



คปสอ.ลอง



สรุปผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ
รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2561
17 กันยายน 2561



อำเภอลอง

คำขวัญ

งามพระธาตุลำคำ

ส้ม พุทรารสเลิศ

แหล่งกำเนิดผ้าจก

มรดกสวนหิน ถิ่นคนเมืองลอง

วิสัยทัศน์

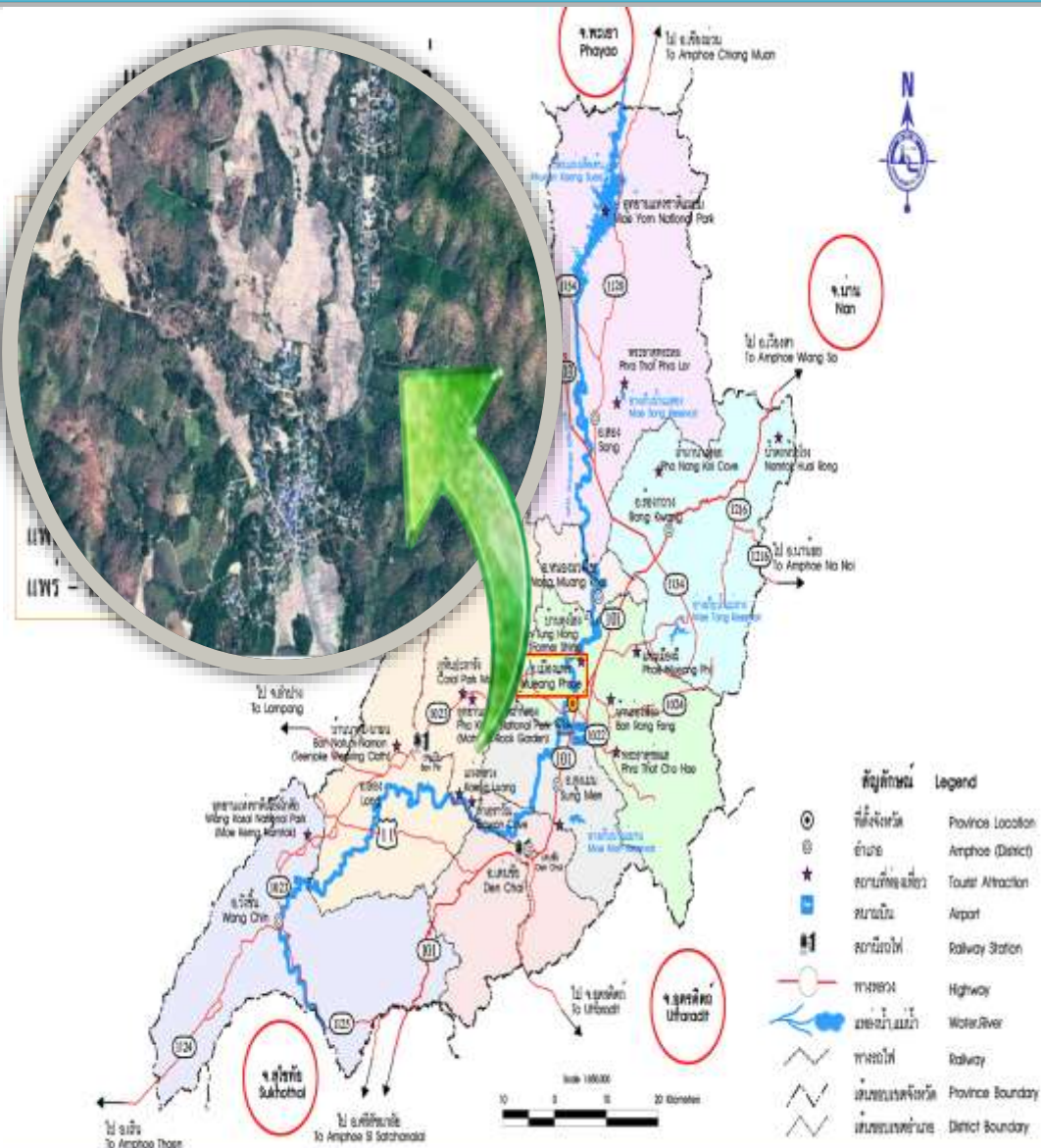
เศรษฐกิจพอเพียง เคียงคู่วัฒนธรรม

ยุทธศาสตร์พัฒนา

ท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ ผลิตภัณฑ์ไม้ไผ่ และผ้าจก



บริบทกายภาพ



ลักษณะภูมิศาสตร์

- ห่างจาก จ.แพร่ 42 กม.
- แม่น้ำยมไหลผ่าน
- มีภูเขาล้อมรอบ
- พื้นที่ลุ่มแม่น้ำยม ลำห้วย และหุบเขา

ความเสี่ยงภัยพิบัติ

- น้ำป่า/น้ำห้วยไหลหลาก
- น้ำยมเอ่อล้นตลิ่ง
- หมอกควันปกคลุมในฤดูแล้ง
- อุบัติเหตุจราจร

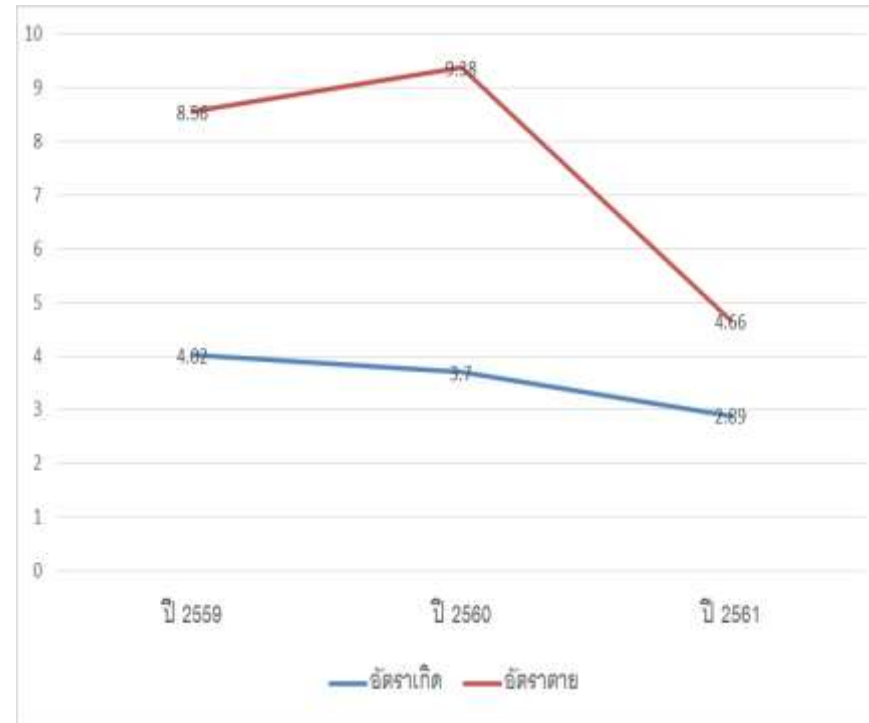
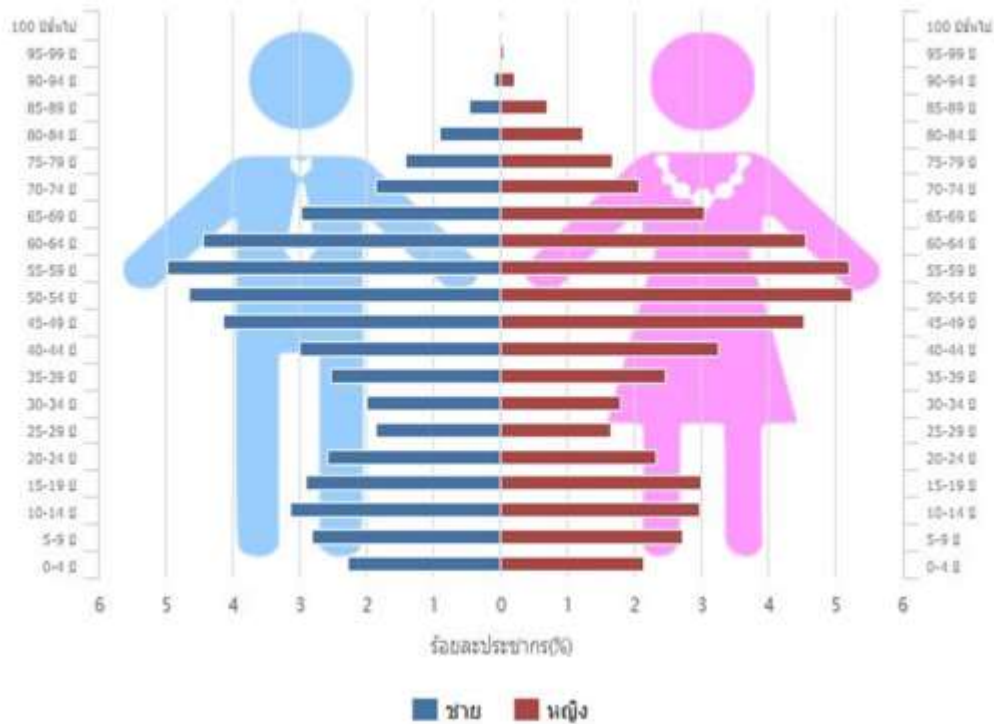
บริษัทสังคม



- 1.เขตปกครอง 9 ตำบล
(90 หมู่บ้าน /19,970 หลัง)
- 2.ประชากร 54,865 คน
(ชาย 27,070 คน & หญิง 27,795คน)
- 3.สถานบริการสุขภาพ 15 แห่ง
(รพช. 1 แห่ง & รพ.สต. 14 แห่ง)
- 4.องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 11 แห่ง
(อบต. 5 แห่ง & เทศบาล 6 แห่ง)
- 5.ภาคีเครือข่ายสำคัญ
 - ชมรม อสม.อำเภอ 1 ชมรม (17 คน)
 - ชมรม อสม.ตำบล 9 ชมรม (1,428 คน)
 - ชมรมผู้สูงอายุ 11 ชมรม
 - ชมรมคนพิการ 9 ชมรม
- 6.วัด 49 แห่ง
- 7.สถานศึกษา 43 แห่ง

ลักษณะทางประชากร

ปิรามิดประชากร ปี 2561



โครงสร้างประชากร

สถิติชีพ

5 อันดับ สาเหตุการตาย

ลำดับ	ปี 59	ปี 60	ปี 61 (ณ 15สค.)
1	หัวใจล้มเหลว (ไม่ระบุรายละเอียด)	หัวใจล้มเหลว (ไม่ระบุรายละเอียด)	วัยชรา
2	วัยชรา	ความผิดปกติอื่นของระบบไหลเวียนโลหิต	หัวใจล้มเหลว (ไม่ระบุรายละเอียด)
3	สาเหตุอื่น (ไม่ชัดเจน/ไม่ระบุรายละเอียด)	วัยชรา	ความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (ปฐมภูมิ)
4	ความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (ปฐมภูมิ)	ความผิดปกติของระบบหายใจ (ไม่ระบุ)	เบาหวานชนิดที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
5	ความผิดปกติอื่นของระบบไหลเวียนโลหิต	มะเร็ง (ไม่ระบุตำแหน่ง)	หัวใจล้มเหลว



5 อันดับ ผู้ป่วยใน

ลำดับ	ปี 59	ปี 60	ปี 61
1	การบาดเจ็บ	โรคอื่น ๆ ของหลอดเลือด กระเพาะและดูโอเด้นัม	ปอดบวม
2	โรคหลอดเลือดอักเสบ ถุงลมโป่งพองและปอดชนิดอุดกั้นแบบเรื้อรังอื่น	การบาดเจ็บ	โรคอื่น ๆ ของหลอดเลือด กระเพาะและดูโอเด้นัม
3	ปอดบวม	ปอดบวม	บาดเจ็บกระดูกเฉพาะอื่น ๆ , ไม่ระบุเฉพาะและหลายบริเวณในร่างกาย
4	เบาหวาน	โรคหลอดเลือดอักเสบ ถุงลมโป่งพองและปอดชนิดอุดกั้นแบบเรื้อรังอื่น	โรคหลอดเลือดอักเสบ ถุงลมโป่งพองและปอดชนิดอุดกั้นแบบเรื้อรังอื่น
5	โรคอื่น ๆ ของหลอดเลือด กระเพาะและดูโอเด้นัม	หลอดเลือดอักเสบเฉียบพลันและหลอดเลือดเล็กอักเสบเฉียบพลัน	หลอดเลือดอักเสบเฉียบพลันและหลอดเลือดเล็กอักเสบเฉียบพลัน



5 อันดับ ผู้ป่วยนอก

ลำดับ	ปี 59	ปี 60	ปี 61
1	ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุ	ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุ	ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุ
2	เบาหวาน	เบาหวาน	เบาหวาน
3	เนื้อเยื่อผิดปกติ	การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลันอื่น ๆ	การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลันอื่น ๆ
4	การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลันอื่น ๆ	เนื้อเยื่อผิดปกติ	เนื้อเยื่อผิดปกติ
5	ความผิดปกติอื่น ๆ ของฟันและโครงสร้าง	โรคอื่น ๆ ของหลอดอาหาร กระเพาะและดูโอเดนิม	ความผิดปกติอื่น ๆ ของฟันและโครงสร้าง



ปัญหาสำคัญของพื้นที่ ปี 2561



ทิศทางการพัฒนา CUP ลอง ปี 61-64

- พัฒนาระบบบริการ
- พัฒนาระบบบริหารจัดการ
- พัฒนาคุณภาพบริการ
- พัฒนาระบบการจัดการความรู้

- พัฒนาระบบสร้างเสริมสุขภาพ
- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน
- พัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการ
- ส่งเสริมมาตรฐานบริการ
- เสริมสร้างศักยภาพบุคลากร

Vision

Mission

Goal

Strategic

คปสอ.ลอง

เป็นองค์กรด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
ที่มีการบริหาร บริการ วิชาการเป็นเลิศ

- ปชช.สุขภาพดี
- ระบบบริหารจัดการที่ดี
- ปชช.พอใจ & บุคลากรมีสุข
- แหล่งเรียนรู้ด้านสุขภาพ

ทิศทางการพัฒนา CUP ลอง ปี 61-64

ค่านิยม “M O P H - H U G L O N G”

M = Mastery เป็นนายตนเอง

O = Originality เร่งสร้างสิ่งใหม่

P = People centered approach ใส่ใจประชาชน

H = Humility ถ่อมตนอ่อนน้อม

H = Happiness คนมีความสุข

U = Unity ความสามัคคีเป็นหนึ่ง

G = Generosity ความมีน้ำใจกรุณาเอื้อเฟื้อ

L = Learning and Growth การเรียนรู้ และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

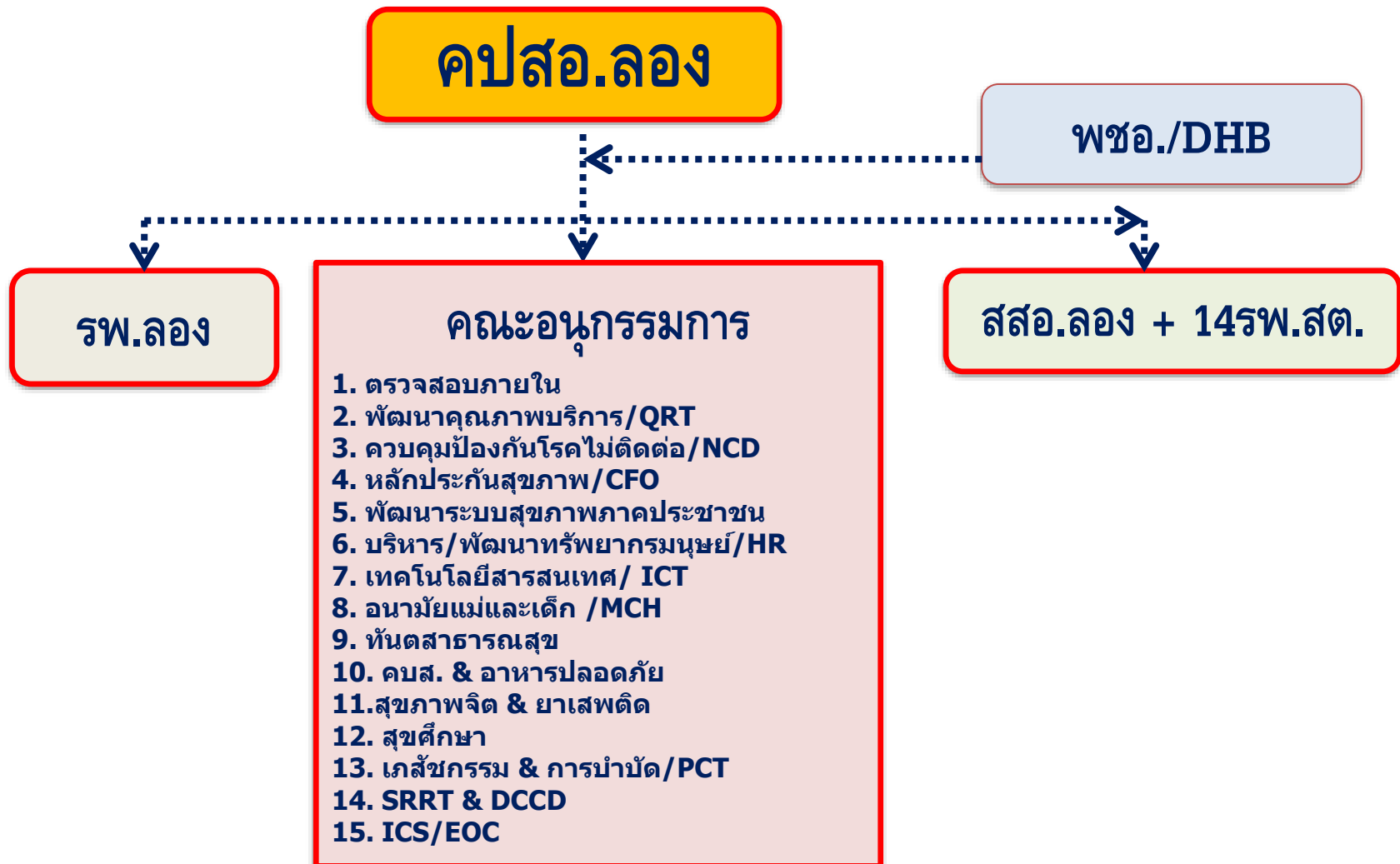
O = Opportunity การสร้างโอกาสเพื่อพัฒนา

N = Networking การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย

G = Good governance การบริหารจัดการที่ดี



การบริหารจัดการ CUP ลอง





ส่วนที่ 2

ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่

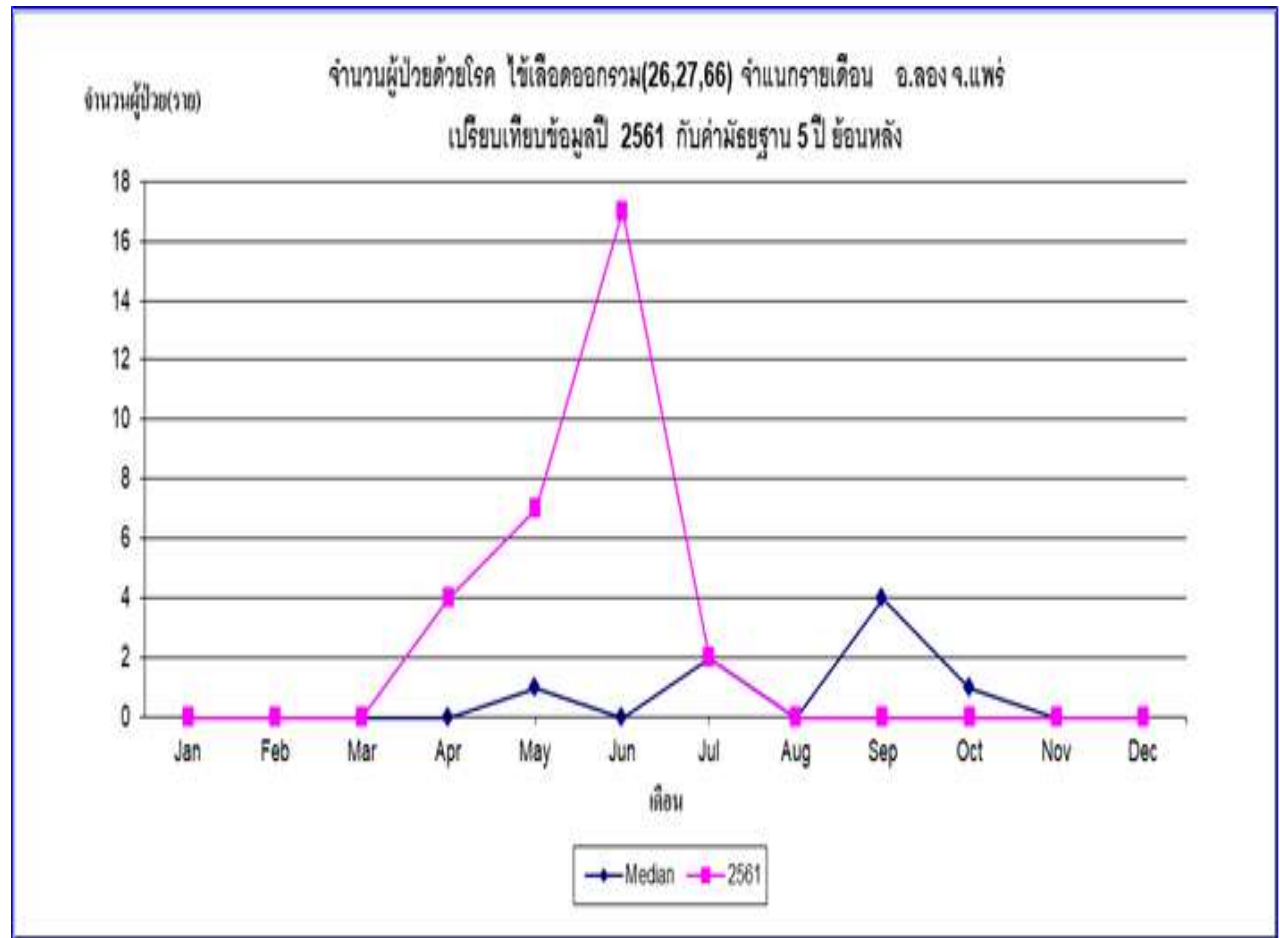
1. โรคไข้เลือดออก
2. โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง
3. โรคฉี่หนู
4. อุบัติเหตุทางการจราจร
5. โรคไข้หวัดใหญ่



1.ใช้เลือดออก

- สถานการณ์

ปี	ราย
2555	49
2556	17
2557	12
2558	273
2559	1
2560	0
2561	30



(54.68 /แสน ปชก.)

ณ 13 กย.61

1. ไข่เลือดออก

Goal: ร้อยละของตำบลที่สามารถควบคุมไข่เลือดออกได้

การดำเนินงาน(Essential Task) :

ทีม SRRT : กำหนดพื้นที่เสี่ยง พัฒนาศักยภาพทีม/เครือข่าย อปท. (เตรียมพร้อมอุปกรณ์/เครื่องมือ)

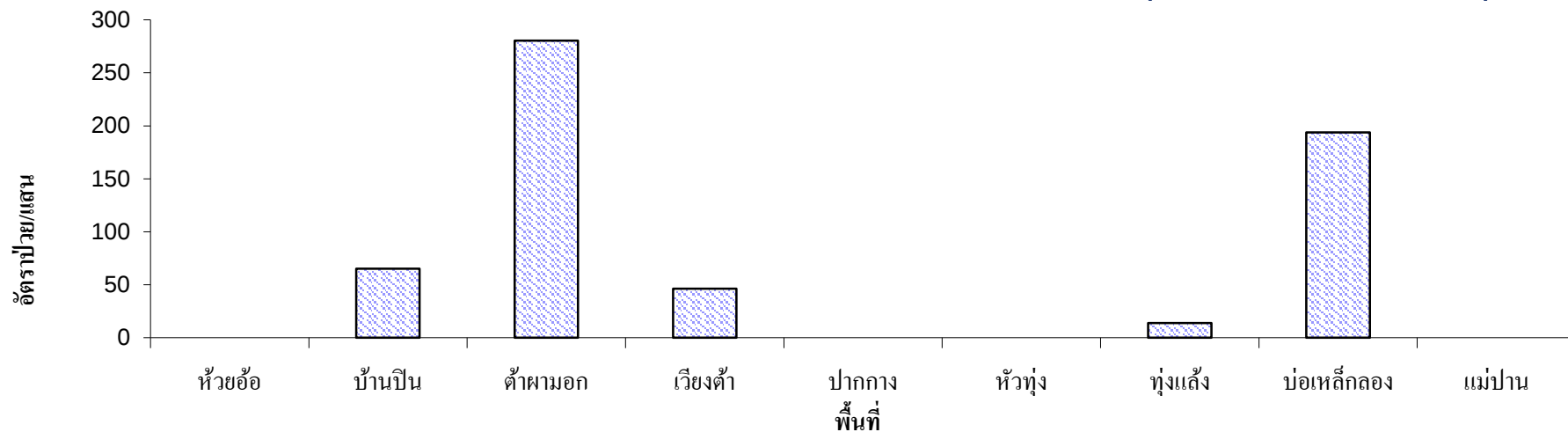
อปท./SRRTตำบล : แผนป้องกันควบคุมมาตรการ3313 /กำลังคน /วัสดุ เคมีภัณฑ์ /อุปกรณ์ /warroom

ชุมชน : มาตรการ 3เก็บ5ส & นโยบายหมู่บ้านสะอาด



1.ใช้เลือดออก

อัตราป่วยต่อปช.แสนคน ด้วยไข้เลือดออกรวม จำแนกตามพื้นที่ตำบล อ.ลอง จ.แพร่ (ตั้งแต่ 1 มค.61 -31สค.61)



ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงานระดับตำบล (ร้อยละ)									
	เวียงต้า	ตำพามอก	บ้านปิน	ห้วยอ้อ	บ่อเหล็กฯ	หัวทุ่ง	แม่ปาน	ทุ่งแล้ง	ปากกาง	เฉลี่ย
ร้อยละของตำบลที่สามารถควบคุมไข้เลือดออกได้ (≥ 50)	100	60	80	100	80	100	100	100	100	91.11

1.ใช้เลือดออก

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
ร้อยละของตำบลสามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้	≥ ร้อยละ 50	ร้อยละ 91.11

ผลลัพธ์ : พบผู้ป่วย 30 ราย (54.68 /แสน ปชก.)

ปัญหา & ข้อเสนอแนะ :

ปัญหา : อปท.ไม่เข้าใจเบิกจ่าย/ งบ,วัสดุอุปกรณ์ (สารเคมี เครื่องพ่น ยาทา)ไม่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะ : จัดทำแผน(คน เงิน ของ)เตรียมพร้อมรับการระบาด การให้ข้อเสนอแนะในการจัดซื้อ



2.DM HT

❖ สถานการณ์/สภาพปัญหา

- กลุ่ม ปชช. 35ปี ขึ้นไป : หน่วยบริการทุกแห่งมีการคัดกรองร่วมกับ อสม. ครบทุกหมู่บ้าน
- กลุ่มป่วยDM/HT : ปัญหาควบคุมอาการไม่ได้ตามเป้าหมาย
 - : พฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม (อาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย)
 - : มีภาวะเสี่ยงสูง (ไขมันในเลือดสูง อ้วนลงพุง ดื่มสุรา สูบบุหรี่ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น)

❖ การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

- กลุ่ม ปชช. : ประชาสัมพันธ์&ณรงค์คัดกรองร่วมกับ อสม. & DPAC & 3ล้าน3ปีเลิกบุหรี่ทั่วไทย
- กลุ่มป่วย : ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด(Thai CV Risk Program) & พัฒนฐานข้อมูลผู้ป่วย
 - : ระบบดูแลโดย Case manager & ทีมสหวิชาชีพ
 - : กิจกรรม Clinic (เน้น แอปสี่ปรับพฤติกรรม, อาหาร ,สุขศึกษา)



2.DM HT

❖ ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมิน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
2.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	≥ ร้อยละ 50	ร้อยละ 90.34

❖ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข/ปรับปรุง

ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
บุคลากรมีภาระงานมาก	- การใช้ระบบสารสนเทศ - บุรณาการกับทีมสหวิชาชีพ



3. วัณโรค

สถานการณ์

- ผู้ป่วยเข้ารักษาซ้ำ และมีอาการแทรกซ้อนด้วยภาวะอื่นร่วม
- ร้อยละ 10 เป็นผู้ป่วย Alcohol dependent ทานยาไม่ต่อเนื่อง/ไม่สมัครใจรักษา

Goal :

ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ทุกราย ได้รับการกำกับการกินยา (DOT) โดยพี่เลี้ยงต้องเป็น จนท.สร./อสม./แกนนำชุมชน



3. วัณโรค

การดำเนินงาน(Essential Task) :

- 1.พัฒนากลไกขับเคลื่อน : จัดทำแผนปฏิบัติการ ประชุมคณะทำงาน 4 ครั้ง และ นิเทศติดตาม
- 2.พัฒนาคุณภาพหน่วยบริการ : ผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านการควบคุมวัณโรค
- 3.พัฒนาระบบคัดกรอง : verbal Screening & CXR กลุ่มเสี่ยง (Pt.ติดเตียง, AIDs/HIV, จนท.สร)
- 4.พัฒนาระบบดูแลรักษา : มาตรฐาน DOT & CIPO TB



3. วัณโรค

ผลลัพธ์ :

- คัดกรอง : กลุ่มเสี่ยง(93.74%) ,จนท.สร.(97.79%) ,สงสัยและส่งต่อ 2 ราย(ผลปกติ)
- ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการวินิจฉัยและรักษา 58 คน(68.74%)
- อัตราการเปลี่ยนผลเสมหะเป็นลบเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้น /Conversion Rate=90.74% (49 คน)
- อัตราการขาดยา /Default Rate=6.89% ,เสียชีวิตจากโรคร่วม 11 ราย (18.97%)

ปัญหา & ข้อเสนอแนะ/เสนอแนะ :

ปัญหา : ผู้ป่วยทานยาไม่ต่อเนื่อง & การ Refer Pt.ไม่ผ่าน TB Clinic รพ.ลอง

ข้อแก้ไข : 1.บำบัดอาการติดเชื้อก่อน

2. ประสานเครือข่าย (รพ.สต./แกนนำชุมชน/อสม.)

- ติดตามเยี่ยมบ้าน & มาตรการกินยา/DOT & มาตรการสังคม/พรบ.คุ้มครองโรคติดต่อ

3.ประสาน รพ.แพร่ ในการ Refer Pt.กลับ ควรแจ้ง TB Clinic รพ.ลอง



4.อุบัติเหตุทางจราจร

สถานการณ์/สภาพปัญหา

- ปี 2561 อุบัติการณ์/ความชุก : บาดเจ็บ 233 คน & เสียชีวิต 3 ราย
- พาหนะที่เกิดอุบัติเหตุ : รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 80
- สาเหตุ : ขับรถเร็วร้อยละ 60 & ไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 40
- สถานที่เกิดเหตุ : ถนนกรมทางหลวง บริเวณจุดเกิดเหตุเป็นทางตรง
- ทีมช่วยเหลือ : นำส่งโดยทีมกู้ชีพ/กู้ภัยร้อยละ 100
- ช่วงเวลาเกิดเหตุ : สูงสุดช่วงเวลา 16.01-20.00 น ร้อยละ 40

Goal : การดำเนินการเฝ้าระวังการบาดเจ็บและสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บ

จากอุบัติเหตุทางถนน

KPI-1: ระดับความสำเร็จของอำเภอมีมาตรการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุ



4.อุบัติเหตุนทางจราจร

การดำเนินงาน(Essential Task) :

- 1.มาตรการป้องกันและแก้ไขจุดเสี่ยง : วิเคราะห์และแก้ไขจุดเสี่ยงร่วมกับเครือข่ายชุมชน(สี่แยก ต.ทุ่งแล้ง ,สี่แยกน้ำริน และหน้า รพ.สต.ตำผามอก ,ทางแยกหน้าวัดบุญเย็น ต.ปากกาง และทางแยกวัดเวียงต้า ต.เวียงต้า 1 จุด) & ด้านชุมชน
- 2.เตรียมพร้อม : วัสดุ/อุปกรณ์ การซ่อมแผน และ เตรียมทีมสหวิชาชีพ
- 3.กลไกขับเคลื่อน : ประชุมศูนย์อุบัติเหตุนำเภอ & ซ่อมแผน 1 ครั้ง & ประชาคม 5ตำบล & แก้ไขจุดเสี่ยง 5จุด
- 4.ผลงาน : ระดับความสำเร็จของอำเภอมิมาตรการแก้ไขปัญหาคูบัตติ ระดับ 5

ปัญหา & ข้อเสนอแนะ :

ปัญหา : หน่วยงาน/ชุมชนขาดความตระหนักในการป้องกันอุบัติเหตุ

ข้อเสนอแนะ : ประสานผ่านเวทีประชุม หน.ส่วนราชการ



5.โรคไข้หวัดใหญ่

สถานการณ์

- คำนวณฐานย้อนหลัง5ปี = 10 ราย
- ปี 61 พบ Pt. 4 ราย (7.29/แสน)

การดำเนินงาน(Essential Task) :

1. สุขศึกษา ประชาสัมพันธ์การป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่
2. SRRT จัดทำแผนป้องกันควบคุม & ผนรงค์ประชาสัมพันธ์การฉีดวัคซีน
- 3.บริการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ รวม 3,045 ราย

ผลลัพธ์ : อัตราการให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ 80

ปัญหา & ข้อเสนอแนะ/เสนอแนะ :

ปัญหา : ฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ไม่ตรงกลุ่มเป้าหมาย

ข้อแก้ไข : คัดกรองให้ตรงเป้าหมาย & ควรบรรจุเป็นแผน EPI ปกติ



ส่วนที่ 3

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด MOU

ดังนี้

- KPI :1-21 การประเมินด้านประสิทธิผล
- KPI : 22-25 การประเมินด้านคุณภาพการให้บริการ
- KPI : 26-28 การประเมินด้านประสิทธิภาพ
- KPI : 29-32 การประเมินด้านการพัฒนาองค์กร

คปสอ.ลอง

ประจำปีงบประมาณ 2561





มิติภายนอก การประเมินประสิทธิผล KPI 1-21

กลุ่มKPI : ผลสำเร็จของการดำเนินงาน

- ตามยุทธศาสตร์ สธ.
- ยุทธศาสตร์เขตบริการสุขภาพ
- ยุทธศาสตร์ สสจ.แพร่



กลุ่มวัยเด็ก (0-5 ปี)

- ตัวชี้วัดที่ 1. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์
- ตัวชี้วัดที่ 2. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์

❖ สถานการณ์

- ANC มีแนวโน้มสูงเพิ่มขึ้น (ปี 58=63%, ปี59=66%, ปี60=70%)
- ANC ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ 5 ครั้ง

❖ การดำเนินงาน

ชุมชน & สถานศึกษา : เพศศึกษา & ประชาสัมพันธ์ ANC ฟรีทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ์

หน่วยบริการ : พัฒนาคุณภาพ ANC & MCH ตามแนวทางเขตสุขภาพที่ 1



กลุ่มวัยเด็ก (0-5 ปี)

❖ ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมิน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
1 หญิงตั้งครรภ์เข้ารับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์	≥ ร้อยละ 60	ร้อยละ 86.03
2 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	≥ ร้อยละ 60	ร้อยละ 67.39

❖ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข/ปรับปรุง

ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1.จนท.ผู้บริการ:โยกย้าย/เปลี่ยนหน้าที่/ประสบการณ์น้อย ทักษะไม่ชำนาญ	-อบรมพัฒนาศักยภาพ จนท.ผู้รับผิดชอบ อย่างต่อเนื่อง -การใช้เครือข่ายชุมชนติดตามหญิงตั้งครรภ์ & line
2.หญิงตั้งครรภ์:โยกย้ายถิ่นฐาน,ANCช้า,คลอดก่อนกำหนด	และติดตามนำข้อมูลมาบันทึกความครอบคลุม



กลุ่มวัยเด็ก (0-5 ปี)

ตัวชี้วัดที่ 3. ร้อยละของการเฝ้าระวังการเจริญเติบโตเด็ก 0-5 ปี

ตัวชี้วัดที่ 4. ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีส่วนสูงดี รูปร่างสมส่วน

❖ สถานการณ์/ปัญหา

สถานการณ์ด้านเด็ก : บิดา มารดาทำงานต่างจังหวัด อาศัยอยู่กับปู่ย่า ตายาย

กลไกขับเคลื่อน : นโยบายมหัศจรรย์ 1,000วันแรกของชีวิต

❖ การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

1 ส่งเสริมความรู้ : อบรมหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรส 225 คน อบรมผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก 375 คน

2 บริการสุขภาพ

- เด็ก : ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และยาล้ำเสริมธาตุเหล็ก
- หญิงมีครรภ์และหลังคลอด : ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ไอโอดีน และ ยาโฟลิก



กลุ่มวัยเด็ก (0-5 ปี)

❖ ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมิน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
3. ร้อยละของการเฝ้าระวังการเจริญเติบโตเด็ก 0-5 ปี	≥ ร้อยละ 90	ร้อยละ 72.31
4. ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีส่วนสูงดี รูปร่างสมส่วน	≥ ร้อยละ 60	ร้อยละ 47.32

❖ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข/ปรับปรุง

ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. ผู้ปกครองขาดความรู้ในการดูแลเด็ก 2. เด็กในครอบครัวด้อยโอกาส	- ส่งเสริมความรู้แก่ผู้ปกครอง (โภชนาการ การเลี้ยงดูเด็ก) - ประสานเครือข่ายชุมชน/อปท. เพื่อสนับสนุนงบประมาณ



กลุ่มวัยเด็ก (0-5 ปี)

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

❖ สถานการณ์/สภาพปัญหา

สิ่งแวดล้อมและโครงสร้างกายภาพ : อาคารไม่ได้มาตรฐาน (พื้น ห้องน้ำ แสงสว่าง ฯลฯ) & สवल./ภูมิทัศน์ไม่เหมาะสม
ผู้บริหาร/ครูผู้ดูแล/อปท./ผู้ปกครอง : ไม่เห็นความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพ

❖ การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

- 1.จัดเวทีประชุมครู/ผู้ดูแลฯ เพื่อพัฒนาศูนย์เด็กเล็ก 1 ครั้ง
- 2.ประเมิน“ศูนย์เด็กตามเกณฑ์คุณภาพ” 23 แห่ง ผ่านเกณฑ์ 20 แห่ง ไม่ผ่าน 3 แห่ง
- 3.นิเทศ ติดตามให้ข้อเสนอแนะ แก่ ครู /อปท. เพื่อพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์



กลุ่มวัยเด็ก (0-5 ปี)

❖ ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมิน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
5. ร้อยละศูนย์เด็กเล็กผ่านการประเมินมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ	≥ร้อยละ 60	ร้อยละ 86.96

❖ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข/ปรับปรุง

ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. โครงสร้างไม่ได้มาตรฐาน(ห้องน้ำ มุงลวด) 2. สवल.ไม่เอื้อ (ใกล้บ่อขยะ ไม่สะอาด ใกล้ป่า) 3. ผู้บริหาร/อปท.ไม่ให้ความสำคัญในการพัฒนา	1. จัดทำแผนพัฒนาศูนย์เด็กเล็กร่วมกับชุมชน/อปท. 2. พัฒนาตามแนวทาง “มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ”



กลุ่มวัยเด็ก (0-5 ปี)

ตัวชี้วัดที่ 6. ร้อยละของเด็ก 3-5 ปี ที่ผู้ปกครองได้รับการฝึกทักษะการแปรงฟัน

ตัวชี้วัดที่ 7. ร้อยละเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ

❖ สถานการณ์/สภาพปัญหา

-เด็ก : ฟันไม่สะอาด /ไม่ได้รับการแปรงฟัน

-หญิงตั้งครรภ์ : ขาด “ความตระหนัก” การดูแลสุขภาพช่องปาก & ขาดนัด

❖ การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

-หญิงตั้งครรภ์ : ตรวจฟัน ให้ความรู้ & สอนทักษะดูแลสุขภาพช่องปาก

-เด็ก 3-5 ปี : ตรวจฟัน (300คน) และเคลือบฟลูออไรด์

-ผู้ปกครองและผู้ดูแลในศูนย์เด็กเล็ก : อบรมความรู้(1,322คน) & ทักษะแปรงฟัน (Hand on)

- อสม.เชี่ยวชาญทันตะ : ร่วมเป็นภาคีเครือข่าย คัดกรอง ตรวจสุขภาพช่องปาก ให้คำแนะนำแก่ประชาชน



กลุ่มวัยเด็ก (0-5 ปี)

❖ ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมิน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
6. ร้อยละของเด็ก 3-5 ปีที่ผู้ปกครองได้รับการฝึกทักษะการแปรงฟัน	≥ร้อยละ 70	ร้อยละ 90.22
7 ร้อยละเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ	≥ร้อยละ 70	ร้อยละ 81.66

❖ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข/ปรับปรุง

ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1.บุคลากร รพ.สต.ขาดทักษะการเคลือบฟลูออไรด์ 2. หญิงตั้งครรภ์ไม่ตระหนัก/ขาดนัด 3. โรงเรียนเอกชนเข้าถึงยาก	1.จัดทีมเคลื่อนที่ทาฟลูออไรด์ในพื้นที่ รพ.สต.ที่ไม่มีทันตะบุคลากร 2.ให้ความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์ 2.จัดทำแผนบริการใน รร.เอกชน



กลุ่มวัยเด็ก (0-5 ปี)

ตัวชี้วัดที่ 8. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย

❖ สถานการณ์/สภาพปัญหา

- การคัดกรอง : ใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)
- สถานบริการ : คัดกรอง 5 ช่วงอายุ 9 18 30 42 60 เดือน

❖ การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

1. หน่วยบริการปฐมภูมิ คัดกรองพัฒนาการเด็กให้ได้ตามความครอบคลุมในพื้นที่
2. ค้นหาพัฒนาการสงสัยล่าช้า ไม่น้อยกวาร้อยละ 20
3. เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามและกระตุ้น ร้อยละ 100



กลุ่มวัยเด็ก (0-5 ปี)

❖ ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมิน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
8. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	≥ร้อยละ 90	ร้อยละ 92.20

❖ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข/ปรับปรุง

ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. เด็กติดตามผู้ปกครองไปทำงานพื้นที่อื่น 2. ผู้ปกครองไม่เห็นความสำคัญ/ไม่ตระหนัก	1.ติดตามโดย จนท./อสม. ช่องทาง โทรศัพท์ ไลน์ 2.ให้ความรู้ ความเข้าใจ ให้เห็นถึงความสำคัญของพัฒนาการ



กลุ่มเด็กนักเรียน (6-14 ปี)

- ตัวชี้วัดที่ 9. ร้อยละความครอบคลุมของเด็กวัยเรียนได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง
- ตัวชี้วัดที่ 10. ร้อยละเด็กวัยเรียน 6-14 ปี สูงดีสมส่วน

❖ สถานการณ์/สภาพปัญหา

- เด็กวัยเรียน : แนวโน้มโรคอ้วนเพิ่มสูงขึ้นทุกปี (พฤติกรรมบริโภคอาหาร ออกกำลังกายน้อย)
- โรงเรียน : จำหน่าย อาหารทอด น้ำหวาน ขนมกรุบกรอบ
- คัดกรองภาวะโภชนาการ: ดีสมส่วน 1,217คน & เริ่มอ้วนและอ้วน 223คน & อ้วนและส่งต่อคลินิก DPAC 5 คน

❖ การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

- 1.หน่วยบริการ : คัดกรอง&เฝ้าระวังฯ (บูรณาการงานอนามัย รร. & ทันตา & ออย.น้อย) & พัฒนา/จัดเก็บฐานข้อมูล
- 2.ส่งเสริมโรงเรียน : จัดทำนโยบายลดหวานมันเค็ม และการทำข้อตกลงกับผู้ประกอบการจำหน่ายอาหารในโรงเรียน
3. จัดเวทีเรียนรู้นักเรียน : การเลือกซื้ออาหาร /ออย.น้อยฉลาดกินฉลาดซื้อ/ออกกำลังกาย/นิทรรศการ และ DPAC



กลุ่มเด็กนักเรียน (6-14 ปี)

❖ ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมิน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
9. ร้อยละความครอบคลุมของเด็กวัยเรียนได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง	≥ ร้อยละ 90	72.92
10. ร้อยละเด็กวัยเรียน 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ 65	64.26

ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
ผู้ปกครอง : ไม่ตระหนัก ขาดความร่วมมือ โรงเรียน : กิจกรรมไม่ต่อเนื่อง	1. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ โรงเรียน ผู้ปกครอง ผู้ประกอบการ 2. การติดตาม กำกับ อย่างต่อเนื่อง & ส่งเสริมกิจกรรม คู่บัดดี้



กลุ่มเด็กนักเรียน (6-14 ปี)

ตัวชี้วัดที่ 11. ร้อยละโรงเรียนประถมศึกษาที่มีการดำเนินกิจกรรมแปรงฟันคุณภาพผ่านเกณฑ์

ตัวชี้วัดที่ 12. ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี ฟันดีไม่ผุ (cavity free)

❖ สถานการณ์/สภาพปัญหา

-เด็ก... “ขาดความรู้ & ทักษะ” การดูแลสุขภาพช่องปาก

-โรงเรียน... กิจกรรมไม่ต่อเนื่อง....

❖ การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

-อบรมความรู้ ทักษะการดูแลสุขภาพช่องปาก (โครงการแปรงฟันคุณภาพและอาหารสุขภาพ)

- บูรณาการร่วมกับกิจกรรม อย.น้อย



กลุ่มเด็กนักเรียน (6-14 ปี)

❖ ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมิน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
11.รร.ประมฯ มีการดำเนินกิจกรรมปรับปรุงคุณภาพผ่านเกณฑ์	≥ร้อยละ 85	ร้อยละ 100
12. ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ 0 - 12 ปี ฟันดีไม่ผุ (cavity free)	≥ร้อยละ 35	ร้อยละ 91.80

❖ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข/ปรับปรุง

ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
บุคลากร มีน้อย ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ	จัดทำแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันแบบบูรณาการให้เพียงพอกับ อัตรากำลังของผู้ให้บริการ



กลุ่มเด็กวัยรุ่น/นักศึกษา (15 - 21 ปี)

ตัวชี้วัดที่ 13. อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุ 15-19 ปี

❖ สถานการณ์/สภาพปัญหา

- กระแสโลกาภิวัตน์ /ยุคCyber : การเสฟสื่อ Social media
- ความรู้ ความเข้าใจ ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ต่ำขึ้น
- สถิติการคลอดใน รพ.ลอง ลดลง
- อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำ ปี 60= 18.52% ปี 61 ไม่พบอุบัติการณ์

❖ การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

เชิงรุก : แผนส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น & โครงการเพศคุยได้ในครอบครัว & อบรมเพศศึกษา “รู้จักวัยรุ่น”

เชิงรับ : คลินิกวัยรุ่น บริการคำปรึกษา ตรวจHIV จัดมุมเพื่อนใจวัยรุ่นทุก รพ.สต. (ร่วมมุมOSCC)



กลุ่มเด็กวัยรุ่น/นักศึกษา (15-21 ปี)

❖ ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมิน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
13. อัตราการตั้งครุฑรั้วในหญิงอายุ 15-19 ปี	< ร้อยละ 9.5	ไม่มีอุบัติการณ์

ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข/ปรับปรุง

ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
ผู้รับบริการไม่เข้าใจวางแผนครอบครัว	การให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ด้านการแผนครอบครัว



กลุ่มวัยทำงาน

ตัวชี้วัดที่ 14. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

ตัวชี้วัดที่ 15. อัตราความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง

❖ สถานการณ์/สภาพปัญหา

- ปี 2560 อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ร้อยละ 2.41
- ปี 2560 อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ร้อยละ 4.0

❖ การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

- ค้นหากลุ่มเสี่ยง DM/HT : คัดกรอง 35ปีขึ้นไป(DM=97.31% HT=97.59%) & สุขศึกษา & คั่นข้อมูล
- ติดตาม & ขึ้นทะเบียน : ติดตามทุก 6 เดือน สุขศึกษา&DPAC



กลุ่มวัยทำงาน

❖ ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมิน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
14. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	≤ ร้อยละ 2.16	ร้อยละ 2.29
15. อัตราความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง	≤ ร้อยละ 3.84	ร้อยละ 4.74



กลุ่มวัยทำงาน

ตัวชี้วัดที่ 16. ร้อยละ ของผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด ที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในระบบสมัครใจในสถานพยาบาล (แบบผู้ป่วยนอก)

ตัวชี้วัดที่ 17. ร้อยละ ของการบันทึกข้อมูลผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด ที่เข้ารับการบำบัดในระบบรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)

❖ สถานการณ์/สภาพปัญหา

- หลักการบำบัด “เข้าใจ เข้าถึง พึ่งได้” : เข้าใจบริบท เข้าใจเหตุ เข้าถึงครอบครัว
- ปี 2561 รพ.ลอง ผ่านการรับรองมาตรฐานคุณภาพสถานบริการยาเสพติด(3ปี)
- ผู้ป่วย 103 คน (บังคับ 41คน สมัครใจ 62 คน)
- พื้นที่ ต.ห้วยอ้อ ท่งแล้ง ห้วยท่ง
- ชนิดยาเสพติด คือยาบ้า ร้อยละ 100 สาเหตุส่วนใหญ่คือ อายากล่อง

❖ การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

- รพ.สต.: คัดกรองเบื้องต้น และบำบัด แบบ BA BI
- รพ.ลอง: เป็นศูนย์คัดกรอง นำเข้าข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดในฐานข้อมูล(บสต)



กลุ่มวัยทำงาน

❖ ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมิน

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

❖ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข/ปรับปรุง

ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
-บุคลากรไม่เพียงพอ /ภาระงานมาก	- หน่วยงานควรมีการกำหนดกรอบโครงสร้างอัตรากำลังที่ชัดเจน



กลุ่มวัยสูงอายุ

ตัวชี้วัดที่ 18. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการทางทันตกรรม

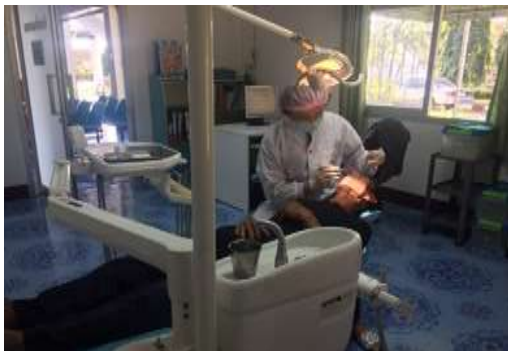
ตัวชี้วัดที่ 19. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีฟันหลังแท้หรือเทียมใช้งานได้อย่างเหมาะสม 4 คู่สบขึ้นไป

❖ สถานการณ์/สภาพปัญหา

- ผู้สูงอายุ : แนวโน้มเพิ่มสูง & ขาดความรู้การดูแลสุขภาพช่องปาก & ขาดคนดูแลในครอบครัว
- ชุมรสูงอายุ : ชุมรไม่เข้มแข็ง & กิจกรรมด้านสุขภาพไม่ต่อเนื่อง
- ปี 60 บริการทางทันตกรรม : 5,355 ราย ร้อยละ 54.07% (ผู้สูงอายุทั้งหมด 9,903 คน)

❖ การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

- กลไกขับเคลื่อน : ดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย/ อสม
: อบรรม ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ อสม.เชี่ยวชาญทันตะ
: หน่วยบริการเคลื่อนที่



กลุ่มวัยสูงอายุ

❖ ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมิน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
18. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการทางทันตกรรม	≥ร้อยละ 47	ร้อยละ 51.52
19. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีฟันหลังแท้หรือเทียมใช้งานได้อย่างเหมาะสม 4 คู่สบขึ้นไป	≥ร้อยละ 75	ร้อยละ 61.40

❖ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข/ปรับปรุง

ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
-ผู้สูงอายุไม่ตระหนัก/ไม่สนใจ -กิจกรรมชมรมไม่ต่อเนื่อง	-บูรณาการร่วมกับสหวิชาชีพ -เสริมสร้างความเข้มแข็งในชมรมผู้สูงอายุร่วมกับเครือข่าย อสม.



ระบบควบคุมโรค(วัณโรค)

(เป็นปัญหา 5 อันดับ ของ อำเภอคลอง)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
20. อัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค	≥ร้อยละ 90	≥ร้อยละ 93.74
21. อัตราการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค (วินิจฉัย&ขึ้นทะเบียน 58 ราย)	≥150 /แสน ปชก.	102.71 /แสน ปชก



ผลสำเร็จการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ

ตัวชี้วัดที่ 22. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ /พชอ.

❖ สถานการณ์/สภาพปัญหา

- แต่งตั้ง คณะกรรมการ พชอ. ตามคำสั่ง อ.ลอง ที่ 86/2561
- คณะกรรมการ พชอ. ประชุม 2 ครั้ง กำหนดประเด็นพัฒนา 3 ประเด็น(ปัญหา สวล./ขยะ อุบัติเหตุจราจร ยาเสพติด)
- มีการจัดทำแผนงานโครงการ ระดับอำเภอรองรับครอบคลุมทั้ง 3 ประเด็น

❖ การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

การขับเคลื่อนประเด็นปัญหา มีการบูรณาการร่วมกับหน่วยราชการอื่น ภายใต้หลักการบันได 5 ขั้น/UCCARE ดังนี้

- 1.ปัญหา สวล./ขยะ มีการบูรณาการร่วมกับปัญหาใช้เลือดออก
- 2.ปัญหาอุบัติเหตุจราจร มีการบูรณาการร่วมมาตรการป้องกันและแก้ไขจุดเสี่ยง
- 3.ยาเสพติด มีการบูรณาการด้านการคัดกรอง การบำบัดรักษา



ผลสำเร็จการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ

❖ ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมิน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
ตัวชี้วัดที่ 22. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	ระดับ 4	ระดับ 3

❖ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข/ปรับปรุง

ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1.งบประมาณไม่เพียงพอ	ควรมีการสนับสนุนงบประมาณ แก่ พชอ.อย่างต่อเนื่อง
2.กิจกรรมไม่ต่อเนื่องและหน่วยงานอื่น ไม่เห็นความสำคัญ และ เข้าใจว่า พชอ.เป็นเรื่องของสาธารณสุข	-เสริมสร้างความเข้าใจในระเบียบ พชอ.อย่างต่อเนื่อง





ผลสำเร็จการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ

ตัวชี้วัดที่ 23. ร้อยละของร้านชำที่พบว่าการจำหน่ายยาปฏิชีวนะ

❖ สถานการณ์/สภาพปัญหา

- ปี 2560 :ร้านชำ 446 ร้าน ตรวจเฝ้าระวัง 404 ร้าน(90.58%) จำหน่ายยาปฏิชีวนะ 5 ร้าน(1.24%)
- ปี 2561 : ร้านชำ 422 ร้าน ตรวจเฝ้าระวัง 421 ร้าน(99.76%) จำหน่ายยาปฏิชีวนะ 12 ร้าน(2.85%)

❖ การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

- ร้านชำ : พัฒนาร้านชำต้นแบบ(15ร้าน) ตรวจเยี่ยมประเมิน(422ร้าน)
- เครือข่ายชุมชน : อบรมพัฒนาศักยภาพ อสม.เพื่อจัดการยาและอาหารที่ไม่เหมาะสมในชุมชน





ผลสำเร็จการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ

❖ ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมิน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
23. ร้อยละของ ร้านชำที่พบว่ามีจำหน่ายยาปฏิชีวนะ	≤ร้อยละ 10	2.85

❖ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข/ปรับปรุง

ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1.จำหน่ายยาที่ไม่ถูกต้อง	-มาตรการเชิงสังคม และ กฎหมาย
2.ประชาชนขาดความรู้เรื่องความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์	-ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในผลิตภัณฑ์
3.จนท.ขาดความรู้ ทักษะ ในการปฏิบัติงาน คบส.	-อบรมความรู้ ฝึกทักษะ แก่ผู้ปฏิบัติงาน คบส.
4.บุคลากร คบส.ไม่เพียงพอ	-ควรจัดสรรบุคลากรตาม Populatoin base





ผลสำเร็จการพัฒนาคูณภาพการให้บริการ

ตัวชี้วัดที่ 24. ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3

❖ สถานการณ์/สภาพปัญหา

รพ.ลอง มีการพัฒนาคูณภาพมาตรฐานวิชาชีพ ได้แก่ มาตรฐาน รพ.ส่งเสริมสุขภาพ อาชีวอนามัย งานยาเสพติด เพื่อนใจ วัยรุ่น รังสีการแพทย์ สุขศึกษา วิศวกรรมความปลอดภัย MCH ER LR LAB และ มาตรฐาน HA

❖ การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

- ปี 2548 : รพ.ลอง ผ่าน HA & พัฒนาต่อเนื่อง & ผ่าน HA ชั้น 2
- ปี 2561 : ผ่านการรับรองมาตรฐาน HA (Accredit)





ผลสำเร็จการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ

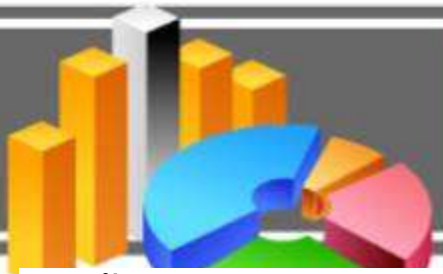
❖ ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมิน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
24.โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	HA (ชั้น 3)	HA (Accredit)

❖ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข/ปรับปรุง

ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1.จนท.โยกย้ายปรับเปลี่ยนสายงาน ส่งผลให้การพัฒนาไม่ต่อเนื่อง	-ควรออกแบบกระบวนการงานที่ไม่ซับซ้อน
2.อัตรากำลังไม่เพียงพอต่อภาระงาน	-ควรปรับอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน





ผลสำเร็จการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ

ตัวชี้วัดที่ 25. ร้อยละของรพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ

❖ สถานการณ์/สภาพปัญหา

- รพ.สต. 14 แห่ง พัฒนาตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว 5ดาว 5ดี “บริหารดี ประสานงานดีภาคีมีส่วนร่วม บุคลากรดี บริการดี ประชาชนมีสุขภาพดี”

❖ การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

-ปี 2560 : ผ่านระดับ 5 ดาว 2 แห่ง (ปากทาง ท่งแล้ง)

-ปี 2561 : ผ่านระดับ 5 ดาว 6 แห่ง (หัวทุ่ง แม่เกียม แม่รัง แม่ปาน นาตุ้ม ผาจีบ)
ผ่านระดับ 4 ดาว 1 แห่ง (ผาคัน)

ผลงานสะสม รพ.สต. ผ่านระดับ 5 ดาว รวม 8 แห่ง จากทั้งหมด 14 แห่ง (ร้อยละ 57.15)





ผลสำเร็จการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ

❖ ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมิน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
25. ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ	≥ร้อยละ 25	ร้อยละ 57.15

❖ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข/ปรับปรุง

ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. อัตรากำลังไม่สมดุลกับงาน/ภาระงานมาก และความรู้ ความเข้าใจ ไม่เท่ากัน	การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตามแนวทาง รพ.สต.ติดตาม





การประเมินผลประสิทธิภาพ

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

❖ สถานการณ์/สภาพปัญหา

ปี 2557 : รพ.ลอง มีวิกฤตการเงินระดับ 7

ปัจจุบัน : ใช้เกณฑ์ FAI เพื่อเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลัง & คืบข้อมูลให้ผู้บริหารอย่างต่อเนื่อง

❖ การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

- พัฒนาระบบควบคุมภายใน : อบรมความรู้จัดทำ รง.ควบคุมภายใน ตามแบบ ปย.1, ปย.2
- พัฒนาคุณภาพบัญชี : ส่งเสริมทักษะผู้บันทึกบัญชี & ตรวจสอบความถูกต้องก่อนส่ง รง.
- พัฒนาประสิทธิภาพการบริหารการเงิน-คลัง : กำกับควบคุมแผนการเงิน & รายงาน กบห. & ปรับแผนให้เหมาะสม
- พัฒนาต้นทุนบริการ : จัดทำข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยบริการ ใน รพ.ลอง





การประเมินประสิทธิภาพ

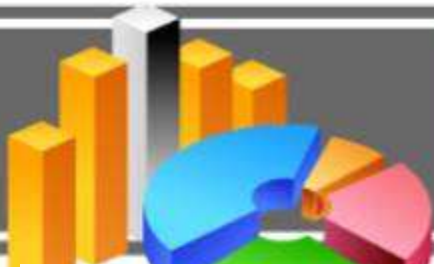
❖ ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมิน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
26.ผลการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง/FAI ของ รพ.แม่ข่าย ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100

❖ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข/ปรับปรุง

ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1.แนวทางแก้ไขสู่การปฏิบัติไม่ชัดเจน	1. จัดทำมาตรการการประหยัด & ประกาศใช้
2.บัญชีหน่วยงานไม่ตรงกัน	2. ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ของข้อมูลระหว่างกัน โดยการสอบทานยอดบัญชีเป็นประจำทุกวัน





การประเมินประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดที่ 27. ร้อยละของสถานบริการ (รพสต.) ในความรับผิดชอบของ คปสอ. สามารถควบคุม กำกับการเบิกจ่าย ได้ตามแผนรายได้ค่าใช้จ่ายได้ตามเป้าหมายที่กำหนด

❖ สถานการณ์/สภาพปัญหา

- รพ.สต. ทุกแห่ง จัดทำแผนการใช้จ่ายเงินบำรุง/planfin แบบสมดุล
- กำกับ ติดตาม Planfin ทุกเดือน

❖ การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

- รพ.สต.ขอสนับสนุน จาก CUP กรณีมีภาวะวิกฤติการเงินบำรุงต่ำกว่า 1 แสนบาท
- คณะกรรมการ CFO ตรวจสอบ และพิจารณาให้การช่วยเหลือตามเกณฑ์กำหนด





การประเมินประสิทธิภาพ

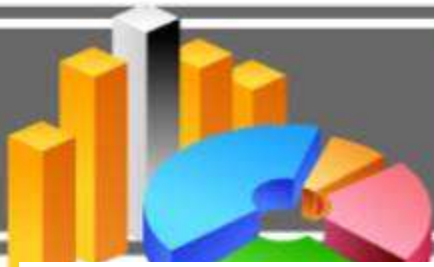
❖ ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมิน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
27. ร้อยละ ของสถานบริการ (รพสต.) ในความรับผิดชอบของ คปสอ. สามารถควบคุม กำกับการเบิกจ่ายได้ตามแผนรายได้ค่าใช้จ่ายได้ตามเป้าหมายที่กำหนด	ร้อยละ 100	ร้อยละ 64.29

❖ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข/ปรับปรุง

ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
เบิกจ่ายไม่ตรง planfin	กำกับ ปฏิบัติตาม planfin อย่างเคร่งครัด





การประเมินประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดที่ 28. ระดับคะแนนค่าเฉลี่ยหลักฐานเชิงประจักษ์ EB1-EB11 ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวง
สาธารณสุข ที่ผ่านการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA)

❖ สถานการณ์/สภาพปัญหา

- บุคลากร : ขาดความรู้ ความเข้าใจ เรื่อง Integrity and Transparency Assessment / ITA
- ผู้ปฏิบัติ : ไม่เข้าใจกระบวนการพัฒนาและการจัดทำเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment /EBIT)

❖ การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

- 1.การนำสู่ปฏิบัติ : - ประชาสัมพันธ์ ทางเว็บไซต์ รพ.ลอง e-office line
 - ประชุมทบทวนนโยบายสู่การปฏิบัติ มอบหมายหน้าที่แก่ผู้เกี่ยวข้อง
 - กำหนดมาตรการ 3ป1ค (ปลูกจิตสำนึก ป้องกัน ปราบปราม เครือข่ายเฝ้าระวัง)
- 2.ประเมิน ITA : 5 องค์ประกอบ (โปร่งใส รับผิดชอบ ปลอดทุจริต วัฒนธรรม คุณธรรม)
- 3.สรุป ติดตาม : ผลประเมิน ITA(EB1-EB11)ร้อยละ 100 (ผลคะแนน ITA ระดับ 5)



การประเมินประสิทธิภาพ

❖ ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมิน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
28. ระดับคะแนนค่าเฉลี่ยหลักฐานเชิงประจักษ์ EB1-EB11 ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ผ่านการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA)	ระดับ 5	ระดับ 5

❖ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข/ปรับปรุง

ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
ผู้ปฏิบัติขาดความรู้ ความเข้าใจในการตอบคำถามและการจัดหาหลักฐานประกอบ	- ควรศึกษา “คู่มือแนวทางการตอบแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์” อย่างเคร่งครัด





การประเมินการพัฒนาองค์กร

ตัวชี้วัดที่ 29. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานสารสนเทศ

❖ สถานการณ์/สภาพปัญหา

- สสอ.ลอง : ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศระดับอำเภอ
- กลไกขับเคลื่อน : คณะกรรมการระดับ CUP & Action Plan

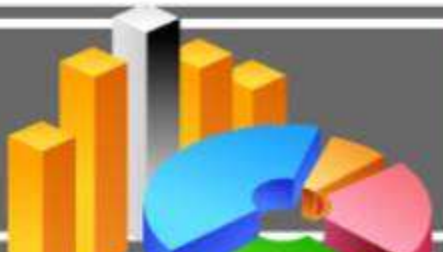
❖ การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

1.User : นำผลงานเข้า&สืบค้น Data exchange & HDC ประเมินความพึงพอใจ ร้อยละ 73.67

2.Admin : - Analysis & KM & ตรวจสอบ HOSxP 43 File & HDC & KPI (QOF/MOU)
- Audit (IM Team / Auditor Team)

3.พัฒนาบุคลากร : อบรมฟื้นฟูความรู้ ทักษะ การนำเข้า & การบริหารจัดการสารสนเทศ





การประเมินการพัฒนาองค์กร

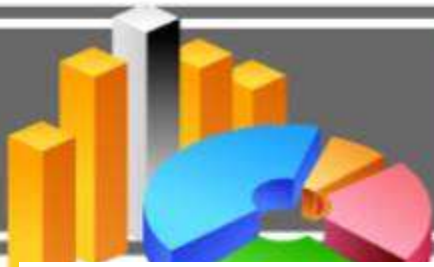
❖ ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมิน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
29.ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานสารสนเทศ	ระดับ 5	ระดับ 3

❖ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข/ปรับปรุง

ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1.อัตรากำลัง/ขาดบุคลากรผู้รับผิดชอบหลักของ CUP	-จัดหาอัตรากำลังที่มีความรู้ IT เพิ่มเติม -อบรมพัฒนาศักยภาพ/ฝึกทักษะ
2.ตัวชี้วัดไม่ชัดเจน & ผู้ปฏิบัติเข้าใจไม่ตรงกัน	-จัดเวที KM ระดับจังหวัด เพื่อพัฒนาศูนย์ฯ อย่างต่อเนื่อง





การประเมินการพัฒนาองค์กร

ตัวชี้วัดที่ 30. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาองค์กรตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

❖ สถานการณ์/สภาพปัญหา

สสอ.ลอง พัฒนาตามเกณฑ์ Public Sector Management Quality Award /PMQA : ประกอบด้วย

- 1) ลักษณะสำคัญขององค์กร : 13ข้อคำถาม
- 2) เกณฑ์ PMQA 7 หมวด : 1.นำองค์กร 2.วางแผนเชิงยุทธศาสตร์ 3.ผู้รับบริการ&ผู้มีส่วนได้/ส่วนเสีย 4.ประเมิน วิเคราะห์ & KM 5.บุคลากร 6.ระบบปฏิบัติการ และ 7.ผลลัพธ์

❖ การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

- 1.ขั้นเตรียมการ : สสอ.ลอง ประชุมสร้างความเข้าใจ แนวคิดPMQA และแต่งตั้งผู้รับผิดชอบ
- 2.ขั้นดำเนินการ : จัดทำลักษณะองค์กร&ประเมิน 2 หมวด(1,5)&จัดทำแผนพัฒนา&จัดทำKPIผลลัพธ์&ดำเนินตามแผน
- 3.ขั้นสรุป : ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน (ผ่านเกณฑ์ระดับ 5 หมวดที่ 1,5)





การประเมินการพัฒนาองค์กร

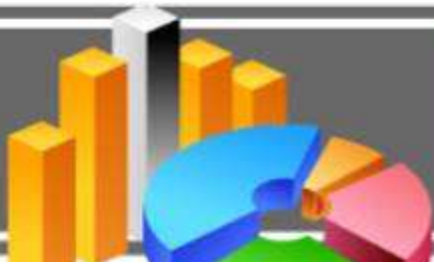
❖ ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมิน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
30. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาองค์กรตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (ผ่านเกณฑ์ ระดับ 5 หมวด 1 และ 5)	ระดับ 5	ระดับ 5

❖ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข/ปรับปรุง

ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
-จนท.ในหน่วยงาน ไม่เข้าใจเกณฑ์ PMQA	-มอบเป็นนโยบาย/Action Plan ที่สู่ปฏิบัติอย่างเคร่งครัด -จัดกิจกรรม KM ในหน่วยงาน





การประเมินการพัฒนาองค์กร

ตัวชี้วัดที่ 31. ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้

❖ สถานการณ์/สภาพปัญหา

การพัฒนาองค์กรความสุข ระดับ CUP : - จัดทำ Action Plan ด้านเสริมสร้างความสุขในการทำงาน
- บูรณาการร่วมกับงานหน่วยงานคุณธรรม

❖ การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

- 1.ชี้แจง : ประชุมวางแผนดำเนินการตาม Happinometer
- 2.สำรวจตามดัชนีชี้วัด : สุขภาวะองค์กร(Happy work Place Index) & สุขภาวะบุคลากร(Happy work Life Index)
- 3.จัดการข้อมูล : วิเคราะห์ สังเคราะห์ และ เสนอต่อผู้บริหาร
- 4.จัดทำแผนHappy : แผนพัฒนาความสุขคนทำงาน คปสอ.ลอง (โดยทีมผามสุก รพ.ลอง รับผิดชอบ)
- 5.ปฏิบัติตามแผน : ทุกหน่วยงานมีตัวแทนเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนHappy (ร้อยละ 100)





การประเมินการพัฒนาองค์กร

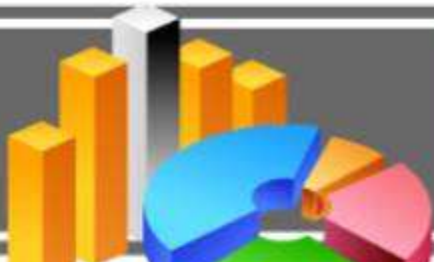
❖ ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมิน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
31. ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในการนำดัชนีความสุขของ คนทำงาน (Happinometer) ไปใช้	ระดับ 3	ระดับ 3

❖ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข/ปรับปรุง

ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
- ข้อเสนอมีหลากหลาย ไม่สามารถตอบสนองได้ ทุกข้อ	- เรียงลำดับสำคัญกิจกรรมเสริมสร้างความสุข





การประเมินการพัฒนาองค์กร

ตัวชี้วัดที่ 32. ระดับความสำเร็จของบุคลากรในหน่วยงาน ที่มีระบบพัฒนากำลังคนตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

❖ สถานการณ์/สภาพปัญหา

การพัฒนาบุคลากร : -แบบเป็นทางการ (ประชุม/อบรม ทั้งในพื้นที่ และ นอกพื้นที่)
- แบบไม่เป็นทางการ (ติดตามนิเทศ 2ครั้ง/ปี ตรวจเยี่ยมพื้นที่ รพ.สต.)

❖ การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

- 1.การพัฒนาบุคลากร : -โดย CUP มีแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรตาม Competency ภายใต้อำนาจ/โครงการ CUP
-โดยหน่วยงานอื่น จัดส่งบุคลากรเข้าร่วมกิจกรรมตามความจำเป็น (ที่หน่วยงานอื่นมีหนังสือเชิญ)
- 2.ผลการดำเนินงาน : -บุคลากรได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ทั้งภายใน/นอกหน่วยงาน เกิน 1วัน/คน/ปี ร้อยละ 100
- ส่งผลงานร่วมประชุมวิชาการจังหวัด 9 เรื่อง





การประเมินการพัฒนาองค์กร

❖ ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมิน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
32. ระดับความสำเร็จของบุคลากรในหน่วยงาน ที่มีระบบพัฒนา กำลังคนตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด	ระดับ 4	ระดับ 4

❖ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข/ปรับปรุง

ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
-ขาดการนำผลงาน วิจัย/R2R/นวัตกรรมไปใช้ อย่างเป็นรูปธรรม	- HRD/HRM กำหนดเป็นนโยบาย/แผนพัฒนาการนำผลงานไป ประยุกต์ใช้อย่างเป็นระบบ





THANK YOU

