



คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุข อำเภอเด่นชัย

นำเสนอ

การประเมินผลการปฏิบัติราชการ
ตามดำริรับรองการปฏิบัติราชการในสังกัด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่





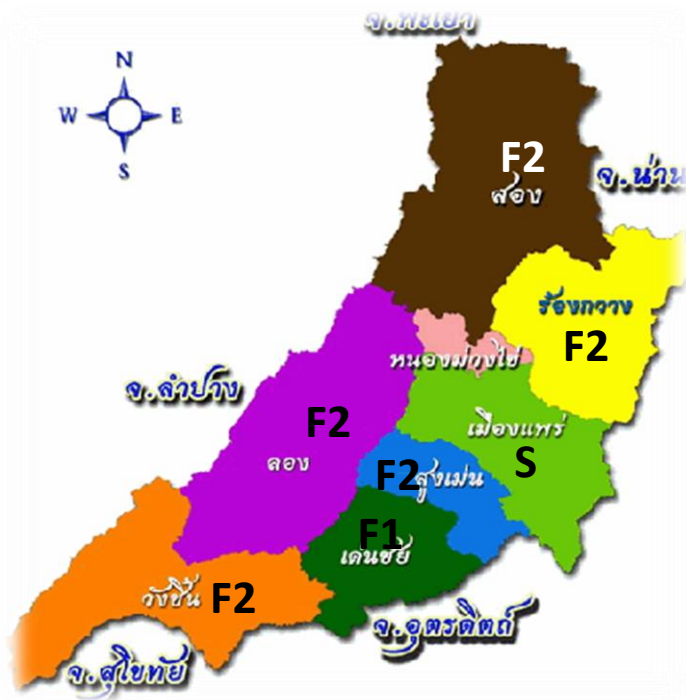
สิ่งที่นำเสนอ

1. ข้อมูลทั่วไป
2. ปัญหาสาธารณสุข 5 ลำดับแรก
3. การนิเทศงานตามการตรวจราชการ 3 ดน:

พระเจ้าแสนแซ่ตู่บ้าน พระธาตุสุโทนตู่เมือง ประตูล้านนาลือเลื่อง ของพื้นเมืองไม้กวาด เด่นชัยสวาทงามตา

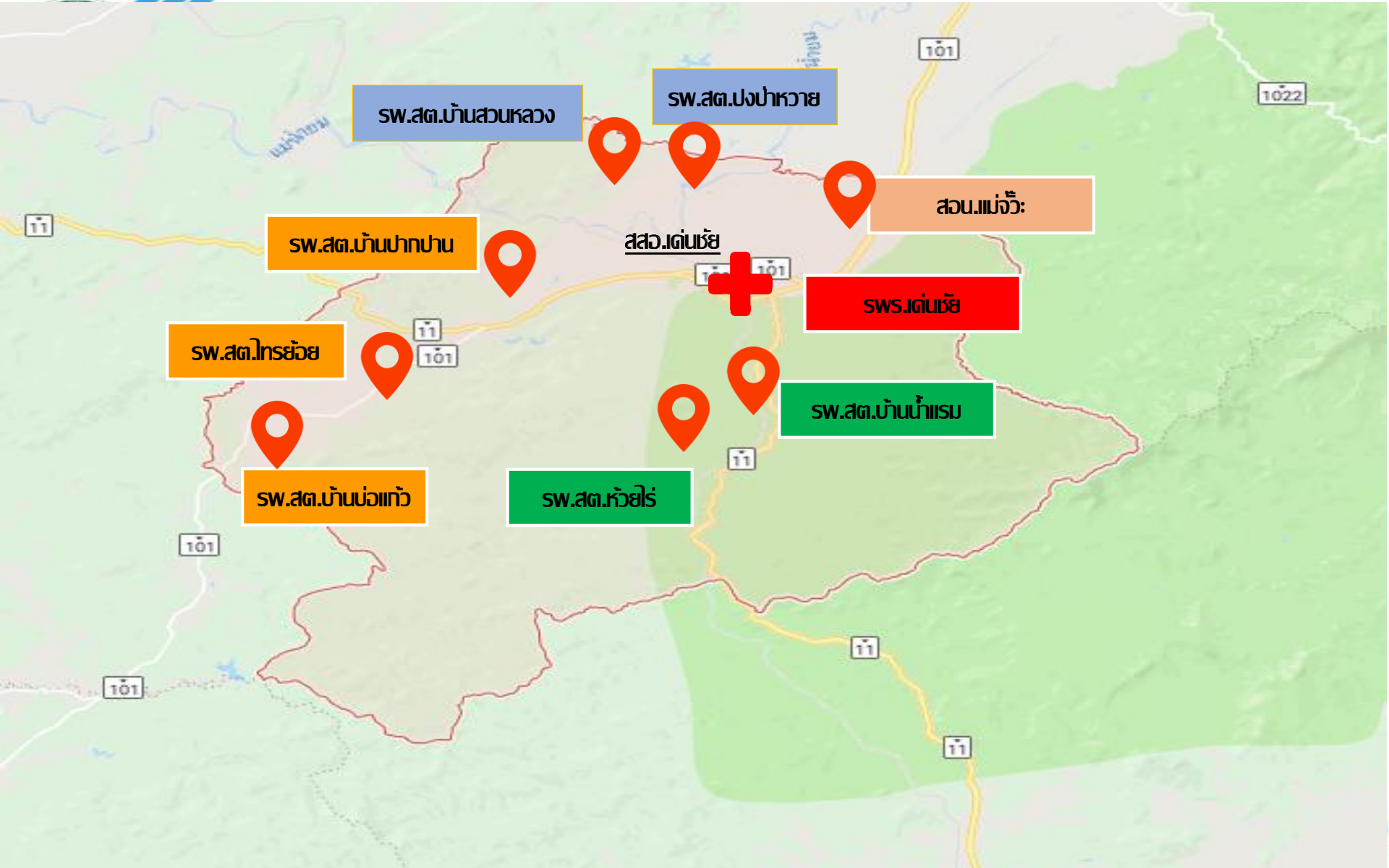


บรีน



ห่างจากตัวจังหวัด 24 กิโลเมตร

ปชก (1,3)	ปชก nr.	หลังคา เรือน	ตำบล	หมู่บ้าน	เทศบาล	อบต.	sw.สต.
25,977	35,853	11,310	5	52	3	4	8



sw.สต.บ้านสวนหลวง

sw.สต.ปางพวย

sw.สต.บ้านปากป่าน

sw.สต.ไทรย้อย

sw.สต.บ้านม่วงแก้ว

sw.สต.ห้วยไร่

สสว.เด่นชัย

สวส.เด่นชัย

sw.สต.บ้านน้ำแรม

สวนแม่จ๊ะ



โครงสร้างประชากรอำเภอเด่นชัย

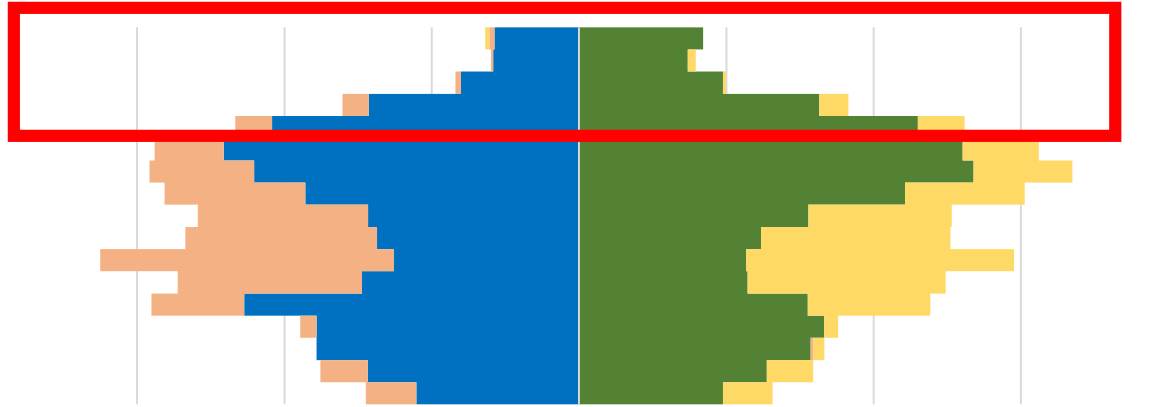
แสดงความแตกต่างระหว่างประชากรสำรวจกับประชากรตาม

ทะเบียนราษฎร ปีงบประมาณ 2561

ปี



80+
75-79
70-74
65-69
60-64
55-59
50-54
45-49
40-44
35-39
30-34
25-29
20-24
15-19
10-14
05-09
00-04



คน

2,000

1,500

1,000

500

0

500

1,000

1,500

2,000

คน

ชาย(สำรวจ)

หญิง(สำรวจ)

ชาย(ทะเบียน)

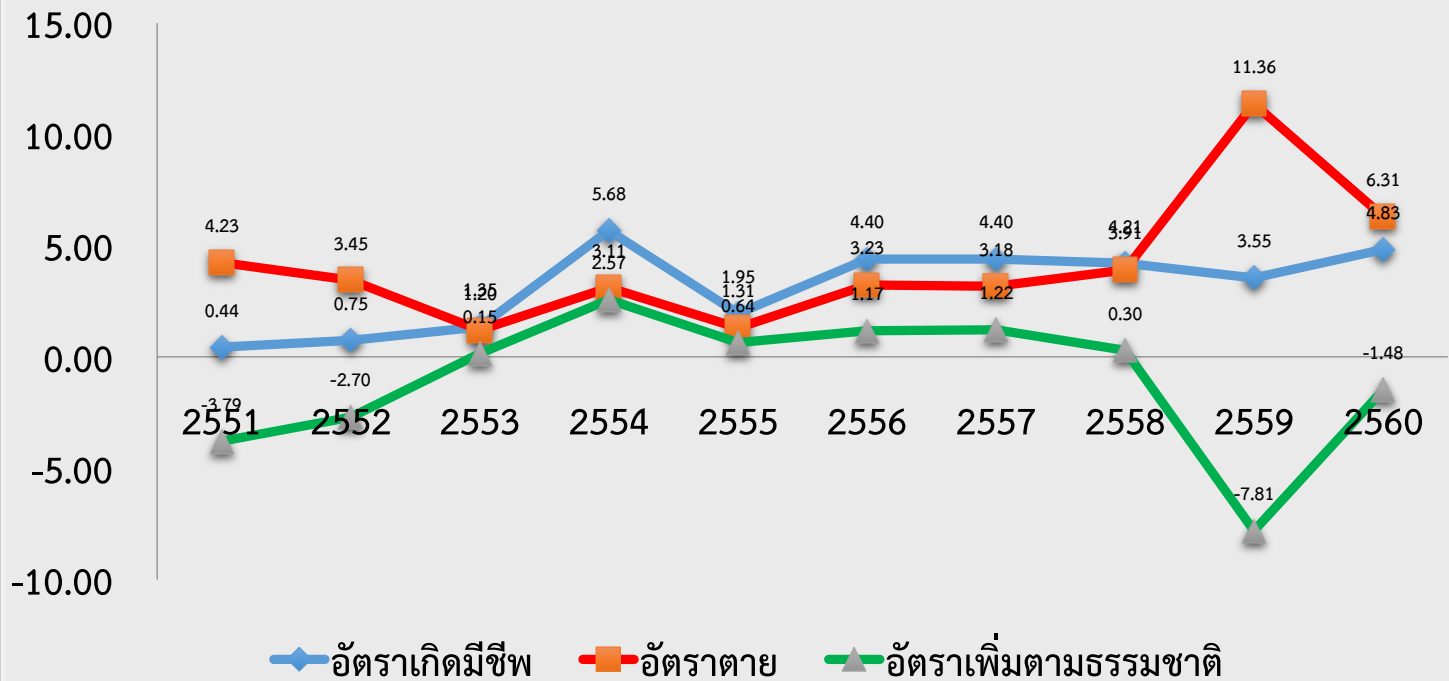
หญิง(ทะเบียน)

กลุ่มเด็กปฐมวัย (0-5)	กลุ่มเด็กวัยเรียน (6-14)	กลุ่มเด็กวัยรุ่น (15-21)	กลุ่มวัยทำงาน (15-59)	กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ขึ้นไป)
1,310 (5.04)	2,762 (10.63)	2,522 (9.71)	15,925 (61.30)	5,980 (23.02)

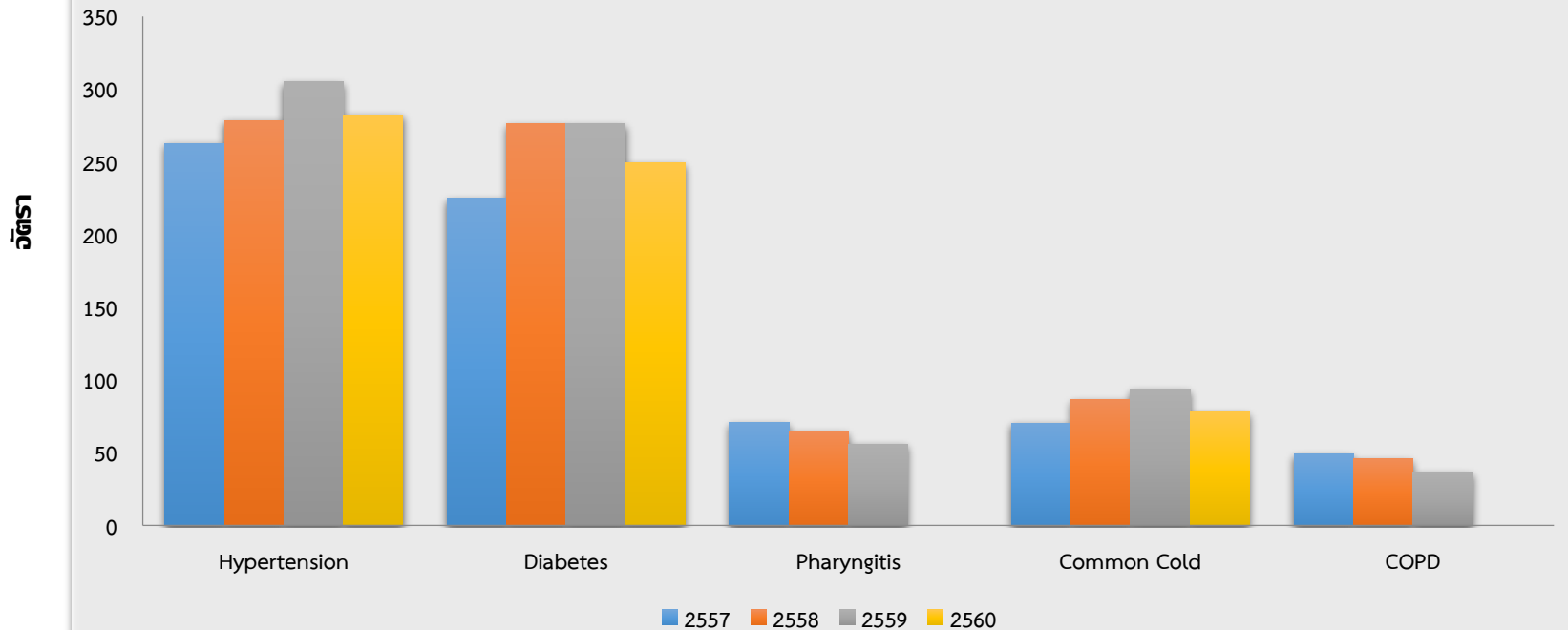
บุคลากรด้านสาธารณสุขสถานพยาบาลตำรวจ

ลำดับ	ประเภท	จำนวน(คน)	อัตราต่อประชากร
1	แพทย์	9	1 : 3,984
2	ทันตแพทย์	4	1 : 8,963
3	เภสัชกร	7	1 : 5,122
4	นักเทคนิคการแพทย์	4	1 : 8,963
5	พยาบาลวิชาชีพ	66	1 : 543
6	นักวิชาการสาธารณสุข	21	1 : 1,707
7	แพทย์แผนไทย	4	1 : 8,963
8	อาสาสมัครสาธารณสุข	933	1 : 11 (หลังดาเรือน)

สถิติชีพ

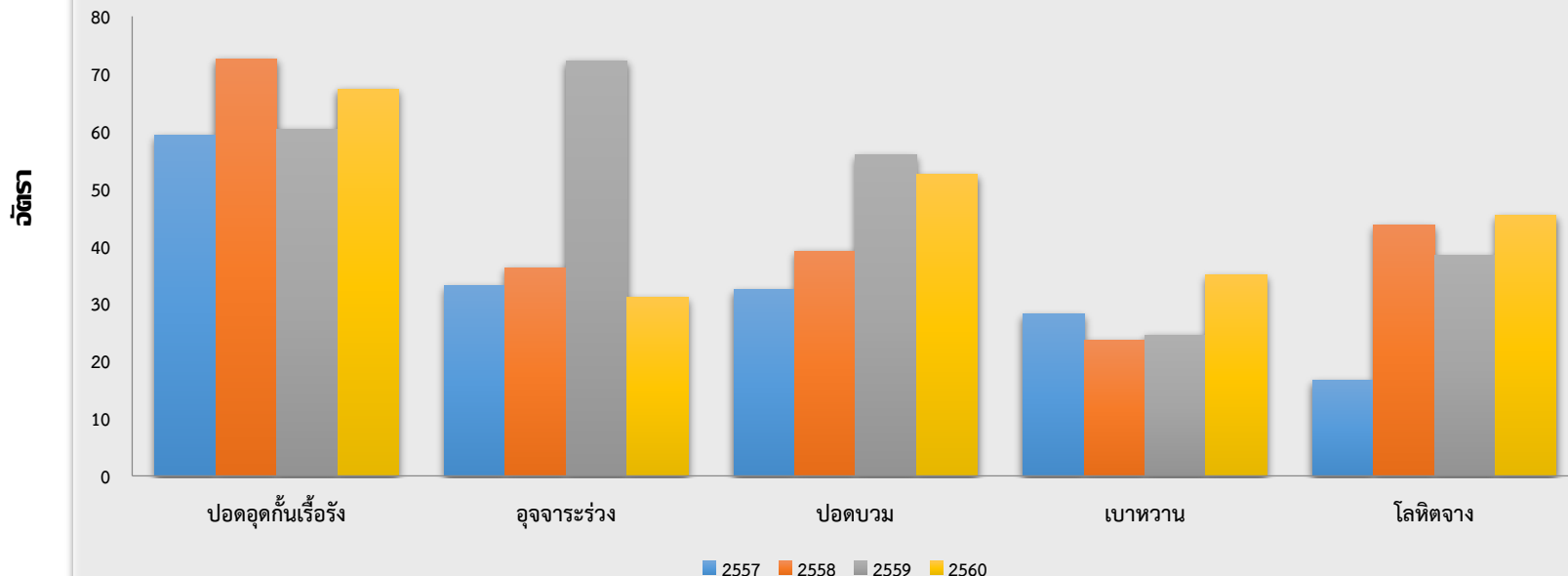


อัตราป่วยตามโรค งานผู้ป่วยนอก 5 ลำดับแรก



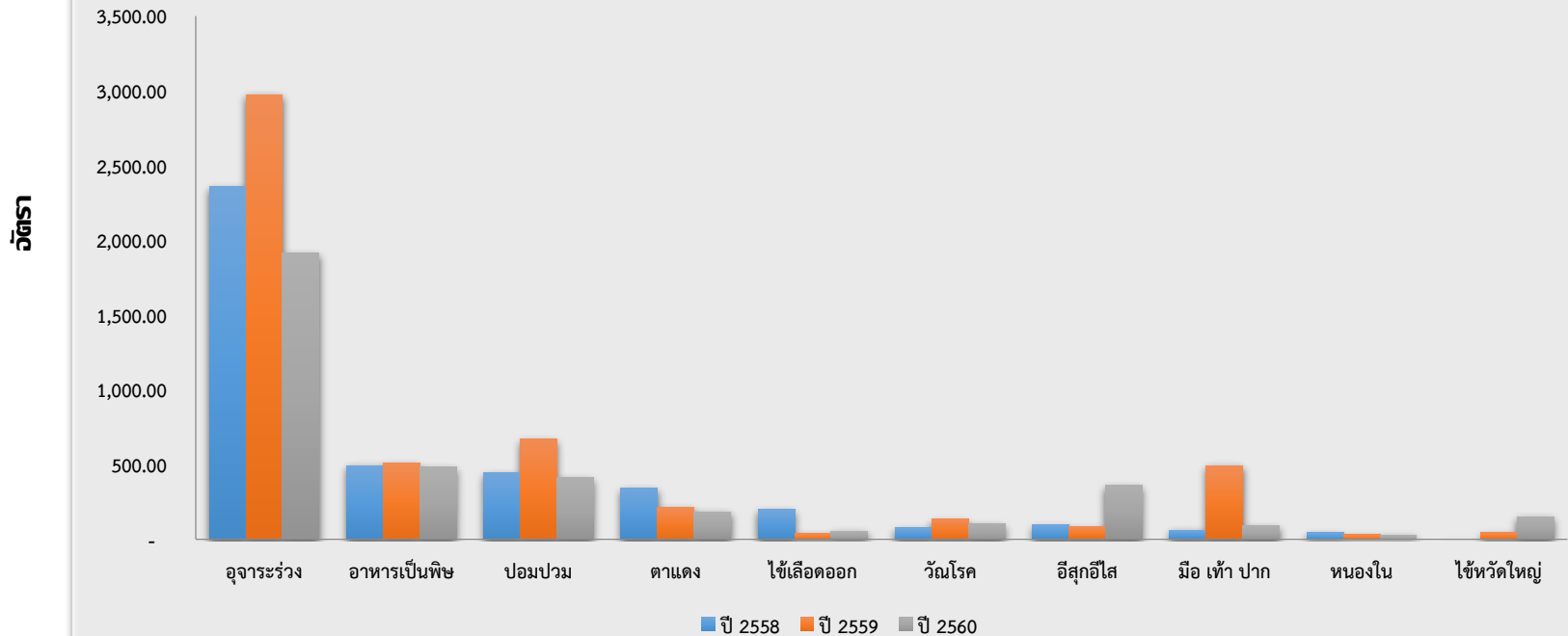
อัตราป่วยต่อพัน ปชก.

อัตราป่วยตามโรค งานผู้ป่วยใน 5 ลำดับแรก



อัตราป่วยต่อพัน ปีขก.

โรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 10 อันดับโรค



อัตราป่วยต่อแสน ปชก.



วิสัยทัศน์

**ดปสว.เด่นชัยเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ
พัฒนาวิชาการ บริหารเด่น เน้นการมีส่วนร่วม**

พันธกิจ

- 1. พัฒนาคุณภาพสถานบริการให้ได้มาตรฐาน**
- 2. พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการที่ดี พัฒนาวิชาการ และ
สนับสนุนเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ**
- 3. สร้างสุขภาพและพัฒนาความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายสุขภาพ**

คำนิยามขององค์กร

**“ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เรียนรู้อย่าง
สร้างสรรค์ ร่วมกันทำงานเป็นทีม”**

ผู้รับบริการ	=	ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
เรียนรู้	=	เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้
ทีม	=	การทำงานเป็นทีม

การนำองค์กรและการมีส่วนร่วม

- นายอำเภอเด่นชัย
- คณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ
- คณะกรรมการ ดปสอ.
- คณะกรรมการระดับตำบล

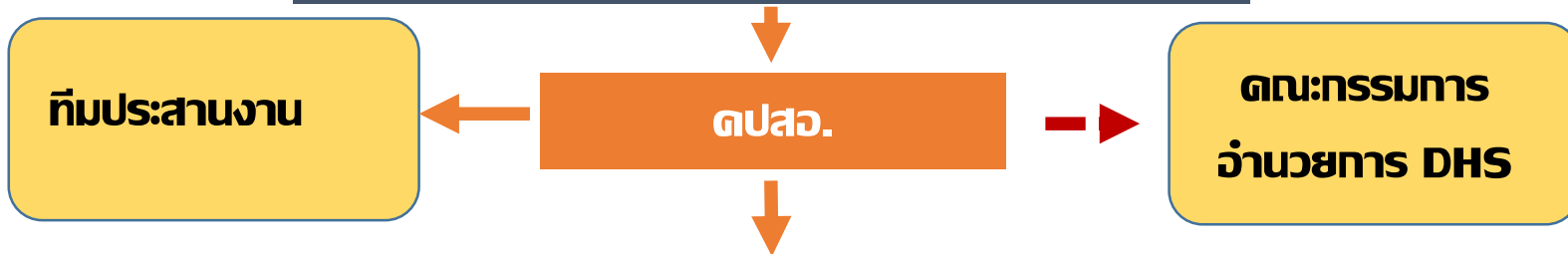
บทบาทหน้าที่

- ชี้นำ พลักดัน ส่งเสริม ติดตาม กำกับ
- พลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Change Agent)
- การสื่อสารในองค์กร

การนำองค์การและการมีส่วนร่วม

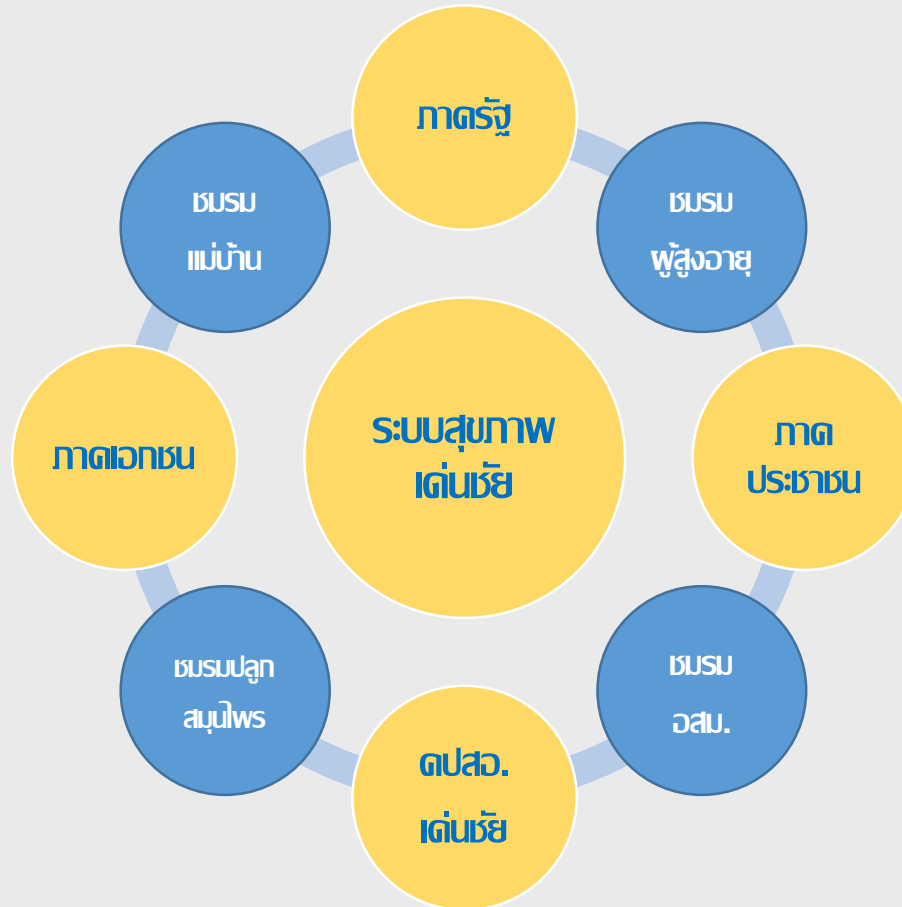


โครงสร้าง องค์การเพื่อพัฒนาคุณภาพ



- ดน:ทำงานสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการ
- ดน:ทำงานดูแลต่อเนื่องในชุมชนและโรคที่จำเป็น.
- ดน:ทำงานสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนานวัตกรรม
- ดน:ทำงานนิเทศติดตามและประเมินผล
- ดน:กรรมการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

ศักยภาพกลุ่มและองค์กรชุมชน



สถานการณ์และปัญหาในพื้นที่

อำเภอเด่นชัย

1

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (HT/DM)

2

โรคฉี่หนู

3

โรคไข้เลือดออก

4

อุบัติเหตุทางถนน

5

อนามัยแม่และเด็ก

1. ไรต์ไม่ติดตัวเร็วรั้ง

(HT/DM)

เป้าหมาย

ร้อยละประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง / เบาหวาน
ผู้ป่วยไรต์เบาหวานรายใหม่ ลดลง
ร้อยละของป่วยไรต์ความดันโลหิตสูง / ไรต์เบาหวานที่ควบคุมได้ดี

สถานการณ์ :

- HT คัดกรอง 97.19 % กลุ่มเสี่ยง 35.33 % กลุ่มสงสัยรายใหม่ 4.47 %
- DM คัดกรอง 96.83 % กลุ่มเสี่ยง 11.15 % กลุ่มสงสัยรายใหม่ 0.68 %
- Pt HT/DM มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี
- การตรวจ HbA1C ของ ดปสว.เด่นชัย

ยุทธศาสตร์ / มาตรการ / กิจกรรมหลัก :

- ประชาชน 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง HT/DM เพิ่มขึ้น
- ผู้ป่วยรายใหม่ลดลง
- ผู้ป่วยควบคุม ความดัน / เบาหวาน ได้ดี
- ประเมินตนเอง NCD Clinic Plus
- จัด Clinic HT/DM นอกวัน CPG ในทุกสถานบริการ
- คัดกรองภาวะแทรกซ้อนใน Pt

ระดับความสำเร็จ :

ไตรมาส 1

- คัดกรอง HT 67.54 %
- คัดกรอง DM 53.67 %
- ดื่นข้อมูล ทุกสถานบริการ
- นอกวัน CPG 1 ครั้ง

ไตรมาส 2

- คัดกรอง HT 97.21 %
- คัดกรอง DM 96.83 %
- ประเมินตนเองส่วนที่ 1 (42.40 คะแนน)
- Home BP / SMBG

ไตรมาส 3

- ทำกับ ติดตาม
- ดื่นข้อมูล ทุกสถานบริการ
- แก่ไขกรณี Pt Uncontrolled

ไตรมาส 4

- ผู้ป่วย HT ควบคุมได้ดี >50 %
- ผู้ป่วย DM ควบคุมได้ดี >40 %
- ดื่นข้อมูล ทุกสถานบริการ
- ทำกับ ติดตาม
- แลกเปลี่ยน เรียนรู้

ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง HT/DM

กระบวนการ

1. ทบทวน และจัดทำแนวทางคัดกรองระดับอำเภอ
และเพิ่มช่องทางการประสานงานผ่าน Line Group
NCDs Denchai / ศูนย์ COC ดปสว. เต็นชัย
เน้น สํารวจข้อมูลก่อนคัดกรอง



ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง HT/DM

กระบวนการ

2. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มเสี่ยงผู้สูงอายุใหม่
กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มปกติ ด้วย 3 อ. 2 ส.

เน้น หลัก 6-6-1





ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

ระดับความสำเร็จของมาตรการแก้ไขปัญหของอำเภอ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1. ร้อยละอัตราการประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน (> 90 %)	13,397	13,863	96.83
2. ร้อยละอัตราการประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง (> 90 %)	10,683	10,990	97.21

- ❖ ผู้ป่วย DM รายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงเมื่อปีที่แล้ว จำนวน 14 ราย คิดเป็น **ร้อยละ 1.19** ลดลงจากปี 2560 ที่มีอัตราผู้ป่วย DM รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง **ร้อยละ 1.95**
- ❖ ผู้ป่วย HT รายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงเมื่อปีที่แล้วเพิ่มขึ้น ด้วยปัจจัย เช่น เทคนิคในการวัด BP , ตำแหน่งแขน และช่วงเวลาที่วัด

- ❑ **แผนพัฒนาระยะ: 3-6 เดือน**
 1. มอบหมายและจัดทำแนวทางการ Home BP self monitoring กลุ่มเสี่ยงระดับอำเภอ
 2. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ 3 ง 2 ส.

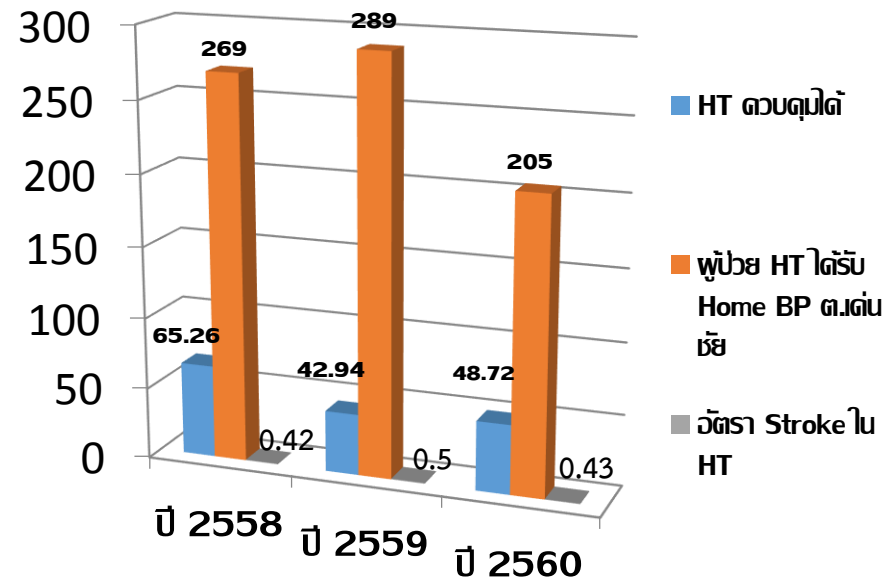
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี

จากการตามรอยโรกระบบหลอดเลือดสมอง

(Stroke) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปี 2558 - 2560

พบว่า

- ❖ ปี 2558 การวัด วิเคราะห์ฐานข้อมูลมีโอกาสคลาดเคลื่อน
- ❖ มีการ Home BP เฝ้าระบบพื้นที่ ว.เด่นชัย
- ❖ การทำกัมมิตตาม Home BP เน้นการพิจารณาการ ดูแลรักษา ใช้ยาให้เหมาะสม
- ❖ ข้องจำกัดการเสริมแรง สร้างทักษะการ Self monitoring ของผู้ป่วย และญาติ
- ❖ อัตราผู้ป่วย HT ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และค่าใช้จ่าย ครอบครัว (เกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดสมอง เป็น 0.42 , 0.5 และ 0.43 ตามลำดับ)



ปี 2558 ข้อมูลควบคุมได้จากการนับของ PM

ปี 2559 - 2560 ข้อมูลควบคุมได้จาก HDC

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี

เป้าหมาย อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ $< 140/90$ mmHg $\geq 50\%$

กระบวนการแก้ปัญหา

1. จัดอบรมเพิ่มทักษะ: Home BP กลุ่ม วสม.
ว.เด่นชัย และเครือข่ายสุขภาพเทศบาล ต.เด่นชัย
Monitor BP ผู้ป่วย HT กลุ่ม Un - control / และ:
จัดอบรมผู้ป่วย DM HT รายใหม่ วัด BP ด้วย
ตนเอง เน้นเฝ้าสังเกตอาการ Warning sign stroke

2. ร่วมกับอาสาสมัครแพทย์ จัดทำแบบบันทึก Home BP เป็น 3 แบบได้แก่

- Home BP ทุกวันที่ 1 และ 16 ของเดือน
- Home BP ทุกวันศุกร์
- Home BP ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์

ประชุมชี้แจงผ่านเวที NCDs ระดับอำเภอ

เน้น ประสานดูแลผ่าน Line group NCD และ COC ดปสว.เด่นชัย
และชี้แจงให้หน่วยงานทางคลินิกที่เกี่ยวข้องในรพ.



วันที่	ความดัน sistolic	ความดัน diastolic	จำนวน คน	วันที่ตรวจ
วันจันทร์ที่ 15.10.2561	150	100	25	
วันพุธที่ 17.10.2561	150	100	25	
วันศุกร์ที่ 19.10.2561	150	100	25	
วันจันทร์ที่ 22.10.2561	150	100	25	
วันพุธที่ 24.10.2561	150	100	25	
วันศุกร์ที่ 26.10.2561	150	100	25	
วันจันทร์ที่ 29.10.2561	150	100	25	
วันพุธที่ 31.10.2561	150	100	25	
วันศุกร์ที่ 03.11.2561	150	100	25	
วันจันทร์ที่ 06.11.2561	150	100	25	
วันพุธที่ 08.11.2561	150	100	25	
วันศุกร์ที่ 10.11.2561	150	100	25	
วันจันทร์ที่ 13.11.2561	150	100	25	
วันพุธที่ 15.11.2561	150	100	25	
วันศุกร์ที่ 17.11.2561	150	100	25	
วันจันทร์ที่ 20.11.2561	150	100	25	
วันพุธที่ 22.11.2561	150	100	25	
วันศุกร์ที่ 24.11.2561	150	100	25	
วันจันทร์ที่ 27.11.2561	150	100	25	
วันพุธที่ 29.11.2561	150	100	25	
วันศุกร์ที่ 01.12.2561	150	100	25	

หมายเหตุ: ถ้าความดัน sistolic เท่ากับหรือมากกว่า 160 ขึ้นไป
หรือ ความดัน diastolic เท่ากับหรือมากกว่า 90 ขึ้นไป
*** ให้มาพบแพทย์ทันที

10.00 H	114/64/50	
8	11.30	134/72/61
15	11.45	129/65/70
22	10.00	120/62/62
24	11.30	126/67/72
3	11.00	135/78/59
10	9.00	124/64/63
17	10.00	135/73/57
24	9.00	126/72/63
1	10.00	127/72/53
8	9.00	128/72/63
15	8.30	136/74/59

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี

กระบวนการแก้ปัญหา

3. กำกับติดตามกลุ่มผู้ป่วย Home BP ดังนี้

- การรักษาด้วยยา (เพิ่ม - ลดยา)
- ปรึกษาแพทย์เป็นรายกรณี
- ประสาน รพ.สต. และเครือข่าย ดูแลผู้ป่วย DM HT กลุ่มติดบ้าน/ติดเตียง
- เน้น **ติดตามข้อมูลให้กับเครือข่าย รับรู้ปัญหาสุขภาพพื้นที่ และช่วยประชาสัมพันธ์กระตุ้นเตือนเชิงบวกกับ Home BP self monitoring**

4. ปี 2560 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผู้ป่วย Self monitoring สืบค้นปัญหาอุปสรรค วางแผนจัดบริการ

ปี 2561 แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับ NCDs ระดับจังหวัด ทบทวนและบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ต้องได้รับการ Home BP รายตำบล

ปี 2561 ทบทวนกับผู้บริหารแต่ละระดับ จัด/แจก เครื่องวัด BP จัดทำแนวทาง Home BP Self monitoring (เม.ย. 61 - ก.ย. 61)





ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ < 140 / 90 มิลลิเมตรปรอท (> 50 %)	5,185	2,069	39.90

- ❖ ปี 2558 - 2560 ผู้ป่วย HT ที่ Home BP เป็นร้อยละ 7.9 , 6.9 และ 4.5 พบมีปรับเพิ่ม - ลดยาไม่เหมาะสม 3 ราย ในปี 2558 ดันต่ำข้อมูลห้องตรวจแพทย์ ปี 2559 - 2560 ไม่พบการใช้ยาไม่สมเหตุผล
- ❖ ปี 2561 (ต.ด. 60 - มี.ด. 61) ผู้ป่วย HT เกิดภาวะแทรกซ้อนโรคระบบหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 0.09 ไม่พบเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการ Home BP (ปรับกำกับติดตาม โดยวัด วิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลตอบกลับ Thai refer ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์)
- ❖ ดันต่ำข้อมูลกลุ่ม Stroke รายใหม่ที่ไม่ใช่กลุ่มโรคเรื้อรังตามกลุ่มวัย ให้อำนาจทีมนำทางคลินิก และ ดบสว.เด่นชัย เพื่อวางแผนกำหนดนโยบายเชิงรุกในชุมชน กับ Self awareness กับ HT และ Stroke

☐ แผนพัฒนา(ระยะ 3- 6 เดือน) ทบทวนและจัดทำแนวทางการ Home BP self monitoring ระดับอำเภอ

ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

จากการตามรอยการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ในปี 2558 - 2560 พบว่า

❖ ปี 2558

- แพทย์อายุรกรรมจัดทำ CPG
- จัดตั้งทีมดูแลเฉพาะโรค DM แบบสหวิชาชีพ
- เชื่อมบ้านในกลุ่มผู้ป่วย DM Un - control

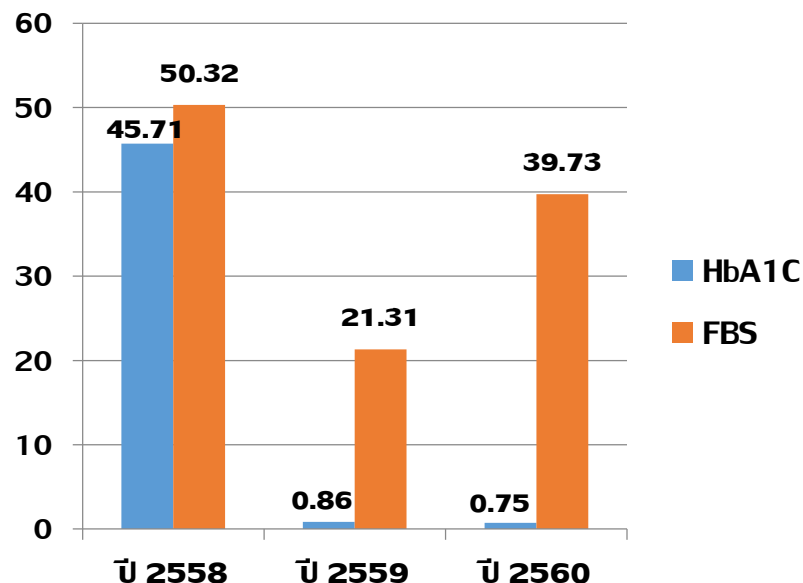
❖ ปี 2559

- พบผู้ป่วยเบาหวานใช้ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมที่โฆษณาลดน้ำตาลในเลือด
- มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 4 เพิ่มขึ้นจากการใช้ยาสมุนไพร

- ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจัดการรายการนิบาตนัด

❖ ปี 2559 - 2560

- บัณฑิตแก้ปัญหาการเงินการคลัง
- ไม่มีการตรวจด้วยวิธี HbA1C



ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

เป้าหมาย วัตรผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ $\geq 40\%$ (HbA1C)

กระบวนการแก้ปัญหา

1. ปรับแนวทางการจัดการรายกรณี โดย Case manager
 - กำหนดมีการวัด วัตร: รั้งจัดกลุ่มผู้ป่วย Un control จำแนกตามปัญหาเฉพาะราย ได้แก่ **ใช้ยาไม่ถูกต้อง , ขาด Care giver , ควบคุมอาหารไม่ถูกต้อง**
 - ประสานแพทย์ในการคัดเลือกทำ SMBG
 - ปรับแนวตติให้ผู้ป่วยเบาหวานและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกำหนดเกณฑ์ วิธีการรักษา ตั้งเป้าหมาย
 - จิตอาสาหมอเบาหวานพื้นที่ sw.สต.



ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

2. ทบทวนกับงานเกษียณกรรม และ COC ดปสว.เด่นชัย

- เพิ่มการกำกับติดตามผู้ป่วยเบาหวาน Un control
- **เน้น** - ดูแลการใช้ยาเบาหวานชนิดฉีด
 - ใช้ยากลุ่มโรโตร่วม มีภาวะ: CKD
 - ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับเครือข่ายสุขภาพ

3. บูรณาการกับงานแพทย์แผนไทย

- เพิ่มช่องทางแลกเปลี่ยนเรียนรู้การใช้ยาสมุนไพร
- เสริมแรงผู้ป่วยรายบุคคล ในการใช้ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม



ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (HbA1C < 7 ; FBS 70 – 130 mg%) (> 40 %)	HbA1C=122 FBS=1665	HbA1C =38 FBS=697	HbA1C=1.87 FBS=41.86

- ❖ ปี 2561 (ต.ค. 60 - มี.ค. 61) ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1C เพิ่มขึ้นจากปี 2560 จาก 15 ราย เป็น 122 ราย
 - ❖ จากตรวจ HbA1C 122 ราย ควบคุมน้ำตาลได้ 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.87 ของประชากรเบาหวาน
- จากการกำกับติดตาม ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อนในการรักษา ได้รับการจัดการรายกรณี จำนวน 28 ราย สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น จำนวน 6 ราย เป็นร้อยละ 21.4 ไม่พบผู้ป่วยกลุ่มนี้ Admission ด้วยภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น และภาวะแทรกซ้อนทางไต

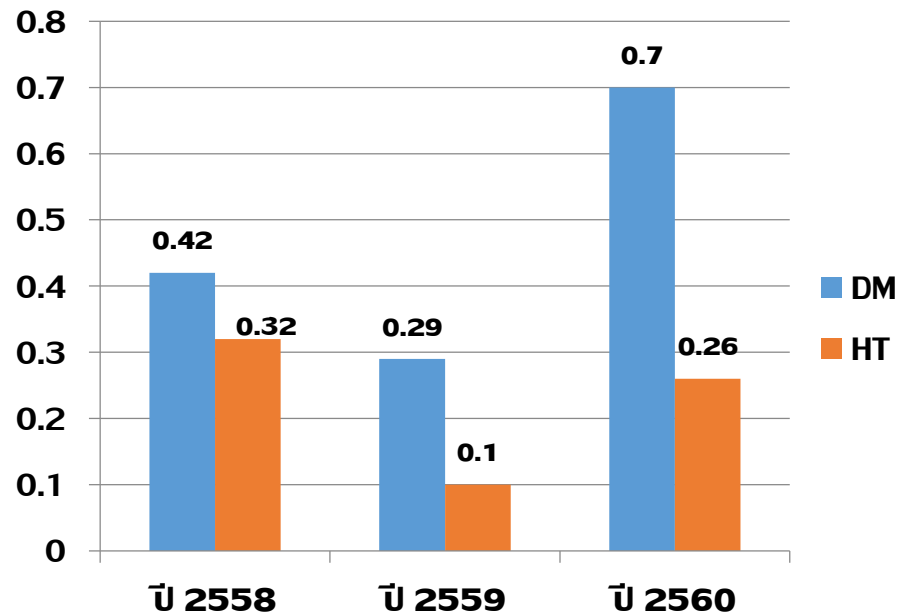
☐ แผนพัฒนา(ระยะ 3- 6 เดือน) ร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ ๙ นิเทศงาน กำกับติดตามการดูแลรักษาในรพ.สต.



ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมิน โอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD RISK)

สถานการณ์ จากการตามรอยการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจ
ขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดัน
โลหิตสูง ปี 2558 - 2560 พบว่า

- ❖ การประเมิน CVD risk ไม่ชัดเจนเชิงระบบ
- ❖ เริ่มบูรณาการประเมิน CVD risk ร่วมกับ Service plan สาขาโรคหัวใจ ปี 2559
- ❖ อัตราผู้ป่วย DM เกิดภาวะ STEMI เป็น 0.42 , 0.29 และ 0.70 ตามลำดับ
- ❖ อัตราผู้ป่วย HT เกิดภาวะ STEMI เป็น 0.32, 0.10 และ 0.26 ตามลำดับ





ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมิน โอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD RISK)

- เป้าหมาย**
1. จัดরাผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันลดลง
 2. จัดราผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมิน CVD risk $\geq 80\%$

กระบวนการแก้ปัญหา

1. เพิ่มช่องทางพัฒนากิจกรรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กลุ่ม
โรค Acute Coronary Syndrome (ACS) ร่วมกับ
Service plan สาขารโรคหัวใจระดับจังหวัด นิเทศสัปดาห์

2. ปรึกษา Thai CVD risk score กับผู้ป่วยเบาหวาน
ความดันโลหิตสูง

โปรแกรมโรค : เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง

<10% ต่ำ	10-20% ปานกลาง	20-30% สูง	30-40% สูงมาก	5
-------------	-------------------	---------------	------------------	---

Drag a column header here to group by that column

อายุ	คลินิก	สูบบุหรี่	BP	Cholesterol	ผลการประเมิน	วันที่รับบริการ
62	DM,HT	N	127/72		<10%(ต่ำ)	28/3/2561
62	DM,HT	N	140/80		10-20%(ปานกลาง)	14/2/2561
62	DM,HT	N	130/75		<10%(ต่ำ)	3/1/2561
62	DM,HT	N	161/89		20-30%(สูง)	21/12/2560
62	DM,HT	N	153/83		10-20%(ปานกลาง)	29/11/2560

Power by: Nanoi Hospital Nan

☒ ปิดหน้าจอ หลังบันทึก
☒ แสดง CVD Risk ตอนเปิด @แบบที่ 1
☐ แสดง CVD Risk ตอนเปิด @แบบที่ 2

ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมิน โอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD RISK)

3. จำแนกข้อมูลกลุ่ม DM/HT ที่มีค่า CVD risk $\geq 30\%$

- วางแผนการรักษาร่วมกับทีมรักษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น Home BP , การลด BMI และรอบเอว ,
- มีค่า LDL $> 100\text{mg\%}$ ควรได้รับยากลุ่ม Statin



4. ร่วมเป็นทีม STEMI ดูแลเฉพาะโรค

- ทำกัมติดตามเพื่าระวังกลุ่มที่มีค่า CVD risk $\geq 30\%$ ร่วมกับงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน สว.สส. และเดรื้อข่าย
- เน้น การให้ Warning sign STEMI และ 1669





ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมิน โอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD RISK)

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ร้อยละผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD RISK) ($\geq 80\%$)	2,371	2,162	91.1

❖ อัตราผู้ป่วย DM เกิดภาวะ: STEMI เป็น ปี 2561 (ต.ค. 60 - มี.ค. 61) เป็น 0.04

❖ อัตราผู้ป่วย HT เกิดภาวะ: STEMI เป็น ปี 2561 (ต.ค. 60 - มี.ค. 61) เป็น 0.05

จากการทำกัมิตติดตาม ผู้ป่วยกลุ่มที่มีค่า CVD risk $>30\%$ จำนวน 8 ราย ร่วมกับเตรียมย้ายสุขภาพ มีค่า CVD risk ลดลง เป็น $20- <30\%$ จำนวน 4 ราย และ $10- <20\%$ จำนวน 4 ราย ผู้ป่วยทั้ง 8 รายไม่พบเกิดภาวะ: STEMI

❑ แพนพัฒนา(ระยะ: 3- 6 เดือน) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่เน้นความครอบคลุมของข้อมูล และบูรณาการร่วมกับการ
งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทำกัมิตติดตามการดูแลรักษาในกลุ่มเสี่ยงสูงให้ทันเวลา

2. ไรต์วินไรต์

เป้าหมาย

คัดกรองกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่มเป้าหมาย
วัดความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวินไรต์ปอดรายใหม่

สถานการณ์ :

- ผู้ป่วยขึ้นทะเบียน 19 ราย (31.15 ต่อแสนประชากร)
- Pt รายใหม่ เสมหะพบเชื้อ 10 ราย (52.60)
- Pt วินไรต์นอกปอด 1 ราย (5.60)
- เป้าหมาย ปี 2561 วัดราป่วย 171 ต่อแสนประชากร
- Pt รายใหม่ เสมหะไม่พบเชื้อ 4 ราย (22.20)
- Pt TI จำนวน 1 ราย

ยุทธศาสตร์ / มาตรการ / กิจกรรมหลัก :

- ค้นหาเชิงรุกกลุ่มเสี่ยงในชุมชน
- การบันทึกข้อมูลใน TBCMOnline
- พัฒนาศักยภาพบุคลากรในสถานบริการ
- พลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวินไรต์รายใหม่
- บูรณาการการคัดกรองวินไรต์ร่วมกับงานไรต์ไม่ติดต่อเรื้อรัง

ระดับความสำเร็จ :

ไตรมาส 1

- คัดกรอง กลุ่มเสี่ยง 30 %
- ขึ้นทะเบียน Pt 50 ต่อแสนปชก.
- ดื่นข้อมูล ทุกสถานบริการ
- Success rate > 60 %

ไตรมาส 2

- คัดกรอง กลุ่มเสี่ยง 60 %
- เน้น กลุ่มติดเตียง CKD
HCW HIV COPD ร่วมบ้าน
- ขึ้นทะเบียน Pt 100 ต่อแสน
- Success rate > 70%

ไตรมาส 3

- คัดกรองกลุ่มเสี่ยง 90 %
- ขึ้นทะเบียน Pt 150 ต่อแสน
ปชก.
- Success rate > 80%

ไตรมาส 4

- คัดกรองกลุ่มเสี่ยง 100 %
- ดื่นข้อมูล ทุกสถานบริการ
- ทบทวนแนวทาง
- แลกเปลี่ยน เรียนรู้



ความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยไตโรคปอดรายใหม่

ปัจจัยจำกัด

1. ตายระหว่างการรักษาในช่วง Intensive phase (ระยะเข้มข้น 1 – 3 แรกของการรักษา)จำนวน 4 ราย ร้อยละ: 26.70
2. ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยช้า และรักษาช้า
3. กวาระไตร่วม โดยพบว่าผู้ป่วยไตโรคที่ขึ้นทะเบียน มีไตร่วมอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ HIV (CA DM CKD COPD)

ข้อเสนอแนะ

ปัจจัยที่มีส่วนส่งเสริมการคัดกรองให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นได้แก่

- 1) ทักษะและความเชี่ยวชาญของเจ้าหน้าที่คัดกรอง โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงที่มีไตร่วม
- 2) การชักประวัติโรคอื่นๆของผู้ป่วยก่อนการคัดกรอง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ
- 3) การพัฒนาแบบคัดกรองให้มีความแม่นยำ (วิจัย/บันทึกข้อสังเกต)

3. ไรต์ไบล์วดวอก

เป้าหมาย

ตำบลที่สามารถควบคุมไรต์ไบล์วดวอกได้

สถานการณ์ :

- พุฒย ปี 2555-2560 มัธยม 27 ราย
- พน Pt เสี่ยงวัด ปี 2558 จำนวน 1 ราย
- Pt ปี 2560 จำนวน 17 ราย
- Pt ปี 60 สูงสุดที่ตำบลแม่จัว: 178.95 ต่อแสน ปชก

ยุทธศาสตร์ / มาตรการ / กิจกรรมหลัก :

- แผนปฏิบัติการควบคุมโรค ดปสว.เด่นชัย ปี 2561
- ชักชวนความเข้าใจ ร่วมกับ วปท. โรงเรียน วสม เสร็จย้าย
- เติรียมความพร่วมก่อนเกิดโรค วุปรณ เดมีกัณฑ์
- มาตรการด้านรักษา (Admit ไบ่เกิน 3 วัน / บัด FU)
- ปฏิบัติการตามมาตรการ 3-3-1
- รณรงด์ กิจกรรม 5 ส เน้น 3 เก็บ (บ้าน ชะ น้ำ)

ระดับความสำเร็จ :

ไตรมาส 1

- มอบหมายภารกิจ
- บริหารจัดการโดยมีสเฮอร์ ไบ่ลวดวอก
- ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรค ไบ่ลวดวอกสือสารพ่นพูนำ

ไตรมาส 2

- ประชุมเตรียมความพร่วมก่อน รษาด กัณฑ์
- วบรมเทคนิดการพ่นเดมี วปท
- สร้างทีม SAT

ไตรมาส 3

- ดึนข้อมูล เติรียมความพร่วม
- ไช้มาตรการ 3-3-1 อย่าง เตรงดรด
- รณรงด์ กิจกรรม 5 ส เน้น 3 เก็บ

ไตรมาส 4

- ดึนข้อมูล เติรียมความพร่วม
- ไช้มาตรการ 3-3-1 อย่าง เตรงดรด
- รณรงด์ กิจกรรม 5 ส
- แลกเปลี่ยน เรียรนรู้

เพื่าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออก



เตรียมความพร้อมก่อนระบาด



การดำเนินการในพื้นที่ตำบลแม่จิว: เข้มขัน

เฟียร์วังและควบคุมโรคไข้เลือดออก

มาตรการ ดบสว.ต้นวัย



เพื่าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออก

มาตรการ ดบสว.ต้นชัย

ประกาศ
นโยบาย 5 ส 3 เก็บป้องกันโรคไข้เลือดออก

ตามที่สถานการณ์โรคไข้เลือดออก อำเภอต้นชัย ได้มีการระบาดเกิดขึ้นในทุก ๆ ปี และในปี 2558 ได้มีผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 1 ราย ทั้งนี้ เพื่อใช้ประชาชนปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออก ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคไข้เลือดออกอำเภอต้นชัย จึงขอประกาศนโยบาย " 5 ส 3 เก็บป้องกันโรคไข้เลือดออก" ให้ทุกวันศุกร์ ทุกหลังคาเรือน ชุมชน บ้าน วัด โรงเรียน หน่วยงานราชการ รัฐวิสาหกิจ สถานที่ราชการ ดำเนินการดังนี้

1. ดำเนินกิจกรรม 5 ส สะสาง สะดวก สะอาด สุขลักษณะ สร้างนิสัย ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก
2. เก็บขยะเศษภาชนะไม่ให้เป็นที่แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ถึงขยะต้องมีฝาปิดมิดชิด ขยะแห้งขยะเปียกและขยะติดเชื้อ โดยมีถุงพลาสติกกันรั่วซีมทุกถัง สะอาด ไม่มีกลิ่นเหม็น
3. เก็บน้ำปัดให้มิดชิด ไม่ให้ยุงลายวางไข่ ห้องน้ำสะอาดแห้ง ไม่มีกลิ่นเหม็น
4. เก็บบ้าน ที่ทำงานให้ปลอดโปร่ง ไม่ให้ยุงลายเกาะพัก จัดให้เป็นระเบียบ สะอาดอยู่เสมอ
5. มาตรการ 3-3-1 คือ
 - ต้องรายงานผู้ป่วยไข้เลือดออกภายใน 3 ชั่วโมง
 - กำจัด, ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงบ้านผู้ป่วยและรอบ ๆ บ้านและในชุมชนภายใน 3 ชั่วโมง
 - พันสารเคมี ฉ่ายุงตัวแก่และตัวเต็มวัยภายใน 1 วัน(24 ชั่วโมง)

จึงประกาศมาเพื่อทราบและถือปฏิบัติโดยทั่วกัน

ชาวสาธารณสุข รวบรวมพลัง!
พิฆาตยุงลาย
ด้วยมาตรการ 3 เก็บ

เก็บบ้านให้ปลอดโปร่ง
ไม่ให้ยุงลายเกาะพัก
เก็บขยะเศษภาชนะ
ไม่ให้เป็นที่แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย
เก็บน้ำปัดให้มิดชิด
ไม่ให้ยุงลายวางไข่

+ 5 ส.
สะสาง สะดวก สะอาด สุขลักษณะ สร้างนิสัย

ทุกวันศุกร์ ในหน่วยงาน และ**ที่บ้าน**ทุกวันเสาร์ - อาทิตย์
เพื่อความปลอดภัยจาก **ไข้เลือดออก ไข้ชิกา และไข้ปวดข้อยุงลาย**

เริ่ม วันนี้



เพื่าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออก

มาตรการ ดบสว.เด่นชัย

หน้า ๖๙
เล่ม ๑๓๓ ตอนพิเศษ ๑๐๐ ง ราชกิจจานุเบกษา ๔ พฤษภาคม ๒๕๕๔

ข้อบัญญัติองค์การบริหารส่วนตำบลไทรน้อย

เรื่อง การควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย
พ.ศ. ๒๕๕๔

โดยที่เป็นการสมควรตราข้อบัญญัติองค์การบริหารส่วนตำบลไทรน้อย ว่าด้วยการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลไทรน้อย

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๖๗ (๓) แห่งพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. ๒๕๓๗ และมาตรา ๗๑ แห่งพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. ๒๕๓๗ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๖ ประกอบกับมาตรา ๒๐ องค์การบริหารส่วนตำบลไทรน้อยโดยความเห็นชอบของสภาองค์การบริหารส่วนตำบลไทรน้อยและนายอำเภอเด่นชัย จึงตราข้อบัญญัติไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ข้อบัญญัตินี้เรียกว่า “ข้อบัญญัติองค์การบริหารส่วนตำบลไทรน้อย เรื่อง การควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย พ.ศ. ๒๕๕๔”

ข้อ ๒ ข้อบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลไทรน้อยตั้งแต่วันที่ได้ออกประกาศไว้ โดยเปิดเผย ณ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลไทรน้อยแล้วแต่วัน

ข้อ ๓ บรรดาข้อบัญญัติ ข้อบังคับ ระเบียบและคำสั่งอื่นใดในส่วนที่ได้ตราไว้แล้วในข้อบัญญัตินี้ หรือซึ่งขัดหรือแย้งกับข้อบัญญัตินี้ให้ใช้ข้อบัญญัตินี้แทน

ข้อ ๔ ให้นายกองค์การบริหารส่วนตำบลไทรน้อยเป็นผู้รักษาตามข้อบัญญัตินี้และให้มีอำนาจออกระเบียบ ประกาศหรือคำสั่งเพื่อปฏิบัติการให้เป็นไปตามข้อบัญญัตินี้

(๕) เก็บหรือนำสิ่งของใด ๆ ที่สงสัยว่าจะไม่ถูกสุขลักษณะหรือก่อให้เกิดเหตุรำคาญจากอาคารหรือสถานที่ใด ๆ เป็นปริมาณตามสมควร เพื่อเป็นตัวอย่างในการตรวจสอบตามความจำเป็นได้โดยไม่ต้องใช้ราคา

เจ้าพนักงานท้องถิ่นอาจแต่งตั้งข้าราชการหรือพนักงานส่วนตำบลเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อช่วยปฏิบัติหน้าที่ตามวรรคหนึ่งในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลไทรน้อย ในเรื่องใดหรือทุกเรื่องก็ได้

ในการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าพนักงานท้องถิ่นหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุขหรือพนักงานเจ้าหน้าที่บุคคลดังกล่าวจะต้องแสดงบัตรประจำตัวตามแบบที่กำหนดในกฎกระทรวงต่อบุคคลซึ่งเกี่ยวข้องในขณะที่ปฏิบัติหน้าที่ด้วย และให้บุคคลซึ่งเกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกตามสมควร

ข้อ ๑๒ ถ้าเจ้าพนักงานสาธารณสุขตรวจพบเหตุที่ไม่ถูกต้องหรือมีการกระทำใด ๆ ที่ฝ่าฝืนพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ หรือข้อบัญญัตินี้ ในอันที่จะมีผลกระทบต่อสาธารณะความเป็นอยู่ที่เหมาะสมกับการดำรงชีพของประชาชน หรือจะเป็นอันตรายอย่างร้ายแรงต่อสุขภาพของประชาชนเป็นส่วนรวมซึ่งสมควรจะดำเนินการแก้ไขโดยเร่งด่วน ให้เจ้าพนักงานสาธารณสุขมีอำนาจออกคำสั่งให้ผู้กระทำการไม่ถูกต้องหรือฝ่าฝืนดังกล่าวแก้ไขหรือระงับเหตุนั้น หรือดำเนินการใด ๆ เพื่อแก้ไขหรือระงับเหตุนั้นได้ตามสมควรแล้วแจ้งให้เจ้าพนักงานท้องถิ่นทราบ

หมวด ๔

บทกำหนดโทษ

ข้อ ๑๓ ผู้ฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามข้อบัญญัตินี้ต้องระวางโทษตามที่กำหนดไว้ในบทกำหนดโทษแห่งพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ โดยให้เจ้าพนักงานท้องถิ่นหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายมีอำนาจเปรียบเทียบปรับได้

ประกาศ ณ วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๔

นาย สมบูรณ์ เถลิง

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลไทรน้อย

4. อุบัติเหตุทางถนน

เป้าหมาย

จำเลยมีมาตรการแก้ไขปัญหาคูหาบุตรทด

สถานการณ์ :

- จำนวนบาดเจ็บ ปี 58-60 = 745, 721, 741
- จำนวนบาดเจ็บ ปี 61 (2ไตรมาส) = 346 ราย
- อัตราตาย ปี 58-60 = 27.8, 30.6, 41.8 ต่อแสนปชก.
- อัตราตาย ปี 61 = 19.5 (ไม่เกิน 16 ต่อแสนปชก.)

ยุทธศาสตร์ / มาตรการ / กิจกรรมหลัก :

- มาตรการด้านป้องกัน
- มาตรการด้านการรักษาพยาบาล
- รณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุ จนท.ใน sws.เด่นชัย / sw.สต.
- นำส่ง Pt อุบัติเหตุ ครอบคลุมทั้งอำเภอ
- นำเสนอข้อมูลใน สปท.จ.เด่นชัย ทุกเดือน
- พัฒนากิจกรรม: ระบบ EMS

ระดับความสำเร็จ :

ไตรมาส 1

- ครอบคลุมป้องกันอุบัติเหตุทุกสถานบริการ 100 %
- ดำเนินชุมชนห่วงใยเวลา 52 ตำบล
- กำหนดจุดเสี่ยง
- ทบทวน ทีมกู้ชีพ 1 ครั้ง

ไตรมาส 2

- ทักษะการ อบรม CPR
AED สำหรับ ปชช / นักเรียน
- ประเมินตนเองตามเกณฑ์
Emergency care system
46 %

ไตรมาส 3

- ทีม FR ให้ครอบคลุม 100%
- ดึงข้อมูล ทุกสถานบริการ
- ทุกหน่วยแนวทาง

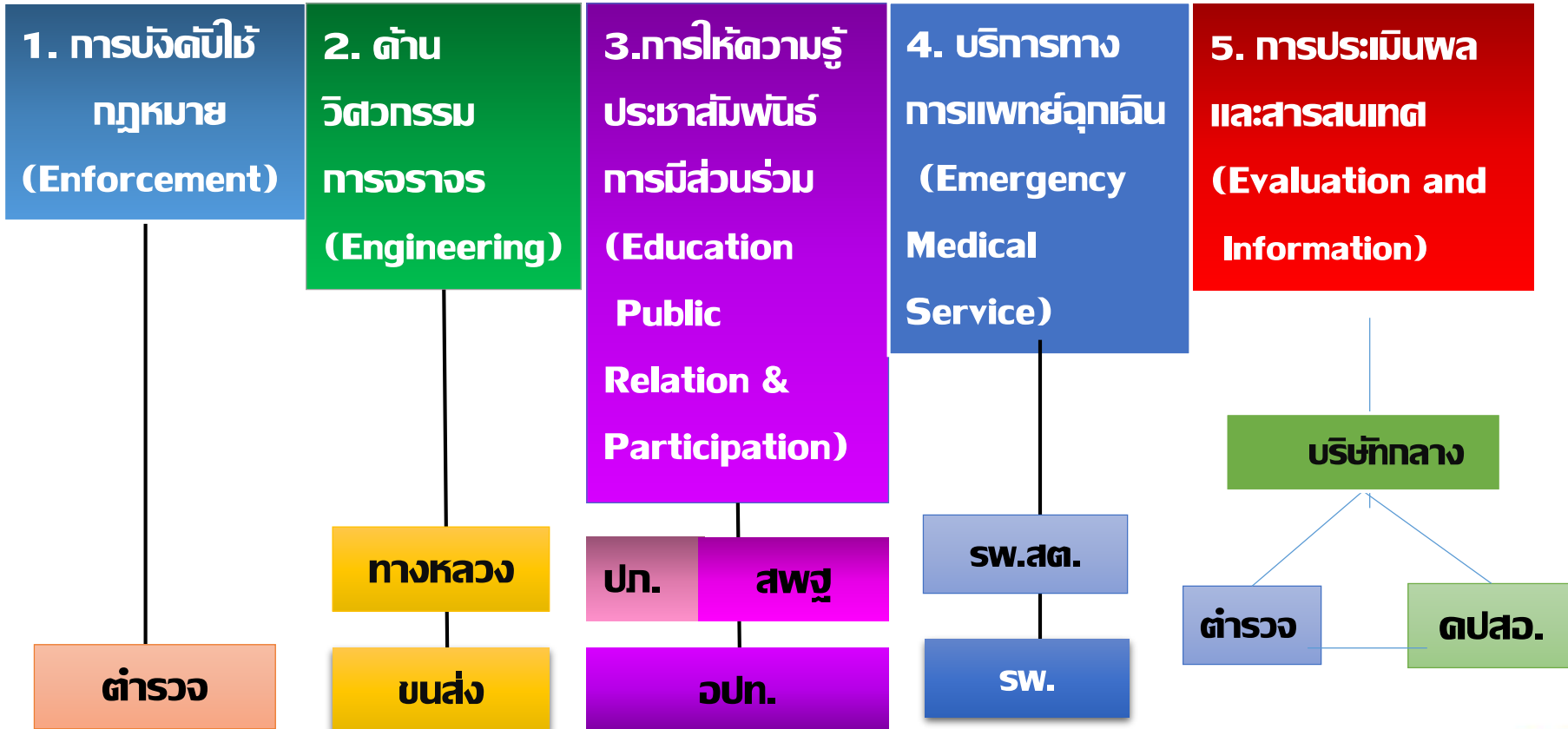
ไตรมาส 4

- อัตราตายไม่เกิน median ปี 58-60 (30.6)
- ดัชนีข้อมูล ทุกสถานบริการ
- ทบทวนแนวทาง
- แลกเปลี่ยน เรียนรู้



5E โดยนายอำเภอเด่นชัย

การมอบหมายภารกิจ ตามมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน



15 มาตรการ การจัดการ ปัจจัยด้านคน	1.การอบรมทักษะการขับขี่ปลอดภัยและช่วยเหลือผู้บาดเจ็บแก่ประชาชนทั่วไป / ทีมกู้ชีพกู้ภัย
	2.การอบรมทักษะการขับขี่ปลอดภัยและช่วยเหลือผู้บาดเจ็บแก่เด็กนักเรียน
	3.สร้างทีมระดับตำบล/หมู่บ้าน/หน่วยงานองค์กรต้นแบบสวมหมวกนิรภัย เมาไม่ขับ พรบ.ประกันภัย100%
	4.รณรงค์ประชาสัมพันธ์ ทั้งระดับอำเภอและตำบล
	5.การสร้างมาตรการชุมชนสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่ เมาไม่ขับ ตรวจสอบไฟฟ้าสายรถจักรยาน และจักรยานยนต์
	6.ตั้งด่านชุมชนสลับหมุนเวียนกันทุกเดือนตลอดทั้งปี
	7.การซ้อมแผนรองรับอุบัติเหตุทางถนน แบบบนโต๊ะ (Table Top Exercise: TTX)
	8.สร้างการมีส่วนร่วม ในการนำข้อมูลมาพิจารณา และสร้างมาตรการระดับอำเภอ และตำบล
	9.การขับเคลื่อนหมู่บ้าน/องค์กรต้นแบบสวมหมวกนิรภัย100%
	10.กำหนดมาตรการ ถนนสีขาว ของแต่ละโรงพัก (สภ.เด่นชัย ถนนสามแยกธรรมาราม ถึง สถานีรถไฟ)
	11.เจ้าหน้าที่สภ.เด่นชัย / สภ.ห้วยไร่ ตั้งด่านจับกุม10 ชั่วโมงหลัก (10สชม)
	12.การค้นหาและเยี่ยมบ้านผู้ที่ขับขี่ไม่ปลอดภัยและมีประวัติประสบอุบัติเหตุทางถนนบ่อยครั้ง
	13.ประชุมสรุปผลการดำเนินงาน ทดสอบเรียน นำเข้า สปท.ว.เด่นชัย ทุกเดือน
	14.ผลักดันมาตรการไม่ให้เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี และเด็กอายุมากกว่า 15 ปีที่ยังไม่มีใบอนุญาตขับขี่ ขับขี่รถ
	15.ทบทวน มาตรการ กำหนดให้มีการบันทึกข้อตกลง(MOU) ของส่วนราชการ และประกาศเป็นวาระของอำเภอเด่นชัย ตาม พรบ.
2 มาตรการ การจัดการปัจจัยด้านรถ	1.การรณรงค์ออกหน่วยเคลื่อนที่ทำพรบ.ประกันภัยรท จยช.
	2.การย้ายจุดตรวจจุดสกัดของเจ้าหน้าที่ตำรวจเข้าใกล้เขตชุมชน
6 มาตรการ การจัดการ ปัจจัยด้านถนนและ สิ่งแวดล้อม	1.การชี้เป้าจุดเสี่ยงและจัดการจุดเสี่ยง/ความเสี่ยง โดยความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
	2.ตัดแต่งกิ่งไม้ข้างถนนสายหลักและสายรอง ที่บดบังทัศนวิสัย
	3.กำหนดมาตรการ ด้านการขนส่งไม่พ่วง ไม่จัมป็น ไม่ให้ตกรั้วลาดบนถนน
	4.กำหนดรูปแบบการจอดรถพ่วงหน้า ที่มีความปลอดภัย
	5.จุดจอดรถชั่วคราวแก้ไขปัญหาการกีดขวางและจอดรถรับผู้โดยสารบริษัทเดินรถเอกชน
	6.ร่วมกันสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน



บัญชาสาธารณสุข อุบัติเหตุทางถนน

ขับเคลื่อน

- การซ้อมแผนรองรับอุบัติเหตุทางถนน แบบบนโต๊ะ: (Table Top Exercise: TTX)
- การขับเคลื่อนหมู่บ้าน/องค์กรต้นแบบสวมหมวกนิรภัย 100%
- ทบทวน มาตรการ กำหนดให้มีการบันทึกข้อตกลง (MOU) ของส่วนราชการ และประกาศเป็นวาระของอำเภอเด่นชัย ตาม พชอ.

ปัญหาสาธารณสุข อุบัติเหตุทางถนน



ป้ายเตือน



ปรับปรุงถนน

ปัทยหาสาธารณสุข อุบัติเหตุทางถนน



**อบรม CPR
การใช้เครื่อง AED**

5. อนามัยแม่และเด็ก

เป้าหมาย

อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพ

เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย

เด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน

สถานการณ์ :

- หญิงมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์(60) ปี 58-60=47.7, 36.4, 48.7
- หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลหลังคลอดครบ 3 ครั้ง=33.33 %
- หญิงมาฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง(60) ปี 58-60 =59.3, 66.2, 35.9
- ภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ = 25 %

ยุทธศาสตร์ / มาตรการ / กิจกรรมหลัก :

- พัฒนามาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก
- ประชาสัมพันธ์ผ่านแม่อาสา
- สร้างสิ่งจูงใจให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากก่อน 12 สัปดาห์
- SW.สท.ผ่านเกณฑ์มาตรฐานพัฒนาเด็กอย่างองค์รวม

ระดับความสำเร็จ :

ไตรมาส 1

- แต่งตั้งคณะกรรมการงาน
อนามัยแม่และเด็ก
- ประชุมคณะกรรมการ
ไตรมาส: 1 ครั้ง
- ปรับปรุงคู่มือ ๓๒สว.ต้นชัย
1 ครั้ง

ไตรมาส 2

- ประชุมคณะกรรมการ
ไตรมาส: 1 ครั้ง
- ประชาสัมพันธ์การฝากครรภ์
จำนวน 9 สถานบริการ

ไตรมาส 3

- ประชุมคณะกรรมการ
ไตรมาส: 1 ครั้ง
- ประชาสัมพันธ์การฝากครรภ์
จำนวน 9 สถานบริการ
- ดินข้อมูล ทุกสถานบริการ

ไตรมาส 4

- ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์
> 60 %
- ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง
>60%
- แลกเปลี่ยน เรียนรู้

การพัฒนาสุขภาพ กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (0-5 ปี)



มอบรางวัลฟาดดรร์ก่อก่อน 12 สัปดาห์



รณรงด์ฟาดดรร์ก่อก่อน 12 สัปดาห์

การพัฒนาสุขภาพ กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (0-5 ปี)

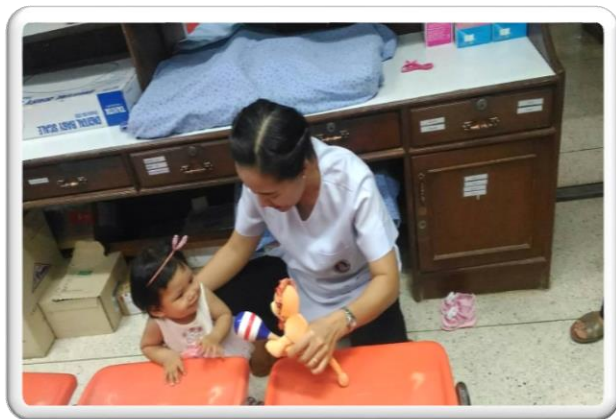


เตรียมก่อนคลอดด้วยจิตประภัสสร



ฟื้นฟูความรู้แม่บ้านอาสา

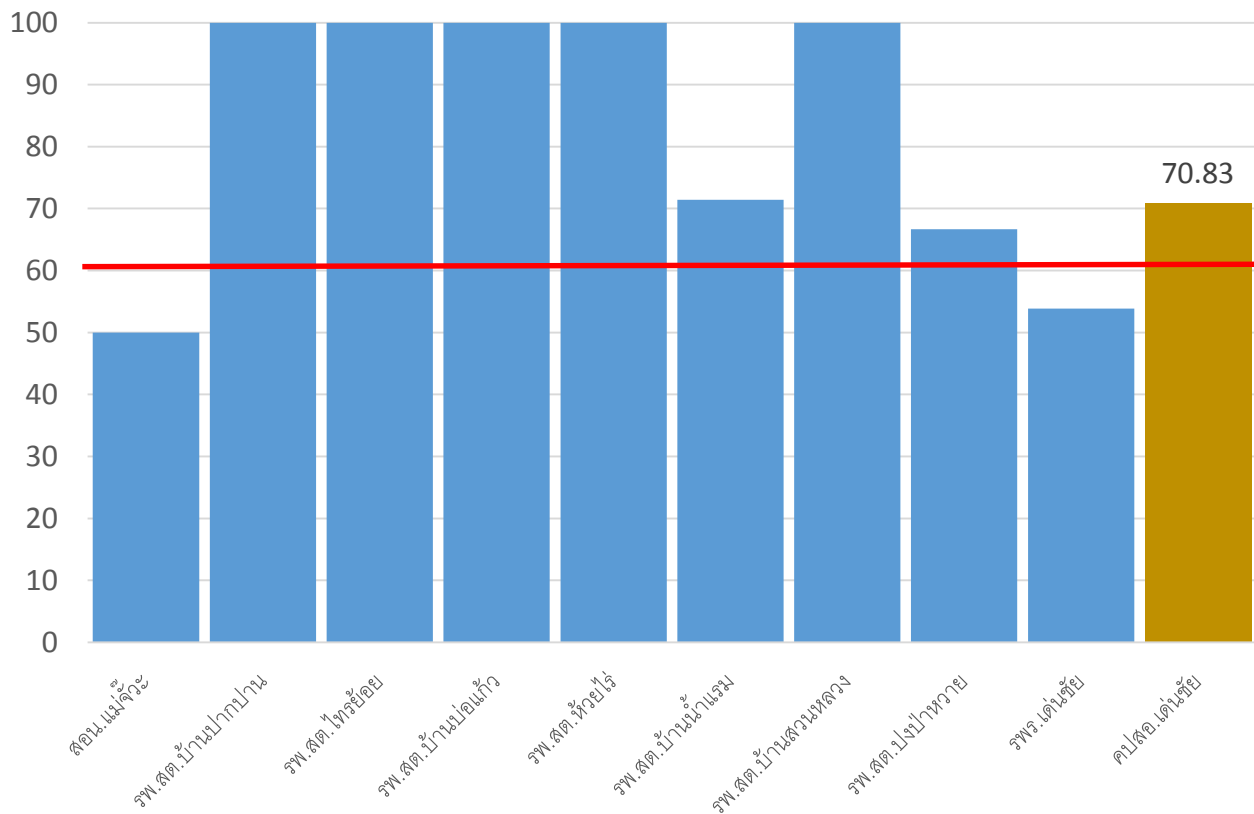
การพัฒนาสุขภาพ กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (0-5 ปี)



การตรวจพัฒนาการเด็ก

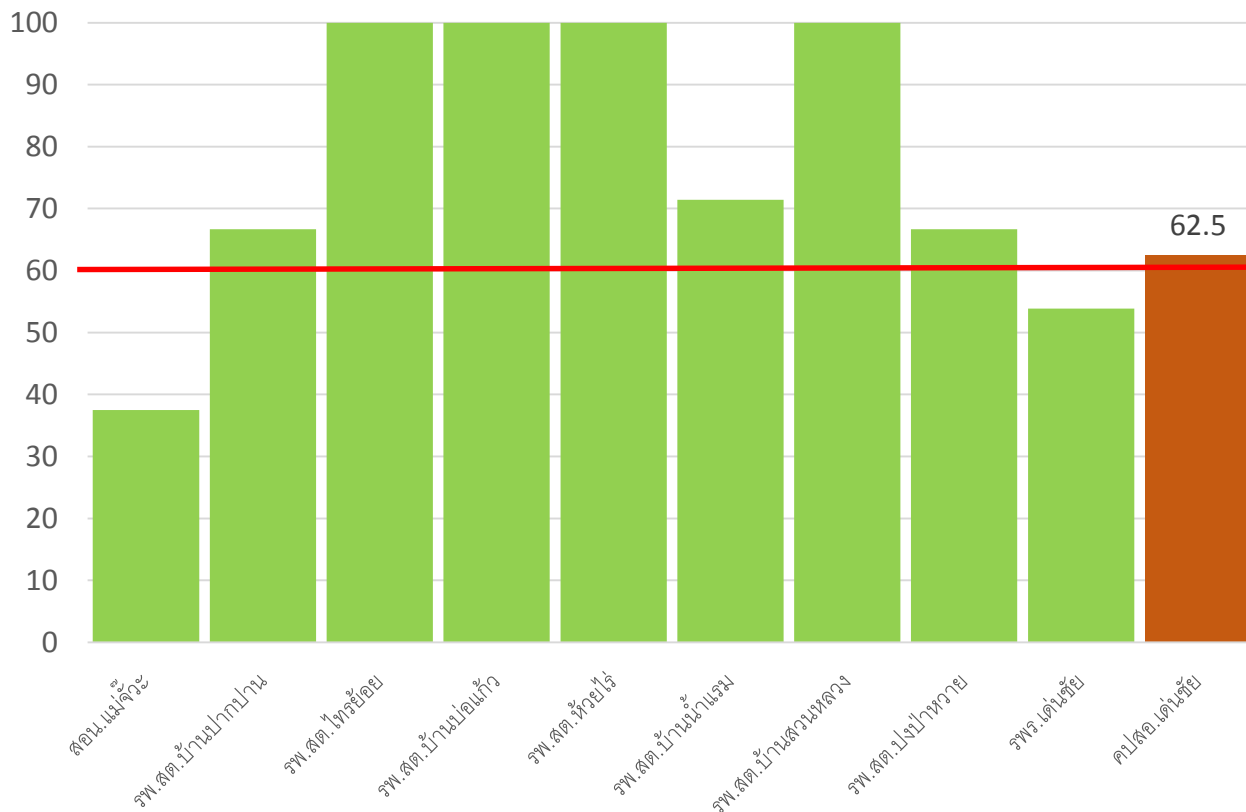


การพัฒนาสุขภาพ ฟากดรรชนี้อยกว่า 12 สัปดาห์



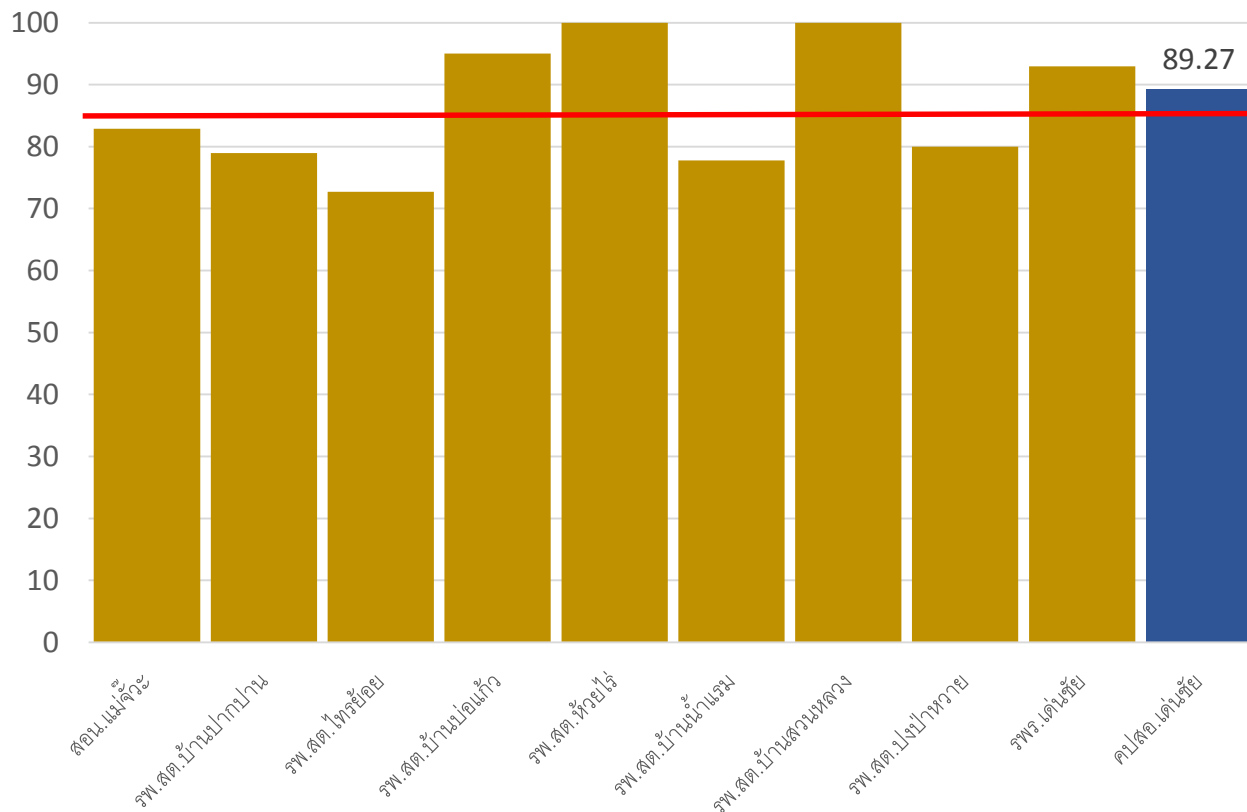


การพัฒนาสุขภาพ ฟากดรรกัทรบ 5 ด้ร้ง ดุณภาพ





การพัฒนาสุขภาพ เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย



มติการประเมิน ปีงบประมาณ พ.ศ.2561

มติภายนอก (ร้อยละ 70)

การประเมินประสิทธิภาพ (ร้อยละ 40)

- ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังการป้องกัน ดูปฏิบัติและรักษาสภาพ การรักษายาบาล การฟื้นฟูสภาพ ครอบคลุมทุก กลุ่มวัย
- ประชาชนจังหวัดแพร่ มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม
- ตัวชี้วัดผลสำเร็จตามสภาพปัญหา/บริบทของอำเภอ

การประเมินคุณภาพการให้บริการ (ร้อยละ 30)

- ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานDHS จังหวัดแพร่
- ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพสถานบริการ
- ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
- ระดับความสำเร็จของการพัฒนาสู่นโยบายเมืองบริการสุขภาพอาเซียน

มติภายใน (ร้อยละ 30)

การประเมินประสิทธิภาพ (ร้อยละ 15)

- ความพึงพอใจ ต่อระบบบริการสุขภาพ ของประชาชน
- ระดับความสำเร็จการบริหารการเงินการคลังตามเกณฑ์การประเมิน FAI

การประเมินการพัฒนางองค์กร (ร้อยละ 15)

- ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานสารสนเทศ
- ระดับความสำเร็จของการบริหารเชิงยุทธศาสตร์
- ระดับความสำเร็จในการบริหารทรัพยากรบุคคลบนความหลากหลายด้านกำลังคนตามหลักธรรมาภิบาล



1 : การพัฒนาสุขภาพกลุ่ม สตรีและเด็กปฐมวัย

1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
2. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย
3. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี

2 : การพัฒนาสุขภาพกลุ่ม วัยรุ่นและวัยรุ่น

4. ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปีฟันดีไม่มีพุง (Cavity free)
5. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี

ดณ:ที่ 1

3 : การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

6. ร้อยละของตำบลที่มีระบบ Long Term Care ผ่านเกณฑ์

5 : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

4 : การพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ

7. ร้อยละของ ดกก.พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ

8. ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ EOC และทีม SAT ที่ปฏิบัติงานได้จริง
9. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี
10. อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน
11. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มสงสัยป่วยความดัน
12. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital



การพัฒนาสุขภาพ กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย





เด็ก 3-5 ปี พึ่งปรกตรงได้รับการฝึกทักษะการปรองพืน

สถานการณ์

1. เด็กอวยกับ ญาติที่ไมใช่พ่อแม่
2. พึ่งปรกตรงไมตรงกับปัญหาในช่องปาก
3. ไมใหความสำคัญกับการบองกับ

มาตรการ ดำเนินการในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน	ประสานงาน/จัดทำโครงการในกลุ่ม ANC, WCC, ศูนย์เด็กเล็ก - โครงการส่งเสริมสุขภาพฟันเด็ก ก่อนวัยเรียน ตำบลเด่นชัย ปีงบประมาณ 2561 - โครงการพัฒนาศักยภาพพ่อแม่ นำทันสุขภาพฟันปลงปาหวาย ปีงบประมาณ 2561	ดำเนินกิจกรรมตามโครงการ	ติดตามผลการดำเนินงาน	สรุปผลการดำเนินงานแลกเปลี่ยน เรียนรู้นำเสนอผลงานในเวทีสรุป ผลงานทันตสาธารณสุขระดับจังหวัด

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ

รวม 6 เดือนแรก

เป้าหมาย

ผลงาน

ร้อยละ

เด็ก 3-5 ปี ที่พึ่งปรกตรงได้รับการฝึกทักษะการปรองพืน (≥ ร้อยละ 35)

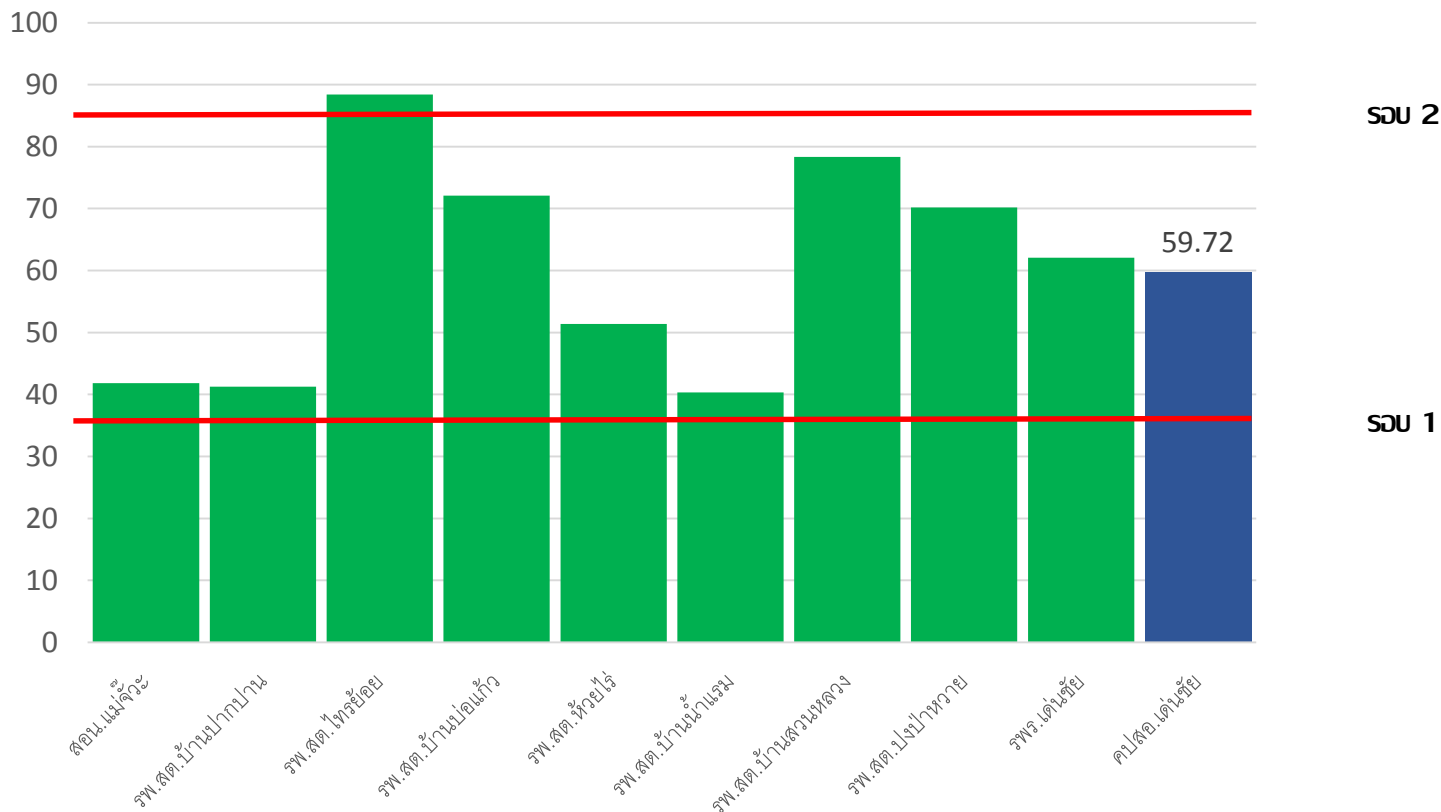
703

355

50.50



เด็ก 0-12 ปี ฟันดีไม่มีฟันผุ (Cavity free)



การพัฒนาสุขภาพ กลุ่มเด็กวัยเรียน (6-14 ปี)



เด็กจมน้ำ



โรคไข้เลือดออก



ภาวะโภชนาการ

เด็ก 6-14 ปี สูงดี สมส่วน

สถานการณ์

1. ปี 57-60 เด็กวัยเรียน มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน 15.7, 16.4, 12.9 และ 12.5 (เกณฑ์ <10)
2. ด่านิยมบริโภคอาหารทั้งสำเร็จรูป ขนมหวาน น้ำอัดลม
3. เด็กวัยเรียนมีการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายน้อยลง

การดำเนินการ

โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กวัยเรียน

- ด้านอาหารบริโภค
- การออกกำลังกาย
- มาตรการ จำหน่ายอาหาร เครื่องดื่ม รสหวานในโรงเรียน



การพัฒนาสุขภาพ กลุ่มวัยรุ่น (15-21 ปี)



สารเสพติด



อุบัติเหตุทางถนน



ตั้งแต่วัยก่อนวัยรุ่นจนวัยฉกรรจ์

การพัฒนาสุขภาพ กลุ่มวัยรุ่น (15-19 ปี)

การดำเนินงานของพื้นที่

1. การป้องกันการตั้งครรภ์ : กิจกรรมส่งเสริมและป้องกันการตั้งครรภ์แบบบูรณาการ
2. ขณะตั้งครรภ์ : พบงานสุขภาพจิต หากทางเสือกฟ้ากตรรักษ์ หรือยุติ เพียร:วังภาวะ:แทรกซ้อน
3. หลังคลอด : แนะนำปรึกษา การคุมกำเนิด ก่อนจำหน่าย



การพัฒนาสุขภาพ กลุ่มวัยรุ่น (15-19 ปี)

กิจกรรมการดำเนินงาน



จัดกิจกรรมเสริมทักษะวัยรุ่น





การพัฒนาสุขภาพ กลุ่มวัยรุ่น (15-21 ปี)

ผลการดำเนินงาน

อัตราการคลอดในมารดาอายุ 15-19 ปี

(ไม่เกิน 50 ต่อ ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน ภายในปี 2561)

- สพร.เด่นชัย 9.80 ต่อพันคน
- สว.สต.หัวไร่ 25 ต่อพันคน
- สว.สต.บ้านปากป่าน 13.89 ต่อพันคน

การพัฒนาสุขภาพ กลุ่มวัยรุ่น (15-21 ปี)

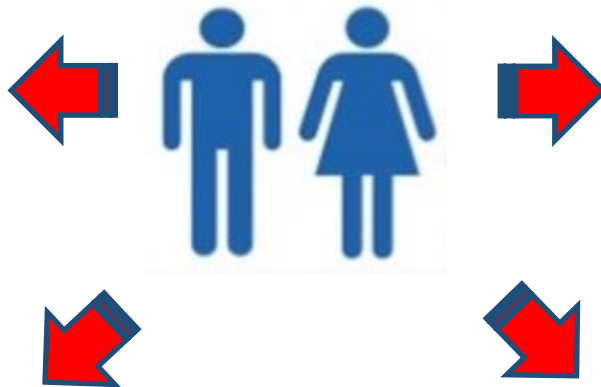
กิจกรรมการดำเนินงาน : ทีมบริหารจัดการสุขภาพวัยรุ่นระดับอำเภอ

การดำเนินงานของพื้นที่

1. บูรณาการกับงานอนามัยโรงเรียน งานเอดส์ งานสุขภาพจิต งานยาเสพติด
2. สนับสนุน สก.ต้นชัย ตามโครงการ DARE
3. แก้ไขปัญหาพฤติกรรมวัยรุ่น ร่วมกับ จปท.



การพัฒนาสุขภาพ กลุ่มวัยทำงาน (15-59 ปี)



โรคหลอดเลือดหัวใจ



พฤติกรรมเสี่ยง



อุบัติเหตุทางถนน

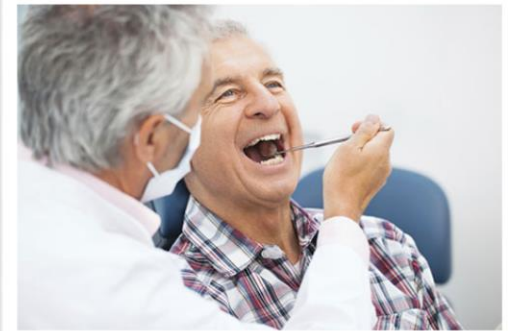
การพัฒนาสุขภาพ กลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการ



สุขภาพจิต



การดำเนินชีวิตประจำวันพื้นฐาน



สุขภาพช่องปาก

การพัฒนาสุขภาพ กลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการ

การดำเนินงานของพื้นที่

- ประสานแผนงานผู้สูงอายุ (Ageing manager) ระดับอำเภอ ยึดตามแนวทาง LTC
- เชื่อมโยงการบริการทุกระดับ ผ่านศูนย์ดูแลต่อเนื่อง



การพัฒนาสุขภาพ กลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการ



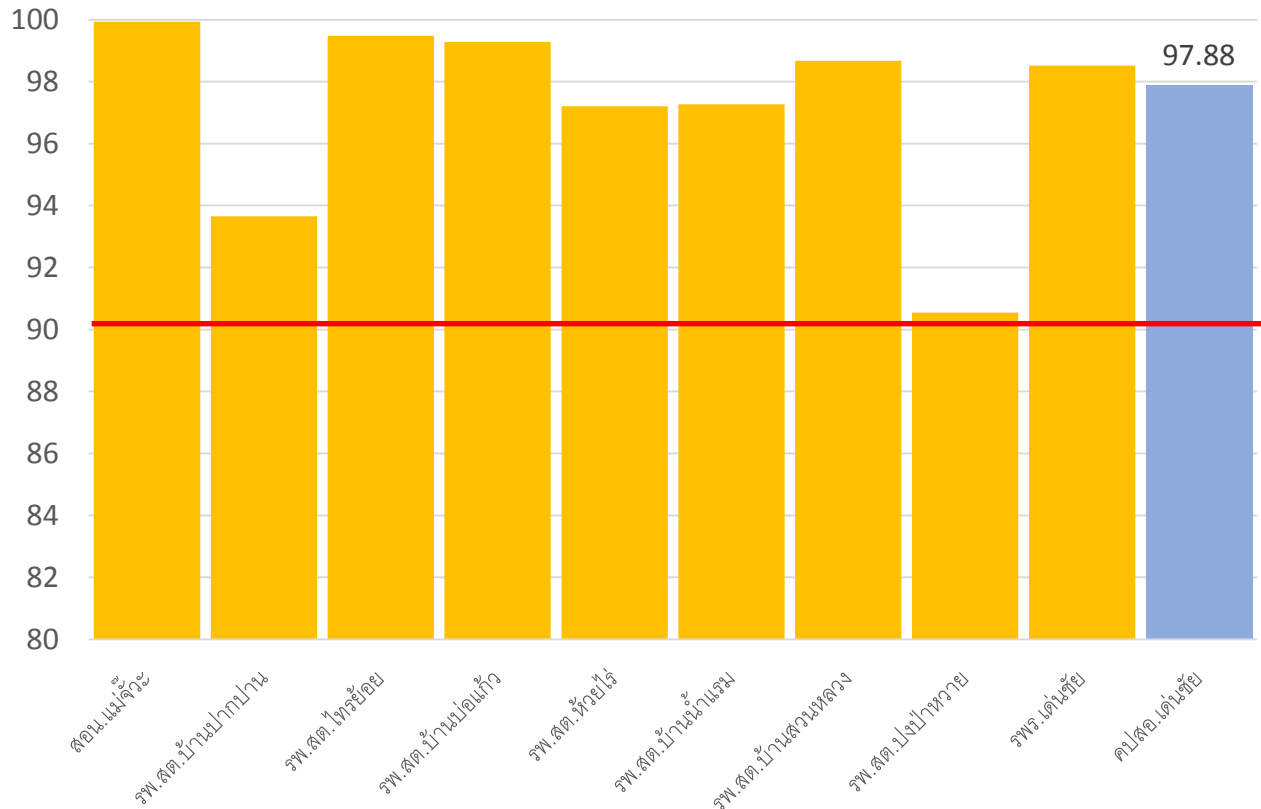
การดำเนินชีวิตประจำวันพื้นฐาน



การดำเนินชีวิตประจำวันพื้นฐาน

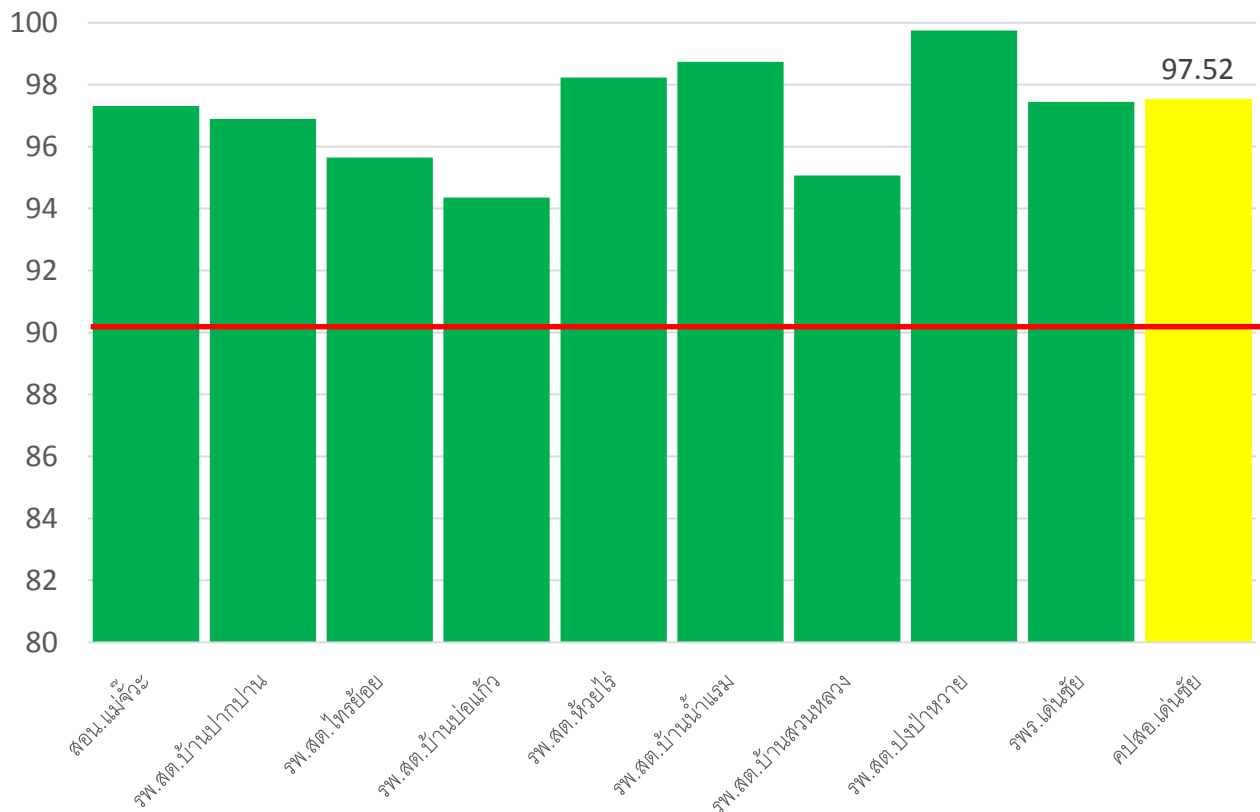


ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองประเมินสุขภาพ ร่างกายและจิตใจ





ผู้สูงอายุได้รับการประเมิน ADL



การพัฒนาสุขภาพ กลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการ

การดำเนินงานของพื้นที่

- กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ ให้บริการตรวจสุขภาพช่องปาก
- ทันตสุขศึกษา กิจกรรมสอนการดูแลสุขภาพช่องปาก
สาธารณสุขการแปรงฟัน และสอนปฏิบัติจริงในผู้สูงอายุ
- มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในชมรมผู้สูงอายุ





ตำบลดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว

ปีที่เข้าร่วม	จำนวน LTC ที่ขอุมติจาก สปสช.	CP อนุมัติแล้ว	CP โอนเงินแล้ว	CM	CG
2559 ตำบลเด่นชัย	60	44	21	2	18
2560 ตำบลแม่จัน:	16	16	16	1	26
2561 ตำบลปางหลวง	สปสช.ยังไม่โอนเงิน			2	8
ตำบลไทรย้อย	สปสช.ยังไม่โอนเงิน			1	10
ตำบลห้วยไร่	สปสช.ยังไม่โอนเงิน			1	4
รวม				7	66

การพัฒนาสุขภาพ กลุ่มผู้สูงอายุและพิการ

ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไข

1. สสอ.จัดทำคู่มือการบันทึกข้อมูล ทั้ง 10 ด้าน
2. เสริมแรงดันกำลังใจสำหรับผู้สูงอายุ โดยทีมสหวิชาชีพ
3. ปรึความเข้าใจกับญาติและพุดูแล



คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)



คำสั่งอำเภอแต่งตั้ง

ที่ /๒๕๒๒

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ อำเภอเด่นชัย (พชอ.)

เพื่อให้มีการขับเคลื่อนและพัฒนากฎหมายชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ เป็นไปเป็นทิศทาง
จากศาสตร์ และปัญญาของหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง โดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ
ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมอย่างมีส่วนร่วม รวมทั้งเพื่อให้มีการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่
ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เคารพสิทธิและความเป็นอยู่ของประชาชนในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาคือเกิด ขึ้นใน
พื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาพทางกาย จิต และสังคมที่ดีตามกฎหมายชีวิตที่ดีและ
เกิดความสุขแก่ประชาชน

การพัฒนากฎหมายชีวิตระดับพื้นที่ อำเภอเด่นชัย ได้ริเริ่มความร่วมมือจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่
นำ ทวีปหรือหน่วยงานต่าง ๆ ในรูปแบบบูรณาการ โดยมีวัตถุประสงค์ในการพัฒนากฎหมายชีวิตระดับพื้นที่เป็นอยู่และสุข
ภาวะของประชาชนในอำเภอ ทั้งนี้คณะกรรมการพัฒนากฎหมายชีวิตระดับพื้นที่ อำเภอเด่นชัย เป็นผู้ขับเคลื่อน กำหนดยุทธ
ศาสตร์ และวางแผนยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมอย่างมีส่วนร่วม
รวมทั้งบูรณาการทุกภาคส่วนในอำเภอ เน้นการแก้ไขปัญหาคือเกิด ขึ้นใน พื้นที่เป็นฐาน และประชาชนเป็นศูนย์กลาง
ตามแนวคิด "คนนำทาง โลกคู่ใจและกิน" เป็นวิถีชีวิตของการปฏิรูปวิถีชีวิตและสังคม ตลอดจนการดูแลสุขภาพ
และการดูแลสุขภาพของประชาชน ทั้งในระดับให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพทางกาย จิตที่ดี มีความ
เป็นอยู่ที่ดีและมีความสุข

เพื่อให้มีการขับเคลื่อนและพัฒนากฎหมายชีวิตระดับพื้นที่ อำเภอเด่นชัย ดำเนินงานเป็นไป
ตามวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้ประการนี้ จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนากฎหมายชีวิตระดับพื้นที่ อำเภอเด่นชัย
พ.ศ. ๒๕๒๒ (พชอ.) โดยมีองค์ประกอบและบทบาทหน้าที่ดังต่อไปนี้

๑. หน้าที่ของ ปชอ.เด่นชัย

๑.๑ การดูแลและคุ้มครอง

๒. คณะกรรมการดำเนินงาน ปชอ.เด่นชัย

- | | |
|----------------------|---|
| ๒.๑ นายอรรถ ฤกษ์งาม | ประธานคณะกรรมการ |
| ๒.๒ นายอรรถ ฤกษ์งาม | รองประธานกรรมการ |
| ๒.๓ นายอรรถ ฤกษ์งาม | ผู้ประสานงานโครงการพัฒนากฎหมายชีวิตระดับพื้นที่ |
| ๒.๔ นายอรรถ ฤกษ์งาม | ปลัดอำเภอผู้ช่วยหัวหน้าบริหารปกครอง |
| ๒.๕ นายอรรถ ฤกษ์งาม | ผู้กำกับสถานีตำรวจภูธร |
| ๒.๖ นายอรรถ ฤกษ์งาม | ตำรวจภูธร |
| ๒.๗ นายอรรถ ฤกษ์งาม | ตำรวจภูธร |
| ๒.๘ นายอรรถ ฤกษ์งาม | ตำรวจภูธร |
| ๒.๙ นายอรรถ ฤกษ์งาม | ตำรวจภูธร |
| ๒.๑๐ นายอรรถ ฤกษ์งาม | ตำรวจภูธร |
| ๒.๑๑ นายอรรถ ฤกษ์งาม | ตำรวจภูธร |
| ๒.๑๒ นายอรรถ ฤกษ์งาม | ตำรวจภูธร |

/๒.๑๒ สำนักงาน...

๒

- | | |
|------------------|---------|
| ๒.๑๒ สำนักงาน... | กรรมการ |
| ๒.๑๓ สำนักงาน... | กรรมการ |
| ๒.๑๔ สำนักงาน... | กรรมการ |
| ๒.๑๕ สำนักงาน... | กรรมการ |
| ๒.๑๖ สำนักงาน... | กรรมการ |
| ๒.๑๗ สำนักงาน... | กรรมการ |
| ๒.๑๘ สำนักงาน... | กรรมการ |
| ๒.๑๙ สำนักงาน... | กรรมการ |
| ๒.๒๐ สำนักงาน... | กรรมการ |
| ๒.๒๑ สำนักงาน... | กรรมการ |

บทบาทหน้าที่

๑. กำหนดแผนงาน เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ในการพัฒนากฎหมายชีวิตระดับพื้นที่ อำเภอเด่นชัย
๒. ดำเนินการให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนากฎหมายชีวิตระดับพื้นที่ อำเภอเด่นชัย
๓. บูรณาการและระดมทรัพยากรจากทุกภาคส่วนในอำเภอ เพื่อพัฒนากฎหมายชีวิตระดับพื้นที่
๔. สนับสนุนและส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนากฎหมายชีวิตระดับพื้นที่
๕. เสนอแนะและให้คำปรึกษาแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนากฎหมายชีวิตระดับพื้นที่
๖. ประสานงานกับเครือข่ายอำเภออื่น เพื่อให้เกิดการบูรณาการ ในการดำเนินงานอย่างมี
ประสิทธิภาพ
๗. ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในการพัฒนากฎหมายชีวิตระดับพื้นที่ อำเภอเด่นชัย
๘. เป็นกลไกในการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนากฎหมายชีวิตระดับพื้นที่
๙. รายงานความก้าวหน้า ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงาน รวมทั้งขอรับการสนับสนุนจากผู้
ราชการจังหวัดและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ หรือคณะกรรมการระดับจังหวัดที่มี
อำนาจหน้าที่ในการพัฒนากฎหมายชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๒๒

๑๑ องค์ประกอบคณะกรรมการ พัฒนากฎหมายชีวิตระดับพื้นที่ อำเภอเด่นชัย

ที่นี้ ตั้งแต่วันที่...

ตั้ง ณ วันที่ ๒๕๒๒

(นายอรรถ ฤกษ์งาม)

นายอำเภอเด่นชัย

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

Small Success

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ระเบียบสำนัก นายกรัฐมนตรีว่าด้วย การพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับพื้นที่ พ.ร.บ.2561 <u>(9 มีนาคม 2561)</u>	การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	มีการจัดประชุม จัดทำแผนการ ดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่ สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือ แก้ไขปัญหา อย่างน้อย 2 ประเด็น	มีการดำเนินการ การบริหาร จัดการสร้างกลไก และพัฒนา คุณภาพชีวิตโดยการ บูรณาการและมีส่วนร่วมของ ทุกภาคส่วน	มีการสรุปผลการดำเนินการทั้ง กระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยกระบวนการชื่นชมและเสริมพลังแก่ พชอ. ให้มีประสิทธิภาพ

จำเกอมีตุนย์ปฏิบัตการการะจุกเงิน (EOC) และทีม SAT

จำเกอมีตุนย์ปฏิบัตการการะจุกเงิน (EOC)

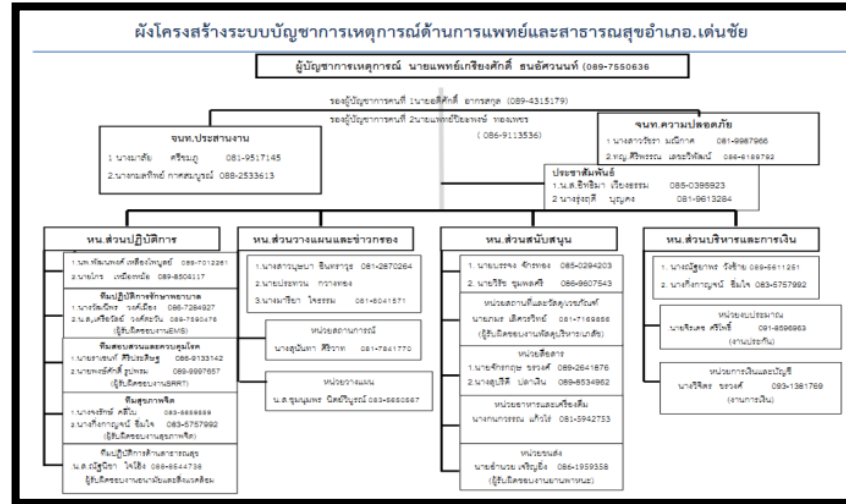
การดำเนินงานของพื้นที่

- เตรียมความพร้อมและตอบใต้สาธารณภัย
- ชักซ้อมแผน ร่วมกับที่ว่าการจำเกอเด่นชัย ม.พัน 12 ปก. และอาสาสมัคร
- จัดทำแนวทางปฏิบัตการตาม SOP
- กำหนดสถานที่ ตุนย์ EOC ห้องประชุม 2 ชั้น 3 OPD



อำเภอมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีม SAT

อำเภอมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC)



การชักชวนเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC)

ວ່າກວມີຕູນຍ໌ປຼົບຕັກກາວະຈຸກເຈີນ (EOC) ແລະ ທີ່ນ SAT

ວ່າກວມີຕູນຍ໌ປຼົບຕັກກາວະຈຸກເຈີນ (EOC)



ຕົວຂີ້ວັດຟລສຳເລັກ	ເປົ້າກມາຍ	ຟລກນ	ຣັຍສລ:
ວ່າກວມີຕູນຍ໌ປຼົບຕັກກາວະຈຸກເຈີນ (EOC)	5 ບັ້ນຕວນ	4 ບັ້ນຕວນ	75

ำเภอดบดุมรโดบ้บเบ้งเบบย้งยึน

มาตรฐานทึม **SRRT** ระดับำเภอ

- ชักชัวมแพนดบดุมรโดในระดบัำเภอ. แลระดบัำบล
- มีกำรพัฒนบทึมเพำระวังสบสวณรโดเดสั่วนที่เร้ว (SRRT)
 - กำรเขียนรำนงำนกำรสบสวณรโด
 - กำรดบดุมรโดทึมปรัศัทธิกำพ
- เตรียมดวำมพรั่วมรับสทำนกำรณั
- กำหนดพื้นที่เกิดรโดช้ำชำน
- มีกำรเพำระวังแลเต็วณกัยในระดบัพื้นที่ / สัอสรดวำมเสัยง



ตัวชี้วัดพลสำเร็จ	ดปสว.เด่นชัย	
	เบำหมำย	พลงำน
ดวำมสำเร็จของกำรดำเนินงำนตำนมฐำนทึม SRRT ระดับำเภอ	ระดบั 5	ระดบั 3

พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEEN



ประกาศสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
เรื่อง นโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม (GREEN & CLEEN)

นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ตระหนักถึงความสำคัญของการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพ ทางกาย จิตใจ และสังคมของประชาชนทุกกลุ่มวัย ที่มารับบริการ รวมถึงเจ้าหน้าที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกคน ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยบริการที่ดูแลใกล้ชิดประชาชนในชุมชน โดยได้มีการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีชื่อเรียกว่า รพ.สต. ดีด้วย เน้นการทำงานเชื่อมกับหน่วยบริการแม่ข่าย การประสานความร่วมมือกับหน่วยงานในชุมชน นอกจากนี้มีการพัฒนาระบบการทำงานร่วมกันในชุมชนในระบบที่สำคัญ รวมถึง ระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมด้วย แล้วนั้น

ในการนี้ เพื่อให้การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้หลักการสุขภาพอย่างยั่งยืนและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม (Sustainable and Ecological Sanitation) คือ กลยุทธ์ CLEAN และกิจกรรม GREEN สามารถบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่ส่งผลกระทบต่อชุมชนโดยรอบ รวมถึงเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ประชาชนผู้มาใช้บริการ ในการรณรงค์และขยายผลสู่สังคมได้ต่อไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ จึงประกาศ นโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม (GREEN & CLEEN) ให้ทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการ ดังนี้

๑.กลยุทธ์ CLEAN ประกอบด้วย

- C: Communication การสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความเข้าใจ
- L: Leader สร้างบทบาทนำเพื่อเป็นตัวอย่างในการดำเนินงาน
- E: Effectiveness เกิดผลอย่างมีประสิทธิภาพ
- A: Activity สร้างกิจกรรมเพื่อสร้างจิตสำนึกอย่างมีส่วนร่วม
- N: Network ความสำเร็จร่วมกันภาคีเครือข่ายในการร่วมกัน

๒.กิจกรรม GREEN ประกอบด้วย

- G: Garbage คือ การจัดการขยะทุกประเภท
- R: Rest room คือ การพัฒนาสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS)
- E: Energy คือ การจัดการด้านพลังงาน
- E: Environment คือ การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- N: Nutrition การจัดการสุขภาพโภชนาการและน้ำ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๑

(นายจรูญ วิชัยพาณิชย์)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่





5 : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)

1. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)
2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้
3. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)
4. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
5. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาวอย่างสมเหตุผล (RDU)
6. อัตราตายการรกแรกเกิด
7. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) 8
8. ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน
9. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต
10. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
- 11 อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ
- 12 ผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในเวลาที่กำหนด
- 13 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ ml/min/1.73m}^2/\text{yr}$

6 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

ตอนที่ 2

7 : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตราบวงจรและระบบการส่งต่อ

1. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลขนาด F2 ขึ้นไป (ทั้ง ER และ Admit)

8 : การพัฒนาตามโครงการเฉลิมพระเกียรติ

1. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวันโรคปอดบวม

9 : ยุทธศาสตร์ทางการแพทย์

1. จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตละ 1 จังหวัด



คลินิกหมอครอบครัว (PCC)

ลำดับ	ดำเนินงาน	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1.	สถานที่และโครงสร้าง (Structure)	- กำหนด Catchment area ของ PCC ในอำเภอ - เปิดคลินิกหมอครอบครัว แม่จี้:	- มีแผนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวและ PCC	- ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิบัติงาน	- เตรียมความพร้อมด้านอาคารสถานที่สำหรับเปิดบริการ ปี 2562 ของ คลินิกหมอครอบครัว ไทรโยช
2.	บุคลากร (Staff)	- มีคณะกรรมการ PCC ระดับอำเภอ และทีมหมอครอบครัว - มีคณะทำงานใน PCC และทีมสนับสนุนจากรพ. - มีแผนกำลังคน ทั้งทีมสนับสนุนจากรพ. สว.เด่นชัย และทีมพื้นที่รพ.สต. - มีแผนพัฒนาบุคลากร	- ส่งแพทย์อบรม FM ระยะสั้น 1 คน	- บุคลากรใน รพ.สต.ทุกแห่งได้รับการพัฒนาศักยภาพตามแนวทางเวชศาสตร์ครอบครัว	- มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำในคลินิกหมอครอบครัว ขยายไป รพ.สต. ไทรโยช - เตรียมทีมสนับสนุนเพิ่มจากรพ. ทนิตแพทย์ เกสัชกร กายภาพบำบัด - เตรียมทีมพื้นที่ พยาบาล นวก. จพง.สาสุข อื่นๆ



คลินิกหมอครอบครัว (PCC)

ลำดับ	ดำเนินงาน	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
3.	การจัดระบบ (System) การจัดบริการ Service package	- รับนโยบายและชี้แจงใน คณะกรรมการสุขภาพอำเภอ - วางแผนเตรียมความพร้อมในการ เปิดบริการใน PCC - เปิดบริการในเดือนตุลาคม 2561 - ประชาสัมพันธ์ทำความเข้าใจกับ ประชาชนในพื้นที่ - มีบัญชียาที่ใช้ใน PCC - มีแผนตรวจรักษา สิ่งก่อสร้าง	- มีการพัฒนาระบบการให้บริการตามรูปแบบการพัฒนาและขับเคลื่อน PCC - มีระบบการเชื่อมบ้านโดยทีมหมอครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม - มีแนวทางการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ - มีแนวทางการรับส่งต่อ - มีตรรกะที่จำเป็นเพื่อการตรวจวินิจฉัยโรคเบื้องต้น - ครอบคลุมเครือข่าย ได้แก่ sw.สต. ปงป่าหวาย sw.สต.สวนหลวง	- เปิดเวทีเรียนรู้ร่วมกัน ในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน PCC ของ อำเภอ - ขยายการสนับสนุนเครือข่าย ได้แก่ sw.สต.ปงป่าหวาย sw.สต.สวนหลวง	- เกิดการมีส่วนร่วมในการ กำหนดแนวทางเตรียมความพร้อมของ PCC ขึ้นและนำไปทดลองปฏิบัติ
	-การเงิน	- การสนับสนุนงบประมาณจาก CUP	- มีบัญชีแสดงรายรับรายจ่าย virtual account	- มีการวิเคราะห์ประเมินผลด้านการเงิน	- มีแผนการจัดสรรงบประมาณ สำหรับ PCC

คลินิกหมอครอบครัว (PCC)

ลำดับ	ดำเนินงาน	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	-เทคโนโลยีสารสนเทศ	-มีข้อมูลประชากรกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มวัย -มีข้อมูลทีมบุคลากรใน PCC -ข้อมูลด้านการเงิน -มีระบบสื่อสารที่สามารถเชื่อมโยงแม่ข่ายได้สะดวก	- มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ในแต่ละกลุ่มวัยเพื่อการจัดบริการ	-ประเมินผลการจัดการระบบข้อมูลการดำเนินงานในฐานะ: Gate keeper	มีระบบการส่งต่อโดยใช้ Thai refer





ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เครือข่ายบริการสุขภาพ ว.เด่นชัย

ประชุมชี้แจงนโยบาย

1

กำหนดประเด็นสาขาบริการที่สมัครใจร่วม จาก 21 สาขา

3

5

2

ประสาน สื่อสาร ทบทวนผู้รับผิดชอบ

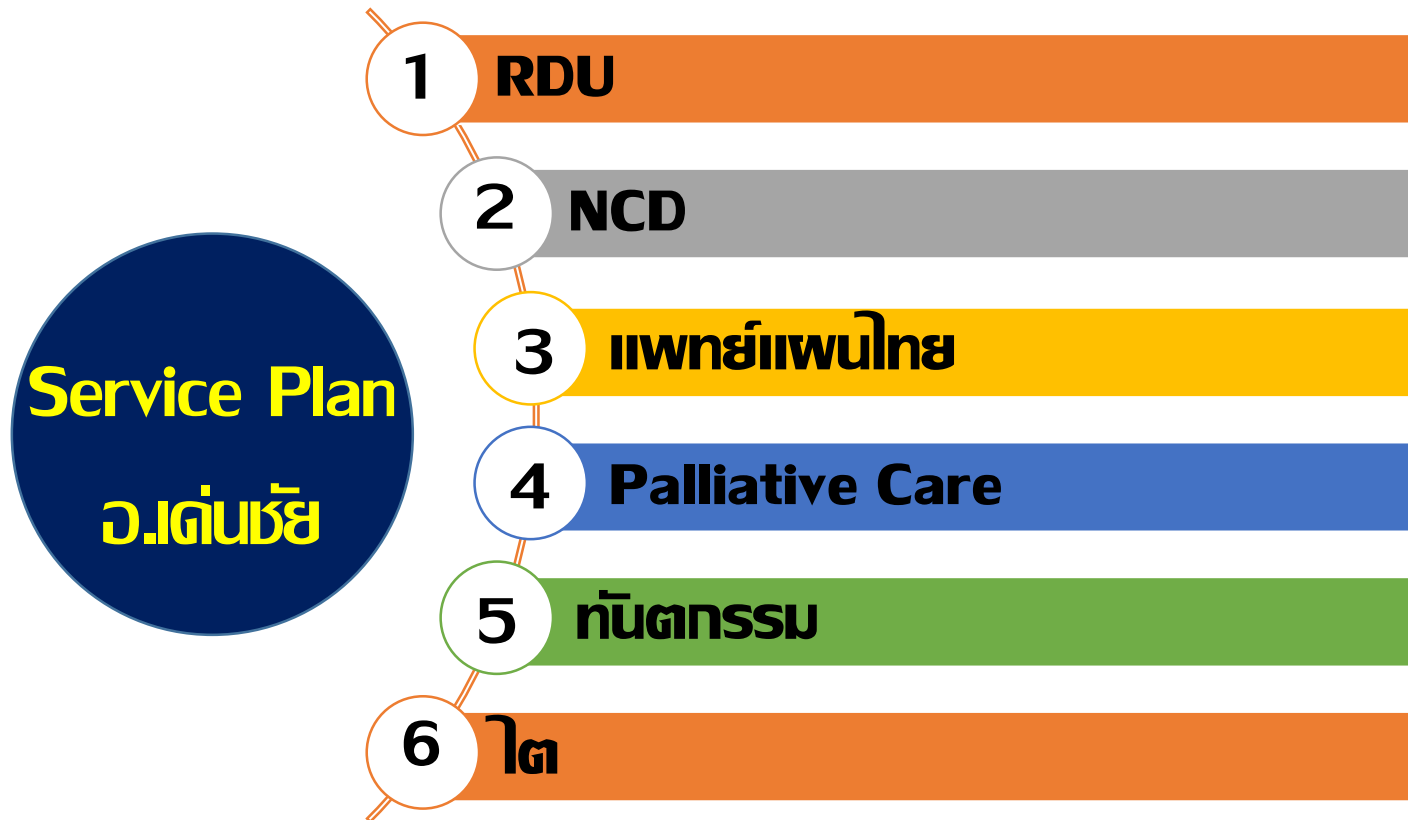
4

กำกับ ติดตาม ประเมินผล
ไตรมาส: 1 ครั้ง

สนับสนุนการดำเนินงานให้ครอบคลุมและสอดคล้องกับ
บริบทของแต่ละสาขา



ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เครือข่ายบริการสุขภาพ อ.เด่นชัย





การป้องกันและควบคุมการติดยาต้านจุลชีพและ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล

RDU สหุณการณ

- เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี 60
- สันนิตรมาต 4 ปี 60 ตัวชี้วัด 22 ตัว
 - ไม่ผ่านเกณฑ์ 8 ตัวชี้วัด
 - ใน 8 ตัวชี้วัด เป็นตัวชี้วัดการใช้ยาปฏิชีวนะ 6 ตัว
- เจ้าหน้าที่ ภาตความรู้ ความเข้าใจ การสั่งใช้ยาตามหลักการ RDU
- พู้ป่วยบางตบไม่เข้าใจหลักการใช้ยาปฏิชีวนะ: ทำให้ใช้เกินความจำเป็น
- ยาบางกลุ่มมีการโฆษณาทางสื่่อจนชาวบ้านหลงเชื่อ



การป้องกันและควบคุมการติดยาต้านจุลชีพและ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล

RDU การดำเนินงาน

1. ประกาศเป็นนโยบายของ ดปสว. เดือนชัย
2. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล อ. เดือนชัย
3. ประชุมคณะกรรมการและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลตามตัวชี้วัด
4. จัดทำ **โครงการอำเภอเดือนชัยใช้ยาสมเหตุผล ไม่เจ็บไม่จนจากเชื้อดื้อยา ประจำปี 2561**
ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก อย. กิจกรรม เช่น
 - จัดประชุมวิชาการบุคลากรสาธารณสุขของจังหวัดแพร่ (15-16 มี.ค 61)
 - ทบทวนและจัดทำแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะและอื่นๆ (ดูมือ RDU)
 - จัดทำสื่อเผยแพร่ความรู้เรื่องการใช้อย่างสมเหตุผล สนับสนุนทั้งจังหวัด
 - จัดอบรมความรู้เรื่องการใช้อย่างสมเหตุผลแก่ภาคเครือข่ายประชาชน
เช่น อสม. นักเรียน ร้านขายยา ร้านขายของชำ เป็นต้น

การป้องกันและควบคุมการติดยาต้านจุลชีพและ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน 1



การป้องกันและควบคุมการติดยาต้านจุลชีพและ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน 2





การป้องกันและควบคุมการติดยาต้านจุลชีพและ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล

สัปดาห์ที่ 4 ปี 60 ตัวชี้วัด 22 ตัว ไม่ผ่านเกณฑ์ 8 ตัวชี้วัด

ลำดับ	ตัวชี้วัด RDU	เกณฑ์	ไตรมาส 2 ปี 61 (15 มี.ค.)
1	ร้อยละการให้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	$\leq$ ร้อยละ 20	26.82
2	ร้อยละการให้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	$\leq$ ร้อยละ 20	20.48
3	ร้อยละการให้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	$\leq$ ร้อยละ 40	61.73
4	ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid	$\geq$ ร้อยละ 80	66.24
5	ร้อยละของ รพสต. ที่มีอัตราการให้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 20	100 (8 รพสต.)	62.5 (3 รพสต.)

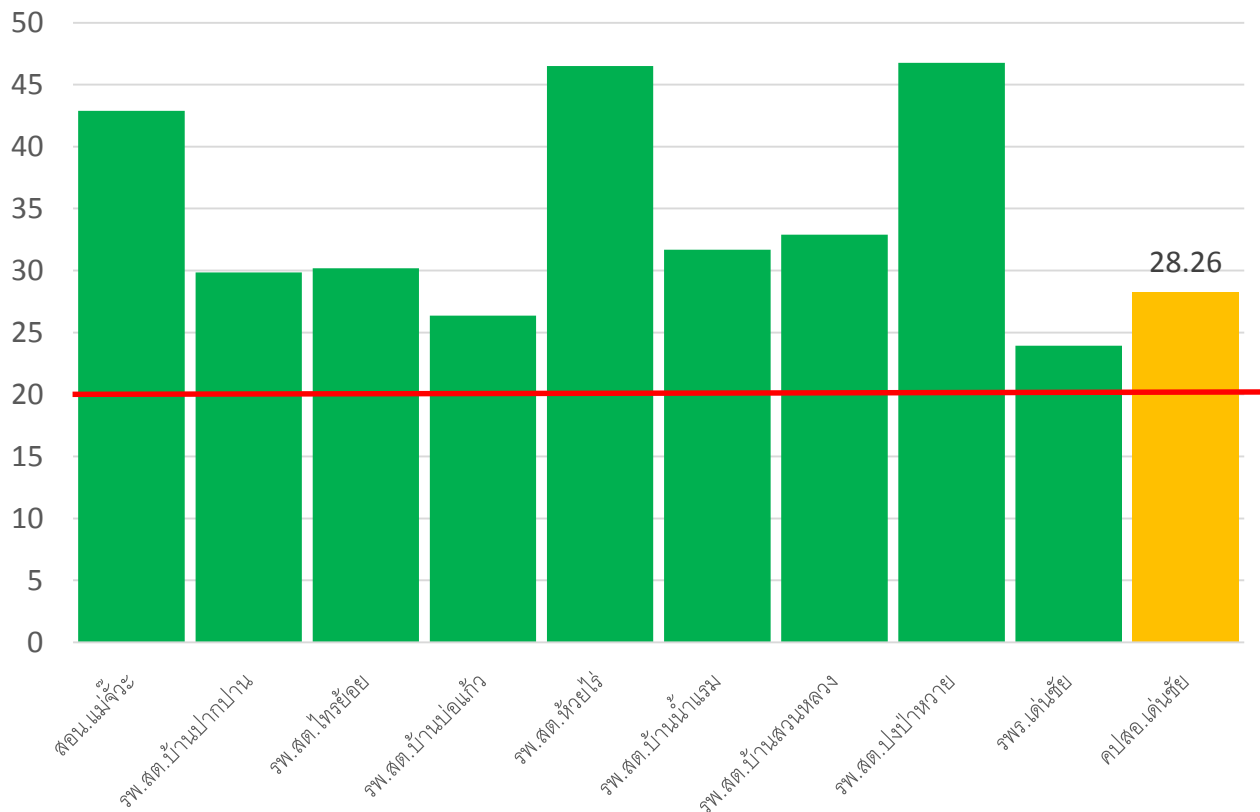


พัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทย

การแพทย์แผนไทย

1. ให้บริการผู้ป่วยนอก และการให้หัตถการใน 8 กลุ่มโรคหลัก ในรูปแบบ OPD ด่วน
2. ให้บริการการตรวจรักษาผู้ป่วยใน ร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบัน ในผู้ป่วยปวดตื้อกันเรื้อรัง เพื่อลดการ re-admit
3. ส่งเสริมการทำงานเชิงรุกในชุมชน mobile unit เชื่อมโยงกับเครือข่าย swstd.ในพื้นที่ทุกแห่ง (ในกลุ่มผู้ป่วยอัมพฤกษ์-อัมพาต ผู้ป่วยติดเตียงในลักษณะ :)
4. สร้างเครือข่าย swstd.แผนไทยตามนโยบาย “ดปสว.เด่นชัยแพทย์แผนไทยตัวอย่าง”
5. ส่งเสริมบทบาทของหมอพื้นบ้าน ในรูปแบบ “เครือข่ายภูมิปัญญาแผนไทย จ.เด่นชัย”
6. จัดทำแนวทางการรักษาปวยโรดสะเทิดเงินและผู้ป่วย มะเร็งตับร่วมกับกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
7. สร้างและพัฒนากลุ่มผู้ปลูกซึ่งถือเป็นแหล่งต้นน้ำของการผลิตยาสมุนไพร โดยสนับสนุนกล้าพันธุ์และควบคุมการปลูกในรูปแบบของ เกษตรอินทรีย์
8. พัฒนาสถานที่ผลิตยาสมุนไพรให้ผ่านตาม**เกณฑ์มาตรฐานการผลิตที่ดี (WHO GMP) เมื่อวันที่ 1 ต.ค. 2560**
9. เป็นแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพด้านการแพทย์แผนไทยของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
10. ทวนสอบความถูกต้องของการลงข้อมูลของการให้บริการทั้ง ดปสว.เด่นชัย

ผู้ป่วยนอกได้รับบริการทางการแพทย์แพทย





พัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

การดำเนินการในพื้นที่

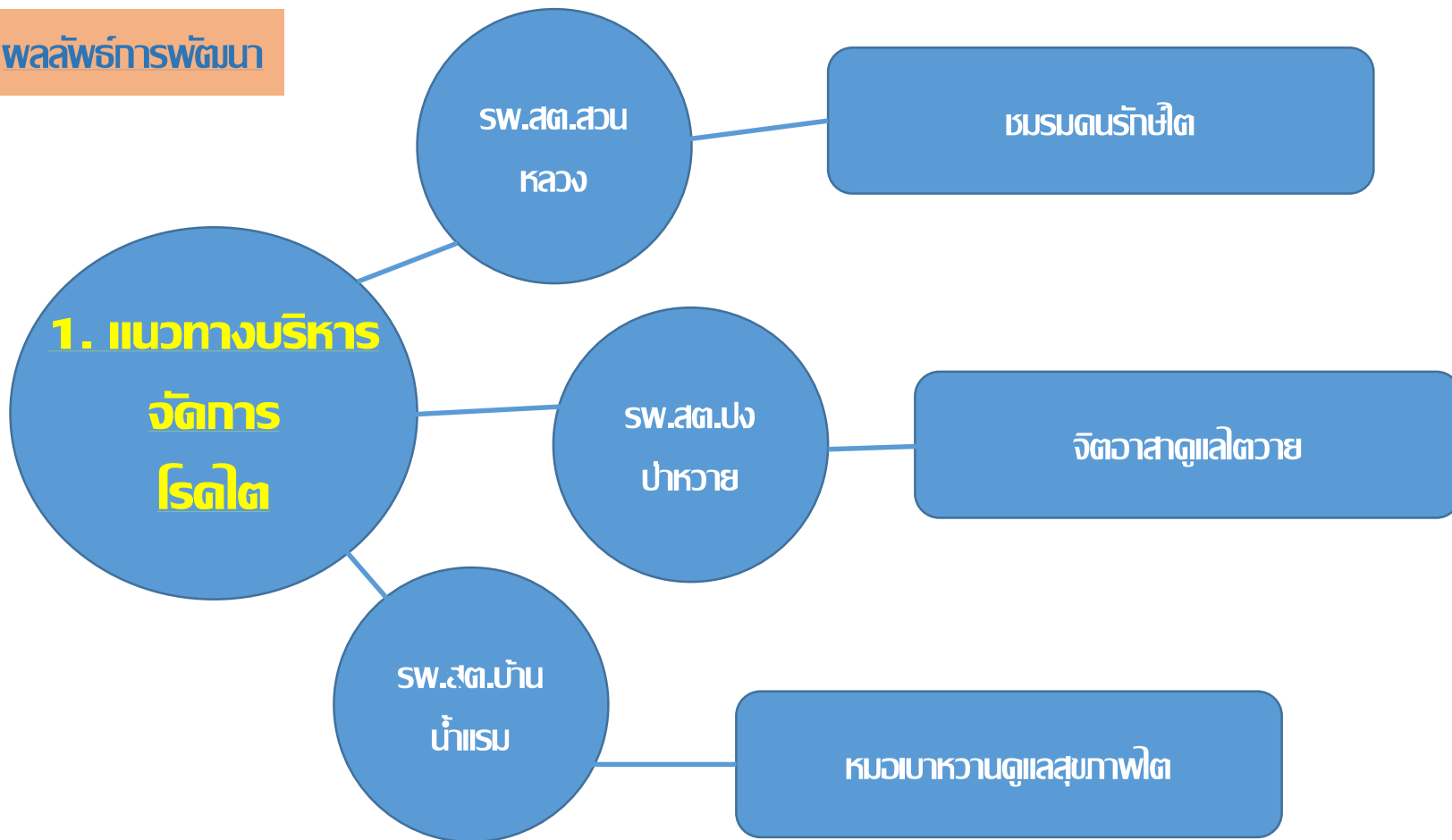
มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยแบบประคับประคอง ดปสว.เด่นชัย	ประชุมคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพื่อจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย	ดำเนินการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ดปสว.เด่นชัย	ประเมินผลการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ดปสว.เด่นชัย	ทบทวนและปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ดปสว.เด่นชัย
2. พัฒนาบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	เปิดรับสมัครพยาบาลผู้สนใจเพื่อเข้าร่วมอบรมระยะกลางสำหรับพยาบาลดูแลผู้ป่วยประคับประคอง (จำนวน 4 คน)	อบรมการระยะกลางสำหรับพยาบาลดูแลผู้ป่วยประคับประคองร่วมกับเขตสุขภาพที่ 1	ประเมินผลการปฏิบัติงาน	ทบทวนผลการปฏิบัติงาน
3. ผู้ป่วยเข้าถึงบริการมากขึ้น	จัดตั้งคลินิกดูแลต่อเนื่องและประคับประคอง sws.เด่นชัย	ประเมินผลการดำเนินงานให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการจัดการอาการอย่างเหมาะสม	ประเมินผลการดำเนินงานผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	ประเมินผลการดำเนินงานผู้ป่วยและครอบครัวมีอัตราการทำ ACP มากขึ้น

พัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

ตัวชี้วัด/ผลงาน		3 เดือน	6 เดือน
ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทางดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	เป้าหมาย	90	69
	ผลงาน	90	69
	ร้อยละ	100	100
มีการรักษาด้วย strong opioid	เป้าหมาย	22	17
	ผลงาน	90	13
	ร้อยละ	24	76
ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลจากกิจกรรมประชุมครอบครัวและมีการทำ Advance Care Plane (ACP)	เป้าหมาย	90	13
	ผลงาน	62	13
	ร้อยละ	67	100

พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต

ผลลัพธ์การพัฒนา





พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต

ผลลัพธ์การพัฒนา

2. R2R การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ปี 2558
ได้รับรางวัลรองชนะเลิศ การนำเสนอประเภทปัสสาวะ กลุ่มการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ เขต North R2R
3. ปี 2560 ได้รับคัดเลือกร่วมสำรวจข้อมูล และรูปแบบการทำงาน จากวิจัยด้านสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข
ร่วมกับ สวรส. โดยทีมวิจัย ม.ธรรมศาสตร์

ระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

1. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของพนักงาน (Happinometer) ไปใช้
2. อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate)

คณะที่ 3

ระบบธรรมาภิบาล และองค์กร คุณภาพ

3. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขพำนักเกณฑ์การประเมิน ITA
4. ร้อยละของการจัดซื้อร่วมยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม
5. ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการตรวจสอบภายใน ด่วนคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด
6. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
7. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3
8. ร้อยละของ sw.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ sw.สต. ติดตาม

การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

9. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน

หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของพนักงาน (Happinometer) ไปใช้

Report HAPPINOMETER โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย

										
ชื่อหน่วยงาน	สุขภาพกาย ดี	ผ่อนคลาย ดี	น้ำใจดี	จิตวิญญาณ ดี	ครอบครัว ดี	สังคมดี	ใฝ่รู้ดี	สุขภาพเงิน ดี	การงานดี	เฉลี่ย
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช เด่นชัย	 66.81	 59.71	 67.51	 68.98	 70.13	 63.56	 62.62	 54.12	 59.02	 63.61

📺 เกณฑ์ค่าเฉลี่ยความสุข

☹️ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 0.00 – 24.99 Very Unhappy

สะท้อนให้เห็นว่า บุคลากรในองค์กรอยู่ในระดับ “ไม่มีความสุขเลย” ตัวท่านเองและผู้บริหารต้องร่วมมือกัน ดำเนินการพัฒนาสร้างเสริมความสุขอย่างเร่งด่วน

☹️ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 25.00 – 49.99 Unhappy

สะท้อนให้เห็นว่า บุคลากรในองค์กรอยู่ในระดับ “ไม่มีความสุข” ตัวท่านเองและผู้บริหารต้องร่วมมือกัน พัฒนาสร้างเสริมความสุขอย่างจริงจัง

😊 คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 50.00 – 74.99 Happy

สะท้อนให้เห็นว่า บุคลากรในองค์กรอยู่ในระดับ “มีความสุข” ตัวท่านเองและผู้บริหารต้องร่วมมือกัน สร้างเสริมและสนับสนุนให้มีความสุขยิ่งขึ้นต่อไป

😊 คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 75.00 – 100.0 Very Happy

สะท้อนให้เห็นว่า บุคลากรในองค์กรอยู่ในระดับ “มีความสุขมาก” ตัวท่านเองและผู้บริหารต้องร่วมมือกัน สร้างเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรทุกคนมีความสุขอย่าง ต่อเนื่องและยั่งยืน รวมทั้งร่วมมือกัน สร้างเสริมองค์กรของท่าน ให้เป็น “องค์กรต้นแบบสร้างสุข” เพื่อ เป็นแบบอย่าง “องค์กรที่มีการปฏิบัติที่เป็นเลิศ: Best Practice



หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของพนักงาน (Happinometer) ไปใช้

ด้านของความสุข	ผลจากการสำรวจ	กิจกรรม
1.Happy Body (สุขภาพกายดี)	66.95 = ระดับ Happy มีความสุข	- ตรวจสอบภาพประจำปี(ระหว่างประจำการ) - ตรวจสอบภาพเรทรับเข้าทำงาน - ตรวจสอบภาพตามความเสี่ยง (หู,ตา) - กิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายในกลุ่ม BMI เกิน
2.Happy Relax (ผ่อนคลายดี)	59.80 = ระดับ Happy มีความสุข	- สำรวจความเครียด ภาวะซึมเศร้า -> จัดการปัญหาตามรายบุคคล
3.Happy Heart (น้ำใจดี)	67.63 = ระดับ Happy มีความสุข	- จิตอาสา ช่วยงานเพื่อน - ร่วมบริจาคทรัพย์สิน/สิ่งของ - ทำบุญ ตักบาตร
4.Happy Soul (จิตวิญญาณดี)	69.33 = ระดับ Happy มีความสุข	- ทำบุญ ตักบาตร - MIO (รอตําเนินการตามแผน) - กิจกรรมจิตตปัญญา
5.Happy Family (ครอบครัวดี)	70.71 = ระดับ Happy มีความสุข	-



หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของพนักงาน (Happinometer) ไปใช้

ด้านของความสุข	ผลจากการสำรวจ	กิจกรรม
6.Happy Society (สังคมดี)	63.56 = ระดับ Happy มีความสุข	-
7.Happy Brain (ไฟรู้ดี)	62.67 = ระดับ Happy มีความสุข	- การพัฒนาบุคลากรตามแผน HR - ส่งเสริมการศึกษาดูงานร่วมกับองค์กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง - จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่องเล่า (ร่วมนำเป็นการตามแผน)
8.Happy Money (การเงินดี)	53.81 = ระดับ Happy มีความสุข	- เปิดโอกาสให้เข้าถึงข้อมูล/ช่องทางตามนโยบาย Happy Money ของกระทรวงสาธารณสุข - จัดทำกองทุนกู้ยืมเงินดอกเบี้ยต่ำสำหรับลูกจ้างของโรงพยาบาล
9.Happy Work Life / Happy Plus (การงานดี)	58.99 = ระดับ Happy มีความสุข	- จัดตั้งกลุ่ม ชมวััก ชมใจ เต็มชัย สุขุมชน - รณรงค์การทำงานตรงเวลา ใช้ระบบสแกนลายนิ้วมือเพื่อบันทึกเวลาการมาปฏิบัติงานของบุคลากร - สนับสนุนสวัสดิการต่างๆ เช่น เสื้อกั๊กไฟฟ้า , เสื้อกันเจ้าหน้าที่ , ตรวจสุขภาพในกลุ่มที่เบิกไม่ได้ , ตรวจรักษาเจ้าหน้าที่ , พัฒนาสิ่งแวดล้อมให้น่าอยู่น่าทำงาน

อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate)

ข้อมูลการ turnover ของบุคลากร รพร.เด่นชัย

จำนวนบุคลากรออกจากองค์กร	2558	2559	2560
ลาออก	6	14	17
ย้ายออก	3	3	1
รวม	9	17	18

ข้อมูลการ Retention ของบุคลากร รพร.เด่นชัย

จำนวนบุคลากร	2558	2559	2560
จำนวนบุคลากรทั้งหมด	235	226	223
จำนวนบุคลากรที่ออกจากองค์กร	9	17	18
อัตราการออกจากองค์กร	3.83	7.52	8.07
จำนวนบุคลากรคงอยู่	226	209	205
อัตราการคงอยู่ของบุคลากร	96.17	92.48	91.93

ปี 2561 (1 ต.ค. 60 - 31 มี.ค. 61)

จนท. 209 คน ลาออก 3 คน เป็นร้อยละ 1.43

อัตราการคงอยู่ของบุคลากรตัวร้อยละ 98.57

โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3



รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตัดดาว



ผลการดำเนินงาน เยี่ยมสำรวจรพ.สต. ตัดดาว ๕ ดาว ๕ ดี จังหวัดแพร่ ปี ๒๕๖๐
กระบวนการสำคัญ

- กำหนดคณะทำงานเยี่ยมสำรวจตามหมวดการประเมินรพ.สต. ตัดดาวจำนวน ๕ หมวด และกำหนดเป้าหมายการเยี่ยมสำรวจ รวมถึงการระดมหลายวิชาชีพในการออกเยี่ยม เป้าหมายตามตัวชี้วัดจำนวน ๑๔ แห่ง
- ยึดพื้นที่เป็นศูนย์กลาง และให้เวลาแก่พื้นที่มากที่สุด (๐๙.๐๐ น. - ๑๗.๐๐ น.)
- ให้โอกาสในการส่งผลงานแก้ไข (เน้นให้พื้นที่มีการปรับปรุงและปรับค่าคะแนนตามหลักฐานเชิงประจักษ์)
- อิงการสรุปผลคะแนนควบคู่กับการประกอตรวจสด. ตัดดาว เกณฑ์ตัดดาว ต้องผ่านทุกหมวดร้อยละ ๘๐ ขึ้นไปและคะแนนรวมผ่านร้อยละ ๙๐

ผลการเยี่ยมสำรวจเชิงปริมาณ

ลำดับ	รพ. สต.	คะแนน	ระดับ
๑	แม่จางบัว	๘๖.๗๕	๕ ดาว
๒	พะเยียบ	๘๓.๘	๕ ดาว
๓	แม่จาง	๘๓.๕	๕ ดาว
๔	เวียงทอง	๘๐.๕๓	๕ ดาว
๕	น้ำเงิน	๘๐.๒๖	๕ ดาว
๖	ซ้อแสง	๘๐.๐๕	๕ ดาว
๗	ปากการ	๘๐.๘	๕ ดาว
๘	ร่อนยาว	๘๐.๗๖	๕ ดาว
๙	ร่อนย้อย	๘๐.๖๕	๕ ดาว
๑๐	ดอนแก้ว	๘๐.๕๓	๕ ดาว
๑๑	ทุ่งเค็ง	๘๐.๓๖	๕ ดาว
๑๒	รัตนวิทยุ	๘๐.๖๕	๕ ดาว
๑๓	บ้านโป่ง	๘๐.๐๕	๕ ดาว
๑๔	สามัคคี	๘๐.๐๐	๕ ดาว

6 แห่ง



บริหารงานดี ประสานงานดี ภาควิชามีส่วนร่วม บุคลากรดี บริกรดี ประชาชนสุขภาพดี

ปี 2561 ขยายไปอีก 2 แห่ง

รพ.สต. ปงป่าหวาย / รพ.สต. ไทรย้อย



การบริหารการเงินการคลังตามเกณฑ์ประเมิน FAI

การดำเนินการในพื้นที่

การดำเนินงาน

1. เพิ่มประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้
2. ตรวจสอบค่าใช้จ่ายด้านยา เวชภัณฑ์มีชียา และวัสดุการแพทย์
3. ตรวจสอบการเก็บรักษาวัสดุคงคลัง

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	ผลงาน (ร้อยละ)								
	การพัฒนาดูแลคุณภาพบัญชี		การพัฒนากำหนดข้อมูลการเงิน ใช้ระบบ GFMIS		การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง		การบริหารต้นทุนอย่างมีประสิทธิภาพ		รวม
	ระดับความสำเร็จ	น้ำหนัก	ระดับความสำเร็จ	น้ำหนัก	ระดับความสำเร็จ	น้ำหนัก	ระดับความสำเร็จ	น้ำหนัก	
ผลการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง Financial Administration Index : FAI ของ สพ.แม่ข่าย ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด	4	24	3	6	5	30	4	24	84



sw.สต.สามารถควบคุมกำกับการเบิกจ่ายได้

ร้อยละ ของสถานบริการ (sw.สต.) ในความรับผิดชอบของ สปสว. สามารถควบคุมกำกับการเบิกจ่าย ได้ตามเพนรายใตต์่าใช้จ่าย ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด

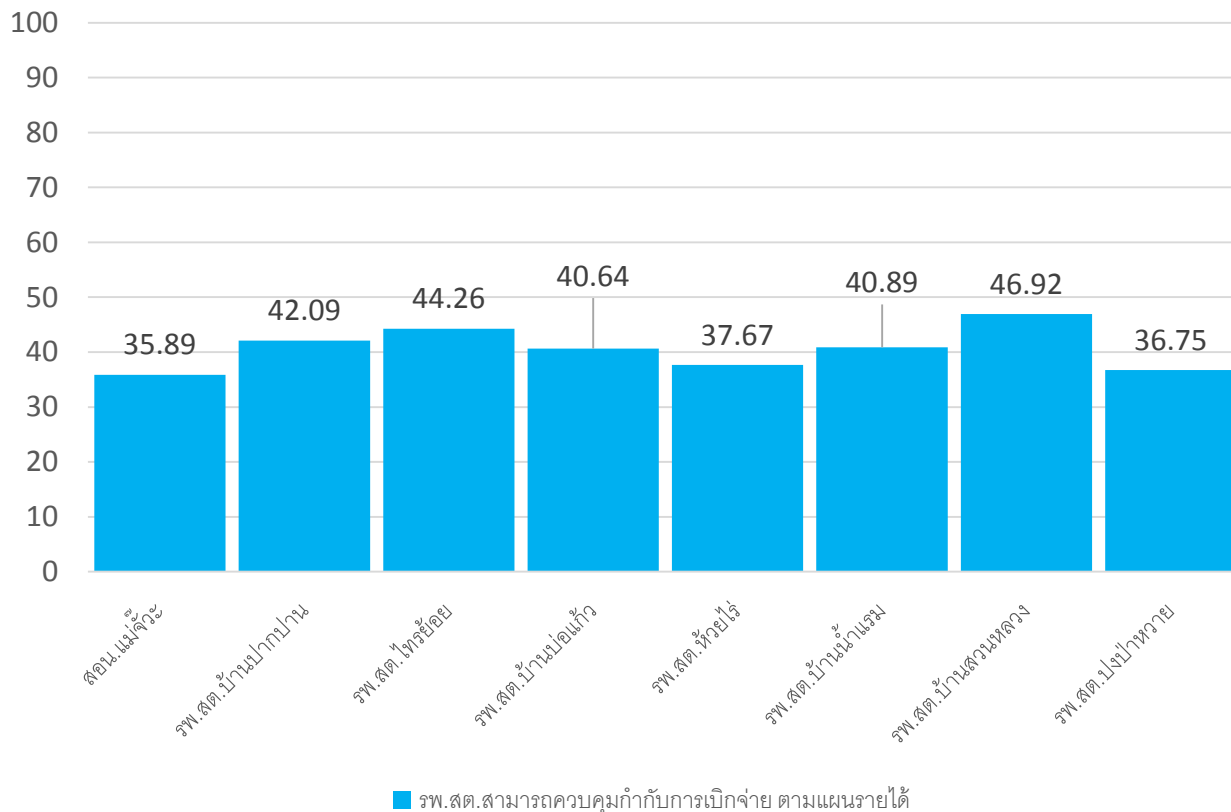
สถานการณ์

- สถานะเงินบำรุงในภาพรวมของ sw.สต. อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติในส่วนของรายจ่ายของ sw.สต. ในภาพรวมยังอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด ไม่มีการใช้จ่ายเงินบำรุงที่นอกเหนือจากเพนเงินบำรุงที่กำหนดไว้

การดำเนินงาน

- เน้นให้ทุก sw.สต. เบิกจ่ายเงินบำรุงให้ตรงตามเพน อย่างเคร่งครัด
- แบนสำเนาเพนการใช้เงินบำรุงทุกครั้งของการเบิกจ่ายเงิน เพื่อเป็นการควบคุมกำกับ

รพ.สต.สามารถควบคุมค่ากับการเบิกจ่ายได้



ติด % จากประมาณการรายจ่ายทั้งปีงบประมาณ 2561 ของแต่ละ รพ.สต. เทียบกับรายจ่ายจริง 5 เดือน (เดือนตุลาคม 60 ถึง กุมภาพันธ์ 61) ของแต่ละ รพ.สต.



การจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม

วิเคราะห์การบริหารจัดการ

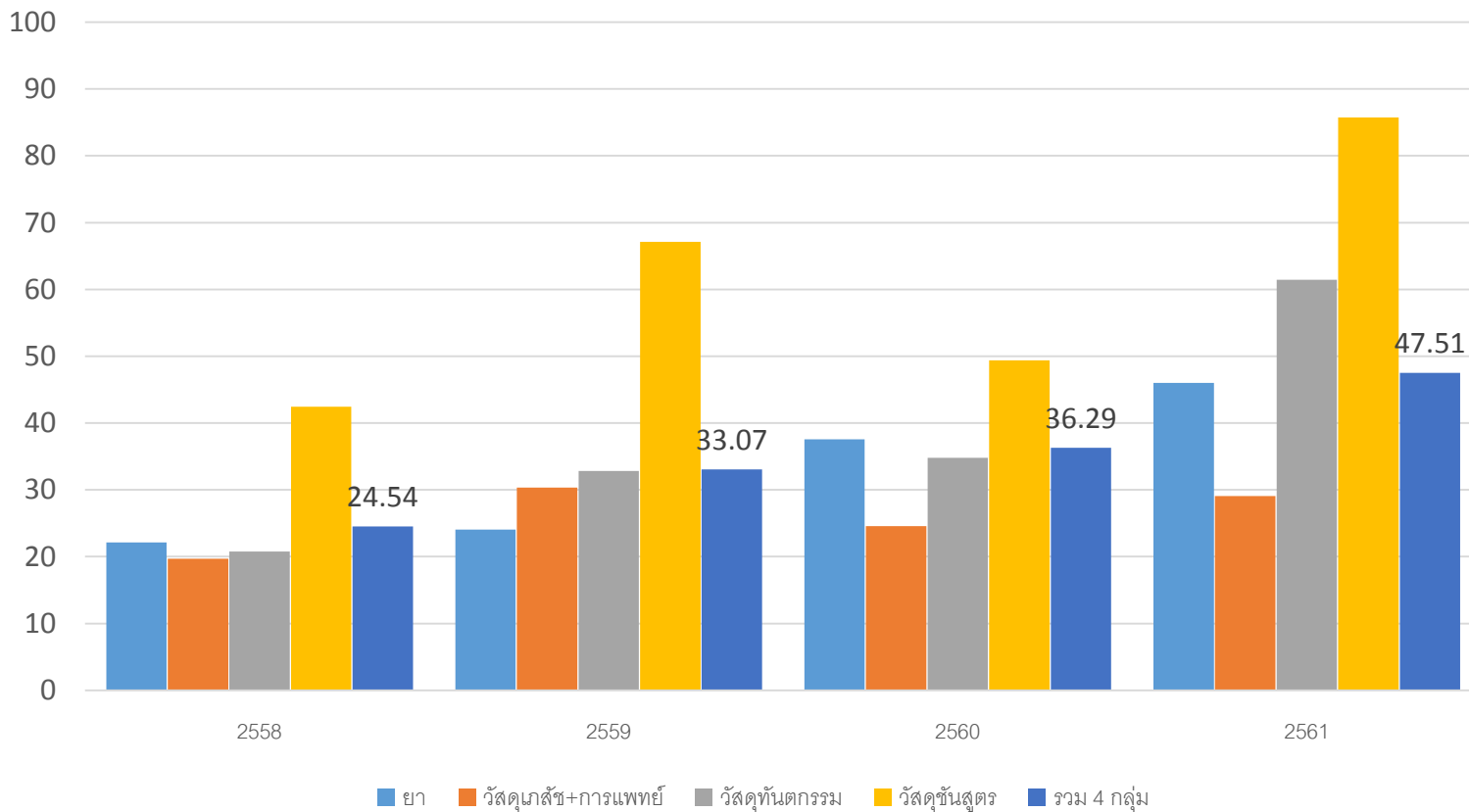
เชิงปริมาณ : ไตรมาส 2 ปีงบประมาณ 2561 (ณ 15 มีนาคม 2561)

- มีการจัดซื้อยา ติดเป็นร้อยละ 45.99
- การจัดซื้อเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุการแพทย์ ติดเป็นร้อยละ 29.09
- การจัดซื้อวัสดุขั้นสูง ติดเป็นร้อยละ 85.76
- การจัดซื้อวัสดุทันตกรรม ติดเป็นร้อยละ 61.46
- การจัดซื้อรวมทุกกลุ่ม (ณ 15 มีนาคม 2561) รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 7,453,768.77 บาท การจัดซื้อรวมรวมทุกกลุ่มรวมเป็นเงินทั้งสิ้น 3,541,207.94 บาท ติดเป็นร้อยละ 47.51

เชิงคุณภาพ : มูลค่าการจัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาของโรงพยาบาล เท่ากับร้อยละ 47.51 ของมูลค่าการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาทั้งหมดของโรงพยาบาลซึ่งสูงกว่าเป้าหมาย (เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 20) และสูงขึ้นในทุกกลุ่มรายการ เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลการจัดซื้อ 3 ปีย้อนหลัง



การจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และเวชภัณฑ์





การจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	จัดซื้อทั้งหมด	จัดซื้อร่วม	ร้อยละ
ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม	7,453,768.77	3,541,207.94	47.51

ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานสารสนเทศ

การดำเนินงาน

- พัฒนาศักยภาพ ผู้บันทึกข้อมูล ผู้ดูแลระบบ
- มีการปรับปรุงคู่มือการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมพื้นฐาน
- กำหนดช่องทางสื่อสาร และเผยแพร่
- ตรวจสอบกำกับ การดำเนินงาน ตามกรอบเวลาที่ สสจ.กำหนด

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข

1. มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับอำเภอ
2. จัดลำดับความสำคัญของงาน กำหนดระยะเวลาที่ชัดเจน
3. ผู้รับผิดชอบควรมีการบูรณาการงานเชิงคุณภาพกับงานเชิงปริมาณเข้าด้วยกัน
4. มีการสื่อสารผู้รับผิดชอบด้านข้อมูลอย่างต่อเนื่อง





ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานสารสนเทศ

ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข

1. มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับอำเภอ สร้างเครือข่ายสนับสนุนทาง
2. จัดลำดับความสำคัญของงาน กำหนดระยะเวลาที่ชัดเจน หรือปฏิทินที่จะต้องดำเนินงานและบันทึกข้อมูลให้สอดคล้องกัน สร้างบุคลากรให้ด้วยตัวเอง และย้าให้ดำเนินการในช่วง
3. ผู้รับผิดชอบควรมีการบูรณาการงานเชิงคุณภาพกับงานเชิงปริมาณเข้าด้วยกัน มีการปรึกษากับผู้รับผิดชอบด้านข้อมูลอย่างต่อเนื่องเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงนิยาม และแหล่งที่มาของข้อมูล

ขอบคุณครับ