ 100	ผลการประเมิน ITA (EB4-EB6) ร้อยละ 100
3.กำกับ ติดตาม การดำเนินงาน และ ประเมินผล	กระตุ้น เร่งรัด กำกับ ติดตามการดำเนินงาน ให้ทันตามเวลาที่ กำหนด	กระตุ้น เร่งรัด กำกับ ติดตามการดำเนินงานให้ทัน ตามเวลาที่กำหนด	กระตุ้น เร่งรัด กำกับ ติดตามการดำเนินงานให้ทันตาม เวลาที่กำหนด	กระตุ้น เร่งรัด กำกับ ติดตามการดำเนินงานให้ทัน ตามเวลาที่กำหนด
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ผลคะแนนการประเมิน ITA ระดับ 5	ผลคะแนนการ ประเมิน ITA ระดับ 5	ผลคะแนนการ ประเมิน ITA ระดับ 5	ผลคะแนนการ ประเมิน ITA ระดับ 5
ผลการดำเนินงาน	ผลคะแนนการประเมิน ITA ระดับ 5	ผลคะแนนการ ประเมิน ITA ระดับ 5	ผลคะแนนการ ประเมิน ITA ระดับ 5	ผลคะแนนการ ประเมิน ITA ระดับ 5

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน
28. ระดับคะแนนค่าเฉลี่ยหลักฐานเชิงประจักษ์ EB1-EB11 ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ผ่านการ ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA) การประเมินการ พัฒนางองค์กร	รพ.ลอง ไตรมาส 1 ระดับ 5 (สำเร็จทั้ง EB 4,EB 5และEB 6) ไตรมาส 2 ระดับ 5 (90.91%) ไตรมาส 3 ระดับ 5 (100%) ไตรมาส 4 ระดับ 5 (100 %) สสอ.ลอง ไตรมาส 2 ระดับ 5 ได้คะแนนประเมิน 93.94%

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่ บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
---	------------------------

ความเข้าใจคลาดเคลื่อนในการตอบคำถามและการ จัดหาหลักฐานประกอบ	ศึกษาคู่มือแนวทางการตอบแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิง ประจักษ์ประจำปีงบประมาณ 2561
--	---

การประเมินการพัฒนางองค์กร (น้ำหนักร้อยละ 20)

กลุ่มตัวชี้วัด : ผลสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนางองค์กรตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพการ
บริหารจัดการภาครัฐ

ตัวชี้วัดที่ 29. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานสารสนเทศ

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

- การศึกษาและวิเคราะห์แนวทางการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลสุขภาพระดับโรงพยาบาล ซึ่งมีประเด็น ดังต่อไปนี้
- ประเด็นที่ 1 : การนำองค์กร
 - ประเด็นที่ 2 : การวางแผนยุทธศาสตร์ และกลยุทธ์
 - ประเด็นที่ 3 : การให้ความสำคัญต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
 - ประเด็นที่ 4 : การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้
 - ประเด็นที่ 5 : การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล
 - ประเด็นที่ 6 : การจัดการกระบวนการ
 - ประเด็นที่ 7 : ผลลัพธ์การดำเนินงาน

มีการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลสารสนเทศสุขภาพระดับอำเภอ โดยกำหนดสถานที่ตั้ง คือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ แต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์ข้อมูลสารสนเทศสุขภาพระดับอำเภอ และกำหนดผู้รับผิดชอบหลัก ในการทำงานร่วมกันทั้งโรงพยาบาลและรพ.สต. มีการจัดทำแผนปฏิบัติงาน และ จัดทำระบบสารสนเทศ ระบบการเก็บข้อมูลคณะกรรมการฯ ดำเนินงานตามบทบาท/หน้าที่ รวมถึง ประเมินผลการดำเนินงาน และปรับปรุง/แก้ไข

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1.การให้ความสำคัญ ผู้รับบริการ	- สํารวจความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	- ดำเนินการตามความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	- ติดตามประเมินและทบทวนในส่วนที่ต้องมีการแก้ไข	- ประเมินความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย - สรุปผลการดำเนินงาน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- ทราบความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	- ออกแบบรายงานหรือการสืบค้นข้อมูลที่ต้องการตอบสนองตามความต้องการ	- ปรับปรุงการออกแบบรายงานเพื่อให้ตรงตามความต้องการ	- ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผ่าน เกณฑ์มากกว่า 70%
ผลการดำเนินงาน	- ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับหน้างานคืออะไรบ้างสืบค้นได้อย่างไร	- รายงานที่มีการออกแบบได้แก่ 1) รายงานสถิติของ 10 อันดับโรค 2) รายงานหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการทันตกรรม	- ปรับปรุงรายงานในระบบ HIS เพื่อเป็นเครื่องมือช่วยในการตรวจสอบการบันทึกข้อมูลก่อนส่งออก 43 แฟ้ม	- ติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดต่างๆ ใน Data exchange และรายงานสำเร็จรูปใน HDC

มาตรการ ดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
		3) รายงานสถิติการส่งต่อผู้ป่วย 4) รายงานสถิติการมารับบริการของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตเรื้อรัง 5) รายงานผลการคัดกรองเพื่อประเมิน ADL ของผู้สูงอายุ 6) รายงานการคัดกรองมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก กลุ่มอายุ 30-60 ปี -แหล่งสืบค้น ได้จาก HDC และ โปรแกรม HOSxP		- ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียผ่านเกณฑ์มากกว่า 70% = 73.67 %
2.การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ - การพัฒนาระบบข้อมูล 43 แฟ้ม และ HDC ให้ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน	- สอบทานข้อมูลที่สูงขึ้น HDC จังหวัด ทุกเดือน	- ตรวจเช็คตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับ QOF และ MOU ของจังหวัด ให้มีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ โดยมี การประสานงานกับหน่วยงานที่รับผิดชอบ ในการจัดการข้อมูล	- ติดตามประเมินและทบทวนในส่วนที่ต้องมีการแก้ไข	- สรุปผลการดำเนินงาน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- ความถูกต้องของข้อมูลที่สูงขึ้น HDC	- มีการจัดการข้อมูลตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับ QOF และ MOU	- ปรับปรุงการจัดการข้อมูลเพื่อให้ความถูกต้องของข้อมูลที่สูงขึ้น HDC	- ความผิดพลาดของชุดข้อมูล 43 แฟ้มมาตรฐานไม่เกิน 10% ตามเกณฑ์ สนย.
ผลการดำเนินงาน	- มีการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้องของข้อมูลที่สูงขึ้น	- หน่วยงานที่รับผิดชอบมีการจัดการข้อมูล ได้แก่ 1) งานพัฒนาการเด็กใน	- ปรับปรุงรายงานในระบบ HIS เพื่อเป็นเครื่องมือช่วยในการ	- พัฒนาคุณภาพเวชระเบียน โดยมีการ Audit โดยทีม

มาตรการ ดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	HDC	เรื่องความครอบคลุมของการให้บริการ 2) งานคลินิกสุขภาพเด็กดี เรื่องความครอบคลุมของการให้วัคซีนในเด็ก 0-5 ปี 3) งานผู้สูงอายุเรื่องการประเมิน ADL เพื่อการจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ 4) งานอนามัยโรงเรียน เรื่องโภชนาการในกลุ่มอายุ 6-18 ปี 5) งานเวชระเบียนในเรื่องความสมบูรณ์ และถูกต้องของข้อมูลการตาย 6) งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในการปรับปรุงความถูกต้องของฐานข้อมูลผู้มารับบริการกลุ่มเป้าหมาย 7) งานเภสัชกรรมและการบำบัด เรื่องการควบคุมกำกับความถูกต้อง และเหมาะสมของการใช้ยา ใช้น้ำอย่างสมเหตุสมผล	ตรวจสอบการบันทึกข้อมูลก่อนส่งออก 43 เพิ่ม	นำคุณภาพ IM และทีม Auditor ของจังหวัด และนำผลมาปรับปรุงให้เวชระเบียนมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น - มีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำเข้า ร่วมกันทั้งจากเจ้าของงานและผู้รับผิดชอบงานสารสนเทศ
3.การพัฒนาทรัพยากรบุคคล	-สำรวจความรู้ ทักษะ การนำเข้าข้อมูลสารสนเทศของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสารสนเทศแต่ละ	-รวบรวมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องในการจัดอบรม เพื่อฟื้นฟูความรู้ ทักษะของบุคลากร	-จัดอบรมฟื้นฟูความรู้ ทักษะ การนำเข้าข้อมูลสารสนเทศสุขภาพแก่บุคลากร - จัดอบรมพัฒนา	-สรุปผลการดำเนินงาน

มาตรการ ดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	หน่วยบริการ		ศักยภาพแกนนำ บุคลากรด้าน สารสนเทศ	
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	-ได้แนวทางใน การพัฒนา ศักยภาพบุคลากร ว่าควรพัฒนาไป ในทิศทางใด	-มีแผนจัดอบรมตาม หลักสูตรที่สำรวจพบ	บุคลากรที่ปฏิบัติงาน ด้านสารสนเทศแต่ละ หน่วยบริการมีความรู้ ทักษะ การนำเข้า ข้อมูลที่ต้องการมาก ขึ้น	-มีการบันทึกข้อมูล ผลงานตัวชี้วัด ถูกต้องที่ได้ ประสิทธิภาพ มี ความถูกต้อง เชื่อถือได้
ผลการดำเนินงาน	- ไม่ได้ดำเนินการ	- ไม่ได้ดำเนินการ	- ติดตั้งองค์ความรู้ใน เรื่องการใช้ Data exchange เพื่อการ ติดตามผลการ ดำเนินงานตาม ตัวชี้วัดต่างๆ ก่อนส่ง ข้อมูลนำเข้า HDC	- การติดตามผล การดำเนินงานตาม ตัวชี้วัดต่างๆ โดยใช้ Data exchange ทำให้ การบันทึกข้อมูล เป็นไปตามตัวชี้วัด ที่กำหนด มีความถูกต้อง เชื่อถือได้

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน
29. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานสารสนเทศ	ระดับ 3

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่ บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
--	------------------------

1. ขาดการสนับสนุนให้เกิดนวัตกรรมทางด้าน สารสนเทศสุขภาพ ซึ่งเป็น โอกาสพัฒนาต่อไป	1. จัดหาอัตรากำลังเพิ่มเติม ที่มีความรู้ในด้านเทคโนโลยี สารสนเทศ ในการต่อยอดการพัฒนาระบบ และนวัตกรรม ทางด้านสารสนเทศทางการแพทย์
2. ขาดการประเมินความต้องการด้านขีด ความสามารถและอัตรากำลังด้านบุคลากร การสร้าง สภาพแวดล้อมด้านบุคลากรที่ก่อให้เกิดผลการ ดำเนินการที่ดี รวมทั้งการสร้างความรู้ความผูกพัน ขวัญ กำลังใจ บริหารจัดการ และพัฒนาบุคลากร เพื่อนำ ศักยภาพของบุคลากรมาใช้อย่างเต็มที่ เพื่อสนับสนุน พันธกิจ ยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการของส่วน ราชการ	2. จัดเวทีการประชุมให้มีการทบทวน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปัญหาที่เกิดขึ้นในระดับจังหวัด นำข้อเสนอแนะที่ได้จาก การประชุม นำเสนอกับคณะกรรมการบริหารระดับจังหวัด เพื่อให้เกิดการสนับสนุนการพัฒนาในเชิงระบบมากขึ้น
3. การกำหนดตัวชี้วัดของการประเมินระดับจังหวัด ในแต่ละประเด็น ยังไม่สอดคล้องกันในบางประเด็น	3. มีการจัดเวทีการประชุมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การ ดำเนินงานในแต่ละประเด็นเพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนา ในส่วนที่ขาดของแต่ละศูนย์ข้อมูลในระดับอำเภอ

ตัวชี้วัดที่ 30. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาองค์กรตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหาร
จัดการภาครัฐ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

- สถานการณ์/สภาพปัญหา

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

● **การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่**

การดำเนินการหน่วยงานได้ดำเนินการดังนี้

1. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน
2. ประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 ภาคบังคับ 2

หมวด หมวด 1,หมวด 5

3. จัดทำแผนพัฒนาองค์กรของหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน หมวดละ 1 แผน
4. จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน โดยหมวด 1 และหมวด 5 มีตัวชี้วัดบังคับ หมวดละ 3 ตัว และตัวชี้วัดเลือก หมวดละ 2 ตัว
5. หน่วยงานได้รายงานความก้าวหน้าของแผนพัฒนาองค์กร และรายงานผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการ

● **ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ**

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน
30. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาองค์กรตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	ผ่านการประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 ภาคบังคับ 2 หมวด หมวด 1,หมวด 5

● **ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. จนท.ในหน่วยงานทุกคน ยังไม่เข้าใจในเกณฑ์ PMQA	หน่วยงานระดับจังหวัดควรวางแผนและกำหนดแนวทางดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายอย่างชัดเจน และดำเนินการตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ

ตัวชี้วัดที่ 31. ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้

● **สถานการณ์/สภาพปัญหา**

ความสุขของบุคลากร ถือได้ว่าเป็นสิ่งที่สำคัญต่อขวัญและกำลังใจสำหรับเจ้าหน้าที่ทุกระดับในการปฏิบัติงาน แต่เนื่องด้วยในสภาวะปัจจุบันด้วยภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นแต่จำนวนบุคลากรมีจำนวนเท่าเดิมและลดลงจากเดิม ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องแบกรับภาระหน้าที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้เจ้าหน้าที่บางคนเกิดความท้อแท้ และเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายในการทำงาน ทำให้ขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน จึงได้มีการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความสุขให้กับบุคลากรในการทำงาน เพื่อกระตุ้นและเสริมสร้างความสุขในการทำงานให้กับบุคลากรทุกระดับในการทำงาน

● การดำเนินงาน แกไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1.การจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความสุขในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลลอง	- ประชุมทีมเพื่อระดมความคิดเห็นการจัดกิจกรรมส่งเสริมความสุขในการทำงาน - นำเสนอแผนปฏิบัติการ (action plan) ด้าน Happinometer ในแผนการใช้จ่ายเงินบำรุง	- จัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ (action plan) - ติดตามประเมินผลในรอบครึ่งปีของการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความสุขในการทำงาน	- ดำเนินกิจกรรมต่อตามแผน แผนปฏิบัติการ (action plan)	- ดำเนินกิจกรรมต่อตามแผนแผนปฏิบัติการ (action plan) - สรุปผลการดำเนินงานด้านการส่งเสริมความสุขในการทำงานของบุคลากร รพ.ลอง
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- บุคลากรของโรงพยาบาลเข้ามามีส่วนร่วมในการระดมความคิดเห็นในการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความสุขในการทำงาน - มีแผนปฏิบัติการ (action plan) ออกมาเป็นลายลักษณ์อักษร	- มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการที่วางไว้ - บุคลากรเห็นความสำคัญและเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆที่จัดขึ้น	- มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการที่วางไว้	- บุคลากรมีความพึงพอใจในการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความสุขในการทำงานที่เพิ่มมากขึ้น
ผลการดำเนินงาน	- มีแผนปฏิบัติการในการเสริมสร้างความสุขในการทำงาน ที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการของทีมผาสุก	- ร้อยละของการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความสุขในการทำงานในรอบ 6 เดือนแรกได้ร้อยละ 100	- มีการดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างความสุขในการทำงานตามแผนปฏิบัติการ	- ร้อยละของการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความสุขในการทำงานในรอบ 6 เดือนหลังและตลอดทั้งปีงบประมาณ ได้

มาตรการ ดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
				ร้อยละ 100 - การประเมินผล happinometer กำลังรอดำเนินการ จากทางกระทรวง สาธารณสุขในการ เปิดประเมิน online ทั่วประเทศ

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน
31. ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในการนำดัชนีความสุข ของพนักงาน (Happinometer) ไปใช้	ดำเนินการระดับ 2 และประเมินตนเองตามแนวทาง ของ PMQA หมวดที่ 5: การนำองค์กร

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผล สำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. งบประมาณมีอยู่อย่างจำกัด ทำให้ไม่สามารถ ดำเนินการตามข้อเสนอของบุคลากรได้ทั้งหมด	มีการประชุมระดมความคิดเห็นเพื่อคัดเลือกกิจกรรมที่ สำคัญในการเสริมสร้างความสุข เพื่อกำหนดไว้ใน แผนปฏิบัติการของทีมผาสุก
2. กิจกรรมส่วนใหญ่จัดในเวลาทำการ ซึ่งเจ้าหน้าที่ส่วน ใหญ่ปฏิบัติงานให้บริการผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วม กิจกรรมได้	มีการจัดทำแนวทางการเข้าร่วมกิจกรรม โดยให้ เจ้าหน้าที่ในแต่ละหน่วยงานมีการหมุนเวียนการเข้าร่วม กิจกรรมในแต่ละครั้งที่จัดขึ้น
3. เจ้าหน้าที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความสุขในการ ทำงานที่ค่อนข้างน้อย	เพิ่มช่องทางต่างๆในการประชาสัมพันธ์ให้กับเจ้าหน้าที่ ทุกระดับเพิ่มมากขึ้น

ตัวชี้วัดที่ 32. ระดับความสำเร็จของบุคลากรในหน่วยงาน ที่มีระบบพัฒนากำลังคนตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

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

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. ส่งเสริมการพัฒนาผลงานวิชาการในเจ้าหน้าที่ทุกระดับ	ประชุมคณะกรรมการ HRD เพื่อวางแผนการพัฒนาผลงานวิชาการในรอบปี	จัดระบบช่วยเหลือการพัฒนาผลงานวิชาการ โดยทีม HRD	จัดงานประชุมวิชาการระดับโรงพยาบาล เพื่อนำเสนอผลงานวิชาการและคัดเลือกผลงานเด่นเพื่อนำเสนอในระดับจังหวัด	ส่งผลงานวิชาการเข้าร่วมงานประชุมวิชาการระดับจังหวัด
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	มีแนวทางการพัฒนาผลงานวิชาการ	มีทีมช่วยเหลือการพัฒนาผลงานวิชาการ	มีการจัดงานประชุมวิชาการระดับโรงพยาบาล	ผลงานเด่นได้รับการนำเสนอในระดับที่สูงขึ้น
ผลการดำเนินงาน	ได้แนวทางการพัฒนาผลงานวิชาการ โดยการกระตุ้นการพัฒนาผลงานวิชาการในเจ้าหน้าที่ และมีการติดตามโดยทีม HRD	ทีม HRD เป็นผู้ช่วยเหลือและให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะในการพัฒนาผลงาน	มีการจัดงานประชุมวิชาการระดับโรงพยาบาล และมีผู้ส่งผลงานเข้าร่วมประกวดทั้งสิ้น 32 ผลงาน	มีการส่งผลงานวิชาการเข้าร่วมงานประชุมวิชาการระดับจังหวัดทั้งสิ้น 9 ผลงาน
2. ส่งเสริมการพัฒนาบุคลากรตาม competency โดยเจ้าหน้าที่ได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ภายในและภายนอก	สำรวจสมรรถนะของแต่ละหน่วยงาน เพื่อศึกษาความต้องการและความจำเป็นในการพัฒนาบุคลากรตามสายงาน	ติดตามผลการพัฒนาบุคลากร	ติดตามผลการพัฒนาบุคลากร	ติดตามผลการพัฒนาบุคลากร

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
หน่วยงาน 10 วัน/ คน/ปี				
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ทีมพัฒนาบุคลากรมีการกำหนดความต้องการและความจำเป็นในการพัฒนาบุคลากรตามสายงาน	เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ภายในและภายนอกหน่วยงาน	เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ภายในและภายนอกหน่วยงาน	เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ภายในและภายนอกหน่วยงาน 10 วัน/คน/ปี
ผลการดำเนินงาน	มีแนวทางการพัฒนาบุคลากร เพื่อจัดกิจกรรมพัฒนาและส่งบุคลากรเข้ารับการฝึกอบรมตามความจำเป็น	มีการจัดกิจกรรมพัฒนาและส่งบุคลากรเข้ารับการฝึกอบรมตามความจำเป็น	มีการจัดกิจกรรมพัฒนาและส่งบุคลากรเข้ารับการฝึกอบรมตามความจำเป็น	100%

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน
32. ระดับความสำเร็จของบุคลากรในหน่วยงาน ที่มีระบบพัฒนากำลังคนตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด	ระดับ 4 ร้อยละ 100 ของบุคลากรในหน่วยงานได้รับการพัฒนา 1 ครั้ง/คน/ปีและมีผลการประเมิน KMA $\geq$ 60%

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

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