

รายงานการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ

หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

รอบการประเมินครั้งที่ 1

วันที่ 5 เมษายน 2561

คปสอ.ลอง

ส่วนที่ 1

ข้อมูลทั่วไป อำเภอเมือง จังหวัดแพร่

1. คำขวัญอำเภอเมือง

“งามพระธาตุลือล้ำค่า สัมพุทราเลิศรส แหล่งกำเนิดผ้าจก มรดกสวนหิน ถิ่นชาวเมืองลอง ”

2. วิสัยทัศน์อำเภอเมือง

“ เศรษฐกิจพอเพียง เคียงคู่วัฒนธรรม ”

3. ประวัติ ความเป็นมาของอำเภอเมือง จังหวัดแพร่

จากการรวบรวมเรียบเรียงของ นายบุญชู ชุ่มเชื้อ ซึ่งได้รวบรวมจากตำนานพระธาตุแหลมลี้ตำนานวัด ศรีดอนคำ ประชุมพงศาวดารของหลวงวิจิตรวาทการ พงศาวดารโยนก พงศาวดารไทยใหญ่ตลอดจนท่านผู้รู้ต่างๆ อำเภอเมืองเป็นเมืองเก่ามาแต่ก่อนพุทธกาล ไม่สามารถทราบได้ว่าชนชาติใดปกครอง จับเอาความได้ว่าเริ่มสมัยชนชาติละว้า (ลัวะ) เข้ามามีอำนาจในดินแดนสุวรรณภูมิ ตามตำนานของพระธาตุแหลมลี้กล่าวว่า เมื่อสมัยพระพุทธเจ้ามีพระชนมายุ 65 พรรษา ได้เสด็จมาที่เมืองนี้พร้อมด้วย พระอรหันต์ และตรัสว่าเมืองนี้แต่เดิมชื่อว่าเมือง “กุกกุไกเอิก” (เมืองไก่ขัน) ต่อมาราวปีพุทธศักราช 1078 พระนางจามเทวี พระราชธิดาภคัยผู้ครองเมืองละโว้ ซึ่งเป็นพระมเหสี ของพระยารามัญผู้ครองเมืองอยุธยา (เมืองรามบุรี) ได้เสด็จมาครองเมืองหริภุญชัย (ลำพูน) ได้นำพระสารีริกธาตุเสด็จมาทางชลมารค (ทางน้ำ) แต่แทนที่จะตามลำน้ำปิงขึ้นไปกลับมาทางแยกขึ้นตามลำน้ำยมมาขึ้นบกที่บ้านปากลอง (หมู่ที่ 5 ตำบลปากกาง) และด้วยเหตุที่หลงทางได้ถกเถียงกันในเรื่องเส้นทางไปเมืองหริภุญชัยจึงขนานนามเมืองนี้ว่า “เมืองเววภาสิต” และจากการที่พระนางจามเทวีทรงตรัสว่า “ลองขึ้นไปก่อนเถอะ” คำว่า “ลอง” ที่พระนางจามเทวีทรงตรัสขึ้นนั้นต่อมาได้ถูกนำมาเรียกชื่อเมืองขึ้นใหม่ว่า “เมืองลอง” อีกชื่อหนึ่ง

อำเภอเมืองในยุคแรก ๆ จึงตั้งอยู่ที่ตำบลปากกางปัจจุบัน และในขณะเดียวกันนี้ พระนาง จามเทวีได้สร้างเจดีย์ขึ้นที่บริเวณห้วยอ้อ ซึ่งเป็นวัดศรีดอนคำในปัจจุบัน ต่อมาในราวประมาณปีพุทธศักราช 1824 พระเจ้าเม็งรายมหาราช ผู้ครองเมืองเชียงใหม่ได้ทำสงครามรบชนะเมืองต่าง ๆ ในล้านนาไทยจนถึง เมืองลองและได้เมืองลองเป็นเมืองขึ้นทรงเปลี่ยนชื่อเมืองลองใหม่เป็นชื่อ “เมืองเชียงขึ้น” (สันนิษฐานว่า เนื่องจากเมืองนี้มีแร่เหล็กและแร่ตะกั่ว ซึ่งชาวบ้านในท้องถิ่นเรียกว่า “จีน” มาก) และได้ตั้งพระยาเชษฐาเมืองเป็นผู้ครองนครขึ้นต่อเขลางค์นคร (ลำปาง) มีผู้ครองนครสืบต่อมาคือ พระยาหุหิน พระยาอุทิสฐิระมา หมื่นดงนคร พระยาหัวเมืองแก้ว ราวปีพุทธศักราช 2020 สงครามสงบ พระยาหัวเมืองแก้วได้พาผู้คน ย้ายจากเมืองเชียงขึ้น มาตั้งเมืองใหม่ที่ดอนห้วยนาบ้านก่อน (บริเวณโรงเรียนห้วยอ้อปัจจุบัน) ถึงราวปีพุทธศักราช 2030 ก็ได้ย้ายเมืองอีกครั้งหนึ่งมาตั้งที่เหล่าเวียง (ปัจจุบันคือบริเวณลำห้วยแม่กาง บ้านนาจอมขวัญ) ได้เปลี่ยนชื่อเมืองใหม่กลับมาใช้ชื่อ “เมืองลอง” เหมือนเดิมต่อนั้นมา มี ผู้ครองนครคือ พระยารักษ์ช้างแก้ว พระยาฟ้าป้อม พระยาฟ้าใหม่ จนราวปีพุทธศักราช 2134 พม่าได้ยกทัพมาตีเมืองเชียงใหม่ ลำปาง และเลยมาถึงเมืองลอง พระยาฟ้าป้อม และพระยาฟ้าใหม่ตายในสนามรบ เมืองลองจึงแตกและว่าง ผู้ครองนครอยู่ระยะหนึ่ง ราวปีพุทธศักราช 2140 ผู้ครองนครลำปางได้ตั้งบุรุษผู้หนึ่งชางอาสาจับช้าง ลายเสือนำไปถวายเจ้าเมืองลำปางและตั้งให้เป็นเจ้าเมืองลองใช้ชื่อว่า พระยาช้างปาน ครองเมืองลองต่อจนราวปีพุทธศักราช 2160 ได้มีเจ้าผู้ครองนครสืบต่อมา คือ พระยาครุฑราช พระยาจอมหัวค้ำ พระยาขุนท่า พระยาชัย พระ

ยาคาลิม รวปีพุทธศักราช 2318 พระยาคาลิมถึงแก่อสัญกรรม ไม่มีผู้ครองเมืองลง เจ้าเมืองนครลำปางจึงได้ตั้งให้พระยาขึ้นสมบัติ มาครองเมืองโดยมีผู้ครองนครสืบต่อกันมาตลอด เพราะเป็นเมืองหน้าด่านของอาณาจักรล้านนาจนตกเป็นเมืองประเทศราชของอาณาจักรกรุงศรีอยุธยา จนถึงกรุงรัตนโกสินทร์ตลอดสืบมา เดิมอำเภอเมืองลงขึ้นกับนครลำปาง จนกระทั่งวันที่ 25 พฤศจิกายน พุทธศักราช 2474 โอนอำเภอเมืองลงเข้ามาเป็นอำเภอหนึ่งของจังหวัดแพร่ จนถึงปัจจุบัน โดยมี ร.ต.อ.วิชิตชนบทวิบูลย์ (ทัศ สุชาเนนย์) เป็นนายอำเภอคนแรก

4. ลักษณะเฉพาะของพื้นที่

อำเภอเมือง ตั้งอยู่ทางทิศตะวันตกของจังหวัดแพร่ ห่างจากตัวจังหวัดประมาณ 42 กิโลเมตร มีพื้นที่ทั้งหมดประมาณ 885,350.62 ไร่ หรือประมาณ 1,416 ตารางกิโลเมตร เป็นที่ราบประมาณ 20 % เป็นภูเขาและป่าไม้ 80 % (พื้นที่ทางการเกษตร ประมาณ 82,019 ไร่ คิดเป็น 9.06 % ของพื้นที่ทั้งหมด ที่เหลือเป็นที่อยู่อาศัย) และสภาพภูมิอากาศโดยทั่วไปเป็นแบบฝนเมืองร้อน

5. ที่ตั้ง อาณาเขต การคมนาคม

อำเภอเมืองตั้งอยู่ห่างจากตัวจังหวัดแพร่ไปทางทิศตะวันตกเฉียงใต้ไปตามทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 1023 เป็นระยะทาง 40 กิโลเมตร มีอาณาเขตติดต่อกับเขตการปกครองข้างเคียงดังต่อไปนี้

ทิศเหนือ : ติดต่อกับอำเภอสอง และอำเภอหนองม่วงไข่

ทิศตะวันออก : ติดต่อกับอำเภอเมือง อำเภอสูงเม่น และอำเภอเด่นชัย

ทิศใต้ : ติดต่อกับอำเภอวังชิ้น

ทิศตะวันตก : ติดต่อกับอำเภอแม่ทะ และอำเภอแม่เมะ (จังหวัดลำปาง)

การเดินทางสู่อำเภอเมืองสามารถทำได้ 2 วิธี คือ

1. การเดินทางด้วยรถยนต์

- ทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 1023 (ต่อเขตเทศบาลเมืองแพร่ควม-วังชิ้น) ตรงจากตัวจังหวัดแพร่
- ทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 11 (อินทร์บุรี-เชียงใหม่) จากจังหวัดลำปาง หรือจังหวัดอุตรดิตถ์ก่อนที่จะเลี้ยวเข้าสู่ทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 1023 ที่บ้านแม่แม่ม ตำบลบ่อเหล็กทอง อำเภอเมือง

2. เดินทางโดยรถไฟสายเหนือ ลงที่สถานีบ้านปิน ตำบลบ้านปิน แล้วนั่งรถโดยสารต่อเข้ามายังตัวอำเภอเป็นระยะทางประมาณ 5 กิโลเมตร

6. การปกครอง

อำเภอเมืองแบ่งเขตการปกครองทั้งหมด 9 ตำบล 90 หมู่บ้าน และมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด 11 แห่ง โดยแยกเป็นเทศบาลจำนวน 6 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบลจำนวน 5 แห่ง ดังนี้

เทศบาลตำบลบ้านปิน ครอบคลุมพื้นที่บางส่วนของตำบลบ้านปิน

เทศบาลตำบลห้วยอ้อ ครอบคลุมพื้นที่บางส่วนของตำบลห้วยอ้อ

เทศบาลตำบลแม่ปาน ครอบคลุมพื้นที่ตำบลแม่ปานทั้งตำบล

เทศบาลตำบลแม่ลานนา ครอบคลุมพื้นที่ตำบลห้วยอ้อ (เฉพาะนอกเขตเทศบาลตำบลห้วยอ้อ)

เทศบาลตำบลเวียงต้า ครอบคลุมพื้นที่ตำบลเวียงต้าทั้งตำบล

เทศบาลตำบลปากกาง ครอบคลุมพื้นที่ตำบลปากกางทั้งตำบล

องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านปิน ครอบคลุมพื้นที่ตำบลบ้านปิน (เฉพาะนอกเขตเทศบาลตำบลบ้านปิน)

องค์การบริหารส่วนตำบลต้าผามอก ครอบคลุมพื้นที่ตำบลต้าผามอกทั้งตำบล

องค์การบริหารส่วนตำบลหัวทุ่ง ครอบคลุมพื้นที่ตำบลหัวทุ่งทั้งตำบล

องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งแล้ง ครอบคลุมพื้นที่ตำบลทุ่งแล้งทั้งตำบล

องค์การบริหารส่วนตำบลบ่อเหล็กทอง ครอบคลุมพื้นที่ตำบลบ่อเหล็กทองทั้งตำบล

7. แผนที่อำเภออลอง



8. การศึกษา

1. การศึกษาขั้นพื้นฐาน ได้แก่ สถานศึกษาตั้งแต่ระดับก่อนประถมศึกษา - ประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 28 แห่ง ระดับก่อนประถมศึกษา - มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 13 แห่ง และสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 - มัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 1 แห่ง

2. ระดับอาชีวศึกษา มีสถานศึกษาในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา ซึ่งเปิดสอนในระดับ ปวช. และปวส. จำนวน 1 แห่ง คือ วิทยาลัยการอาชีพลอง

3. ระดับอุดมศึกษา มีการจัดตั้งสาขาหรือหน่วยการสอนระดับอุดมศึกษา 1 แห่งคือ มหาวิทยาลัย ราชภัฏ อุตรดิตถ์วิทยาเขตแพร่

9. ศาสนา

ประชากรส่วนใหญ่ของอำเภอหนอง นับถือศาสนาพุทธ โดยมีวัดกระจายอยู่ทั่วไปในพื้นที่อำเภอหนองจำนวน 49 วัด

10. อาชีพ

อาชีพหลัก : เกษตรกรรม

อาชีพรอง : รับจ้างทั่วไป , งานหัตถกรรม (ทอผ้าตีนจก , จักรสาน) , อุตสาหกรรมไม้ไผ่

11. ข้อมูลการปกครองและประชากร

ตารางที่ 1 ประชากรจำแนกตามเขตการปกครอง อำเภอหนอง จังหวัดแพร่

ตำบล	ประชากร		
	ชาย	หญิง	รวม
ตำบลห้วยอ้อ	5,771	6,200	11,971
ตำบลบ้านปิน	3,800	3,912	7,712
ตำบลต้าผามอก	2,306	2,323	4,629
ตำบลเวียงต้า	3,294	3,219	6,513
ตำบลปากกาง	2,019	2,124	4,143
ตำบลหัวทุ่ง	2,842	2,932	5,774
ตำบลทุ่งแล้ง	3,628	3,584	7,212
ตำบลบ่อเหล็กทอง	2,022	2,118	4,140
ตำบลแม่ปาน	1,510	1,502	3,012
รวม	27,192	27,914	55,106

ที่มา : รายงานข้อมูลประชากรทะเบียนราษฎร์ ปี 2560 จากศูนย์ข้อมูล HDC จังหวัดแพร่

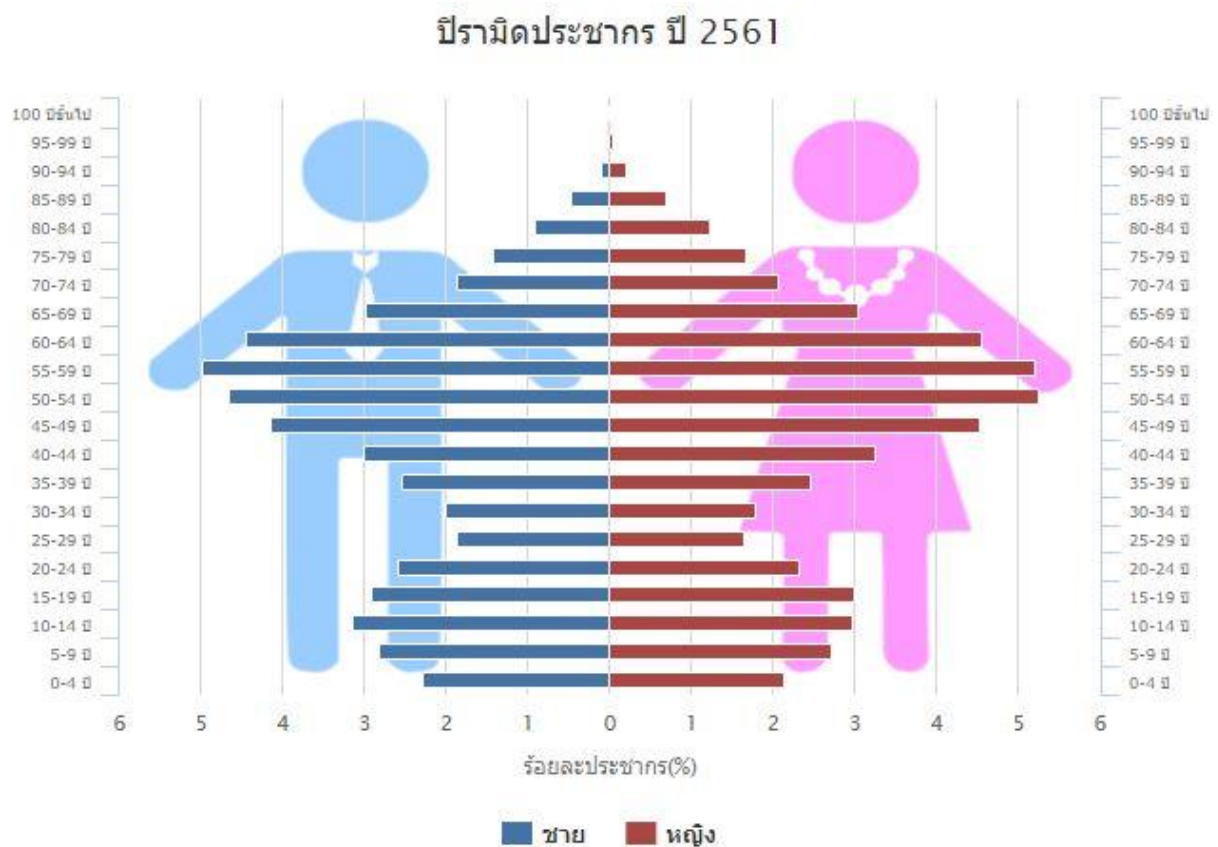
ตารางที่ 2 เขตการปกครองและประชากรจำแนกตามเขตการปกครอง อำเภอหนอง จังหวัดแพร่

ตำบล	พื้นที่ (ตร.กม.)	หมู่บ้าน	ประชากร			จำนวน หลังคาเรือน	ระยะทางถึง อำเภอ (กม.)
			ชาย	หญิง	รวม		
เทศบาลตำบลห้วยอ้อ	2	5	5,771	6,200	11,971	2,020	0
เทศบาลแม่ลานนา	109.31	9				1,832	2
เทศบาลตำบลบ้านปิน	1.6	2	3,800	3,912	7,712	2,599	5
อบต.บ้านปิน	98.5	12					5
ตำบลต้าผามอก	97.8	8	2,306	2,323	4,629	1,552	12

ตำบล	พื้นที่ (ตร.กม.)	หมู่บ้าน	ประชากร			จำนวน หลังคาเรือน	ระยะทางถึง อำเภอ (กม.)
			ชาย	หญิง	รวม		
เทศบาลตำบลเวียงต้า	283	10	3,294	3,219	6,513	2,162	36
เทศบาลตำบลปากกาง	29.70	9	2,019	2,124	4,143	1,203	8
ตำบลหัวทุ่ง	64.14	9	2,842	2,932	5,774	1,752	3
ตำบลทุ่งแล้ง	115.79	12	3,628	3,584	7,212	1,876	18
ตำบลบ่อเหล็กทอง	101.06	9	2,022	2,118	4,140	1,369	9
ตำบลแม่ปาน	116	7	1,510	1,501	3,012	1,079	8

ที่มา : รายข้อมูลประชากรทะเบียนราษฎร์ ปี 2560 จากศูนย์ข้อมูล HDC จังหวัดแพร่
และข้อมูลจาก <http://www.thaitambon.com/>

12. โครงสร้างประชากรสถิติการเกิด การตาย



ภาพที่ 1 โครงสร้างประชากร ของอำเภอลอง จังหวัดแพร่ ปี 2561

แหล่งข้อมูล: ฐานข้อมูลประชากร จากการสำรวจ 43 แห่ง จาก <http://pre.hdc.moph.go.th/>

13. วิสัยทัศน์ของ คปสอ.ลอง (Vision)

“เป็นองค์กรด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ที่มีการบริหาร บริการ วิชาการเป็นเลิศ”

14 พันธกิจ (Mission)

1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ
2. พัฒนาระบบการบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล
3. พัฒนาคุณภาพบริการให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน
4. พัฒนาระบบการจัดการความรู้เพื่อสร้างคุณค่าให้แก่องค์กร

15. ยุทธศาสตร์ (Strategic)

1. พัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพเพื่อเสริมสร้างสุขภาพที่ดีของประชาชน
2. เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพ
3. พัฒนาระบบบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง และทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ
4. ส่งเสริม สนับสนุนการดำเนินงานด้านสาธารณสุขให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์
5. เสริมสร้างศักยภาพบุคลากรเพื่อขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ ให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล

16. เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ยุทธศาสตร์ ที่ 1 พัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพเพื่อเสริมสร้างสุขภาพที่ดีของประชาชน

- เป้าประสงค์(Goal) :
1. ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม
 2. อัตราป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ ไม่เกินเกณฑ์มาตรฐาน

ยุทธศาสตร์ ที่ 2 เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพ

เป้าประสงค์(Goal) : 1. ระดับความสำเร็จในการขับเคลื่อนงาน พขอ. (คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ)

ยุทธศาสตร์ ที่ 3 พัฒนาระบบบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง และทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ

- เป้าประสงค์(Goal) : 1. ระดับความสำเร็จการบริหารจัดการภายในองค์กร

ยุทธศาสตร์ ที่ 4 ส่งเสริม สนับสนุนการดำเนินงานด้านสาธารณสุขให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์

เป้าประสงค์(Goal) : 1. หน่วยงานสาธารณสุขของ คปสอ.ลอง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพการให้บริการ

ยุทธศาสตร์ ที่ 5 เสริมสร้างศักยภาพบุคลากรเพื่อขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ ให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล

- เป้าประสงค์(Goal) : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาผลงานทางวิชาการ

17. ข้อมูลสถานะสุขภาพ

ตารางที่ 3 สถิติชีพ อำเภอคลอง จังหวัดแพร่

สถิติชีพ	2559		2560		2561	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
เกิดมีชีพ	86	1.54	75	1.35	30	0.54
เกิดไร้ชีพ	0	0	0	0	0	0
ตาย	373	6.71	182	3.29	163	2.96
จำนวนคลอด	86	-	75	-	30	-
ทารก 0-1 ปี ตาย	0	0	0	0	0	0
เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ตาย	0	0	1	0	1	
มารดาตาย	0	0	0	0	0	0
ประชากร ณ 31 ธันวาคม	55,511	-	55,359	-	55,106	

*หมายเหตุอัตราต่อ 1000 ประชากร

ตารางที่ 4 สาเหตุการตาย 5 อันดับของอำเภอทอง จังหวัดแพร่ ปี 2559-2561

ลำดับ	ชื่อโรค	จำนวน (ราย)
ปี 2559		
1	หัวใจล้มเหลว ไม่ระบุรายละเอียด	136
2	วัยชรา	69
3	สาเหตุการตายอื่นที่ไม่ชัดเจนและไม่ระบุรายละเอียด	62
4	ความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (ปฐมภูมิ)	28
5	ความผิดปกติอื่นและไม่ระบุรายละเอียดของระบบไหลเวียนโลหิต	14
ปี 2560		
1	หัวใจล้มเหลว ไม่ระบุรายละเอียด	60
2	ความผิดปกติอื่นและไม่ระบุรายละเอียดของระบบไหลเวียนโลหิต	50
3	วัยชรา	43
4	ความผิดปกติของระบบหายใจ ไม่ระบุรายละเอียด	19
5	มะเร็ง ไม่ระบุตำแหน่ง	17
ปี 2561		
1	วัยชรา	60
2	หัวใจล้มเหลว ไม่ระบุรายละเอียด	39
3	ความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (ปฐมภูมิ)	15
4	เบาหวานชนิดที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	9
5	หัวใจล้มเหลว	7

แหล่งข้อมูล : - รายงานจากโปรแกรม HOSxP

- รายงานจาก <http://pre.hdc.moph.go.th/>

ตารางที่ 5 จำนวนผู้ป่วยตามกลุ่มโรคของผู้ป่วยใน 10 ลำดับแรก จำแนกรายปี 2559-2561

ลำดับ	ชื่อโรค	จำนวน (คน)
ปี 2559		
1	ปอดบวม	209
2	โรคหลอดเลือดอักเสบ ถุงลมโป่งพองและปอดชนิดอุดกั้นแบบเรื้อรังอื่น	194
3	การบาดเจ็บกระดูกเฉพาะอื่น ๆ , ไม่ระบุเฉพาะและหลายบริเวณในร่างกาย	135
4	เบาหวาน	128
5	โรคอื่น ๆ ของหลอดเลือดอาหาร กระเพาะและดูโอเดนิม	87
6	ไตวาย	87
7	โรคอื่น ๆ ของระบบทางเดินปัสสาวะ	87
8	หัวใจล้มเหลว	74
9	การบาดเจ็บภายในกระดูกศีรษะ	60
10	กระเพาะอาหารอักเสบและดูโอเดนิมอักเสบ	60
ปี 2560		
1	โรคหลอดเลือดอักเสบ ถุงลมโป่งพองและปอดชนิดอุดกั้นแบบเรื้อรังอื่น	188
2	ปอดบวม	182
3	การบาดเจ็บกระดูกเฉพาะอื่น ๆ , ไม่ระบุเฉพาะและหลายบริเวณในร่างกาย	178
4	เบาหวาน	165
5	โรคอื่น ๆ ของหลอดเลือดอาหาร กระเพาะและดูโอเดนิม	165
6	โรคอื่น ๆ ของระบบทางเดินปัสสาวะ	135
7	ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุ	104
8	โรคของท่อและเนื้อเยื่อระหว่างท่อในไต	86
9	หัวใจล้มเหลว	84
10	โรคอักเสบติดเชื้อของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	79
ปี 2561		
1	โรคอื่น ๆ ของหลอดเลือดอาหาร กระเพาะและดูโอเดนิม	111
2	การบาดเจ็บกระดูกเฉพาะอื่น ๆ , ไม่ระบุเฉพาะและหลายบริเวณในร่างกาย	93
3	ปอดบวม	92
4	โรคหลอดเลือดอักเสบ ถุงลมโป่งพองและปอดชนิดอุดกั้นแบบเรื้อรังอื่น	86
5	หลอดเลือดอักเสบเฉียบพลันและหลอดเลือดเล็กอักเสบเฉียบพลัน	64
6	โรคอื่น ๆ ของระบบทางเดินปัสสาวะ	57
7	เบาหวาน	53
8	ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุ	53
9	การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลันอื่น ๆ	46
10	หัวใจล้มเหลว	42

แหล่งข้อมูล : - รายงานจากโปรแกรม HOSXP

- รายงานจาก <http://pre.hdc.moph.go.th/>

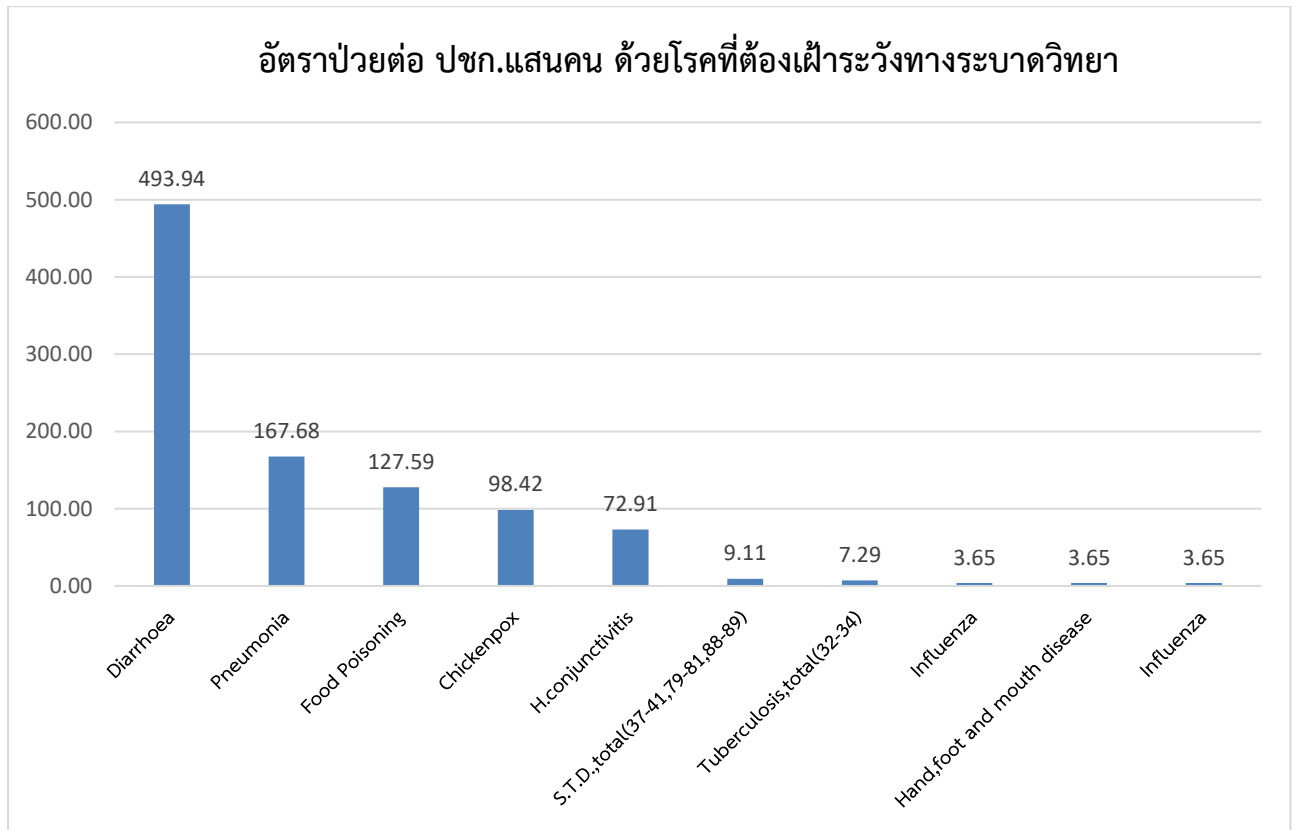
ตารางที่ 6 จำนวนผู้ป่วยตามกลุ่มโรคของผู้ป่วยนอก 10 ลำดับแรก ที่เข้ารับการรักษา จำแนกรายปี 2559-2561

ลำดับ	ชื่อโรค	จำนวน (คน)
ปี 2559		
1	ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุ	33,172
2	เบาหวาน	25,104
3	การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลันอื่น ๆ	15,187
4	เนื้อเยื่อผิดปกติ	14,723
5	ความผิดปกติอื่น ๆ ของฟันและโครงสร้าง	8,287
6	คออักเสบเฉียบพลันและต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน	6,878
7	โรคอื่น ๆ ของหลอดอาหาร กระเพาะและดูโอดีนัม	6,750
8	โรคอื่น ๆ ของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	6,271
9	การบาดเจ็บกระดูกเฉพาะอื่น ๆ ไม่ระบุเฉพาะและหลายบริเวณในร่างกาย	5,282
10	พยาธิสภาพของหลังส่วนอื่น ๆ	3,616
ปี 2560		
1	ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุ	32,978
2	เบาหวาน	25,104
3	การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลันอื่น ๆ	12,316
4	เนื้อเยื่อผิดปกติ	11,691
5	ความผิดปกติอื่น ๆ ของฟันและโครงสร้าง	6,369
6	โรคอื่น ๆ ของหลอดอาหาร กระเพาะและดูโอดีนัม	6,182
7	โรคอื่น ๆ ของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	4,654
8	การบาดเจ็บกระดูกเฉพาะอื่น ๆ , ไม่ระบุเฉพาะและหลายบริเวณในร่างกาย	4,624
9	คออักเสบเฉียบพลันและต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน	4,555
10	พยาธิสภาพของหลังส่วนอื่น ๆ	3,182
ปี 2561		
1	ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุ	14,695
2	เบาหวาน	10,749
3	การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลันอื่น ๆ	5,613
4	เนื้อเยื่อผิดปกติ	4,699
5	โรคอื่น ๆ ของหลอดอาหาร กระเพาะและดูโอดีนัม	2,340
6	การบาดเจ็บกระดูกเฉพาะอื่น ๆ , ไม่ระบุเฉพาะและหลายบริเวณในร่างกาย	1,838
7	ความผิดปกติอื่น ๆ ของฟันและโครงสร้าง	1,647
8	คออักเสบเฉียบพลันและต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน	1,641
9	โรคอื่น ๆ ของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	1,495
10	พยาธิสภาพของหลังส่วนอื่น ๆ	1,241

แหล่งข้อมูล : - รายงานจากโปรแกรม HOSXP

- รายงานจาก <http://pre.hdc.moph.go.th/>

ภาพที่ 3 แสดง 10 อันดับโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาข้อมูล ตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 – 31 มีนาคม 2561



แหล่งข้อมูล : รายงานระบาดวิทยา

18.ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่

- ลำดับที่ 1. โรคไข้เลือดออก
- ลำดับที่ 2. โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง
- ลำดับที่ 3. โรควัณโรค
- ลำดับที่ 4. อุบัติเหตุจากการจราจรทางถนน
- ลำดับที่ 5. โรคไข้หวัดใหญ่

ส่วนที่ 2

ผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดในพื้นที่

1. โรค/ปัญหาระบาด (ลำดับที่ 1) โรคไข้เลือดออก

- สถานการณ์/สภาพปัญหา

นับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2561 รพช.ลอง ไม่พบผู้ป่วยไข้เลือดออก

- การดำเนินงานของพื้นที่ (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง	- วิเคราะห์พื้นที่เสี่ยงระดับ ตำบล - จัดทำแผนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก ทั่วประเทศ - รพสต.สุ่มสำรวจ HI CI และ วิเคราะห์พื้นที่เสี่ยง	- อบรมเตรียมความพร้อมป้องกันและควบคุมโรค - ประชุมทีม SRRT - ประชุมคณะกรรมการศูนย์ป้องกันโรคไข้เลือดออกระดับอำเภอ (DHF) - นิเทศติดตามผลการดำเนินงานรอบ 6 เดือน	ดำเนินการตามแผน - สุ่มสำรวจลูกน้ำยุงลายโดยทีม SRRT ตำบล หมู่บ้านพื้นที่เสี่ยงสูง - ออกติดตามความพร้อมป้องกันโรคใน อปท.	- นิเทศติดตามผลการดำเนินงาน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- จัดพื้นที่เสี่ยงสูงในการเกิดไข้เลือดออกทุกพื้นที่มีค่า HI CI = 0	- มีอุปกรณ์ในการรณรงค์ไข้เลือดออกที่พร้อมใช้และทันเวลาในกรณีเกิดโรคไข้เลือดออก	- อปท.มีความพร้อมใช้ในเครื่องมืออุปกรณ์	- ทุกตำบลไม่มีผู้ป่วยไข้เลือดออก
ผลการดำเนินงาน	พื้นที่เสี่ยงไข้เลือดออก 1.ตำบลทุ่งแล้ง 2.ตำบลห้วยอ้อ 3.ตำบลหัวทุ่ง 4.ตำบลบ้านปิน	- ทุก อปท. มีการสำรวจเครื่องมืออุปกรณ์ความพร้อมใช้		

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน								
	ตำบล เวียงต้า	ตำบล ต้าผาม อก	ตำบล บ้านปิน	ตำบล ห้วยอ้อ	ตำบล บ่อ เหล็ก ลอง	ตำบล ห้วยทุ่ง	ตำบล แม่ปาน	ตำบล ทุ่งแล้ง	รวม
ร้อยละของตำบลที่สามารถ ควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50)	100	100	100	100	100	100	100	100	100

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่ บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. เมื่อเกิดการระบาดงบประมาณไม่เพียงพอ	เตรียมงบประมาณไว้เพื่อใช้จ่ายเมื่อมีการระบาด
2. การจัดซื้อทราย สารเคมี เครื่องพ่น ไม่ได้ตาม มาตรฐาน	ประชุม แนะนำ ทำหนังสือประสานชี้แจงและเตรียมความพร้อมการจัดซื้อสารเคมี ทราย แก่ อปท.ทุกแห่ง

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

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

เนื่องด้วยปัจจุบันนี้มีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในคลินิกจำนวนมากที่เกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งทำให้โรงพยาบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยเบาหวานทุกรายต้องได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น 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

มาตรการ ดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ผลการดำเนินงาน	1.ผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ได้รับการประเมิน โอกาสเสี่ยงต่อการ เกิดโรคหัวใจและ หลอดเลือด 2.ร้อยละของผู้ป่วย เบาหวาน ความดัน โลหิตสูงที่ขึ้น ทะเบียนได้รับการ ประเมินโอกาสเสี่ยง ต่อโรคหัวใจและ หลอดเลือดร้อยละ 65.65 (HDC 29/12/60)	1.ผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ได้รับการประเมิน โอกาสเสี่ยงต่อการ เกิดโรคหัวใจและ หลอดเลือด 2.มีทะเบียนผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงสูงและ ได้รับการติดตาม 3.ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง รับทราบอาการที่ต้อง รีบมาโรงพยาบาล และการเข้าถึงบริการ 1669 2.ร้อยละของผู้ป่วย เบาหวาน ความดัน โลหิตสูงที่ขึ้น ทะเบียนได้รับการ ประเมินโอกาสเสี่ยง ต่อโรคหัวใจและ หลอดเลือดร้อยละ 76.74 (HDC 15/3/61)		

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน							
ร้อยละของผู้ป่วย เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยง ต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) (ร้อยละ 50)	รพ.สต. แม่เกี่ยม	รพ.สต. บ้านปิน	รพ.สต. ผาคัน	รพ.สต. ผามอก	รพ.สต. ต้าเหล่า	รพ.สต. เวียงต้า	รพ.สต. ปากกาง	รพ.สต. นาตุ้ม
	97.10	90.23	70.83	87.37	94.15	44.62	71.09	84.44
	รพ.สต. หัวทุ่ง	รพ.สต. ทุ่งแล้ง	รพ.สต. ผาจีบ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รพ.สต. ลอง	รวม
	69.10	74.06	79.91	100	30.09	98.78	76.28	76.74

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

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

3. โรค/ปัญหาสาธารณสุข (ลำดับที่ 3) โรควัณโรค

- สถานการณ์/สภาพปัญหา

- การเข้ารับบริการของผู้ป่วยค่อนข้างล่าช้า ผู้ป่วยมีโรคร่วมทางอายุรกรรมหลายโรค พบว่าผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนด้วยภาวะอื่นร่วมขณะเริ่มการรักษาและรับประทานยา จึงมีจำนวนจึงมีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตสูง
- 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) เนื่องจากอยู่ระหว่างการตั้งครุภัณฑ์ - พบสงสัยวัณโรคจำนวน 2 คน ส่งคัด		

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
		กรองซ้ำ ผลปกติ		
2. การวินิจฉัย/รักษา ผู้ป่วยวัณโรค	- 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 43.76 - อยู่ในระหว่างการสรุปผล verbal Screening และ		

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

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	ปี 2561 (01 ต.ค.60 -20 มี.ค.61)	หมายเหตุ
อัตราการเปลี่ยนผลเสมหะเป็นลบเมื่อสิ้นสุด ระยะเข้มข้น (conversion rate)	60% (9/15)	เริ่มรักษาไม่ถึง 2 เดือน 4 คน จาก 15 คน
อัตราการขาดยา(Default Rate)	0.00 (0/26)	-
ตาย	7.69 (2/26)	เสียชีวิตจากโรคร่วม ทางอายุรกรรม

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่ บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1.การส่งcase จาก รพ.แพร่ บางรายไม่ผ่าน TB Clinic รพ.ลอง 2.การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากพบว่าผู้ป่วย วัณโรคที่ได้รับการขึ้นทะเบียนร้อยละ 10 เป็นผู้ป่วย Alcohol dependent ที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หรือไม่ยินยอมรับการรักษ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มารับ การรักษาไม่ต่อเนื่องและการรักษาล้มเหลวในที่สุด	-ผู้ป่วยที่รับยาจาก รพ.แพร่ ควรส่งต่อมาที่ TB Clinic รพ.ลอง แล้วค่อยส่งไปที่ รพ.สต. 1.ขอความร่วมมือแพทย์และทีมพยาบาลเมื่อพบผู้ป่วย วัณโรคที่ติดสุรา ให้แจ้งเจ้าหน้าที่คลินิกก่อนเริ่มการ รักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดสุราในคลินิกสุราของ โรงพยาบาล ประเมินโอกาสการเลิกสุราสำเร็จ และ ประเมินโอกาสในการรับประทานยาของผู้ป่วย 2.ประสานขอความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน พื้นที่เฝ้าระวังและติดตามอย่างใกล้ชิด หรือในบางราย ต้องทำการกำกับกับการกินยาที่ รพ.สต. ทุกวัน 3.ประสานความร่วมมือกับผู้นำชุมชน ในการกำกับและ ทำข้อตกลงร่วมกันกับผู้ป่วยในชุมชน และชี้แจงเกี่ยวกับ พรบ.คุ้มครองด้านโรคติดต่อแก่ผู้ป่วย ญาติ แกนนำ อสม.ในชุมชน

4. โรค/ปัญหาสาธารณสุข (ลำดับที่ 4) อุบัติเหตุจากการจราจรทางถนน

- สถานการณ์/สภาพปัญหา

อำเภอเมือง ถือเป็นพื้นที่ ที่เกิดอุบัติเหตุได้บ่อย ในปี 2561 มีผู้ได้รับบาดเจ็บทางถนนจำนวน 233 คน และจำนวนผู้เสียชีวิต 3 ราย ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ และพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุ คือ รถจักรยานยนต์ร้อยละ 80 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการขับรถเร็วร้อยละ 60 ไม่สวมหมวกกันน็อค 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	- มีการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุในอำเภอเมือง - 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 อำเภอเมือง 1 ครั้ง 2.สอบสวนอุบัติเหตุ 2 ครั้ง/ปี 3.สสอ./รพ./รพ.สต. ดำเนินงานตามมาตรการองค์กรเพื่อ	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		

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน
ระดับความสำเร็จของอำเภอมีมาตรการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุ (ระดับ 5)	ระดับ 5

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
ชุมชน/หน่วยงานที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการยังไม่เห็นความสำคัญ ของการดำเนินการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน	ประเมิน/ดำเนินกิจกรรมในหน่วยงาน/ชุมชน ผ่านมหาดไทยหรือสังกัดชุมชน หน่วยงานนั้นๆ

5. โรค/ปัญหาสาธารณสุข (ลำดับที่ 5) โรคไข้หวัดใหญ่

• สถานการณ์/สภาพปัญหา

นับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2560 – 31 มีนาคม 2561 รพ.ลอง ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ จำนวนทั้งสิ้น 27 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 47.82 ต่อประชากรแสนคน พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยพบเพศชาย 16 ราย เพศหญิง 11 ราย กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ กลุ่มอายุ 0-4 ปี จำนวน 8 ราย รองลงมาคือกลุ่มอายุ 10-14 ปี จำนวน 4 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 - อัตราการสูญเสียวัคซีนที่ให้บริการไม่เกินร้อยละ 5
ผลการดำเนินงาน	มีแผนรณรงค์การให้บริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่	รณรงค์ประชาสัมพันธ์ทางช่องทางสื่อต่างๆ		

• ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน					
	2556	2557	2558	2559	2560	2561
อัตราป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ลดลงเมื่อเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี	6 ราย	5 ราย	10 ราย	34 ราย	27 ราย	0

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
- การได้รับจัดสรรวัคซีนใช้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล ได้รับจัดสรรมาไม่เพียงพอสำหรับกลุ่มประชากร	- แจ้ง สปสช.กรมควบคุมโรค เพิ่มวัคซีนให้กับกลุ่มเป้าหมาย

ส่วนที่ 3

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

มิติภายนอก : การประเมินประสิทธิผล

KPI-1. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย

KPI-1.1 : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ ในการจัดการปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กนักเรียน 0-5 ปี

KPI-1.1.1 ระดับความสำเร็จของการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

- 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	* จนท. อสม.และเครือข่ายค้นหากระตุ้นประชาสัมพันธ์ให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เร็วเมื่อรู้ตัวว่าตั้งครรภ์ให้ได้ > ร้อยละ 60	* จนท. อสม.และเครือข่ายค้นหากระตุ้นประชาสัมพันธ์ให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เร็วเมื่อรู้ตัวว่าตั้งครรภ์ให้ได้ > ร้อยละ 60
2. จนท. อสม.และเครือข่ายค้นหากระตุ้นประชาสัมพันธ์ให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เร็ว รวมถึงณรงค์ฝากครรภ์เร็ว ฟรีฝากครรภ์เร็ว อายุ	* หญิงตั้งครรภ์ได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงในคลินิกฝากครรภ์และในระยะเวลาคลอด			

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ 3. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ได้รับการประเมินดูแล ส่งต่อพบสูติแพทย์ตามแนวทางที่กำหนด	* หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการดูแลหรือส่งต่อพบสูติแพทย์หากเกินศักยภาพที่ให้บริการได้ * 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		

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)							
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
	0	100	N/A	33.33	100	83.33	60	100
	รพ.สต. หัวทุ่ง	รพ.สต. ทุ่งแล้ง	รพ.สต. ผาจับ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รพ.สต. ลอง	รวม
	100	N/A	0	100	100	100	88.89	85.48
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
	0	80	N/A	0	83.33	33.33	60	33.33
	รพ.สต. หัวทุ่ง	รพ.สต. ทุ่งแล้ง	รพ.สต. ผาจับ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รพ.สต. ลอง	รวม
	75	N/A	0	80	100	100	55.56	58.73

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผล สำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
* เจ้าหน้าที่ให้บริการขาดประสิทธิภาพ ทักษะต่าง ๆ ในการให้บริการ * การฝากครรภ์และการติดตามให้ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ นั้นสภาพปัญหาหญิงตั้งครรภ์ มีการคลอดก่อนกำหนด มีการไปทำงานต่างจังหวัดระหว่างตั้งครรภ์ซึ่งติดตามได้ยากและถึงเวลาใกล้คลอดก็จะกลับมาคลอดที่บ้าน บางรายไม่ได้ฝากครรภ์ตามกำหนดนัด	1. พัฒนาทักษะและความรู้การดูแลและการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ทั้งในผู้รับผิดชอบหลักและผู้รับผิดชอบรอง 2. สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กเข้าร่วมอบรม/ประชุมวิชาการเพื่อเพิ่มพูนความรู้ทักษะ โดยเฉพาะผู้ปฏิบัติงานใหม่ รวมถึงปรับปรุงการบันทึกข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับแฟ้มข้อมูลด้านการส่งเสริมอนามัยแม่และเด็ก * จนท. อสม.และเครือข่ายติดตามการฝากครรภ์ต่างจังหวัดต่างพื้นที่โดยวิธี การโทร สอบถามติดตามผ่านญาติ * ติดตามนำข้อมูลที่ฝากครรภ์จากที่อื่นของหญิงตั้งครรภ์มาลงบันทึกโดยบันทึกฝากครรภ์จากที่อื่นเพื่อให้ได้ความครอบคลุมมากที่สุด

KPI-1.1.3 ระดับความสำเร็จของการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของแม่และเด็ก

- สถานการณ์/สภาพปัญหา

- เด็กไม่ได้รับการแปรงฟันอย่างถูกวิธี เนื่องจากผู้ปกครองขาดทักษะและความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ทำให้ฟันไม่สะอาด โดยเฉพาะในเด็กโรงเรียนเอกชน

- หญิงตั้งครรภ์ไม่มารักษาตามนัด เนื่องจากไม่ได้ให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปาก ในช่วงตั้งครรภ์

- การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. สร้างเสริมความรู้ความเข้าใจโดยการจัดอบรม อสม. และการส่งทันตภิบาลเข้าไปหาฟลูออไรด์ให้ในพื้นที่ที่ไม่มีทันตบุคลากร	ทบทวนความรู้ความเข้าใจ ถึงแนวทางและปัญหาของการดูแลหญิงตั้งครรภ์และเด็กเล็ก ในทันตบุคลากร คปสอ. ลอง	จัดอบรม อสม. เพื่อให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพ 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. เชี่ยวชาญทันต วันที่ 27 – 28 พ.ย. 2560	มีการมอบเกียรติบัตรรับรองให้กับ อสม. เชี่ยวชาญด้านทันตกรรม	
2. เพิ่มกิจกรรมลงไปในเด็กชั้นอนุบาลเพิ่มมากขึ้น	ทบทวนและออกแบบกิจกรรมที่จะเพิ่มลงไปในกลุ่มเด็กอนุบาล	เรียกประชุม ผู้ที่เกี่ยวข้องทำงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ในเด็ก 3 - 5 ปี	ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่อง ในเด็ก 3- 5 ปี ที่ได้ร่วมกันออกแบบโดยภาคีเครือข่าย	ลงตรวจสุขภาพช่องปากในเด็ก 3 - 5 ปี

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	มีการนำปัญหาในปี ก่อน มาวิเคราะห์ หาสาเหตุ และ วางแผนแก้ปัญหา	มีการประชุม CUP ลอง เพื่อทำความเข้าใจ ปัญหาและ ช่วยวางแผนงานใน การแก้ปัญหา	เชิญทุกฝ่ายที่ เกี่ยวข้องกับเด็กเล็ก เข้ามาร่วมประชุม และช่วยกัน ออกแบบงาน ส่งเสริมสุขภาพใน เด็กเล็ก	ผลสุขภาพช่องปาก ในเด็กเล็ก อยู่ใน ระดับที่ดี
ผลการดำเนินงาน	มีการร่วมวิเคราะห์ สถานการณ์และ ปัญหา ของปัญหา งานส่งเสริมสุขภาพ ช่องปากในเด็กเล็ก	มีการประชุม CUP ลอง เพื่อทำความเข้าใจ ปัญหาและ ช่วยวางแผนงานใน การแก้ปัญหา	-	-

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)							
1. เด็ก 3 - 5 ปี ที่ ผู้ปกครองได้รับการฝึก ทักษะการแปรงฟัน (≥ร้อยละ 35)	รพ.สต. แม่เกียม	รพ.สต. บ้านปิน	รพ.สต. ผาคัน	รพ.สต. ผามอก	รพ.สต. ต้าเหล้า	รพ.สต. เวียงต้า	รพ.สต. ปากกาง	รพ.สต. นาตุ้ม
	10.34	78.45	38.10	65.35	98.90	62.82	97.94	0
	รพ.สต. หัวทุ่ง	รพ.สต. ทุ่งแล้ง	รพ.สต. ผาจับ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รพ.สต. ลอง	รวม
	97.06	91.76	8.00	12.82	2.13	7.69	11.17	54.62

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่ บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
- การเคลือบฟลูออไรด์จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อยู่ใน รพ.สต. ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าไร - คนไข้ท้องไม่ค่อยมาตามนัดหมาย บางรายไม่ยอมทำที่ รพ.สต. ขอทำกับทันตแพทย์ที่โรงพยาบาล - เด็กในเขตพื้นที่โรงพยาบาลลอง ส่วนมากเป็นเด็ก โรงเรียนเอกชน ทำให้ขาดการเข้าไปดูแลของส่วน ราชการ	- ส่งเจ้าหน้าที่ทันตภิบาลของโรงพยาบาลเข้าไปหาให้ โดยให้ทางรพ.สต.ที่ไม่มีทันตภิบาลเป็นคนนัดเด็กให้ - ให้ความรู้ความเข้าใจแก่หญิงตั้งครรภ์ ถึงช่วงเวลา ที่สามารถทำฟันได้ และบางเคสสามารถทำได้ที่รพ.สต. ไม่ ต้องมาทำที่โรงพยาบาล - วางแผนการและโครงการตรวจฟันในเด็กโรงเรียน เอกชน

KPI-1.2 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพในการจัดการปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กนักเรียน 6-14 ปี

KPI-1.2.1 ระดับความสำเร็จของการส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนมีการเจริญเติบโตสูงที่สุดส่วน

- สถานการณ์/สภาพปัญหา

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

- การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. มีการคัดกรองภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียนอายุ 6-14 ปี โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง	มีการคีย์ข้อมูลน้ำหนัก ส่วนสูงเด็กนักเรียนเทอม 2 ลงในโปรแกรม HOSxP ของรพ. ลอง และประมวลผลภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียนอายุ 6-14 ปี ออกมา	มีการคีย์ข้อมูลน้ำหนัก ส่วนสูงเด็กนักเรียนเทอม 2 ลงในโปรแกรม HOSxP ของรพ. ลอง และประมวลผลภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียนอายุ 6-14 ปี ออกมา	มีการคีย์ข้อมูลน้ำหนัก ส่วนสูงเด็กนักเรียนเทอม 1 ลงในโปรแกรม HOSxP ของรพ. ลอง และประมวลผลภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียนอายุ 6-14 ปี ออกมา	มีการคีย์ข้อมูลน้ำหนัก ส่วนสูงเด็กนักเรียนเทอม 1 ลงในโปรแกรม HOSxP ของรพ. ลอง และประมวลผลภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียนอายุ 6-14 ปี ออกมา
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	1.นำเด็กที่มีภาวะโภชนาการเริ่มอ้วนและอ้วน มาคัดกรอง Obesity signs 4 ข้อ 2.เด็กที่พบความเสี่ยง Obesity signs มากกว่า 3 ใน 4ข้อ นัดมาเจาะ Lab และพบแพทย์ที่ รพ.	1.นำเด็กที่มีภาวะโภชนาการเริ่มอ้วนและอ้วน มาคัดกรอง Obesity signs 4 ข้อ 2.เด็กที่พบความเสี่ยง Obesity signs มากกว่า 3 ใน 4ข้อ นัดมาเจาะ Lab และพบแพทย์ที่ รพ.	1.นำเด็กที่มีภาวะโภชนาการเริ่มอ้วนและอ้วน มาคัดกรอง Obesity signs 4 ข้อ 2.เด็กที่พบความเสี่ยง Obesity signs มากกว่า 3 ใน 4ข้อ นัดมาเจาะ Lab และพบแพทย์ที่ รพ.	1.นำเด็กที่มีภาวะโภชนาการเริ่มอ้วนและอ้วน มาคัดกรอง Obesity signs 4 ข้อ 2.เด็กที่พบความเสี่ยง Obesity signs มากกว่า 3 ใน 4ข้อ นัดมาเจาะ Lab และพบแพทย์ที่ รพ.

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	3.เด็กที่พบความเสี่ยง Obesity signs ได้รับการเข้าร่วมคลินิก DPAC ของ รพ.	3.เด็กที่พบความเสี่ยง Obesity signs ได้รับการเข้าร่วมคลินิก DPAC ของ รพ.	3.เด็กที่พบความเสี่ยง Obesity signs ได้รับการเข้าร่วมคลินิก DPAC ของ รพ.	3.เด็กที่พบความเสี่ยง Obesity signs ได้รับการเข้าร่วมคลินิก DPAC ของ รพ.
ผลการดำเนินงาน	พบเด็กนักเรียนอายุ 6-14 ปี มีภาวะโภชนาการเริ่มอ้วน และอ้วน จำนวน 223 คน คิดเป็น 11.17 % เด็กนักเรียน อายุ 6-14 ปี มีภาวะโภชนาการสูงดี สมส่วน จำนวน 1,217 คน คิดเป็น 61.00 %	1.นำเด็กที่มีภาวะโภชนาการเริ่มอ้วน และอ้วน มาคัดกรอง Obesity signs 4 ข้อ พบความเสี่ยง มากกว่า 3 ใน 4 ข้อ จำนวน 5 คน นัดเจาะ LAB พบแพทย์ และ แนะนำให้เข้าร่วม คลินิก DPAC ของ รพ. 2. มีการจัดกิจกรรมให้กับกลุ่มเด็กอ้วน และเริ่มอ้วน โดยมี มีการให้ความรู้ ความเข้าใจในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมและ ทักษะด้านการ บริโภคที่ถูกต้องของ เด็ก อายุ 6-14 ปี แก่ครู ผู้ปกครอง และผู้ประกอบ อาหารในโรงเรียน	-	-

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)							
ร้อยละเด็กวัยเรียนมีการเจริญเติบโตสูงดี สมส่วน (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
	66.67	72.62	65.79	60.91	68.95	63.39	59.20	0
	รพ.สต. หัวทุ่ง	รพ.สต. ทุ่งแล้ง	รพ.สต. ผาจีบ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รพ.สต. ลอง	รวม
	62.50	70.98	94.12	97.14	54.95	48.48	61.00	63.35

● 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

KPI-1.2.2 ระดับความสำเร็จของการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียน

- สถานการณ์/สภาพปัญหา

การที่ยังไม่ได้รับความร่วมมือจากครูในบางโรงเรียน รวมถึงขาดการกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง

- การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. เพิ่มการกระตุ้น และ จัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนใน ทุกๆปี	เรียกประชุมภาคี เครือข่าย และ ออกแบบกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพช่อง ปากในเด็กประถม	ดำเนินกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพช่อง ปากที่ได้ร่วมกัน ออกแบบไว้	จัดเวทีประกวด เพื่อให้เกิดการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ภายในภาคี เครือข่าย	ลงตรวจสอบสุขภาพช่อง ปากในเด็กประถม
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ผู้เกี่ยวข้องกับงาน ส่งเสริมสุขภาพช่อง ปากในเด็กประถม ได้รับทราบปัญหา และช่วยกัน ออกแบบกิจกรรม งานส่งเสริมสุขภาพ ช่องปากในเด็ก ประถมร่วมกัน	มีการดำเนิน กิจกรรมงาน ส่งเสริมสุขภาพช่อง ปากในเด็กประถม ตามที่ภาคีเครือข่าย ได้ร่วมกันออกแบบ	มีเวทีประกวด ให้กับโรงเรียนต่างๆ ได้เข้ามา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเป็นแรงกระตุ้น ให้โรงเรียนอยาก ดำเนินการในปี ต่อไป	สภาวะสุขภาพช่อง ปากในเด็กประถม อยู่ใน ระดับเกณฑ์ที่ดี
ผลการดำเนินงาน	มีการประชุม CUP ลอง เพื่อทำความเข้าใจปัญหาและ ช่วยวางแผนงานใน การแก้ปัญหา	- มีการร่วมงาน ส่งเสริมสุขภาพช่อง ปาก กับ งาน อย. น้อย - มีการประชุม ร่วมกับตัวแทนจาก โรงเรียนประถมทุก โรงในอำเภอลอง พร้อมหารือ และ ออกแบบกิจกรรม งานส่งเสริมสุขภาพ ร่วมกัน		

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)							
2. ร้อยละของเด็ก 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free) (≥ร้อยละ 35)	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	81.25	100	77.27	100	100	100	100
	รพ.สต. หัวทุ่ง	รพ.สต. ทุ่งแล้ง	รพ.สต. ผาจีบ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รพ.สต. ลอง	รวม
	100	90.91	0	100	100	0	100	91.95

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
- มีการกำหนดจุด survey ในอำเภอทองหลายจุด ไม่สอดคล้องกับเจ้าหน้าที่ ทำให้เสียเวลามาก ทำให้เด็กได้รับการรักษาฟันล่าช้า	- ขอลดจุด survey ลง หรือไม่มีการเพิ่มเติมจุดสำรวจอีก

KPI-1.3 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังการป้องกัน ควบคุมโรคและ ภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพในการจัดการปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มวัยรุ่น 15-21 ปี

KPI-1.3.1 อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

จากสถิติการคลอดในโรงพยาบาลลงมีแนวโน้มลดลงแต่การตั้งครรภ์ของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี กลับมี แนวโน้มเพิ่มขึ้น ลดลง แต่ยังมีค่าเกินเป้าหมาย พบร้อยละ 17.14, 18.43, 13.99, 9.80 ในปี 2558 2559 2560 และ 2561 (ไตรมาสที่ 1) ตามลำดับ และพบอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำ ร้อยละ 18.52 ในปี 2560 และในปี 2561 ยังไม่พบ อุบัติการณ์ตั้งครรภ์ซ้ำ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ทำให้มีผลตามมาคือ ต้องหยุดหรือออกจากสถานศึกษา เกิดปัญหา บุตรที่ไม่ต้องการ 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 ฝังยาคุมกำเนิด 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 โครงการเพศศึกษา ในครอบครัว โดยมี กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ปกครองวัยรุ่น * จัดอบรม เพศศึกษาใน สถานศึกษา “ รู้จัก		

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
		วัยรุ่น ”ในนักเรียน ร.ร.ลองวิทยา * มีผู้มารับบริการ ผิงยาคุมกำเนิด ทั้งหมดจำนวน 11 ราย โดยมีมารดา หลังคลอด 5 ราย และไม่พบการ ตั้งครรภ์ซ้ำในหญิง ตั้งครรภ์อายุ ต่ำกว่า 20 ปี		

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)							
อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิง อายุต่ำกว่า 20 ปี (<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
	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/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
-	-

KPI-1.4 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังการป้องกัน ควบคุมโรคและ ภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพในการจัดการปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มวัย 15-59 ปี

KPI-1.4.1 ระดับความสำเร็จของอำเภอมีมาตรการแก้ไขปัญหามลพิษ

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

อำเภอคลอง เป็นพื้นที่ ที่เกิดอุบัติเหตุได้บ่อย ในปี 2561 มีผู้ได้รับบาดเจ็บทางถนนจำนวน 233 คน และ จำนวนผู้เสียชีวิต 3 ราย ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ และพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุ คือ รถจักรยานยนต์ร้อยละ 80 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการขับรถเร็วร้อยละ 60 ไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 40 สถานที่เกิดเหตุส่วนใหญ่เป็นถนนกรม ทางหลวง บริเวณจุดเกิดเหตุเป็นทางตรง นำส่งโดยทีมกู้ชีพ/กู้ภัยร้อยละ 100 ส่วนใหญ่เสียชีวิตที่ โรงพยาบาลร้อยละ 80 และเสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ 20 ช่วงเวลาที่เกิดเหตุ มากที่สุดคือเวลา 16.01-20.00 น. ร้อยละ 40

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. การป้องกันการเกิด อุบัติเหตุ/แก้ไขจุดเสี่ยง	- มีการวิเคราะห์ สถานการณ์ อุบัติเหตุในอำเภอ ลอง - มีแผนการ ดำเนินงาน/ โครงการ - วิเคราะห์จุดเสี่ยง จุดเกิดอุบัติเหตุ	- ประชุม ศูนย์ อุบัติเหตุอำเภอ - สอบสวนอุบัติเหตุ โดยทีมSRRT ร่วมกับหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง - ดำเนินการตาม มาตรการการองค์กร เพื่อความปลอดภัย ทางถนนใน หน่วยงานราชการ - มีการจัดตั้งด่าน ชุมชน ตำบลละ 1 แห่ง	- ซ้อมแผนอุบัติเหตุ - ประชาคมหา แนวทางในการ แก้ไขจุดเสี่ยง 5 ตำบล	สรุปผลการ ดำเนินงาน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	1.จุดเสี่ยงอุบัติเหตุ รายตำบล 2. มีแผนการ ดำเนินงานอุบัติเหตุ	1.จัดประชุมศูนย์ อุบัติเหตุ อำเภอ ลอง 1 ครั้ง 2. สอบสวน อุบัติเหตุ 2 ครั้ง/ปี 3. สสอ./รพ./รพ. สต. ดำเนินงานตาม	1. มีการซ้อมแผน อุบัติเหตุ 1 ครั้ง 2. ประชาคม 5 ตำบล 3. แก้ไขจุดเสี่ยง 5 ตำบล	มีสรุปผลการ ดำเนินงาน

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
		มาตรการการองค์กร เพื่อความปลอดภัย ทางถนนใน หน่วยงานราชการ 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		

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน
ระดับความสำเร็จของอำเภอมีมาตรการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุ (ระดับ 5)	ระดับ 5

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผล สำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
ชุมชน/หน่วยงานที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการยังไม่เห็น ความสำคัญของการดำเนินการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน	ประเมิน/ดำเนินกิจกรรมในหน่วยงาน/ชุมชน ผ่าน มหาดไทยหรือสังกัดชุมชน หน่วยงานนั้นๆ

KPI-1.4.2 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

เนื่องด้วยปัจจุบันนี้มีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในคลินิกจำนวนมากที่เกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งทำให้โรงพยาบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยเบาหวานทุกรายต้องได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ซึ่งเมื่อพบผู้ป่วยมีโอกาสร้อยละจะได้รับดำเนินการแก้ไขและป้องกันได้ทันเวลาที่

● 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 $\geq 30\%$ และให้คำปรึกษา รายบุคคลและการปรับพฤติกรรม 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.ติดตามเยี่ยมบ้านและจัดทำแผนที่บ้าน	1.ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง 2.จัดทำทะเบียนผู้ป่วยที่มี CVD Risk สูง $\geq 30\%$ และให้คำปรึกษารายบุคคลและการปรับพฤติกรรม 3.สื่อสารความเสี่ยงอาการที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลให้ผู้ป่วยทราบ และชี้แจงช่องทางการเข้าถึงบริการกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน เช่น 1669 4.ติดตามเยี่ยมบ้านและจัดทำแผนที่บ้านของผู้ป่วย

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
			ของผู้ป่วย ประสาน ข้อมูลของผู้ป่วยที่ เป็นกลุ่มเสี่ยงสูง ให้แก่งานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน	ประสานข้อมูลของ ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่ม เสี่ยงสูงให้แก่งาน อุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	1.ผู้ป่วยเบาหวานและ ความดันโลหิตสูงได้รับ การประเมินโอกาส เสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือด 2.มีทะเบียนผู้ป่วยกลุ่ม เสี่ยงสูงและได้รับการ ติดตาม 3.ร้อยละของผู้ป่วย เบาหวาน ความดัน โลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมิน โอกาสเสี่ยงต่อ โรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 30	1.ผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิต สูงได้รับการ ประเมินโอกาส เสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือด 2.มีทะเบียนผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงสูงและ ได้รับการติดตาม 3.ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง สูงรับทราบอาการที่ ต้องรับมา โรงพยาบาลและ การเข้าถึงบริการ 1669 4.ร้อยละของผู้ป่วย เบาหวาน ความดัน โลหิตสูงที่ขึ้น ทะเบียนได้รับการ ประเมินโอกาส เสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด ร้อยละ60	1.ผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ได้รับการประเมิน โอกาสเสี่ยงต่อการ เกิดโรคหัวใจและ หลอดเลือด 2.มีทะเบียนผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงสูงและ ได้รับการติดตาม 3.ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง รับทราบอาการที่ต้อง รับมาโรงพยาบาล และการเข้าถึงบริการ 1669 4.มีการประสาน ข้อมูลของผู้ป่วยกับ หน่วยงาน ERกรณี เกิดภาวะฉุกเฉิน 4.ร้อยละของผู้ป่วย เบาหวาน ความดัน โลหิตสูงที่ขึ้น ทะเบียนได้รับการ ประเมินโอกาสเสี่ยง ต่อโรคหัวใจและ หลอดเลือดร้อยละ80	1.ผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิต สูงได้รับการ ประเมินโอกาส เสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือด 2.มีทะเบียนผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงสูงและ ได้รับการติดตาม 3.ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง สูงรับทราบอาการที่ ต้องรับมา โรงพยาบาลและ การเข้าถึงบริการ 1669 4.มีการประสาน ข้อมูลของผู้ป่วยกับ หน่วยงาน ERกรณี เกิดภาวะฉุกเฉิน 5.ร้อยละของผู้ป่วย เบาหวาน ความดัน โลหิตสูงที่ขึ้น ทะเบียนได้รับการ ประเมินโอกาส เสี่ยงต่อโรคหัวใจ

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
				และหลอดเลือด ร้อยละ 90
ผลการดำเนินงาน	1.ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 2.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 65.65 (HDC 29/12/60)	1.ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 2.มีทะเบียนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงและได้รับการติดตาม 3.ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงรับทราบอาการที่ต้องรับมาโรงพยาบาลและการเข้าถึงบริการ 1669 2.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 76.74 (HDC 15/3/61)		

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)							
ร้อยละของผู้ป่วย เบาหวาน ความดันโลหิต สูง ที่ขึ้นทะเบียนได้รับ การประเมินโอกาสเสี่ยง ต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) (ร้อยละ 50)	รพ.สต. แม่เกี่ยม	รพ.สต. บ้านปิน	รพ.สต. ผาคัน	รพ.สต. ผามอก	รพ.สต. ต้าเหล่า	รพ.สต. เวียงต้า	รพ.สต. ปากกาง	รพ.สต. นาตุ้ม
	97.10	90.23	70.83	87.37	94.15	44.62	71.09	84.44
	รพ.สต. หัวทุ่ง	รพ.สต. ทุ่งแล้ง	รพ.สต. ผาจับ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รพ.สต. ลอง	รวม
	69.10	74.06	79.91	100	30.09	98.78	76.28	76.74

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่ บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
บุคลากรมีภาระงานมาก	- ใช้สารสนเทศเข้ามาช่วยในการดำเนินงานเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติ - บูรณาการกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย

KPI-1.4.5 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี

KPI-1.4.6 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบ ยังไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ดี จากการค้นหาปัญหาในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตได้ พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการใช้ยาไม่ถูกต้อง ขาดการออกกำลังกาย

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. วางระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงร่วมกันทั้งเครือข่าย	1.ทบทวนแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ใช้ร่วมกันทั้งเครือข่าย ปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน และนำลงสู่การปฏิบัติ 2.จัดช่องทางการ Consult แพทย์ กรณีพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วย สำหรับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผ่านทางโทรศัพท์และ Line Group เพื่อให้สามารถสื่อสารกับแพทย์ผู้รักษาโดยตรง	1.ติดตามผลการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยการลงติดตามเยี่ยมผู้ป่วยใน รพ.สต. และนิเทศการปฏิบัติงาน 2.การออกตรวจรักษาผู้ป่วยโดยแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่รับการรักษาที่ รพ.สต.	1.ติดตามผลการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยการลงติดตามเยี่ยมผู้ป่วยใน รพ.สต. และนิเทศการปฏิบัติงาน 2.การออกตรวจรักษาผู้ป่วยโดยแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่รับการรักษาที่ รพ.สต.	1.สรุปผลการนิเทศการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงใน รพ. และ รพ.สต. เครือข่ายร่วมกับคณะอนุกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อ
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	1.มีการทบทวนแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ใช้ร่วมกันทั้งเครือข่ายปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน และนำลงสู่การปฏิบัติแก่	1.มีการติดตามผลการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยการลงติดตามเยี่ยมผู้ป่วยใน รพ.สต. และนิเทศการปฏิบัติงานใน รพ	1.มีการติดตามผลการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยการลงติดตามเยี่ยมผู้ป่วยใน รพ.สต. และนิเทศการปฏิบัติงานใน รพ.สต.เครือข่าย ร้อยละ	1.มีการสรุปผลการนิเทศการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงใน รพ. และ รพ.สต. เครือข่ายร่วมกับ

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง 2.มีการจัดช่องทางการ Consult แพทย์ กรณี พบปัญหาในการดูแล ผู้ป่วย สำหรับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผ่านทาง โทรศัพท์และ Line Group เพื่อให้สามารถ สื่อสารกับแพทย์ผู้รักษา	สต.เครือข่าย ร้อย ละ 50 2.ผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิต สูงที่ได้รับการรักษาที่ รพ.สต.ได้รับการ ตรวจรักษาจาก แพทย์และการดูแล จากสหสาขา วิชาชีพ	100 2.ผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการรักษาที่ รพ สต.ได้รับการตรวจ รักษาจากแพทย์และ การดูแลจากสหสาขา วิชาชีพ	คณะกรรมการ ควบคุมและป้องกัน โรคไม่ติดต่อ และ วางแผนการ ดำเนินงานต่อ
ผลการดำเนินงาน	1.มีการทบทวน แนวทางปฏิบัติในการ ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ที่ใช้ร่วมกันทั้ง เครือข่ายปรับปรุงให้ เป็นปัจจุบัน และนำลง สู่การปฏิบัติแก่ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง	1.มีการติดตามผล การนำแนวทาง ปฏิบัติไปใช้ในการ ดูแลผู้ป่วย โดยการ ลงติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยใน รพ.สต. และนิเทศการ ปฏิบัติงานใน รพ สต.เครือข่าย ร้อย ละ 57.14 2.ผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิต สูงที่ได้รับการรักษาที่ รพ.สต.ได้รับการ ตรวจรักษาจาก แพทย์และการดูแล จากสหสาขา วิชาชีพ		
2. การพัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วยโดยมี Case Manager เป็น	1.การวางระบบการ ดูแลผู้ป่วยโดย Case Manager	1.การวางระบบการ ดูแลผู้ป่วยโดย Case Manager	1.มีการปรับระบบ การบันทึกเวช ระเบียน เพื่อนำ	1.การติดตามเยี่ยม บ้านทั้งเครือข่ายใน ผู้ป่วยเบาหวานและ

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ผู้วางระบบ กำกับ ติดตาม ประเมินผล การดูแลผู้ป่วย		2.การจัดกิจกรรม ในคลินิกโดย -การใช้แถบสีเพื่อบอกระดับน้ำตาล ในเลือดของผู้ป่วย เพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ -ใช้ Model อาหาร ในการสื่อสาร ระหว่างผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ -การให้สุศึกษา โดยทีมสหสาขา วิชาชีพ	ข้อมูลไปวิเคราะห์ และวางแผนการดูแล ผู้ป่วยร่วมกัน	ความดันโลหิตสูงที่มี ปัญหาซับซ้อน ร้อยละ 80 2. ร้อยละของ ผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่ควบคุม ระดับความดัน โลหิตได้ดี ร้อยละ 50 3.ร้อยละของผู้ป่วย เบาหวานที่ควบคุม ระดับน้ำตาลใน เลือดได้ดี ร้อยละ 40
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	1.มีการวางระบบการ ดูแลผู้ป่วยโดย Case Manager ร่วมกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพ	1.มีการวางระบบ การดูแลผู้ป่วยโดย Case Manager ร่วมกับทีมสหสาขา วิชาชีพ 2.การจัดกิจกรรม ในคลินิกโดย -การใช้แถบสีเพื่อบอกระดับน้ำตาล ในเลือดของผู้ป่วย เพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ -ใช้ Model อาหาร ในการสื่อสาร ระหว่างผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ	1.มีการปรับระบบ การบันทึกเวช ระเบียน เพื่อนำ ข้อมูลไปวิเคราะห์ และวางแผนการดูแล ผู้ป่วยร่วมกัน 2. ร้อยละของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความ ดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 50 3.ร้อยละของผู้ป่วย เบาหวานที่ควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือด ได้ดี ร้อยละ 40	1.การติดตามเยี่ยม บ้านทั้งเครือข่ายใน ผู้ป่วยเบาหวานและ ความดันโลหิตสูงที่มี ปัญหาซับซ้อน ร้อยละ 80 2. ร้อยละของ ผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่ควบคุม ระดับความดัน โลหิตได้ดี ร้อยละ 50 3.ร้อยละของผู้ป่วย เบาหวานที่ควบคุม ระดับน้ำตาลใน เลือดได้ดี

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
		-การให้สุขศึกษา โดยทีมสหสาขา วิชาชีพ 3. ร้อยละของ ผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่ควบคุม ระดับความดัน โลหิตได้ดี ร้อยละ 25 4.ร้อยละของผู้ป่วย เบาหวานที่ควบคุม ระดับน้ำตาลใน เลือดได้ดี ร้อยละ 20		ร้อยละ 40
ผลการดำเนินงาน	1. มีการวางระบบการ ดูแลผู้ป่วยโดย Case Manager ร่วมกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพ	1. มีการวางระบบ การดูแลผู้ป่วยโดย Case Manager ร่วมกับทีมสหสาขา วิชาชีพ 2. การจัดกิจกรรม ในคลินิกโดย -การใช้แถบสีเพื่อบอกระดับน้ำตาล ในเลือดของผู้ป่วย เพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ -ใช้ Model อาหาร ในการสื่อสาร ระหว่างผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ -การให้สุขศึกษา		

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
		โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 3. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 38.30 4. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 18.99		

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)							
ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (≥ ร้อยละ 50)	รพ.สต. แม่เกี่ยม	รพ.สต. บ้านปิน	รพ.สต. ผาคัน	รพ.สต. ผามอก	รพ.สต. ต้าเหล่า	รพ.สต. เวียงต้า	รพ.สต. ปากกา	รพ.สต. นาตุ้ม
	61.90	51.56	52.58	39.47	25.13	22.12	49.64	37.76
	รพ.สต. หัวทุ่ง	รพ.สต. ทุ่งแล้ง	รพ.สต. ผาจับ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รพ.สต.	รวม
	45.45	32.85	24.04	27.84	39.48	41.53	36.68	38.30
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (≥ ร้อยละ 40)	รพ.สต. แม่เกี่ยม	รพ.สต. บ้านปิน	รพ.สต. ผาคัน	รพ.สต. ผามอก	รพ.สต. ต้าเหล่า	รพ.สต. เวียงต้า	รพ.สต. ปากกา	รพ.สต. นาตุ้ม
	28.85	25.00	20.00	21.15	28.13	27.01	7.76	38.78
	รพ.สต. หัวทุ่ง	รพ.สต. ทุ่งแล้ง	รพ.สต. ผาจับ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รพ.สต.	รวม
	23.77	5.29	4.69	24.68	18.33	22.54	15.58	18.99

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
-	-

KPI-1.4.7 ร้อยละประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง

KPI-1.4.8 ร้อยละประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวาน

- สถานการณ์/สภาพปัญหา

ในเขตพื้นที่ตำบลห้วยอ้อ มีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องคัดกรองความดันโลหิตสูง มีจำนวน 4,268 คนและกลุ่มเป้าหมายที่ต้องคัดกรองเบาหวาน จำนวน 4,929 คน ทำการตรวจคัดกรองด้วยการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบสอบถาม (Verbal Screening) ทำการคัดกรองโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่ตำบลห้วยอ้อทั้ง 12 หมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือดี ในการคัดกรองความดันโลหิตสูงและคัดกรองเบาหวาน ในแต่ละหมู่ ได้รับการตรวจคัดกรองร้อยละ 80-90

- การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1.ประเมินบริบทที่เกี่ยวข้องที่มีผลกระทบต่อการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่	1.สำรวจจำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ย้ายอยู่จริงในเขตพื้นที่รับผิดชอบเพื่อทำการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 2.จัดเตรียมเอกสารแบบสอบถาม (Verbal Screening) เพื่อใช้ในการคัดกรอง 3.ชี้แจงแนวทางการคัดกรองให้ อสม. ทราบ 4. อสม.ทำการคัดกรองด้วยการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบสอบถาม (Verbal Screening) โดยแบ่งตามเขตรับผิดชอบในพื้นที่ 5.เจ้าหน้าที่นำข้อมูล	1.นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ประมวลผล จากการคัดกรอง โดยนำกลุ่มเสี่ยงที่มีความดันโลหิตสูง, มีภาวะอ้วนและรอบเอวเกิน และมีผลน้ำตาล (FBS) อยู่ในกลุ่มเสี่ยง มาดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	1.เฝ้าระวังติดตามผู้ที่มีความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วในกลุ่มเสี่ยงสูงเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและทันทั่วทั้ง 2. ให้คำแนะนำตามหลัก 3 อ. 2 ส.	1.สรุปผลการดำเนินงานและวางแผนการดำเนินการในปีต่อไป

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	ได้จากการคัดกรองมา วิเคราะห์หากกลุ่มเสี่ยง และออกเจาะเลือด ปลายนิ้ว (FCG) กลุ่ม เสี่ยงต่อเบาหวานจาก การคัดกรองของอสม. หากพบว่ามีค่ามากกว่า หรือเท่ากับ 110 mg/dl ทำการเจาะ เลือดจากเส้นเลือด (FPG) เพื่อให้แพทย์ วินิจฉัยต่อ			
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	1.ประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไปได้รับการคัด กรองความดันโลหิตสูง ร้อยละ 90 2.ประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไปได้รับการคัด กรองเบาหวานร้อยละ 90	1.กลุ่มเสี่ยงความ ดันโลหิตสูงและ กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ได้รับการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมร้อยละ 60	1.กลุ่มเสี่ยงความดัน โลหิตสูงและ เบาหวานได้รับการ เฝ้าระวังระดับความ ดันโลหิตและติดตาม ระดับน้ำตาลในเลือด อย่างต่อเนื่อง 2.ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปได้มีความรู้ ความเข้าใจในการ ดูแลตนเองตามหลัก 3อ.2ส.	1.มีแนวทางในการ ดำเนินงานในปี ต่อไป
ผลการดำเนินงาน	1.ประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไปได้รับการคัด กรองความดันโลหิตสูง ร้อยละ 90 (ผลงานจาก HDC ร้อย ละ 96.46) 2.ประชาชนอายุ 35 ปี	2.กลุ่มเสี่ยงความ ดันโลหิตสูงและ กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ได้รับการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมร้อยละ 60		

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	ขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวานร้อยละ 90 (ผลงานจาก HDC ร้อยละ 97.34)	(อยู่ในระหว่างดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม)		

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)							
ร้อยละประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง (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
	98.62	97.12	98.63	96.82	93.09	55.78	97.99	91.76
	รพ.สต.หัวทุ่ง	รพ.สต.ทุ่งแล้ง	รพ.สต.ผาจีบ	รพ.สต.แม่รัง	รพ.สต.แม่ปาน	รพ.สต.แก่งหลวง	รพ.สต.ลอง	รวม
	97.98	99.28	97.16	93.54	91.29	97.02	96.46	94.04
ร้อยละประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวาน (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
	98.19	96.85	99.59	97.04	86.89	56.05	98.75	80.76
	รพ.สต.หัวทุ่ง	รพ.สต.ทุ่งแล้ง	รพ.สต.ผาจีบ	รพ.สต.แม่รัง	รพ.สต.แม่ปาน	รพ.สต.แก่งหลวง	รพ.สต.ลอง	รวม
	98.82	96.81	91.43	96.13	83.15	95.04	97.34	92.78

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคนใหม่บางท่านยังขาดความชำนาญในการคัดกรอง และใช้ระยะเวลาในการคัดกรองนาน ทำให้งานล่าช้า	- ทบทวนวิธีการคัดกรอง / ทำความเข้าใจร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกปีก่อนเริ่มทำการคัดกรองประจำปี
- เจ้าหน้าที่มีภาระงานมาก ทำให้การคัดกรองล่าช้า	- ใช้สารสนเทศเข้ามาช่วยในการดำเนินงาน

KPI-1.5 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังการป้องกัน ควบคุมโรคและ ภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพในการจัดการปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มวัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป

KPI-1.5.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองประเมินสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ

- สถานการณ์/สภาพปัญหา

การคัดกรองประเมินสุขภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อรับทราบการมีสถานะสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งจะได้จากการคัดกรอง/ประเมิน (ดำเนินการตามแบบคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายुरายละเอียดการคัดกรอง/ประเมิน ด้วยแนวทาง “คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ” กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2557) ในประเด็น

1.1 คัดกรองปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง สุขภาพช่องปาก สุขภาวะทางตา

1.2 คัดกรองกลุ่ม Geriatric Syndromes ได้แก่ สมรรถภาพสมอง ภาวะซึมเศร้า ข้อเข่าเสื่อม ภาวะหกล้ม การกลืนปัสสาวะ ภาวะโภชนาการ ปัญหาการนอน

1.3 ประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล ได้แก่ การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living: ADL) การประเมิน/คัดกรองผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว

2. Cognitive and functional capacities หมายความว่า สมรรถภาพสมองและการทำงานของร่างกาย

3. Diseases and complaints หมายถึง โรคและความเจ็บป่วยที่เป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ ที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วเกิดผลกระทบในวงกว้าง และเป็นภาระ (Burden)

4. Limitations and disability หมายความว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activities of daily living: ADL)

ซึ่งในปี 2561 อำเภอลอง ดำเนินการในทุกหน่วยบริการ ให้มีการดำเนินการคัดกรอง โดยให้ความหมายผู้สูงอายุสุขภาพดี หรือ Healthy Ageing หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Independent) ซึ่งวัดได้จากการแบ่งกลุ่มศักยภาพ โดยใช้ผลการคัดกรองสมรรถนะเพื่อการดูแล ด้วยเครื่องมือ Activity of Daily Living (ADL) ซึ่งเมื่อประเมินแล้ว จะหมายถึงกลุ่มที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน โดยคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ รายละเอียดการคัดกรอง/ประเมิน เป็นไปตามแนวทาง “คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ” กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้ดำเนินการถ่ายทอดไปยัง Aging manager และผู้ปฏิบัติระดับเขต, จังหวัด, อำเภอ, ตำบล ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 ในประเด็น 1) คัดกรองปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 2) คัดกรองกลุ่ม Geriatric Syndromes

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ผู้สูงอายุที่ได้รับการ คัดกรอง/ประเมิน สุขภาพ (สะสม)	มีฐานข้อมูลสถานะ สุขภาพผู้สูงอายุ ไม่ น้อยกว่า	มีฐานข้อมูลสถานะ สุขภาพผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า	มีฐานข้อมูลสถานะ สุขภาพผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า	มีฐานข้อมูลสถานะ สุขภาพผู้สูงอายุ ครอบคลุม (สะสม)
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ร้อยละ 30	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70
ผลการดำเนินงาน	รพ.สต.ทุกแห่ง มีการ คัดกรอง/ประเมิน	รพ.สต.ทุกแห่ง มี การคัดกรอง/ ประเมิน		

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)							
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการ คัดกรองประเมินสุขภาพทั้งทาง ร่างกายและจิตใจ (ร้อยละ 60)	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองประเมินสุขภาพร่างกาย							
	รพ.สต. แม่เกี่ยม	รพ.สต. บ้านปิน	รพ.สต. ผาคัน	รพ.สต. ผามอก	รพ.สต. ต้าเหล่า	รพ.สต. เวียงต้า	รพ.สต. ปากกาง	รพ.สต. นาตุ้ม
	68.13	43.36	95.65	93.17	94.93	43.03	50.48	66.67
	รพ.สต. หัวทุ่ง	รพ.สต. ทุ่งแล้ง	รพ.สต. ผาจีบ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รพ.สต. ลอง	รวม
	91.18	98.02	91.97	61.48	6.46	95.36	98.19	77.22
	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองประเมินสุขภาพจิตใจ							
	รพ.สต. แม่เกี่ยม	รพ.สต. บ้านปิน	รพ.สต. ผาคัน	รพ.สต. ผามอก	รพ.สต. ต้าเหล่า	รพ.สต. เวียงต้า	รพ.สต. ปากกาง	รพ.สต. นาตุ้ม
	70.33	43.46	95.65	58.39	94.38	29.45	65.22	67.59
	รพ.สต. หัวทุ่ง	รพ.สต. ทุ่งแล้ง	รพ.สต. ผาจีบ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รพ.สต. ลอง	รวม
	98.43	97.88	93.89	88.52	6.46	97.89	98.10	76.87

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่ บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข

KPI-1.6 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังการป้องกัน ควบคุมโรคและ ภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพในการจัดการปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ : ระบบควบคุมโรค

KPI-1.6.1 อำเภอมียุทธศาสตร์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และ ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่ สามารถปฏิบัติงานได้จริง (ร้อยละ 80)

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

อำเภอมียุทธศาสตร์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์อำเภอมียุทธศาสตร์ จัดทำ โครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ มีผังระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System: ICS) รองรับ ยุทธศาสตร์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Operations Center : EOC) มีการ กำหนดบทบาทหน้าที่ตามผังโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ มีแผนรองรับอุบัติเหตุ อุบัติภัยหมู่ มีศูนย์ EOC ที่ ใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกัน ของกลุ่มภารกิจต่างๆภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ เพื่อสนับสนุนการบริหาร สักการ ประสานงาน ในภาวะฉุกเฉิน ประกอบด้วยชุด VDO conference/Web 1 ชุด อุปกรณ์กระจายสัญญาณ อินเทอร์เน็ต อุปกรณ์กระจายสัญญาณแบบไร้สาย วิทยุสื่อสาร มีการจัดเตรียมทีมปฏิบัติการเคลื่อนที่ ทีม Mini MERT , EMS , MCAT , SRRT เพื่อเตรียมรับสถานการณ์ฉุกเฉิน

- อำเภอมียุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมตามผังบัญชาการเหตุการณ์ ในงานถวายพระเพลิงพระบรมศพพระบาทสมเด็จพระ เจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 ในวันที่ 26 ตุลาคม 2561

- ประชุมเตรียมรับมืออุบัติเหตุเทศกาลปีใหม่ 2561 เมื่อวันที่ 29 ธันวาคม 2560 ณ ที่ว่าการอำเภอ โดย มีท่าน นายอำเภอเป็นประธานและกำนัน ผอ.บ. ทุกเทศบาล เข้าร่วม

- มีการใช้แผนรองรับสถานการณ์ ตามผังโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ในการซ้อมแผนรับใช้ห้วงใหญ่ โดยเป็น การซ้อมแผนบนโต๊ะทุกปี ปี 61 จะซ้อมประมาณเดือน พฤษภาคม

● การดำเนินงาน แกไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1.ทีม/ศูนย์ปฏิบัติการ EOC	จัดเตรียมห้อง วัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็นใน ศูนย์ EOC แต่งตั้ง จนท.ประจำ ทีมEOC	จัดตั้งทีม EOC ประชุมทีม EOC วิเคราะห์โรคและภัย สุขภาพ/ประเมิน สถานการณ์โรคและ ภัยสุขภาพพื้นที่ ระดับอำเภอ	การซ้อมแผนเพื่อ เปิดศูนย์ปฏิบัติการ ภาวะฉุกเฉิน (EOC)	ประเมินและติดตาม
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	มีห้อง EOC และ อุปกรณ์ มีทีมEOC ที่ ปฏิบัติงานได้	วิเคราะห์ สถานการณ์รายโรค	ซ้อมแผนโรค/ภัย สุขภาพ ที่มีความ เสี่ยงในพื้นที่	สรุปและประเมินผล การดำเนินงาน

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ผลการดำเนินงาน	-มีคณะกรรมการ EOC -มีคำสั่งแต่งตั้ง จนท.ประจำศูนย์ EOC -ศูนย์ EOC คปสอ. ลอง 1 ศูนย์	-จัดทำแผนเพื่อรองรับสถานการณ์โรค/ภัยสุขภาพ -วิเคราะห์ประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพที่มีความเสี่ยง -ประชุมทีม EOC ระดับอำเภอ -ทีมได้รับการชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงานและอบรมขั้นพื้นฐาน		

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน
อำเภอมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และ ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	ระดับ 5

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
ผู้ปฏิบัติงานไม่ครอบคลุมทุกสถานบริการ	เขตจัดอบรมหลักสูตรเพื่อให้รองรับกับ CDCU

KPI-4.3 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

โรงพยาบาลลองเป็นโรงพยาบาลที่มีอาคารหน่วยบริการ 50% มีอายุเกิน 30 ปี ดังนั้นจึงมีปัญหาการเสื่อมสภาพทางด้านโครงสร้างของอาคาร โดยเฉพาะในเรื่องของห้องน้ำที่ให้บริการผู้มารับบริการที่มีแบบแปลนเป็นแบบโครงสร้างเดิมยากต่อการแก้ไขและขยายพื้นที่

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1.แก้ปัญหาระบบของโรงพักขยะที่ไม่ได้มาตรฐาน	นำปัญหาเข้าแผนใช้เงินบำรุงของโรงพยาบาล/จัดหาแบบแปลน	ดำเนินการปรับปรุงโรงพักขยะ	ติดตามเพื่อให้ได้ตามมาตรฐาน	สรุปผลการดำเนินงานเพื่อวางแผนในปีต่อไป
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	แผนได้รับการอนุมัติ	โรงพักขยะปรับปรุงแล้วเสร็จ	มีโรงพักขยะได้มาตรฐาน และสามารถใช้งานได้	มีผลการสรุป เพื่อวางแผนแก้ไขในปีต่อไป
ผลการดำเนินงาน	แผนได้รับการอนุมัติ	มีโรงพักขยะที่ได้มาตรฐาน และสามารถใช้งานได้	-	-
2.แก้ปัญหายุกรณ์และโครงสร้างของระบบบำบัดน้ำเสีย	นำปัญหาเข้าแผนใช้เงินบำรุงของโรงพยาบาล/จัดหาบริษัท	ดำเนินการปรับปรุงโครงสร้าง และซ่อมแซมอุปกรณ์ที่ชำรุด	วางแผนจัดซื้ออุปกรณ์ใหม่	สรุปผลการดำเนินงานเพื่อวางแผนในปีต่อไป
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	แผนได้รับการอนุมัติและจัดหาบริษัทมาดำเนินการแก้ไขได้	ระบบบำบัดน้ำเสียสามารถทำงานได้ตามปกติ	ได้อุปกรณ์ใหม่ทดแทน	มีผลการสรุป เพื่อวางแผนแก้ไขในปีต่อไป
ผลการดำเนินงาน	ระบบบำบัดน้ำเสียได้รับการปรับปรุงทางด้านโครงสร้างและซ่อมแซมอุปกรณ์ที่ชำรุด	อยู่ในระหว่างทดลองระบบที่ติดตั้งใหม่	-	-

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน
ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital (ระดับพื้นฐาน)	- GREEN & CLEAN Hospital ในระดับดีของจังหวัดแพร่ ปี 2560 - ปี 2561 อยู่ในระหว่างส่งผลการประเมินตนเอง

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
- ขาดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน	- จัดให้มีกิจกรรมดูงานในชุมชนหรือสถานที่ที่มีความโดดเด่นหรือบรรลุความสำเร็จในการทำ GREEN & CLEAN Hospital

KPI-4.4 ร้อยละของ รพ.สต.สามารถให้บริการคัดกรองผู้ป่วยยาเสพติดและให้การบำบัดรักษา BA BI

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

การดำเนินงานยาเสพติดของ คปสอ.ลอง ปีที่ผ่านมา มีการจัดบริการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดจำนวนทั้งสิ้น 75 ราย แบ่งเป็น การบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดรูปแบบบังคับบำบัด จำนวน 39 ราย และการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดในรูปแบบสมัครใจ จำนวน 36 ราย ผลการดำเนินงานพบว่าผู้ป่วยที่หยุดเสพยาติดต่อเนื่องสามเดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดแล้ว ร้อยละ 91.81

สำหรับการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2561 (ข้อมูล ณ 31 มค.61) มีการจัดบริการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดจำนวนทั้งสิ้น 31 ราย แบ่งเป็น การบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดรูปแบบบังคับบำบัด จำนวน 13 ราย และการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดในรูปแบบสมัครใจ จำนวน 18 ราย และค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ณ กองพันทหารม้าที่ 12 ค่ายพระยาไชยบูรณ์ อ.เด่นชัย จ.แพร่ จำนวน 6 คน (ระหว่างวันที่ 19- 30 มีนาคม 2561) แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ ปี 2561 ดังนี้

1. มีการจัดตั้งคณะกรรมการแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยมีโครงสร้างการทำงานและกำหนดผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดระดับ รพ.สต./ตำบล และระดับอำเภอ
 - รพ.ลอง เป็นแม่ข่ายในการสนับสนุนการดำเนินงานระดับอำเภอ
 - รพ.สต. เป็นหน่วยบำบัดในระดับตำบล ได้แก่ การคัดกรองผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้แบบ V2 และให้การช่วยเหลือ และให้คำแนะนำ แบบสั้น (Brief advice : BA) และ การให้คำปรึกษา/บำบัดแบบสั้น (Brief Intervention : BI)
2. จัดระบบบริการด้านยาและสารเสพติดตั้งแต่การป้องกัน บำบัดรักษาฟื้นฟู ติดตามดูแลผู้ผ่านการบำบัด และมาตรการเชิงรุก ในสถานบริการการทุกแห่งของกระทรวงสาธารณสุข
3. พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ตามมาตรฐานวิชาชีพ ตามเกณฑ์ SP โดยการจัดอบรมการให้คำปรึกษา แก่ জনท. ทุก รพ.สต.
4. โรงพยาบาลลองได้รับการรับรองคุณภาพ (HA ยาเสพติด) เมื่อ ปี 2557 และมีการประเมินเพื่อรับรองคุณภาพซ้ำ เมื่อ มิถุนายน 2560
5. จัดระบบบริการลดอันตรายจากยาเสพติดในสถานพยาบาล
6. พัฒนาศูนย์ฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในระยะยาวให้เพียงพอตามสถานการณ์ในพื้นที่
7. การส่งเสริมความร่วมมือกับหน่วยงานบำบัดนอกกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ กำกับดูแลมาตรฐานการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด ระบบต้องโทษและค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ค่ายศูนย์ขวัญแผ่นดิน
8. ส่งตัวแทนเจ้าหน้าที่อบรมเพื่อเป็นแกนนำวิทยากรให้บริการคัดกรองผู้ป่วยยาเสพติดและให้การบำบัดรักษา BA BI ณ สถาบันธัญญารัตน์ จังหวัดเชียงใหม่

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. การจัดระบบ บริการที่เชื่อมโยง ระดับอำเภอสู่ชุมชน	-การชี้แจงนโยบาย -การจัดตั้ง คณะกรรมการ	การกำกับ ติดตาม และพัฒนาระบบ บริการอย่าง ต่อเนื่อง	การกำกับ ติดตาม และพัฒนาระบบฯ อย่างต่อเนื่อง	การประเมินผล
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	1. แผนงานยาเสพติด 2. คณะกรรมการแก้ไข ปัญหายาเสพติดระดับ อำเภอ	การประชุม คณะกรรมการ อย่างต่อเนื่อง	การประชุม คณะกรรมการอย่าง ต่อเนื่อง	การจัดเวทีถอด บทเรียนผลการ ดำเนินงาน
ผลการดำเนินงาน	1. แผนงานยาเสพติด 2. คณะกรรมการแก้ไข ปัญหายาเสพติดระดับ อำเภอ	ประชุม คณะกรรมการ 2 ครั้ง		
2. การพัฒนา คุณภาพระบบบริการ บำบัด	-กำหนดผู้รับผิดชอบ -พัฒนาบุคลากร	-พัฒนาระบบ คุณภาพ HA (ยา เสพติด)อย่าง ต่อเนื่อง/CQI	-การพัฒนาระบบ บริการในชุมชน	การส่งเสริมการมี ส่วนร่วมกับ เครือข่ายชุมชน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	-อบรม จนท.รพ.สต.ใน การให้คำปรึกษา	ผ่านการประเมิน HA	มีเครือข่าย/ทีม ติดตามในชุมชน	มีแผนงานร่วมกับ อปท.
ผลการดำเนินงาน	อบรมให้คำปรึกษา -อบรม Matrix Program	รพ.ลอง ดำเนินการ ตามแนวทาง Re- Acc		

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน
ร้อยละของ รพ.สต.สามารถให้บริการคัดกรองผู้ป่วยยาเสพติดและให้การบำบัดรักษา BA BI (ร้อยละ 100)	ทุก รพ.สต.สามารถให้บริการคัดกรองผู้ป่วยยาเสพติดและให้การบำบัดรักษา BA BI (ร้อยละ 100)

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข

KPI-5. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ระดับเครือข่ายบริการ

● **สถานการณ์/สภาพปัญหา**

การดำเนินงาน Service Plan ของ คปส.ล่อง ได้พัฒนาอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2559 เพื่อให้เกิดการพัฒนาและดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ตามมาตรฐานที่กำหนด สำหรับปี 2561 ได้มีการพัฒนาการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อการขับเคลื่อนการพัฒนาอย่างมีคุณภาพ รวมถึงการวิเคราะห์ส่วนขาด เพื่อการวางแผนในอนาคตต่อไป

● **การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่**

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. แต่งตั้ง คณะกรรมการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ คปส.ล่อง เพื่อ ขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน	-	ทบทวนและแต่งตั้ง คณะกรรมการฯชุด เดิมให้เป็นปัจจุบัน	-	ทบทวนและแต่งตั้ง คณะกรรมการฯชุด เดิมให้เป็นปัจจุบัน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	-	มีการทบทวนและ แต่งตั้ง คณะกรรมการฯ ให้ มีความเป็นปัจจุบัน	-	มีการทบทวนและ แต่งตั้ง คณะกรรมการฯ ให้ มีความเป็นปัจจุบัน
ผลการดำเนินงาน	-	มีคณะกรรมการฯที่ ได้รับการแต่งตั้งเพื่อ ขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน	-	-
2. ประชุม คณะกรรมการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ ระดับอำเภอ และ วิเคราะห์สถานการณ์ และส่วนขาดราย สาขา (Gap analysis) เพื่อจัดทำ แผนพัฒนาระบบ บริการสุขภาพราย	ประชุมชี้แจง คณะกรรมการ ขับเคลื่อนการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้รับทราบแนว ทางการดำเนินงาน ของ คปส.ล่อง	ประชุมคณะทำงาน พัฒนาระบบบริการ สุขภาพ รายสาขา เพื่อชี้แจงแนว ทางการดำเนินงานปี 2561 มีการ วิเคราะห์สถานการณ์ และส่วนขาดราย สาขา และ ดำเนินการตามแผน	คณะกรรมการฯ ราย สาขาดำเนินการตาม แผนที่วางไว้	กำกับติดตามและ สรุปผลการ ดำเนินงาน

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
สาขา		ที่วางไว้		
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	มีการประชุมชี้แจงในการประชุม คปสอ. ลง โดยปี 2561 จะเพิ่มเติมประเด็นสาขาแพทย์แผนไทยในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน	คณะกรรมการฯ รายสาขา รับทราบแนวทางการดำเนินงาน มีการวิเคราะห์ส่วนขาดรายสาขา และดำเนินการตามแผนที่วางไว้	มีการดำเนินการตามแผนที่วางไว้	มีกำกับติดตามและสรุปผลการดำเนินงาน
ผลการดำเนินงาน	มีการชี้แจงในที่ประชุม และเพิ่มประเด็นเป้าหมายหลักที่ต่อยอดจากปี 2560 คือ service plan สาขาแพทย์แผนไทย	อยู่ระหว่างดำเนินการ	-	-
3. จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 3 แผน คือ 1. แผนพัฒนาระบบบริการ 2. แผนงบประมาณ 3. แผนพัฒนาบุคลากร โดยวิเคราะห์จากมาตรฐานทรัพยากรขั้นต่ำ (Minimum Standard Requirements) แต่ละกิจกรรมบริการ	ทบทวน ชี้แจงแนวทางการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพทั้ง 3 แผน รายสาขา ประจำปีงบประมาณ 2561	จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพทั้ง 3 แผน รายสาขา ประจำปีงบประมาณ 2561	คณะกรรมการฯ รายสาขาดำเนินการตามแผนที่วางไว้	กำกับติดตามและสรุปผลการดำเนินงาน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	มีการทบทวน และชี้แจงแนวทางการจัดทำ	ทุกสาขามีการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพทั้ง 3 แผน	มีการดำเนินการตามแผนที่วางไว้	มีกำกับติดตามและสรุปผลการดำเนินงาน

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ผลการดำเนินงาน	ไม่ได้ดำเนินการ	อยู่ระหว่างวางแผน ดำเนินงาน	-	-
4. รวบรวม แผนพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ ทั้งหมด เพื่อการ กำกับติดตามการ ดำเนินงานต่อไป	-	-	รวบรวมแผนพัฒนา ฯรายสาขา	ติดตามผลการ ดำเนินงาน เพื่อ วางแผนในปีต่อไป
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	-	-	-	-
ผลการดำเนินงาน	-	-	-	-

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) คปสอ.ลอง รายสาขา 16 สาขา เพื่อการขับเคลื่อน ซึ่ง คปสอ.ลอง ได้มีการกำหนด Service Plan ที่จะเป็เป้าหมายหลักในการพัฒนาของปี 2560 ทั้งหมด 5 สาขา คือ

กลุ่มโรค/ปัญหาสุขภาพ	สาขาตาม Service Plan
1) โรคหัวใจ	สาขาโรคหัวใจ
2) CKD	สาขาโรคไต
3) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)	สาขา NCD
4) อุบัติเหตุ	สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
5) ภาวะสุขภาพบำบัด (กายอุปกรณ์)	สาขาออร์โธปิดิกส์

แต่ คปสอ.ลอง ก็ได้ดำเนินพัฒนาครบทั้ง 16 สาขา และในปี 2561 ได้มีการเพิ่มประเด็น service plan คือ สาขาแพทย์แผนไทย

2. มีการวิเคราะห์สถานการณ์และกำหนดมาตรการในการดำเนินงานรายปี และการวิเคราะห์การดำเนินงานตาม 6 building blocks ในปี 2560 และจะทบทวนเพื่อจัดทำในปี 2561 ต่อไป

3. วิเคราะห์ตามมาตรฐานทรัพยากรขั้นต่ำแต่ละกิจกรรมบริการ เพื่อนำมาจัดทำเป็นแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพทั้ง 3 แผนของ คปสอ.ลอง คือ 1. แผนพัฒนาระบบบริการ 2. แผนงบประมาณ 3. แผนพัฒนาบุคลากร โดยมี

มาตรฐานทรัพยากรขั้นต่ำแต่ละกิจกรรมบริการในระดับสถานบริการ F2, สสอ. และ รพสต. ทั้งหมด 12 กิจกรรม ได้แก่

- 1) H1 : บริการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI
- 2) T3 : ป้องกันและควบคุมจุดเสี่ยงต่ออุบัติเหตุทางถนน
- 3) M2 : บริการผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็ก
- 4) M3 : บริการคลินิกผู้ป่วยนอกยาเสพติดคุณภาพ
- 5) E4 : บริการแก้ไขปัญหายาเสพติดในเด็กนักเรียน
- 6) K1 : บริการคลินิกชะลอไตเสื่อม (CKD Clinic)
- 7) O1 : บริการดูแลรักษาสุขภาพช่องปาก
- 8) P1 : บริการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพ ร่วมกับท้องถิ่น (District Health System – DHS)
- 9) P2 : บริการดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ Palliative Care และเด็กมีพัฒนาการล่าช้า
- 10) D2 : บริการคลินิก NCD
- 11) D3 : บริการคลินิก COPD Clinic
- 12) A1 : บริการคลินิกแพทย์แผนไทย

ในปี 2560 มีการจัดทำทุกรายสาขา และจะทบทวนเพื่อจัดทำในปี 2561 ต่อไป

4. มีการกำกับ ติดตามและนำเสนอผลลัพธ์ของตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ระดับเครือข่ายบริการ (ระดับ 3)	มีการดำเนินงานตามองค์ประกอบ 1 – 2 ได้คะแนน 48 คะแนน ระดับ 5

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
ติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดประชุมตามรอบการประเมิน เพื่อให้ทราบถึงปัญหา/อุปสรรค เพื่อการแก้ไข ปัญหาต่อไป	ติดตามผลลัพธ์การดำเนินการดำเนินงาน service plan รอบ 6 เดือน

● แผนการดำเนินการต่อไป

- รวบรวมแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพเป็นภาพรวมของ คปสอ.ลง เพื่อนำเสนอในที่ประชุมและเสนอผู้บริหารต่อไป

KPI-8. ระดับความสำเร็จการบริหารการเงินการคลังตามเกณฑ์การประเมิน FAI

KPI-8.1 คะแนนการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง Financial Administration Index :

FAI ของ รพ.แม่ข่าย ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

เนื่องจากโรงพยาบาลลองมีภาระค่าใช้จ่ายที่นอกเหนือจากงบเหมาจ่ายรายหัวเป็นค่าบริการทางแพทย์ 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 และหน่วยบริการรับรู้ถึงสถานการณ์การเงินการคลังและสามารถวางแผนแก้ไขปัญหาก็ได้

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

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

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	เสนอรายงานการ 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		

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน
คะแนนการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง Financial Administration Index : FAI ของ รพ.แม่ข่าย ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 80)	ร้อยละ 94

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
ขาดการกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาทางการเงินการคลังเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเคร่งครัดที่ชัดเจน	มีการจัดทำมาตรการประหยัดของโรงพยาบาล และประกาศใช้ภายในโรงพยาบาลอย่างทั่วถึง
ยอดทะเบียนคุมบัญชีต่างๆระหว่างหน่วยงาน ยังมีความคลาดเคลื่อน	มีการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ของข้อมูลระหว่างกัน โดยการสอบทานยอดบัญชีเป็นประจำทุกวัน

KPI-9. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานสารสนเทศ (คะแนนจากการประเมินอยู่ระหว่าง 91-100 คะแนน)

● **สถานการณ์/สภาพปัญหา**

การศึกษาและวิเคราะห์แนวทางการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลสุขภาพระดับโรงพยาบาล ซึ่งมีประเด็น ดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 : การนำองค์กร และการวางแผนยุทธศาสตร์

ประเด็นที่ 2 : การให้ความสำคัญแก่ผู้รับบริการ

ประเด็นที่ 3 : การวิเคราะห์และการจัดการความรู้

ประเด็นที่ 4 : กระบวนการสำคัญ

ประเด็นที่ 5 : ผลลัพธ์การดำเนินงาน

การจัดตั้งศูนย์ข้อมูลสุขภาพของโรงพยาบาลลอง ได้มีการกำหนดทิศทางการดำเนินงานด้านสารสนเทศ อยู่ในวิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ อย่างชัดเจน เพื่อให้บุคลากรเกิดการรับรู้ เข้าใจ และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้เกิดการดำเนินงานตามเป้าหมายที่วางไว้ ปัจจุบันได้มีการดำเนินการ ได้แก่ มีการออกแบบรายงานตัวชี้วัด กรณีที่หน่วยงานร้องขอ และจัดเก็บไว้เป็นข้อมูลในศูนย์ข้อมูลต่อไป

● **การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่**

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1.การให้ความสำคัญผู้รับบริการ	- สำรวจความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	- ดำเนินการตามความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	- ติดตามประเมินและทบทวนในส่วนที่ต้องมีการแก้ไข	- ประเมินความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย - สรุปผลการดำเนินงาน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- ทราบความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	- ออกแบบรายงานหรือการสืบค้นข้อมูลที่ตอบสนองตามความต้องการ	- ปรับปรุงการออกแบบรายงานเพื่อให้ตรงตามความต้องการ	- ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผ่าน เกณฑ์มากกว่า 90%
ผลการดำเนินงาน	- ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับหน้างานคืออะไรบ้าง สืบค้นได้อย่างไร	- รายงานที่มีการออกแบบได้แก่ 1) รายงานสถิติของ 10 อันดับโรค 2) รายงานหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการทันตกรรม 3) รายงานสถิติการส่งต่อผู้ป่วย 4) รายงานสถิติการมารับ		

มาตรการ ดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
		บริการของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตเรื้อรัง 5) รายงานผลการคัดกรองเพื่อประเมิน ADL ของผู้สูงอายุ 6) รายงานการคัดกรองมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก กลุ่มอายุ 30-60 ปี -แหล่งสืบค้น ได้จาก HDC และ โปรแกรม HOSxP		
2.การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ - การพัฒนาระบบข้อมูล 43 แพ้ม และ HDC ให้ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน	- สอบทานข้อมูล ที่ ส่ ง ขั้ น HDC จังหวัด ทุกเดือน	- ตรวจเช็คตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับ QOF และ MOU ของจังหวัด ให้มีความถูกต้อง น่า เชื่อ ถื อ โดยมี การประสานงานกับหน่วยงานที่รับผิดชอบ ในการจัดการข้อมูล	- ติดตามประเมิน และทบทวนในส่วนที่ ต้องมีการแก้ไข	- สรุปผลการดำเนินงาน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- ความถูกต้องของข้อมูลที่ส่งขึ้น HDC	- มีการจัดการข้อมูลตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับ QOF และ MOU	- ปรับปรุงการจัดการข้อมูลเพื่อให้มีความถูกต้องของข้อมูลที่ส่งขึ้น HDC	- ความผิดพลาดของชุดข้อมูล 43 แพ้มมาตรฐานไม่เกิน 10% ตามเกณฑ์ สนย.
ผลการดำเนินงาน	- มีการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้องของข้อมูลที่ส่งขึ้น HDC	- หน่วยงานที่รับผิดชอบมีการจัดการข้อมูล ได้แก่ 1) งานพัฒนาการเด็กในเรื่องความครอบคลุมของการให้บริการ 2) งานคลินิกสุขภาพเด็กดี	-	-

มาตรการ ดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
		เรื่องความครอบคลุมของ การให้วัคซีนในเด็ก 0-5 ปี 3) งานผู้สูงอายุเรื่องการ ประเมิน ADL เพื่อการ จำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่ม ศักยภาพ 4) งานอนามัยโรงเรียน เรื่องโภชนาการในกลุ่ม อายุ 6-18 ปี 5) งานเวชระเบียนในเรื่อง ความสมบูรณ์ และถูกต้อง ของข้อมูลการตาย 6) งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในการปรับปรุงความ ถูกต้องของฐานข้อมูลผู้มา รับบริการกลุ่มเป้าหมาย 7) งานเฝ้าระวังและการ บำบัด เรื่องการควบคุม กำกับความถูกต้อง และ เหมาะสมของการใช้ ปฏิชีวนะอย่าง สมเหตุสมผล		
3.การพัฒนา ทรัพยากรบุคคล	- สํารวจความรู้ ทักษะ การนำเข้า ข้อมูลสารสนเทศ ของบุคลากรที่ ปฏิบัติงานด้าน สารสนเทศแต่ละ หน่วยบริการ	- รวบรวมหลักสูตรที่ เกี่ยวข้องในการจัดอบรม เพื่อฟื้นฟูความรู้ ทักษะ ของบุคลากร	- จัดอบรมฟื้นฟู ความรู้ ทักษะ การ นำเข้าข้อมูล สารสนเทศสุขภาพ แก่บุคลากร - จัดอบรมพัฒนา ศักยภาพแกนนำ บุคลากรด้าน สารสนเทศ	- สรุปผลการ ดำเนินงาน

มาตรการ ดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- ได้แนวทางในการพัฒนา ศักยภาพบุคลากร ว่าควรพัฒนาไป ในทิศทางใด	- มีแผนจัดอบรมตาม หลักสูตรที่สำรวจพบ	บุคลากรที่ปฏิบัติงาน ด้านสารสนเทศแต่ละ หน่วยบริการมีความรู้ ทักษะ การนำเข้า ข้อมูลที่ต้องมาก ขึ้น	- มีการบันทึกข้อมูล ผลงานตัวชี้วัด ถูกต้องที่ได้ ประสิทธิภาพ มี ความถูกต้อง เชื่อถือได้
ผลการดำเนินงาน	- ไม่ได้ดำเนินการ	- ไม่ได้ดำเนินการ		

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานสารสนเทศ	ระดับ 2

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. ขาดบุคลากรที่รับผิดชอบหลัก ของ คปสอ.	1. จัดหาอัตรากำลังเพิ่มเติม ที่มีหน้าที่หลัก ในการรับผิดชอบศูนย์ข้อมูล
2. งบประมาณการจัดสรร เพื่อพัฒนาศูนย์ข้อมูลที่ชัดเจน	2. จัดทำแผนการพัฒนา องค์กรประกอบ พื้นฐาน

KPI-10. ระดับความสำเร็จของการบริหารเชิงยุทธศาสตร์ (ความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ
 สาธารณสุข ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ ปัจจัยนำเข้า)

● **สถานการณ์/สภาพปัญหา**

การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ คปสอ.ลอง มีการเชื่อมโยงการจัดทำแผนจากยุทธศาสตร์ระดับชาติ 20 ปี กระทรวง
 สาธารณสุข ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดแพร่ เพื่อให้เกิดความสอดคล้องและเกิดการดำเนินงานอย่างเป็น
 รูปธรรม โดยมีการแปลงแผนยุทธศาสตร์ซึ่งเป็นแนวคิดเชิงนโยบาย เป็นแผนที่นำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างแท้จริง รวมทั้ง
 สามารถควบคุม กำกับติดตามและประเมินผลได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

● **การดำเนินงาน แกไข/พัฒนา ของพื้นที่**

มาตรการ ดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. กำหนด ยุทธศาสตร์การ พัฒนา ที่ได้มาจาก กระบวนการการมี ส่วนร่วมของทุกภาค ส่วนที่เกี่ยวข้องทุก ระดับ	จัดทำยุทธศาสตร์ คปสอ.ลอง ประจำปี 2561-2564 โดยการ มีส่วนร่วมของ เครือข่าย	-	-	-
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	มีการจัดทำ ยุทธศาสตร์ระดับ คปสอ.	-	-	-
ผลการดำเนินงาน	มียุทธศาสตร์ระดับ คปสอ.	-	-	-
2. การนำ ยุทธศาสตร์สู่การ ปฏิบัติ	นำกลยุทธ์ตาม ยุทธศาสตร์ลงสู่การ ปฏิบัติทั้งในทีมนำ และหน่วยงาน	-	-	-
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	มีการแปลงกลยุทธ์ เป็นกิจกรรมและนำ ลงสู่การปฏิบัติ	-	-	-
ผลการดำเนินงาน	มีการแปลงกลยุทธ์ เป็นกิจกรรมและนำ ลงสู่การปฏิบัติอย่าง เป็นรูปธรรม	-	-	-

มาตรการ ดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
3. ควบคุม กำกับ ติดตาม และ ประเมินผลสำเร็จ ของการดำเนินงาน	-	ติดตามการ ดำเนินงานตาม ยุทธศาสตร์/แผนงาน โครงการ และ รายงานผลรายไตร มาส	ติดตามการ ดำเนินงานตาม ยุทธศาสตร์/แผนงาน โครงการ และ รายงานผลรายไตร มาส	สรุปผลการ ดำเนินงานตาม ยุทธศาสตร์ประจำปี/ แผนงานโครงการ และรายงานผลแก่ ผู้บริหาร เพื่อวาง แผนการดำเนินในปี ต่อไป
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	-	มีการติดตามผลการ ดำเนินงานรายไตร มาส และรายงานผล แก่ผู้บริหาร	มีการติดตามผลการ ดำเนินงานรายไตร มาส และรายงานผล แก่ผู้บริหาร	มีสรุปผลการ ดำเนินงานตาม ยุทธศาสตร์ประจำปี รวมถึงแผนงาน โครงการ และ รายงานผลแก่ ผู้บริหาร
ผลการดำเนินงาน	-	มีการติดตามการ ดำเนินงานตาม แผนงานโครงการ (ผลลัพธ์ร้อยละ 12.26)	-	-

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน
ระดับความสำเร็จของการบริหาร เชิงยุทธศาสตร์	มีรายงานการประเมินผลสำเร็จการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์พัฒนา สุขภาพอย่างชัดเจน เป็นรูปธรรม แต่ยังขาดการเชื่อมโยงไปถึง รพสต. ผลลัพธ์ ระดับ 4 (4 คะแนน)

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การ ดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
ความร่วมมือจากคนภายในองค์กรยังมีน้อย เนื่องจากติดภารกิจในการให้บริการผู้ป่วย	- พยายามจัดเวทีในช่วงบ่าย และให้แต่ละงานส่งตัวแทนเข้าร่วม - จัดกิจกรรมเชิงรุกในหน่วยงาน พร้อมทั้งชี้แจงเพื่อทำความเข้าใจ

KPI-2 : ประชาชนจังหวัดแพร่มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ : 1. สตรีอายุ 30-70 ปี มีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองที่ผ่านการรับรองจาก อสม. หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

สตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-70 ปี ในพื้นที่อำเภอเมืองมีจำนวน 12,228 คน (ณ 15 มี.ค.61) ได้รับความรู้และสร้างความตระหนักเรื่องการดูแลความผิดปกติของเต้านม และได้รับการสอนตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self Awareness หรือ Breast Self Examination : BSE) มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างสม่ำเสมอตามคำแนะนำของ อสม. หรือ ตรวจคัดกรองโดยบุคลากรสาธารณสุข (Clinical Breast Self Examination : CBE) จำนวน 8,577 คน คิดเป็นร้อยละ 70.12 รพ.สต.ต่ำเหล้า มีผลการดำเนินงานสูง คิดเป็นร้อยละ 99.50 รพ.สต. ที่ผลการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมายจำนวน 5 แห่ง สืบเนื่องจากบุคลากรที่บันทึกข้อมูลมีภาระงานมากในช่วงเวลาเดียวกันงานประจำและงานที่เข้ามาด่วนจึงทำให้การบันทึกข้อมูลในช่วงเวลาที่กำหนดล่าช้า

ทั้งนี้ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง ได้รับคัดเลือกให้ดำเนินงาน ตามโครงการคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเครื่องเอ็กซเรย์เต้านมเคลื่อนที่ (Mammogram) ในสตรีกลุ่มเสี่ยงและด้อยโอกาส เณลิมพระเกียรติสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณบดินทรเทพยวรางกูร ในวโรกาสที่เจริญพระชนมายุครบ 5 รอบ ของอำเภอเมือง จังหวัดแพร่ เมื่อวันที่ 10 สิงหาคม 2560 จุดกระแสความตื่นตัวในหมู่สตรีเพิ่มมากขึ้น

● การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนา ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. สำรวจจำนวนกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-70 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในเขตพื้นที่รับผิดชอบเพื่อทำการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม	1. จัดทำรายชื่อเพื่อสำรวจกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-70 ปี ที่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง 2. ทบทวนทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast examination) ให้กับ อสม. เพื่อให้ อสม. มีทักษะและความชำนาญในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมมากขึ้นและสามารถให้คำแนะนำ	1. เจ้าหน้าที่ตรวจคัดกรองกลุ่มเป้าหมายที่มีความผิดปกติหรือมีภาวะเสี่ยงที่ต้องส่งตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมจากแพทย์ 2. ส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยและรักษาเพิ่มเติมจากแพทย์เฉพาะทาง	1. เฝ้าระวังติดตามกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่องพร้อมกับให้คำแนะนำในการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน	1. สรุปผลการดำเนินงานและวางแผนการดำเนินงานในปีต่อไป

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	กลุ่มเป้าหมายในการ ตรวจเต้านมด้วยตนเอง ได้ 3. เจ้าหน้าที่นำข้อมูล ได้จากการสำรวจคัด กรอง มาบันทึกข้อมูล ในโปรแกรม Hos.xp			
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	1. สตรีอายุ 30-70 ปี มีการตรวจคัดกรอง มะเร็งเต้านมด้วย ตนเองที่ผ่านการ รับรองจาก อสม. หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 80	1. กลุ่มเป้าหมายที่ มีความผิดปกติหรือ มีภาวะเสี่ยงที่ต้อง ส่งตรวจวินิจฉัย เพิ่มเติมได้รับการ ส่งต่อเพื่อการ วินิจฉัยและรักษา เพิ่มเติมจากแพทย์ เฉพาะทาง	1. กลุ่มเป้าหมาย ได้รับการเฝ้าระวัง ติดตามอย่างต่อเนื่อง มีทักษะความรู้ความ เข้าใจที่ถูกต้องในการ ตรวจเต้านมด้วย ตนเองและมีการ ตรวจเต้านมด้วย ตนเองสม่ำเสมอทุก เดือน	1. มีแนวทางในการ ดำเนินงานในปี ต่อไป
ผลการดำเนินงาน	1. สตรีอายุ 30-70 ปี มีการตรวจคัดกรอง มะเร็งเต้านมด้วย ตนเองที่ผ่านการ รับรองจาก อสม. หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 80 (ผลงาน จาก HDC ร้อยละ 98.29)	1. สตรีอายุ 30-70 ปี มีการตรวจคัด กรองมะเร็งเต้านม ด้วยตนเองที่ผ่าน การรับรองจาก อสม. หรือ เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ร้อยละ 80 (ผลงาน จาก HDC ร้อยละ 98.29)		

● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)							
สตรีอายุ 30-70 ปี มี การตรวจคัดกรอง มะเร็งเต้านมด้วย ตนเองที่ผ่านการ รับรองจาก อสม. หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (≥ร้อยละ 40)	รพ.สต. แม่เกี่ยม	รพ.สต. บ้านปิ่น	รพ.สต. ผาคัน	รพ.สต. ผามอก	รพ.สต. ต้าเหล่า	รพ.สต. เวียงต้า	รพ.สต. ปากกาง	รพ.สต. นาคุ้ม
	30.74	53.37	50.00	49.18	99.50	14.58	99.19	27.47
	รพ.สต. หัวทุ่ง	รพ.สต. ทุ่งแล้ง	รพ.สต. ผาจีบ	รพ.สต. แม่รัง	รพ.สต. แม่ปาน	รพ.สต. แก่งหลวง	รพ.สต.	รวม
	90.82	94.76	42.07	99.16	0.40	24.39	98.26	70.12

● ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่ บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
- อสม.ที่ผ่านการอบรมบางท่านขาดความชำนาญใน การตรวจคัดกรอง (สามนิ้วสามสัมผัส)	- ทบทวนและฟื้นฟูทักษะวิธีการตรวจคัดกรองสามนิ้ว สามสัมผัสให้กับ อสม.ในพื้นที่ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
- กลุ่มเป้าหมายมีเยอะ แต่ระยะเวลาในการลงบันทึก ข้อมูลค่อนข้างน้อย ทำให้งานล่าช้า	- ใช้สารสนเทศเข้ามาช่วยในการดำเนินงาน