

**สรุปผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์
และ
สรุปประเมินผลการปฏิบัติราชการ
คำรับรองการปฏิบัติราชการ(MOU)
คปสอ.วังชิ้น**



อ.แม่ทะ
จ.ลำปาง

รพสต. 18 แห่ง



ต.แม่ป่าจ

ห่างจากตัวจังหวัด 80 km. (1.15hr.)

ต.แม่เกี

อ.สบปราบ
จ.ลำปาง

โรงพยาบาล
สต.

มี 7 ตำบล , 77 หมู่บ้าน

อ.แม่พุง

ต.นาขุน

จ.ลำปาง

ต.ป่าสัก

เทศบาลตำบล 1 แห่ง , อบต. 7 แห่ง

อ.สรอย

อ.ศรีสาขนาถ
จ.สุโขทัย

13,379 หลังคาเรือน , 16,514 ครอบครัว

อ.เถิน

จ.ลำปาง

บุคลากร

รพ.สต./ สสอ.

รพช.

อัตรา : ประชากร(คน)

แพทย์	-	6	1 : 7,148
ทันตแพทย์	-	4	1 : 10,721
เภสัชกร	-	5	1 : 8,577
พยาบาลวิชาชีพ	17	41	1 : 740
ทันตสาธารณสุข	6	1	1: 6,127
นักวิชาการสาธารณสุข	24	4	1: 1,532
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	16	1	1: 2,523
เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	0	4	1: 10,721
อื่นๆ(กายภาพ/ชั้นสูตร,x-ray)	0	5	1 : 8,577
บุคลากรสนับสนุนบริการ	29	72	1: 425

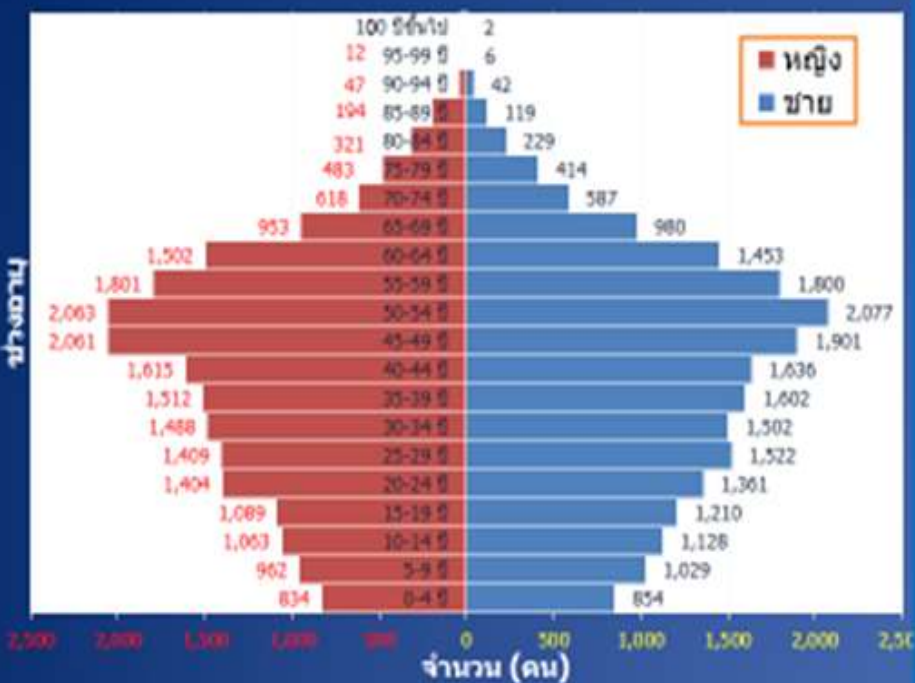
รวม

91

143

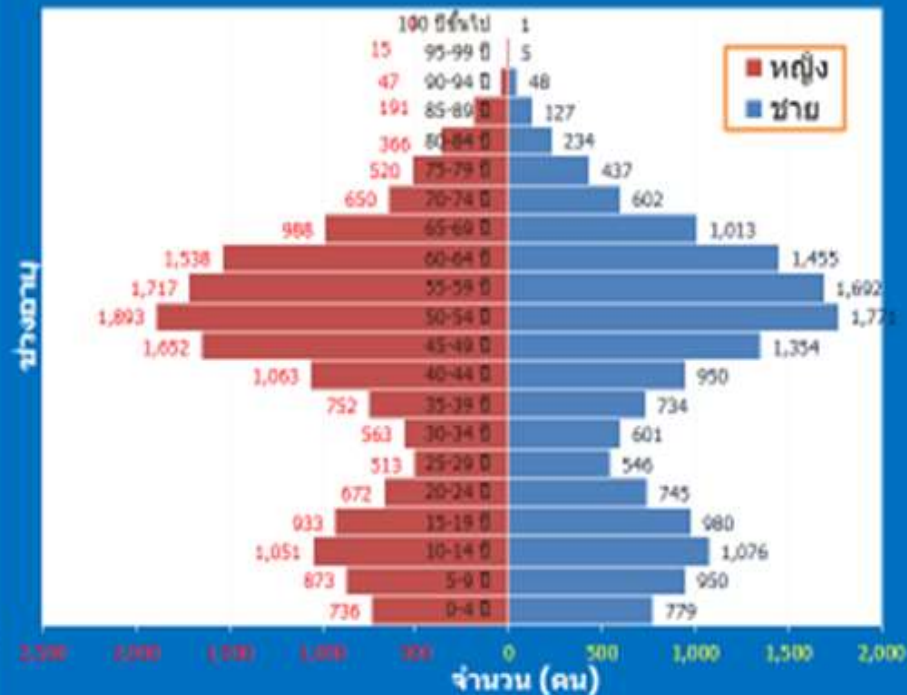


ประชากรอำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ ตามทะเบียนราษฎร



ทะเบียนราษฎร	จำนวน (คน)
ชาย	21,454
หญิง	21,431
รวม	42,885

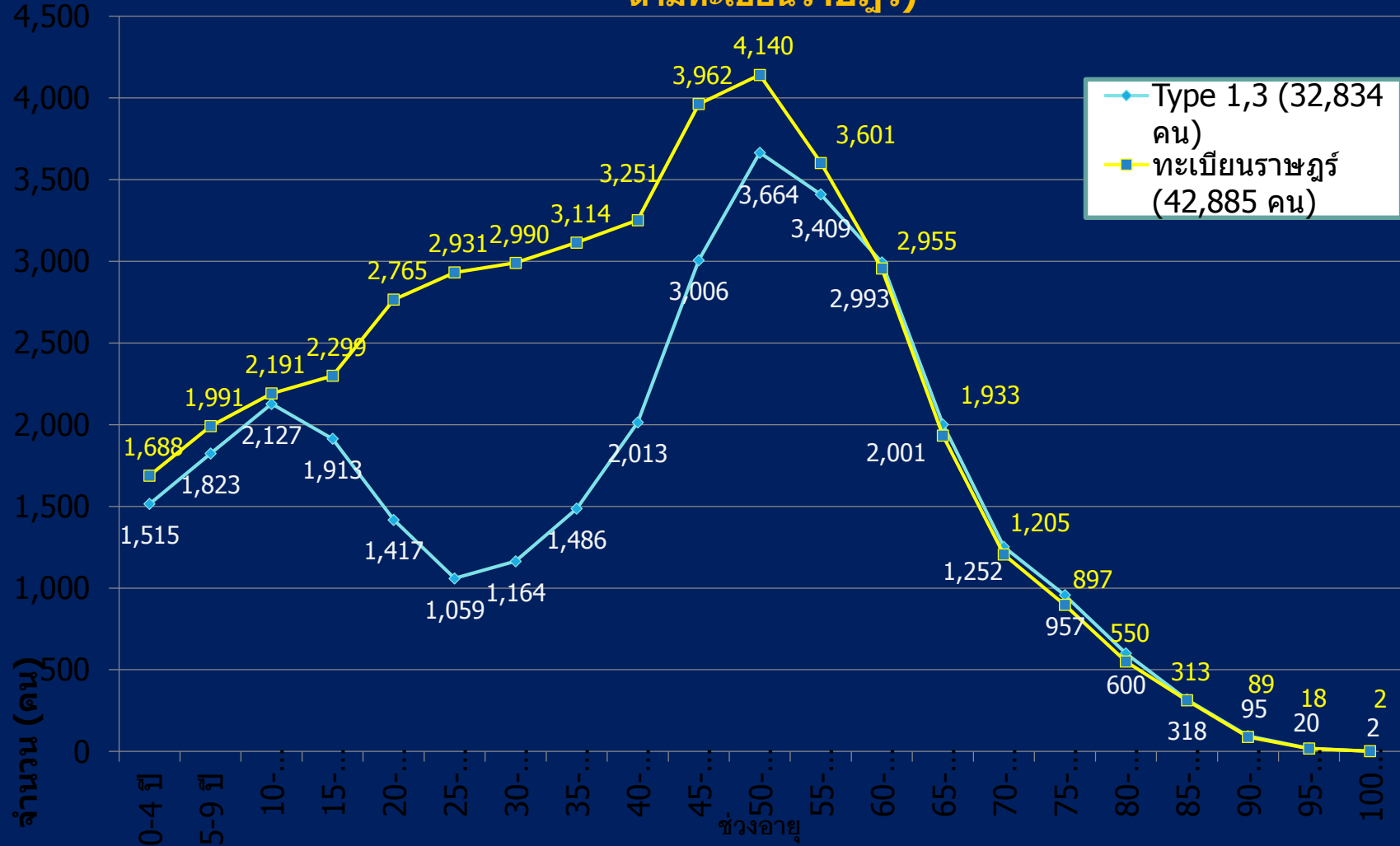
ประชากรอำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ Type 1,3 ปี 2561



สำรวจ Type 1,3	จำนวน (คน)
ชาย	16,100
หญิง	16,734
รวม	32,834

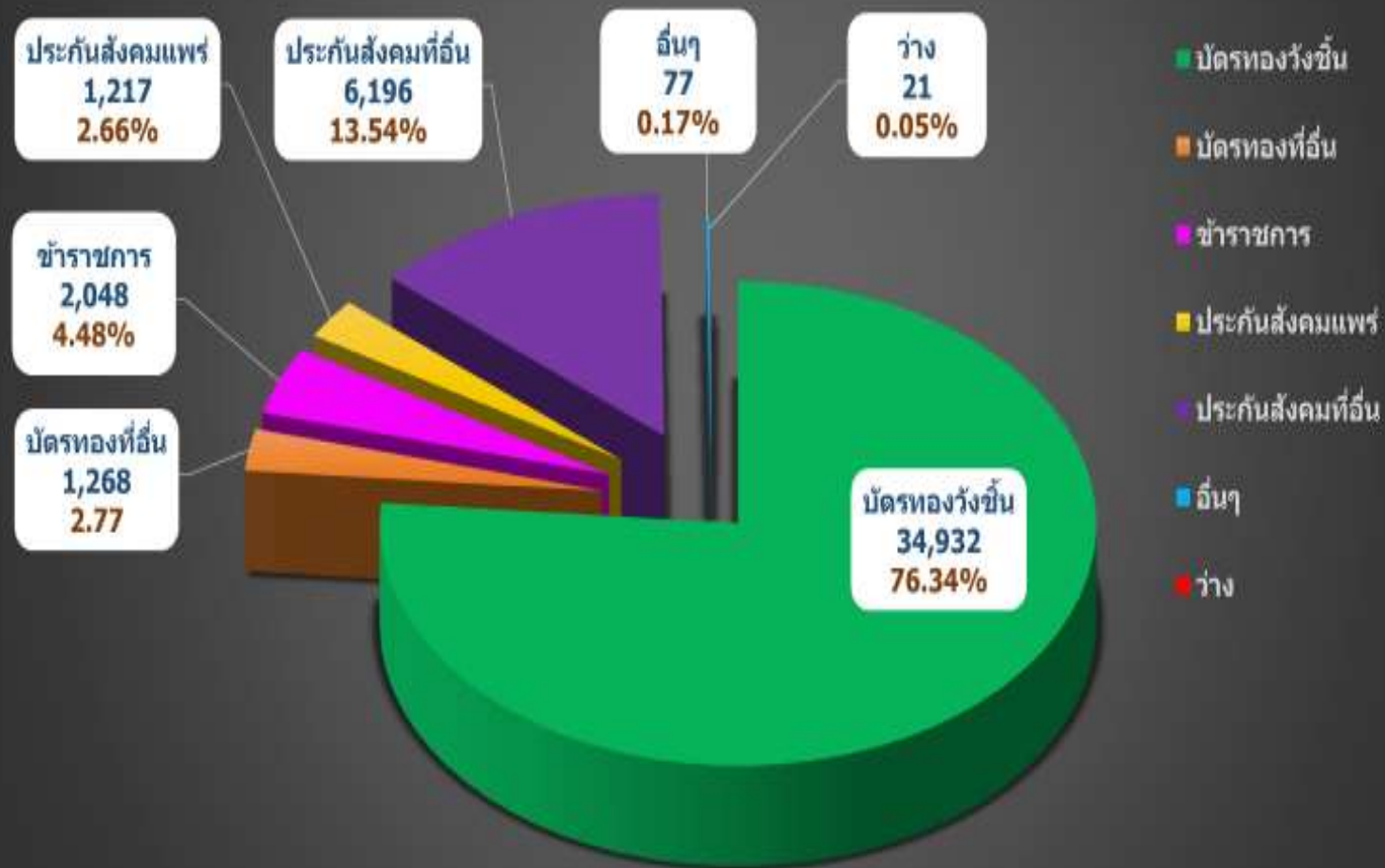
หมายเหตุ : ที่มาจำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร <http://stat.bora.dopa.go.th>
(จำนวนประชากร Type 1,3 จาก HOS_XP)

ตารางเปรียบเทียบประชากรตามช่วงอายุอำเภอวังชิ้น ปีงบประมาณ 2561 (ระหว่างประชากรตาม 43 แฟ้ม/นำ DBPOP มาปรับปรุง Type Area 1,3 กับประชากร ตามทะเบียนราษฎร)



หมายเหตุ : ที่มาจำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร <http://stat.bora.dopa.go.th>
(ระบบสถิติทางการทะเบียน กรมการปกครอง) จำนวนประชากร
Type 1,3 จาก HOS_XP

ความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพ อำเภอวังชิ้น 99.95%





การดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง



อำเภอวังขึ้นมี 7 ตำบล 8 อปท.

สมัครเข้าร่วมกองทุน LTC 4 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 50

ผู้สูงอายุทั้ง หมด 8,238 คน

ได้รับการคัดกรอง **ADL** ร้อยละ 97.10

ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง 189+50 (239)คน (2.90%)

กองทุนที่เข้าร่วมกองทุน LTC ผ่านเกณฑ์ 4 แห่ง

65.69%

กองทุนฯท้องถิ่น	จำนวน CM	CG	CP
เทศบาลวังขึ้น	2	13	50
แม่ปาก	2	5	34
แม่เก็ง	1	0	0
แม่พุง	1	0	0
ปาลัก	1	4	23
นาพูน	2	28	50
อบต.วังขึ้น	1	0	0
สรอย	0	79	0
รวม	10	129	157

การดำเนินงานในปี 2562

พัฒนานุคลากร

- Mini CM(ใช้CP ครอบคลุมพื้นที่ทุกพร สด.)
- อบรม CG (บูรณาการงบประมาณ กับเครือข่ายเช่น กศน.)
- ร่วมมือกับเครือข่าย พัฒนาศณะกรรมการ กองทุน,ศูนย์ฯ

กลุ่มเป้าหมายสูงอายุ

- กลุ่มต้องดูแลตามเกณฑ์ LTC โดย CM,CG,CP
- กลุ่มติดบ้านไม่เข้าเกณฑ์ LTC จัดกิจกรรมโดยชมรม ผู้สูงอายุในหมู่บ้าน(งบฯ กองทุนหลักประกันฯระดับ พื้นที่)
- กลุ่มติดสังคม (โรงเรียน ผู้สูงอายุ)

บริหารจัดการทรัพยากร

- จัดการข้อมูลระดับอำเภอ
- พชอ.

การประชุมอนุมัติ Care plane



การดำเนินงานศูนย์ LTC



การอบรม CG



การออกเยี่ยมของ CG และ ทีมศูนย์ LTC



เรื่องเล่าจาก CG

**ยากาย
ใกล้บ้าน**



วิถีชุมชนสร้างคนดีสู่สุขภาพดี

พัฒนาองค์ความรู้
ฝึกกระบวนการคิด
สะท้อนปัญหา พาปฎิบัติ
เสริมพลังสร้าง
กำลังใจ

[illegible]

2

โรคไม่ติดต่อ
เรื้อรัง

การ ดำเนินงาน

กลุ่มปกติ

1.ให้คำแนะนำและมีการติดตามคัดกรองทุกปี

กลุ่มเสี่ยง/เสี่ยงสูง

1.เข้ากระบวนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
2.มีการจัดแผนงานโครงการในการแก้ไข
ปัญหาและติดตาม ทุก 3 และ 6 เดือน
3.กรณีเสี่ยงสูง นัดตรวจซ้ำ 2 สัปดาห์ ถ้ายัง
ควบคุมไม่ได้ให้มาพบแพทย์

กลุ่มป่วย

1.รักษาตาม CPG เบาหวาน /ความดันโลหิตสูง
2.ติดตามภาวะแทรกซ้อนทุกปี



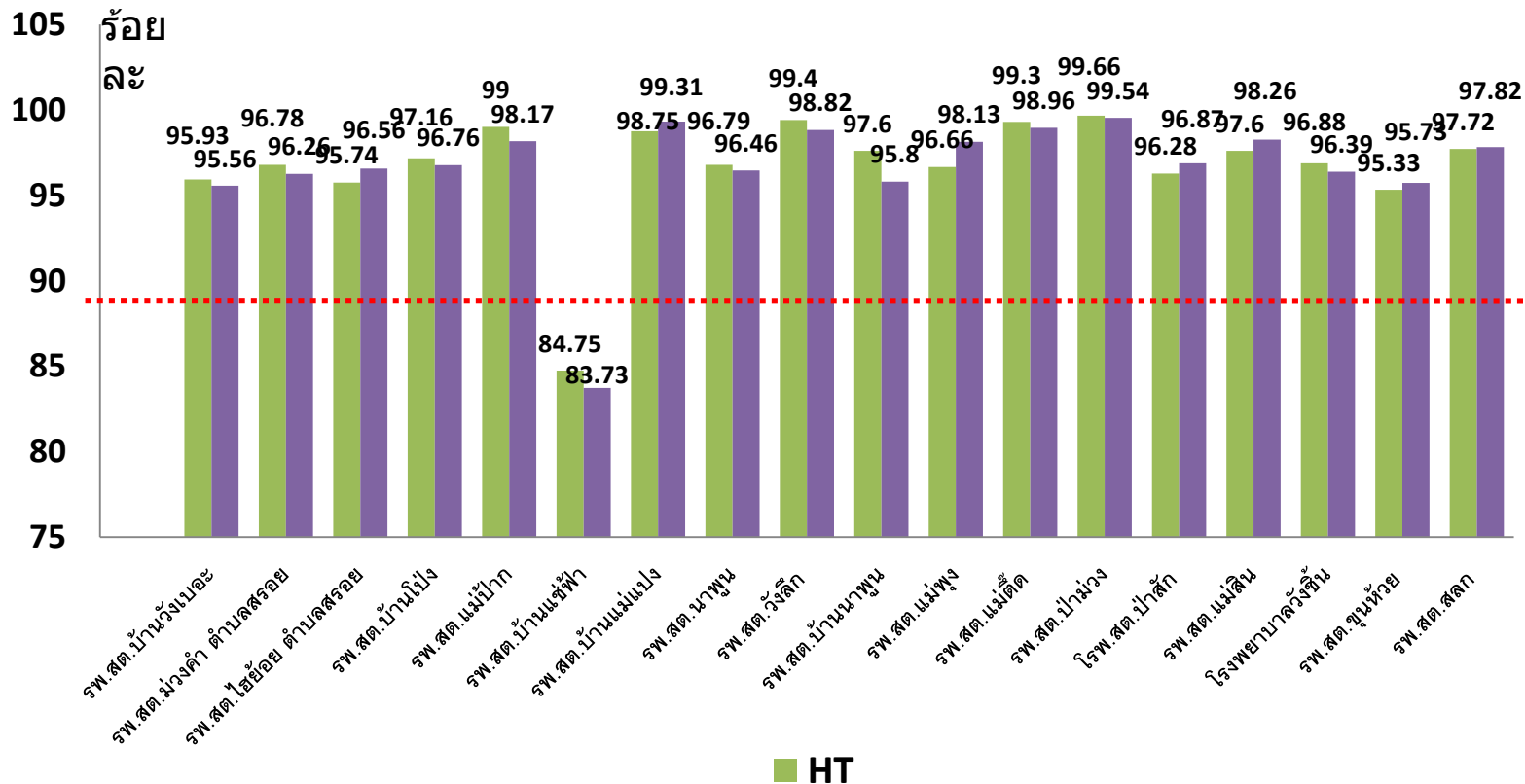
NCDs DM&HT



ตัวชี้วัด

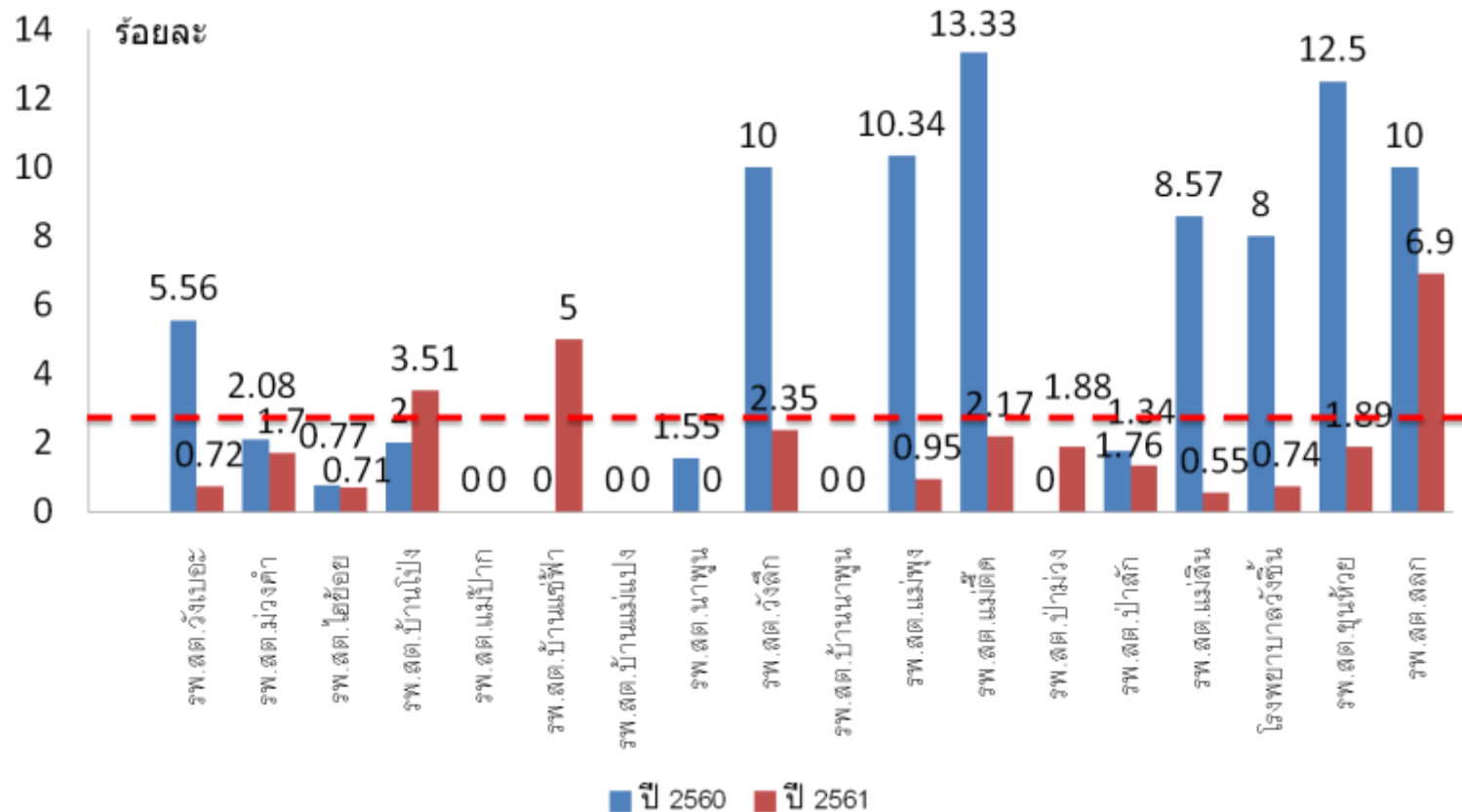
- อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จาก Pre – DM ปี 2560 น้อยกว่าเท่ากับร้อยละ 2.4
- อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านมากกว่า เท่ากับร้อยละ 10

คัดกรอง DM/HT ประชากรอายุ 35 ปี คปสอ.วังชิ้น

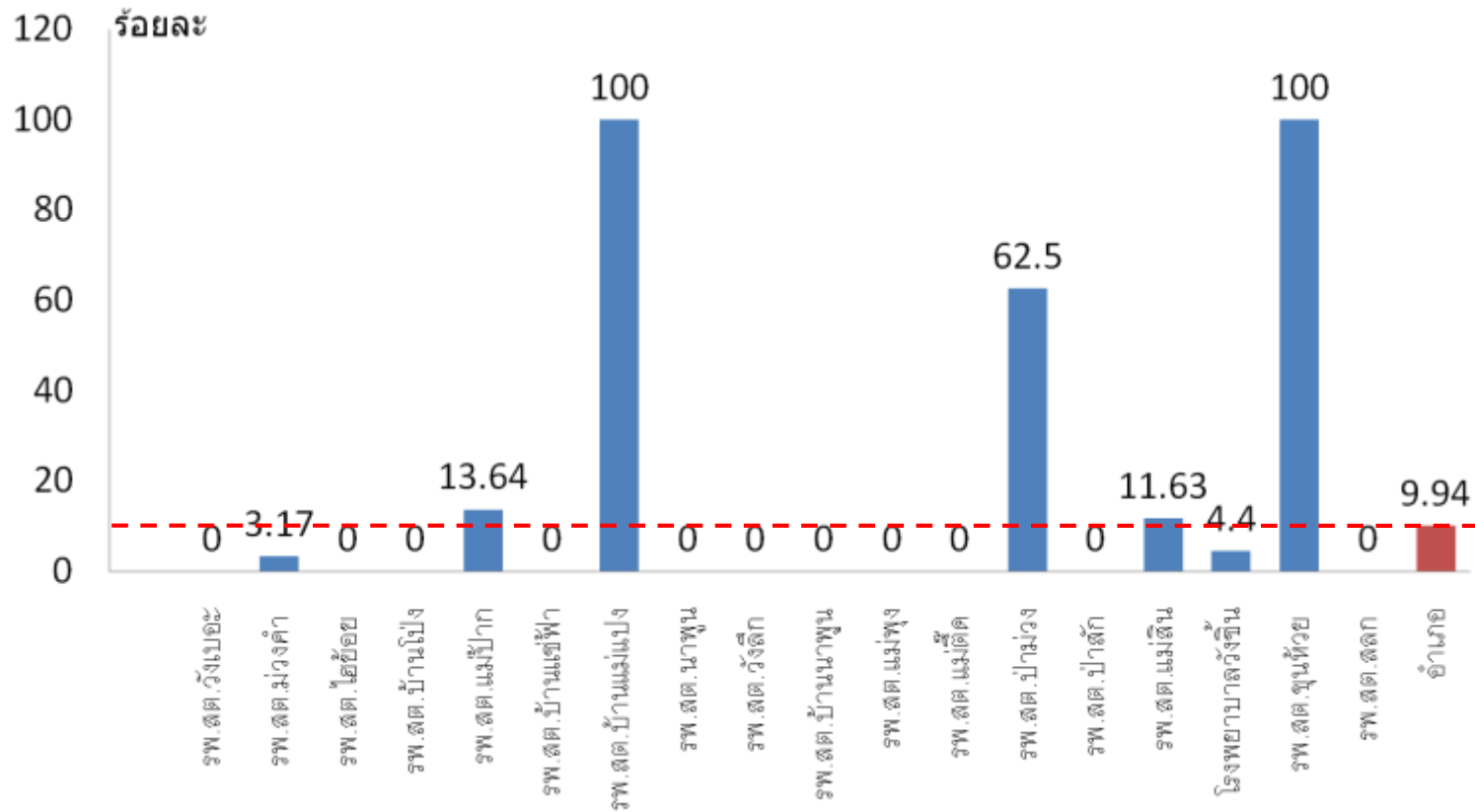


New case DM ปี 2560 และ 2561

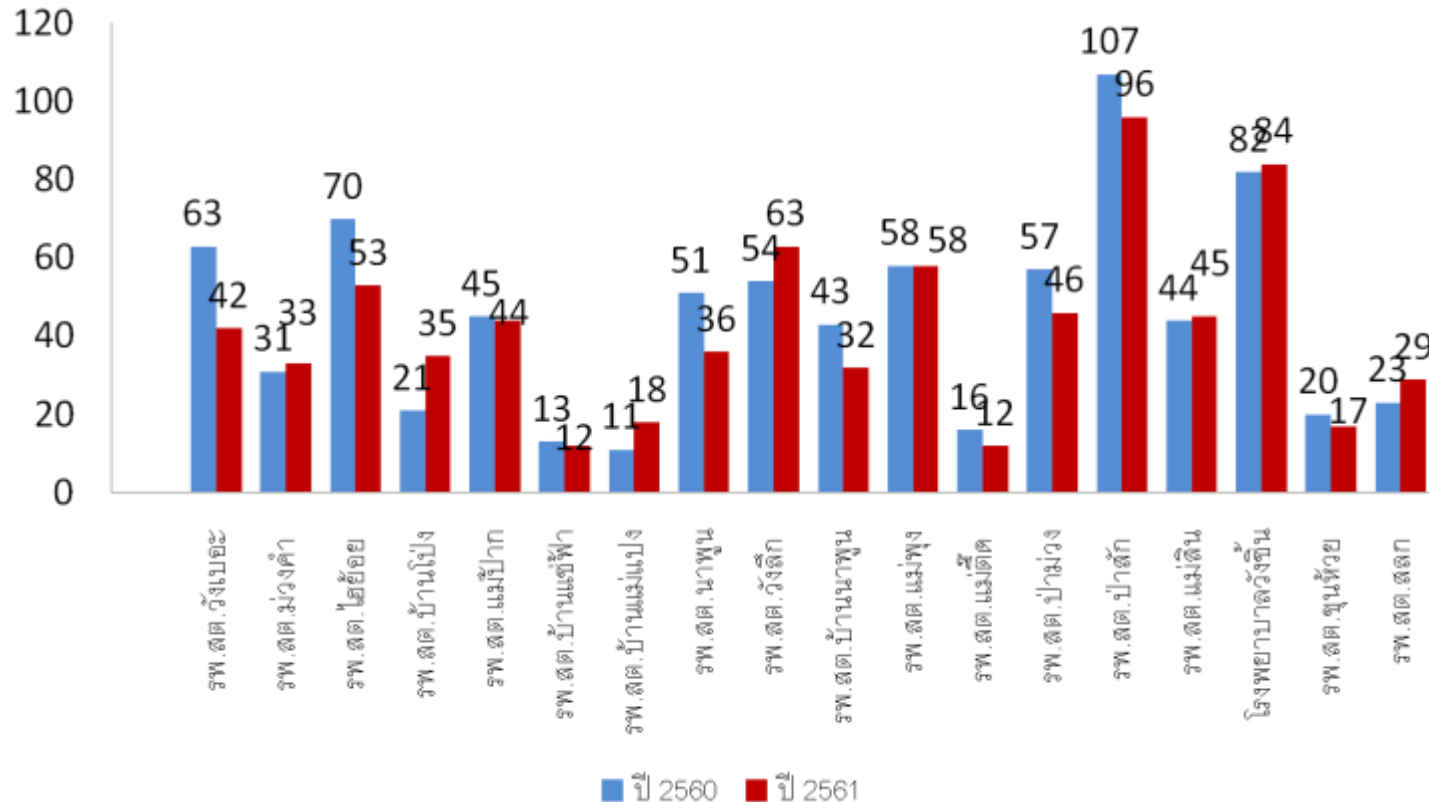
จาก Pre-DM ≤ ร้อยละ 2.4 ผล 4.11



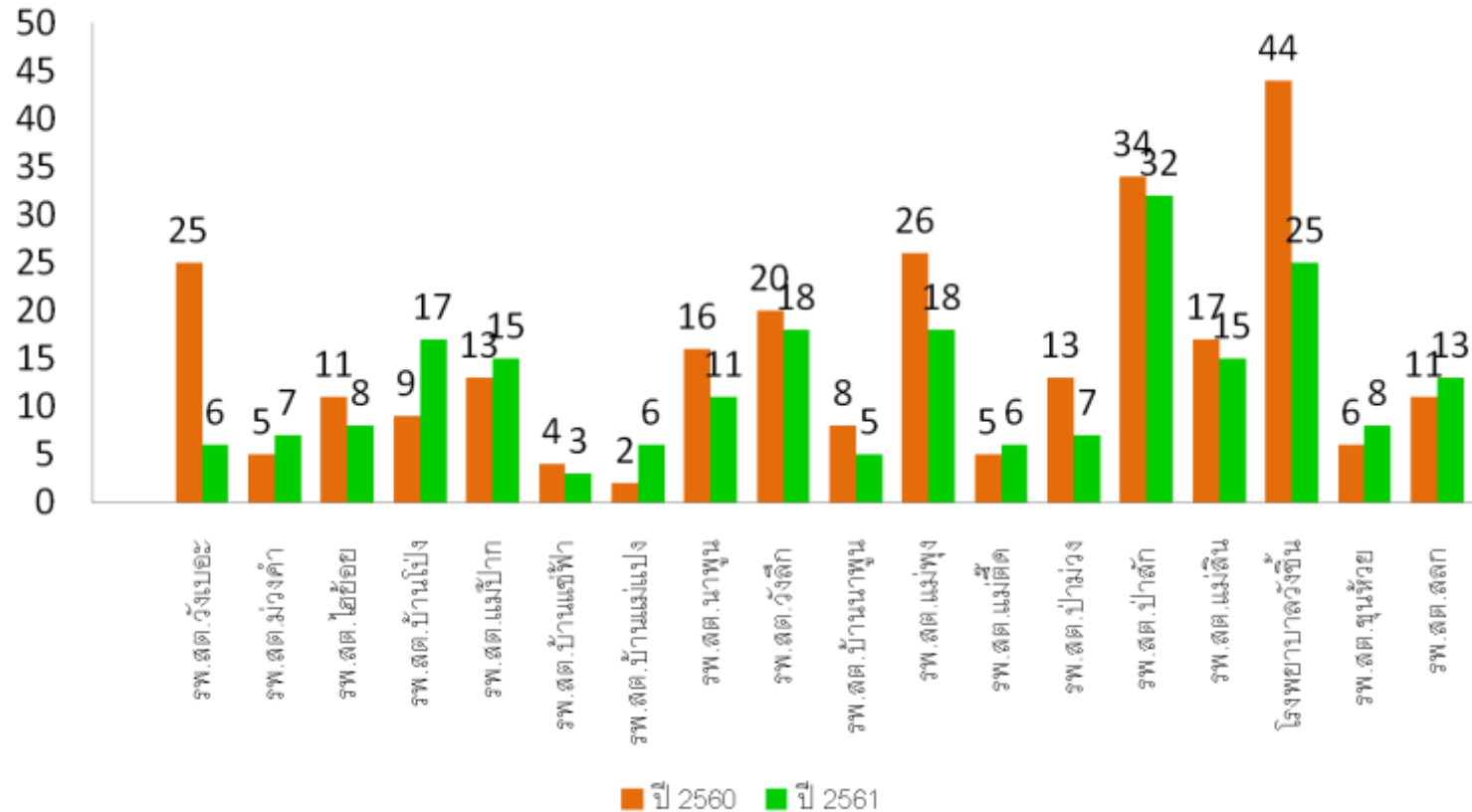
กลุ่มผู้ส่งส่วยป่วย HT ได้รับบริการ Home BP ร้อยละ 10



อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ปี 2560-2561



อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ปี 2560-2561



แผนงานและโครงการที่ใช้ในการแก้ไขโรคไม่ติดต่อในพื้นที่



เป้าหมาย

เพิ่มความครอบคลุมการคัดกรอง

เพิ่มการเข้าถึงบริการกลุ่มป่วย
ลดภาวะแทรกซ้อน

คุณภาพชีวิต ที่เหมาะสมรายบุคคล

แผนงานโครงการที่ใช้ในการสนับสนุนการดำเนินงาน 22 โครงการ เป็นเงิน 248,542 บาท
ผู้เข้าร่วมโครงการประกอบด้วยกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วย จำนวน 2,618 คน

คัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง



คัดกรองภาวะแทรกซ้อนเบาหวานและความดันโลหิตสูง

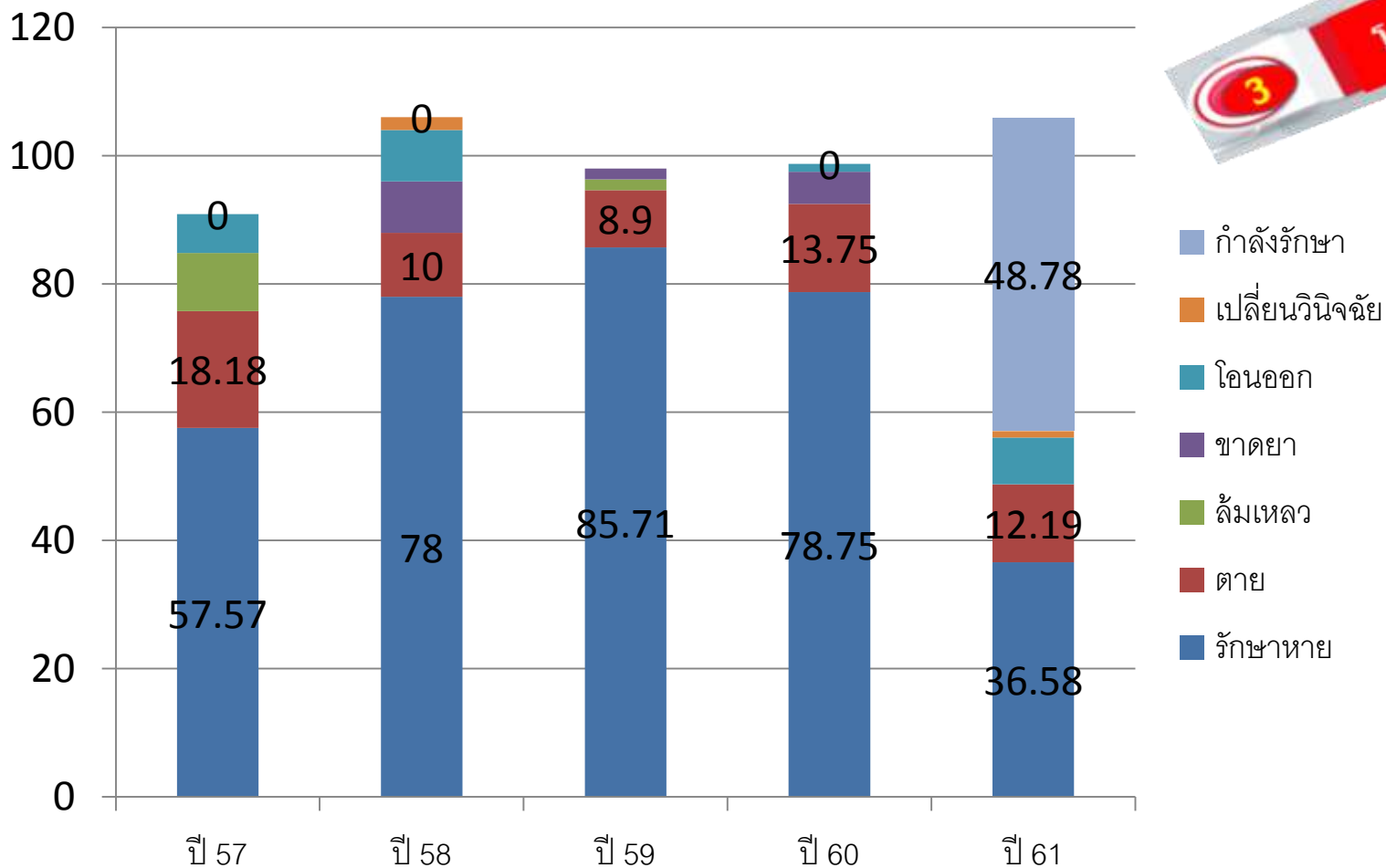


ขับเคลื่อน HLO, HLC

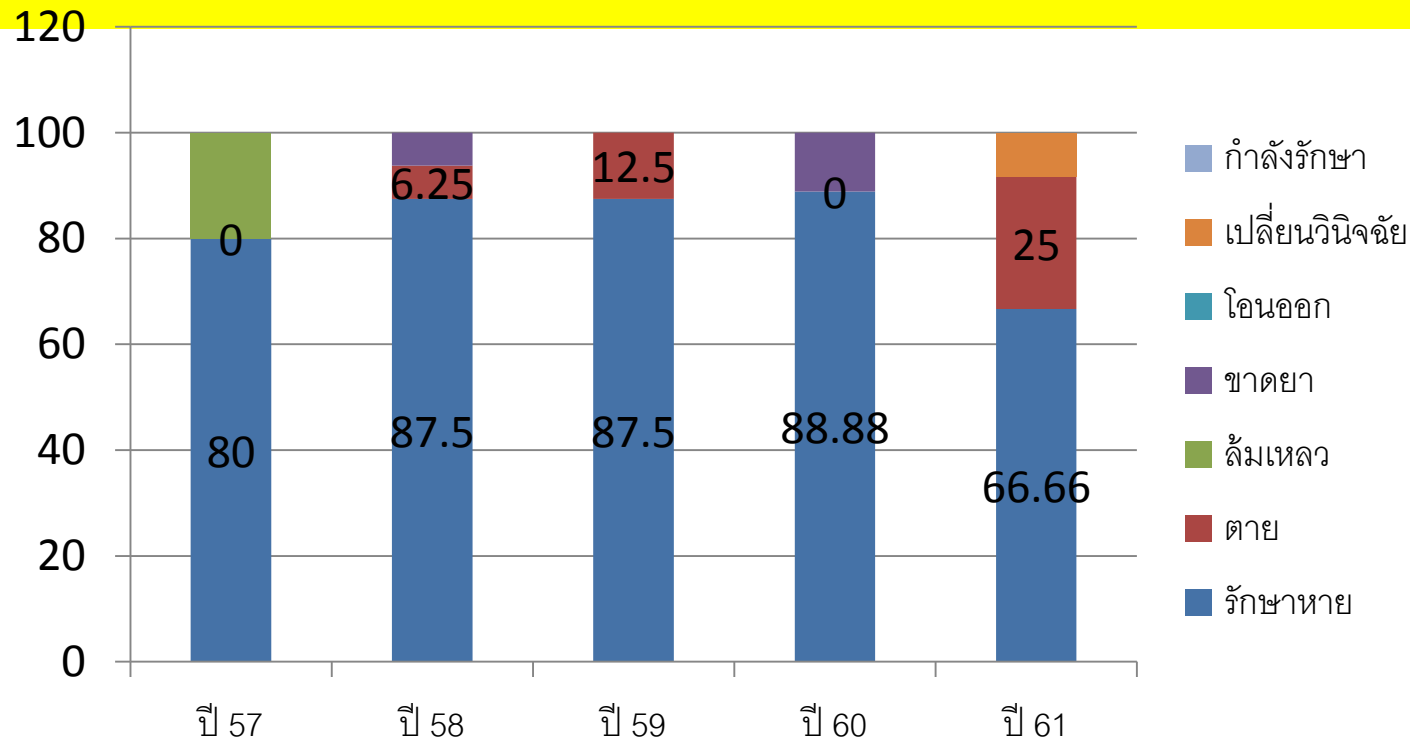
ดำเนินการตามกรอบคิด Health Literacy ของกรมอนามัย



ผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียน ปี 2557-61 อำเภอวังชิ้น



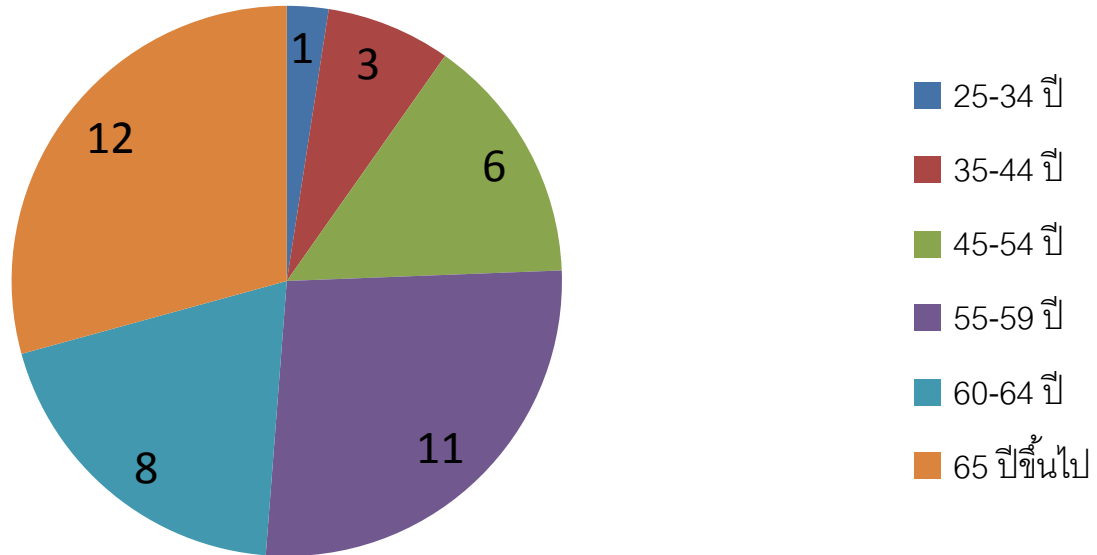
ผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่จังหวัดปัตตานี Cohort 1 ปี 2557-2561



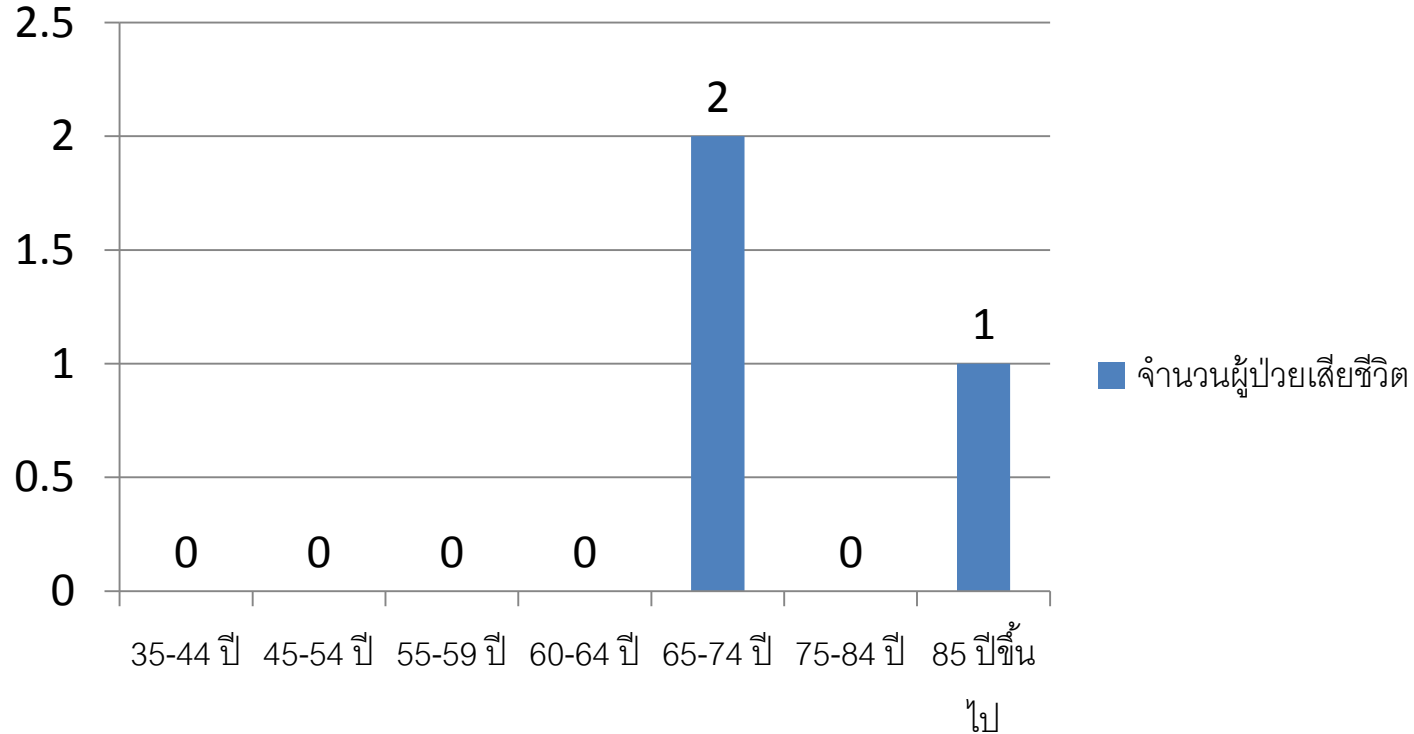
ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาปี งบประมาณ 2561

จำแนกตามกลุ่มอายุ

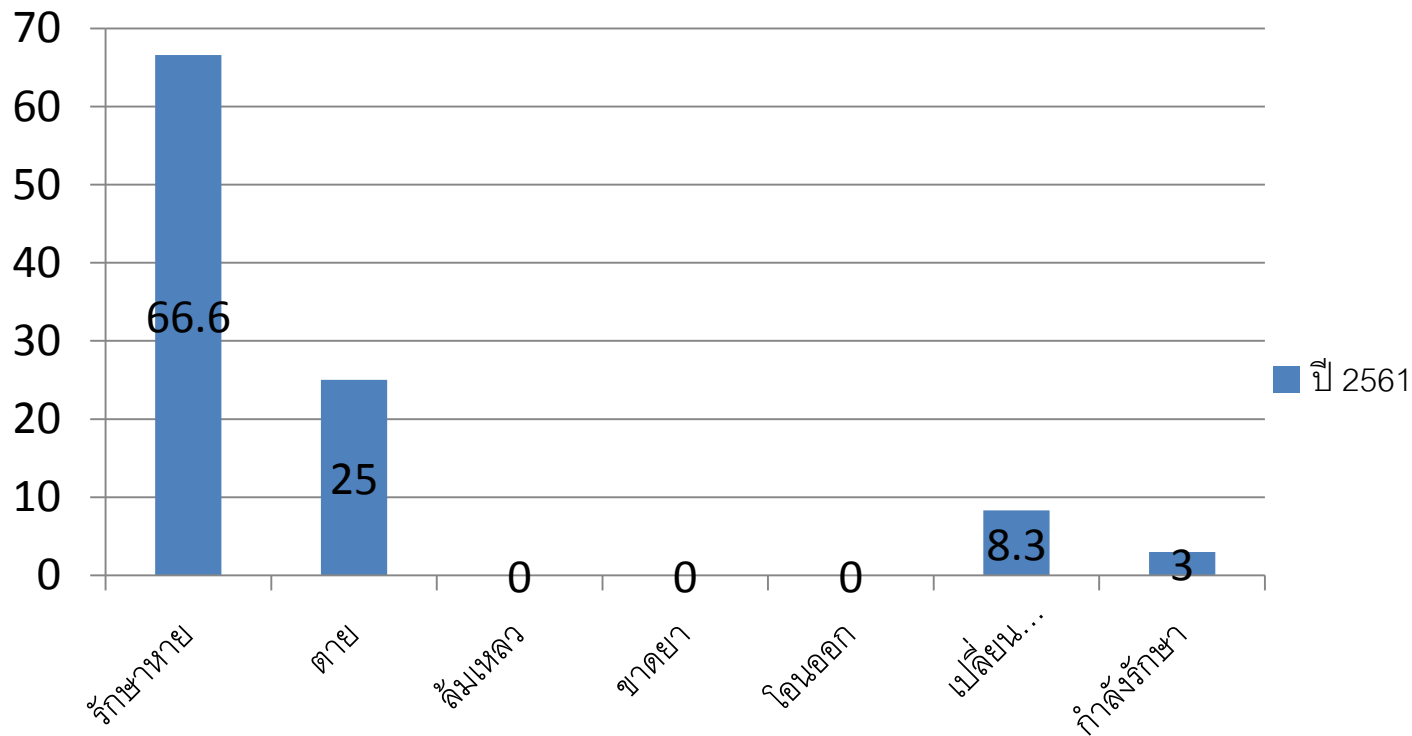
จำนวน



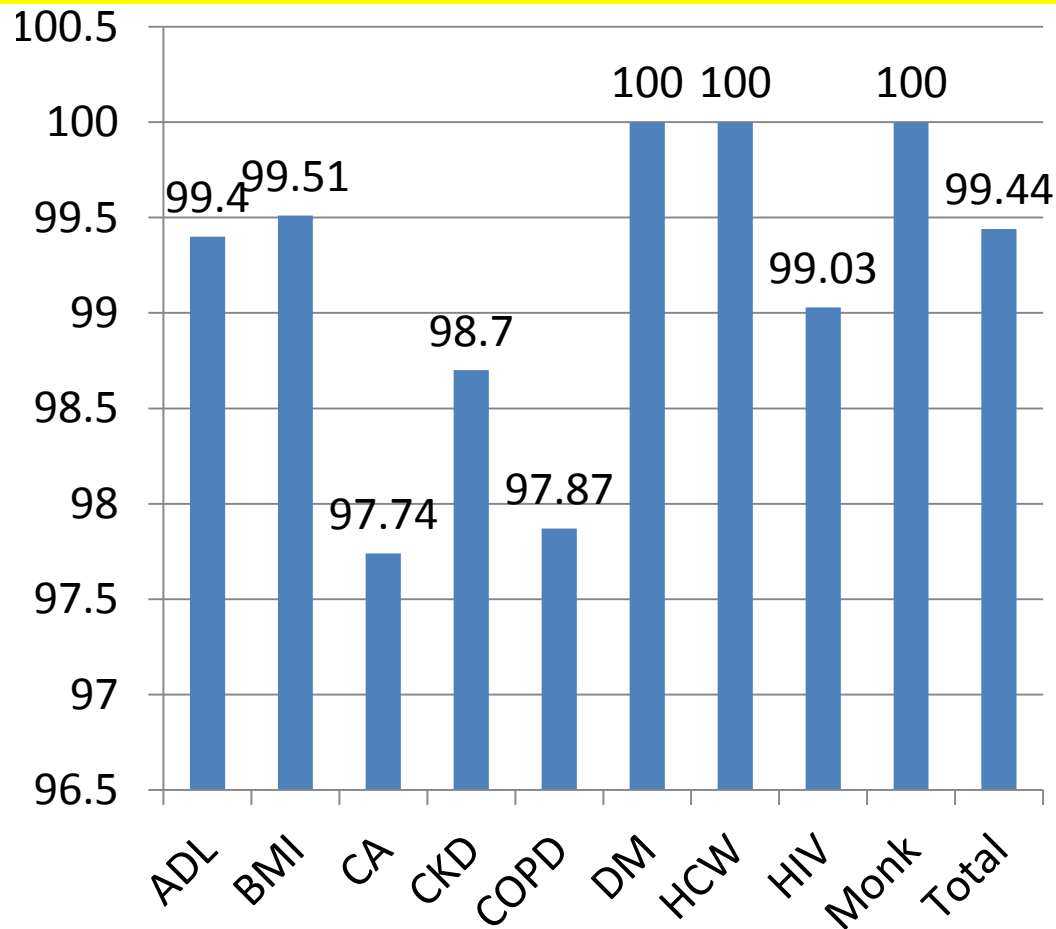
ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนและเสียชีวิตระหว่างการรักษา
จำแนกตามกลุ่มอายุและระยะเวลาที่รักษา Cohort 1/61 (N=3)



ผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียน Cohort 1 ปี 2561



การดำเนินงานการคัดกรอง ปี 2561



อัตราการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียน
รักษาวัณโรค 106.15 :100000 ปชก.

ชุดข้อมูล 1

อัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณ
โรคในกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค
99.44

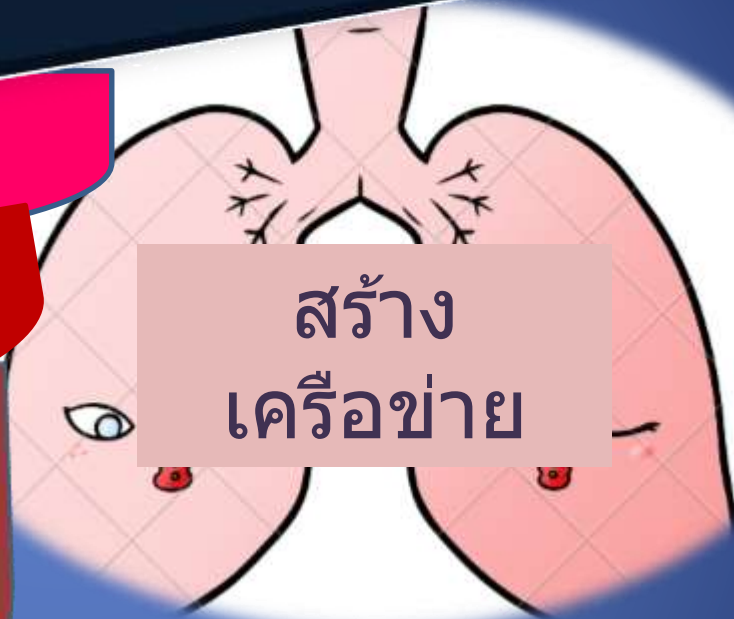
เป้าหมาย การดำเนินงานในปี 2562

คัดกรอง (นโยบาย/บริบท)

ป้องกัน

ดูแลผู้ป่วย
วัณโรค

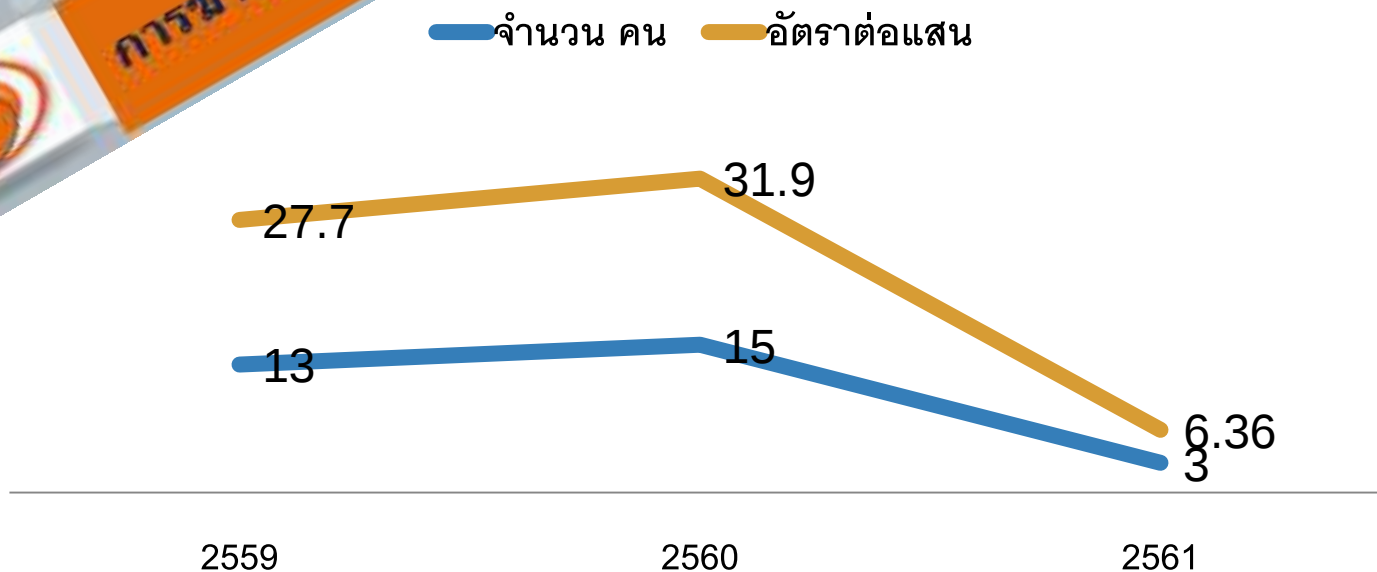
สร้าง
เครือข่าย



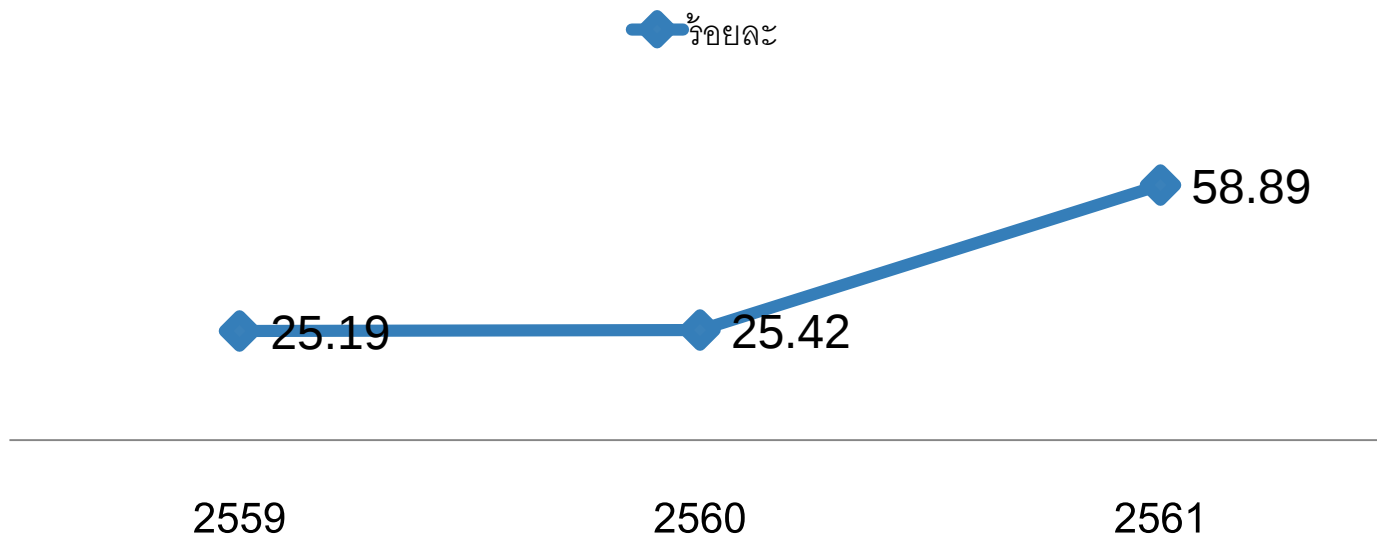
การตรวจคัดกรองในเจ้าหน้าที่



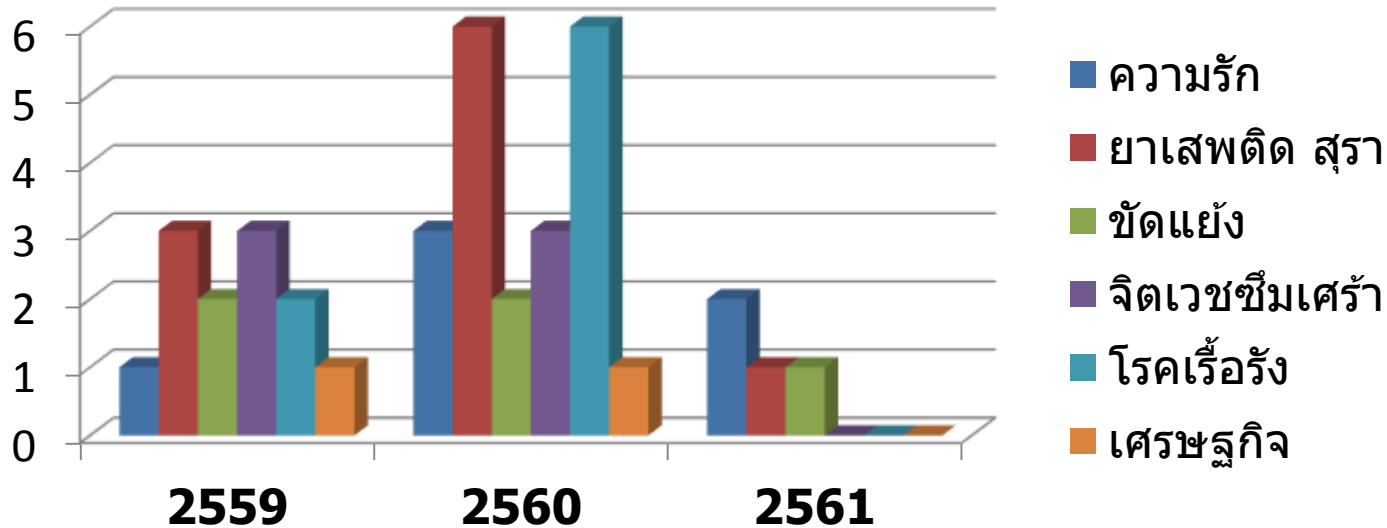
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ อำเภอวังชิ้น (6.3 : แสนปชก)



ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ อำเภอวังชิ้น(ร้อยละ55)

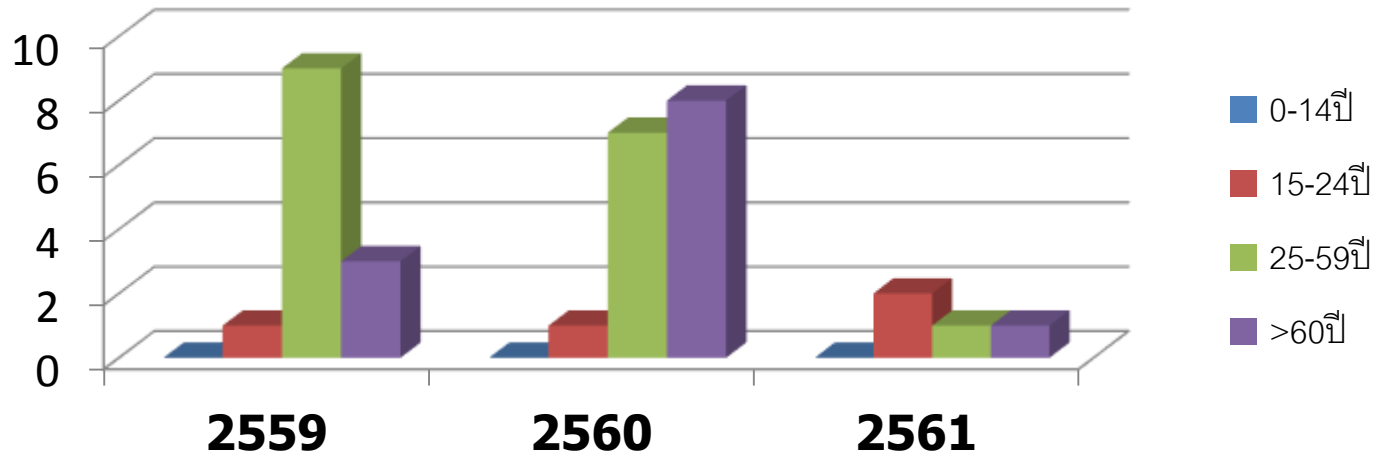


สาเหตุการฆ่าตัวตาย วังขึ้น



สาเหตุของการฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่ คือ
ยาเสพติด สุรา โรคเรื้อรัง และ โรคจิตเวช ซึมเศร้า

ช่วงอายุที่ฆ่าตัวตาย รังขึ้น



วัยที่มีการฆ่าตัวตายสูงที่สุด ปี **2559** คือ วัยทำงาน
ปี **2560** คือวัยสูงอายุ ปี **2561** คือวัยรุ่น

ผลการดำเนินงานสุขภาพจิต

ให้ความรู้แก่ อสม.เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการคัดกรอง



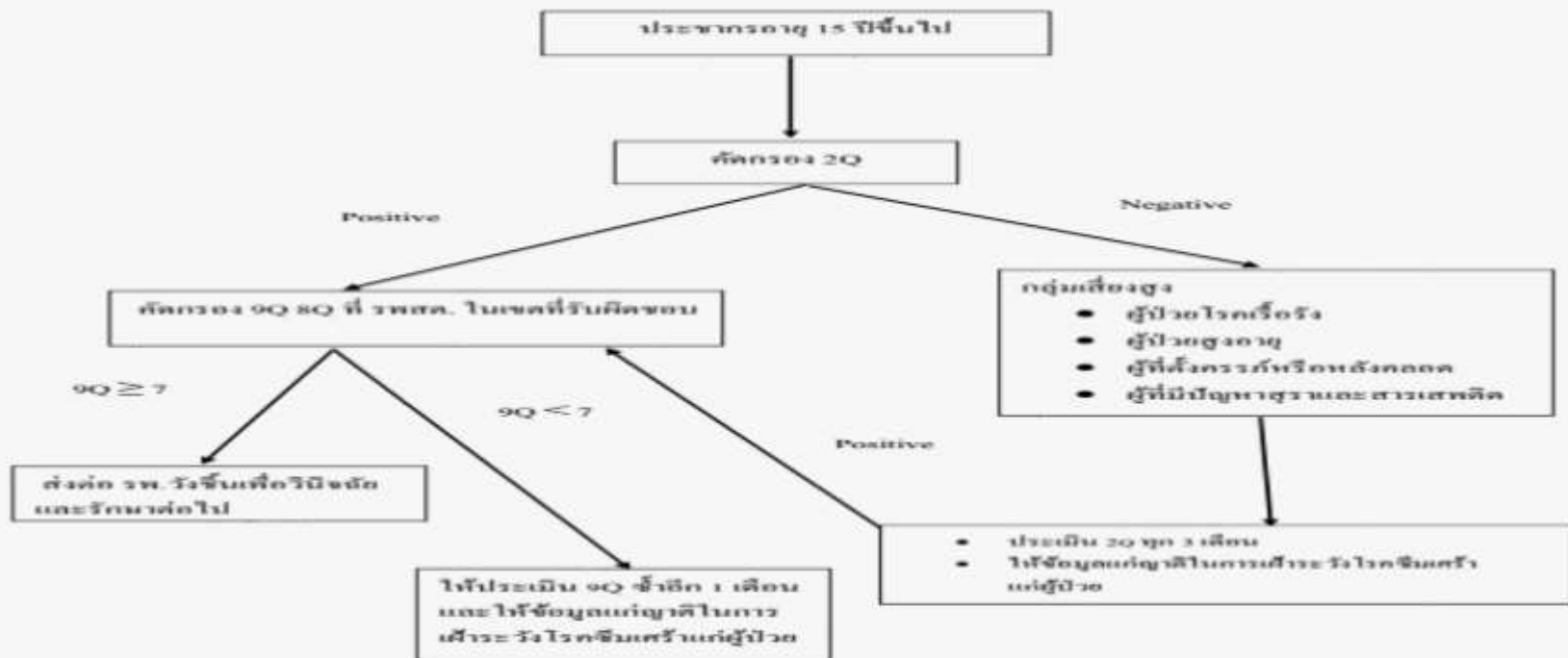
ให้ความรู้แก่ประชาชนที่ 2Q positive เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและวิธี
คลายเศร้าร่วมกับรพสต.คัดกรอง 9Q,8Q



ให้บริการติดตามดูแลผู้ที่ทำร้ายตนเองในทุก พื้นที่ด้วยระบบเครือข่าย



แนวทางการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเขตอำเภอวังจันทน์



แผนพัฒนางานสุขภาพจิต ปี2562

- พัฒนาคูณภาพด้านการบำบัดสุรา ยาเสพติด เพิ่มการคัดกรอง เพื่อให้เข้าถึงการบริการสุขภาพจิต
- ดำเนินกิจกรรมร่วมกับเครือข่ายในการเสริมสร้างทักษะชีวิตในกลุ่มวัยรุ่น และเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว(ครอบครัวอบอุ่น)
- ดำเนินกิจกรรมป้องกันในกลุ่มผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง และวัยทำงานอย่างต่อเนื่อง

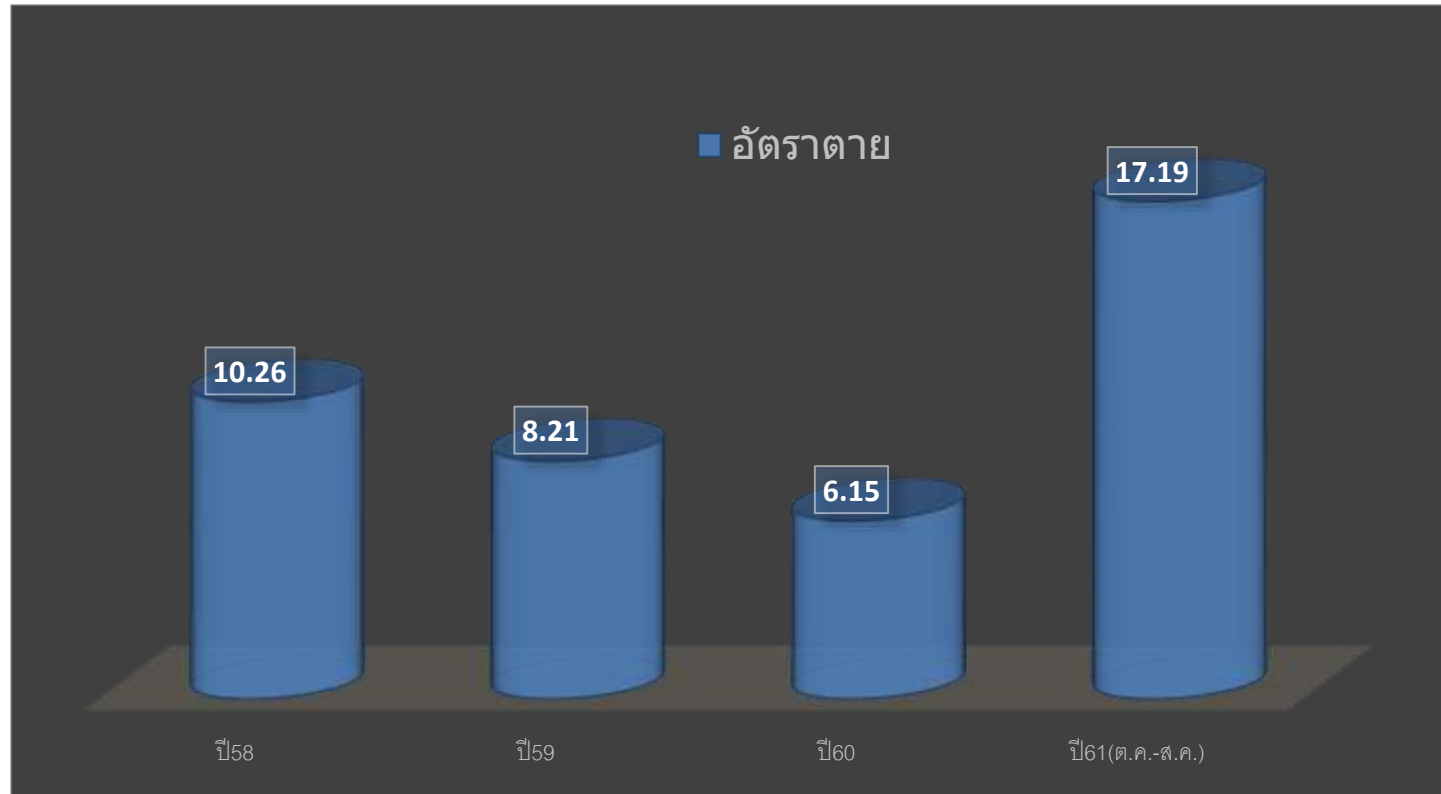
Road Traffic Injury

การป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน

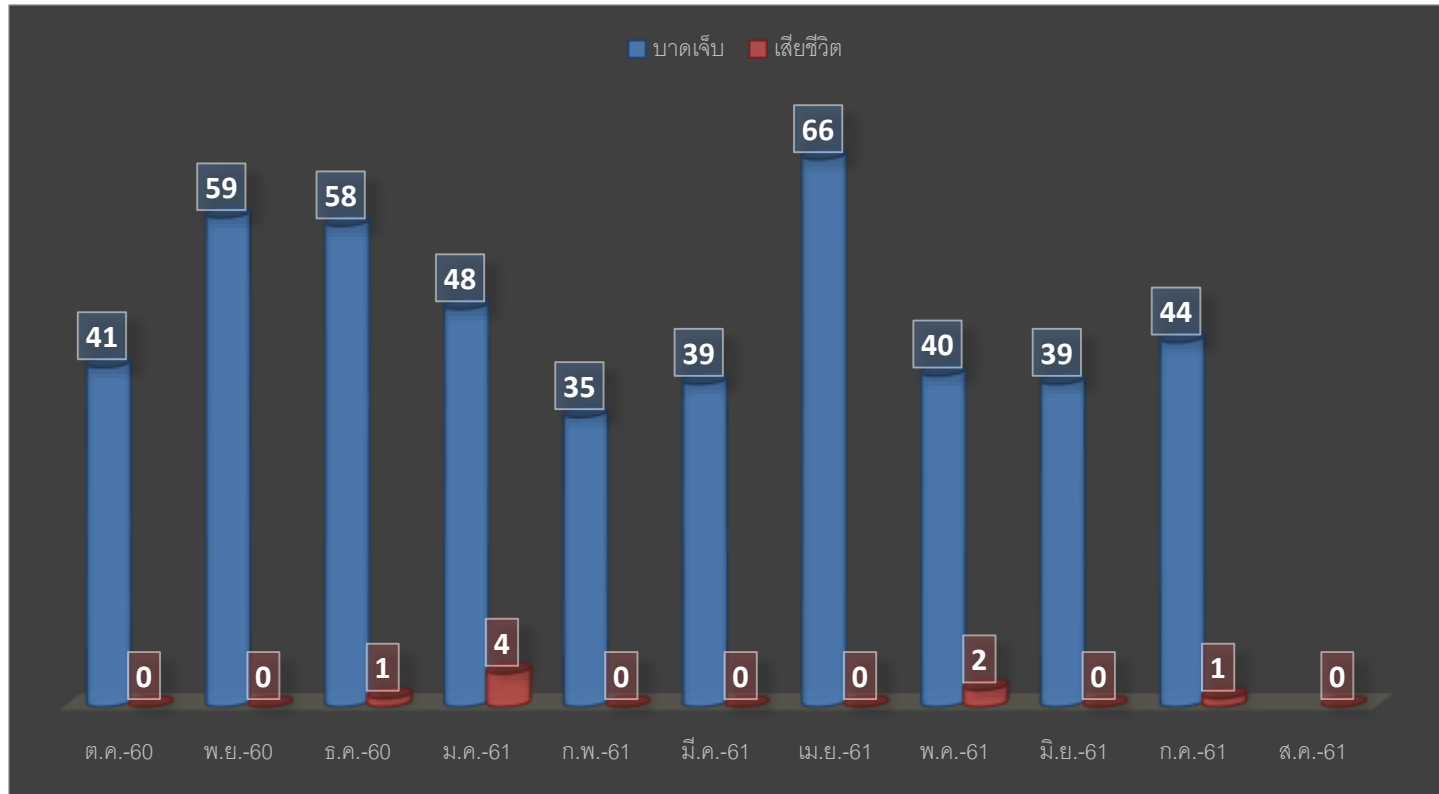
- ลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนนลงร้อยละ 50



ตัวชี้วัดลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนนลงร้อยละ 50
ผลร้อยละ 64.23 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 14.23



จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตอุบัติเหตุทางถนนปี พ.ศ. 61



อุบัติเหตุจราจรทางบกวิเคราะห์การเกิดเหตุย้อนหลัง3ปี

- ช่วงเวลาที่เกิดเหตุมากที่สุดอยู่ในช่วง 16.00-17.00
- วันที่เกิดเหตุมากที่สุด เสาร์ – อาทิตย์
- เดือนที่มีการบาดเจ็บมากที่สุด เดือนธันวาคม (ซึ่งจะติดอันดับ 1ใน3 ของทุกปี)
- อาชีพที่เกิดเหตุมากที่สุด 1.เกษตรกร 2.นักเรียน
- อายุที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด 10-15 ปี (15-45 ปี)
- ถนนที่เกิดเหตุ –รถจักรยานยนต์และอื่น ๆ ส่วนใหญ่เกิดถนนในหมู่บ้านทางตรง
- ถนนที่เกิดเหตุ-รถยนต์ ส่วนใหญ่เกิดในถนนทางหลวง/ทางหลวงชนบท
- ถนนในตำบลนาพูนบริเวณที่เกิดเหตุเป็นทางโค้ง ถนนขรุขระ กลางคืนไม่มีไฟ
- ถนนในเขตเทศบาลวังชิ้น เกิดเหตุบ่อยบริเวณสี่แยกนาเวียง ทางตรงพื้นถนนเรียบ มีแสงไฟ ส่วนใหญ่เกิดเหตุกลางวัน

จุดเสี่ยงเขตอำเภอวังชิ้นที่เกิดอุบัติเหตุและเสียชีวิต

- ถนนวังชิ้น-นาปลากั้ง ทางโค้งกิโลเมตรที่30 หมู่2 ต.วังชิ้น
- ถนนวังชิ้น-นาปลากั้ง ทางโค้งหน้าวัดวังแพน หมู่ 5 ต.วังชิ้น
- ถนนวังชิ้น-นาปลากั้ง ทางโค้งหน้าแขวงป่าไม้วังชิ้น หมู่ 9 ต.วังชิ้น
- ถนนวังชิ้น –อ.ลองบริเวณใกล้ อบต.แม่เกิ้ง ทางตรงเป็นเนินเขา 2 เนินต่อกัน หมู่7 ต.แม่เกิ้ง
- ถนนวังชิ้น –อ.ลอง บริเวณสี่แยกบ้านค้างใจ-แม่สิน ทางตรง หมู่ 7 ต.แม่เกิ้ง
- ถนนวังชิ้น –อ.ลอง บริเวณใกล้น้ำพุร้อนแม่จอก ทางตรง หมู่ 8 ต.แม่ป่าก
- ถนนวังชิ้น –อ.ลอง หมู่7 ใกล้ปั๊มน้ำมันสหกรณ์วังชิ้น
- ถนนวังชิ้น –อ.ลอง ต.แม่ป่ากหมู่ 4 ใกล้โรงเรียนแม่ป่ากทางตรง
- ถนนวังชิ้น –เถิน บริเวณใกล้อบต.แม่พุง ทางโค้งและเป็นเนิน หมู่ 1 ต.แม่พุง
- ถนนวังชิ้น ในเขตเทศบาลบริเวณ สี่แยกนาเวียง หมู่ 7 ต.วังชิ้น

การดำเนินงาน แก้ไข/พัฒนาในพื้นที่

- 1.วิเคราะห์สถานการณ์/ปัจจัยเสี่ยง/จุดเสี่ยง โดยชุมชนมีส่วนร่วม นำเสนอในที่ประชุม ประจำเดือนหัวหน้าส่วนราชการ และดำเนินการแก้ไข ประเมินผล ปรับปรุง
- 2. คปสอ.วังชิ้นมีการจัดทำโครงการ อบรบให้ความรู้ทีมสอบสวนอุบัติเหตุ
- 3.มาตรการองค์กร/ชุมชน รณรงค์การขับขี่ปลอดภัย สวมหมวกกันน็อค คาดเข็มขัดนิรภัย ดื่มไม่ขับ ขับรถเร็วตามกฎหมายกำหนด ไม่ฝ่าฝืนกฎจราจร

ปัญหา/อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค

- 1.ส่วนราชการ /อปท./ภาคีเครือข่ายและประชาชนในพื้นที่ ขาดความตระหนักในการให้ความสำคัญของการป้องกันอุบัติเหตุจราจร

ข้อเสนอแนะ

- 1.ศปถ.ระดับอำเภอควรมีการบูรณาการ ในการดำเนินการระหว่างส่วนราชการ /อปท./ภาคีเครือข่ายและประชาชนในพื้นที่ ให้เห็นความสำคัญในการรณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุอย่างต่อเนื่อง

ผลการดำเนินงานไขเลือดออก

- ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ระดับครัวเรือนทราบเข้าใจและให้ความร่วมมือในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย ตลอดจนเฝ้าระวังการเกิดโรค อาสาสมัครสาธารณสุขรายงานค่า HI CI ส่ง สสอ.ทุกเดือน
- ทีม SRRT อำเภอ/ตำบล ลงชุมสำรวจความชุกของลูกน้ำยุงลายทุกสัปดาห์/1ตำบลและสะท้อนข้อมูลการลงชุมคืนในที่ประชุมประจำเดือนกำนันผู้ใหญ่บ้าน



ผลการดำเนินงานไขเลือดออก

- เตรียมพร้อมเรื่องเครื่องฟั่นและสารเคมีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยประสานให้ทุกเทศบาล/อบต. เตรียมการและรายงานจำนวนเครื่องฟั่น/น้ำยา/ทรายที่มีฟอส รวมทั้งการประสานการล้างท่อ/วางระบายน้ำในเขตเทศบาล/อบต.ทุกแห่ง
- วิเคราะห์และติดตามสถานการณ์ในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง
- ได้ดำเนินงานตามมาตรการ 3-3-1 การฟั่น 0 3 7 การค้นหาผู้ป่วย case finding โดยทีม SRRT ระดับอำเภอและตำบล โดยร่วมมือกับ อปท. อสม. ผู้นำชุมชน

ผลการดำเนินงานไขเลือดออก

- อสม.ลงสำรวจค่า HI CI แบบไขว้หมู่บ้านใน2ตำบล และเฝ้าระวังสถานการณ์อย่างสม่ำเสมอ
- อสม.น้อยลงสำรวจค่า HI CI และทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลายในตำบลสรอย
- การประเมินมาตรฐาน งานระบาดวิทยาระดับ รพสต.



ปัจจัยสนับสนุนให้งานสำเร็จ

- ความร่วมมือของหน่วยงาน และประชาชนในพื้นที่
- ความใส่ใจและความจริงจังของผู้รับผิดชอบงาน
- การคืนข้อมูลแก่ผู้นำและชุมชน
- การสนับสนุนของจังหวัดและอำเภอ

แนวทางดำเนินการปี2562

- การกำหนดผลงานใช้เลือดออกมาทำMOUกับรพ.สต.
- การลงพื้นที่สุ่มดูค่า HI CI อย่างสม่ำเสมอ
- การประสานงานกับหน่วยงาน ภาคีเครือข่ายเรื่องแนวทางการดำเนินงานตั้งแต่ต้นปี
- การกำหนดแผนการป้องกันควบคุมโรคระดับหมู่บ้าน ตำบล
- การทบทวนการใช้และบำรุงรักษาเครื่องฟั่นหมอกควัน

**สรุปประเมินผลการปฏิบัติราชการ และ
คำรับรองการปฏิบัติราชการ**

**การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค
และการจัดการสุขภาพ**

**ประเด็น
การพัฒนาสุขภาพทุกกลุ่มวัย และการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ**

การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและ เด็กปฐมวัย 0 -5

อัตราการตายมารดา ไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ผล 0

ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์
ผล 92.70

ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการบริการฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้ง
ตามเกณฑ์ ผล 87.53

อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 – 19 ปี ผล
อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุ 15-19 ปี ผล 0

ร้อยละของเด็ก 0-5 ปีได้รับการเฝ้าระวังการเจริญเติบโต ผล 96.06
ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการ สมวัย 93.60

ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ผล 35.66

ร้อยละศูนย์เด็กเล็กผ่านการประเมินมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ 15.79

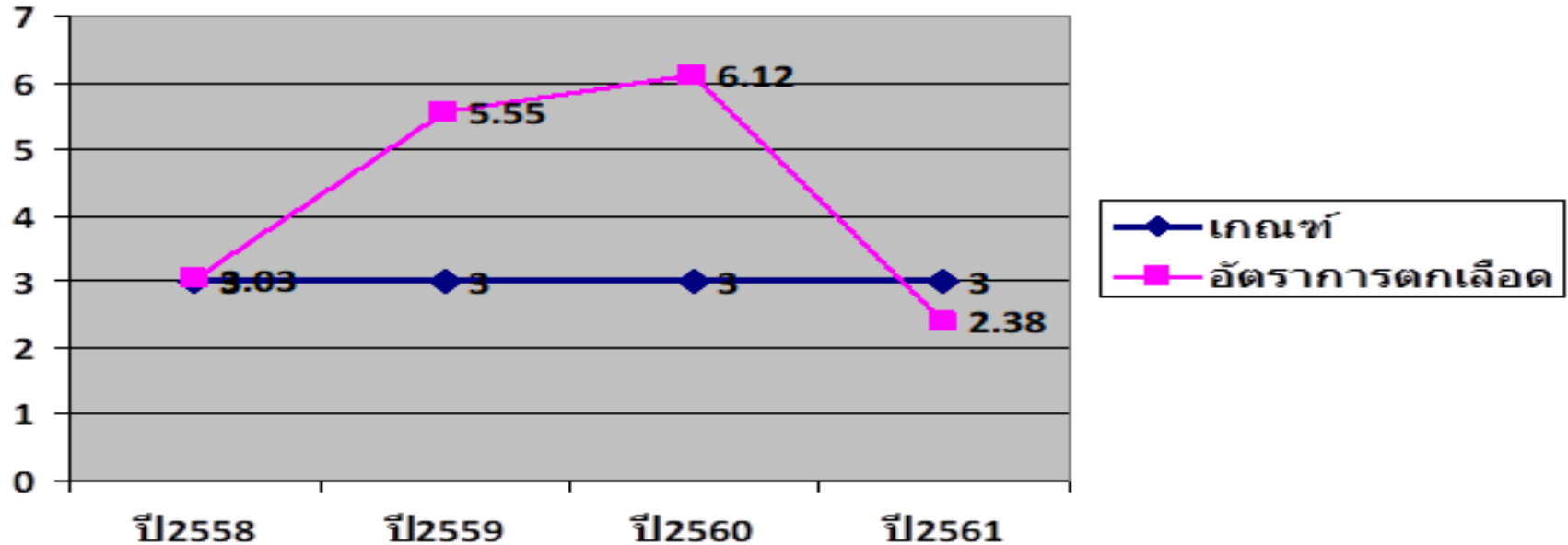
ตัวชี้วัด

อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000คน



จากการดำเนินงานที่ผ่านมาอัตราส่วนการตายของมารดาในเขตพื้นที่อำเภอวังชัน เท่ากับ 0 สำหรับการดำเนินงานของพื้นที่ ผลการจัดบริการตามมาตรฐานงานอนามัย แม่และเด็ก โรงพยาบาลวังชันได้ผ่านการการประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ทุก 3ปี และผ่านการประเมินครั้งล่าสุดในปีพ.ศ.2560

ปัญหามารดาตกเลือดหลังคลอด(Service plan MCH)



มารดาตกเลือดหลังคลอดยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขซึ่งพบอย่างต่อเนื่อง และไม่สามารถแก้ไขให้หมดไป ดังนั้นเพื่อให้ผู้คลอดซึ่งมีภาวะตกเลือดหลังคลอดมีความปลอดภัย ไม่เสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอด จึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหามารดาตกเลือดหลังคลอดอย่างเคร่งครัด

การส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์และมาตรการป้องกันมารดาตาย ในพื้นที่อำเภอวังชัน



พัฒนาศักยภาพบุคลากรและระบบให้บริการงานอนามัยแม่และเด็ก คปสอ.วังชัน
ร่วมกันวิเคราะห์และวางแผนแก้ไขปัญหาแม่และเด็กในพื้นที่



ขับเคลื่อน “มหัศจรรย์ 1,000วัน แรกของชีวิต” ส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างเครือข่ายในชุมชน อสม. จิตอาสา ผู้นำชุมชน



**ขับเคลื่อน "มหัศจรรย์ 1,000วัน แรกของชีวิต" ส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์
แลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างเครือข่ายในชุมชน อสม. จิตอาสา ผู้นำชุมชน**



ติดตามเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง โดย รพ.สต. และ อสม. ในพื้นที่อย่างใกล้ชิด



จัดระบบบริการมีแนวทางคัดกรองครรภ์เสี่ยง100%
หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงและหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ตั้งแต่ 35 สัปดาห์ มาฝากครรภ์
ที่ร.พ.ทุกราย
มีการประเมินความเครียดและมีช่องทางในการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

ปฏิบัติตามมาตรการและ CPG PIH,PPH อย่างเคร่งครัดโดย มาตรการป้องกันมารดาตายจาก PIH



- ติดโปสเตอร์มาตรการ PIH ในห้องคลอด
- มีการใช้ MgSO4 เพื่อป้องกันการชักทุกราย จัดทำจัดทำ Set Box ซึ่งมีอุปกรณ์ ยา
- แนวทางในการดูแลสำหรับผู้ป่วย PIH ไว้ในห้องคลอดเพื่อสะดวกในการใช้

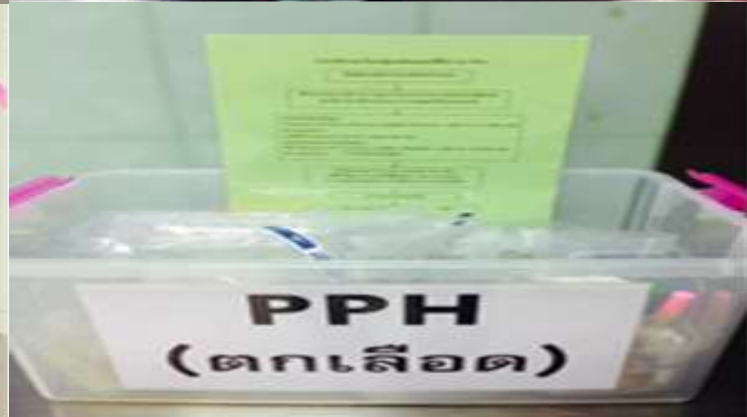
มาตรการป้องกันมารดาตายจาก PIH ต่อ

- ใช้ **CPG ,standing order** ซึ่งจัดทำโดยเขต
- มีการปรึกษาเคส กับสูติแพทย์ร.พ.แพร่ทุกราย
- ส่งต่อร.พ.แพร่เพื่อยุติการตั้งครรภ์ที่ **GA 37** สัปดาห์ ในราย **Mild pre-eclampsia**
- ในราย **Severe pre-eclampsia** และ **Eclampsia** ส่งต่อร.พ.แพร่เพื่อยุติการตั้งครรภ์ทุกราย

มาตรการป้องกันมารดาตายจาก PPH

- ติดโปสเตอร์มาตรการ PPH ในห้องคลอด
- ประเมินความเสี่ยงโดยใช้ Risk Identification for PPH
- ประเมินความเข้มข้นของเลือดในหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอดและได้รับการแก้ไขภาวะซีดก่อนคลอด
- จัดทำ Set Box ซึ่งมีอุปกรณ์ ยา และแนวทางในการดูแลรักษาผู้คลอดที่มีภาวะ PIH คลอดอยู่ในกล่อง เพื่อให้สามารถใช้ดูแลรักษาผู้คลอดที่มีภาวะ PIH ได้อย่างรวดเร็ว
- ใช้ถุงตวงเลือด เพื่อประเมินการเสียเลือดทุกราย
- ใช้ CPG ,Standing order จัดทำโดยสุขภาพที่เขต 1
- ปรีกษาเคส รายกรณีกับสูติแพทย์ร.พ.แพร่ทุกราย

การส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์และมาตรการป้องกันมารดาตายในพื้นที่อำเภอวังชิ้น



มีการซ้อมสถานการณ์ฉุกเฉินทางสูติกรรม PIH,PPHปีละ 2 ครั้ง



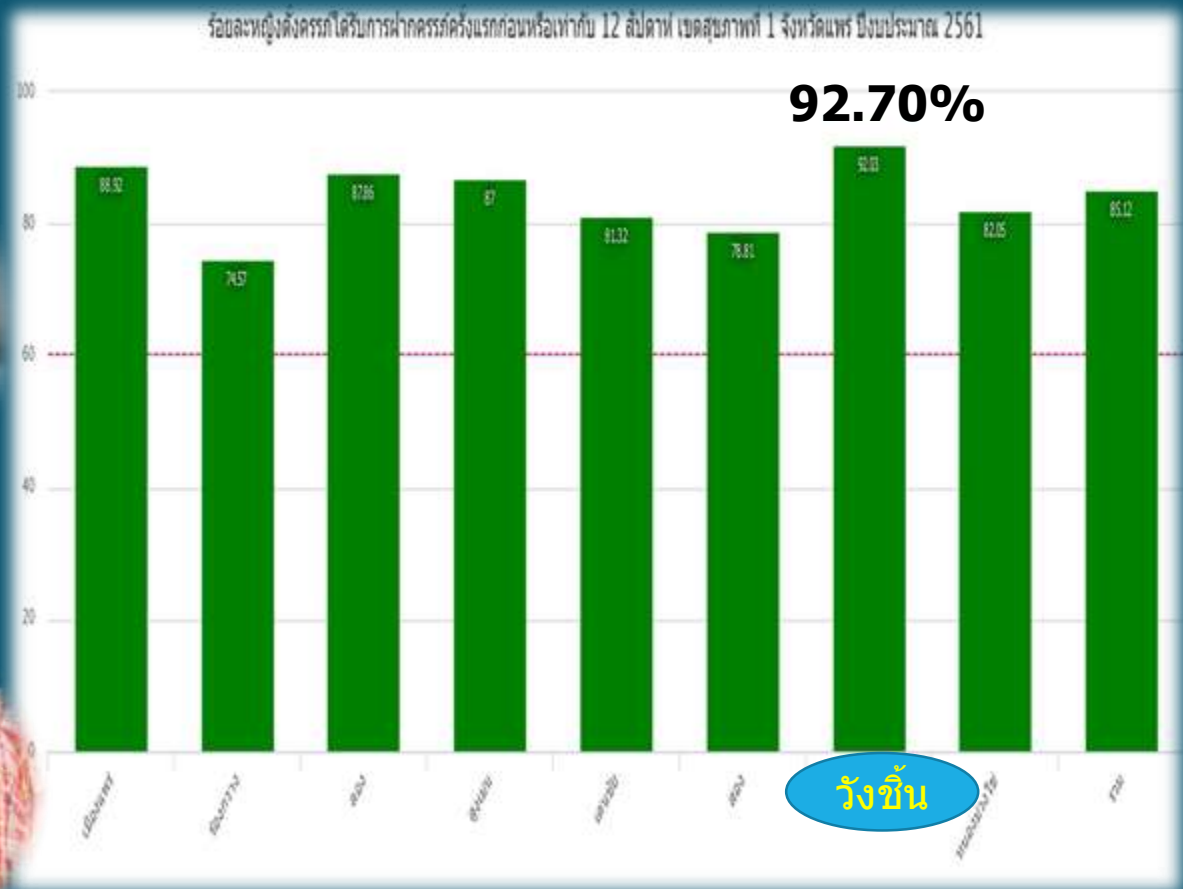
ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

- การดำเนินงานเชิงรุกในพื้นที่ โดย อสม. ชมรมจิตอาสาแม่และเด็ก ในการค้นหาและเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่างๆ ยังขาดความครอบคลุมไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายทุกราย
- พื้นที่ห่างไกลการส่งต่อต้องใช้เวลาอย่างน้อย 1 ชั่วโมง
- ไม่มีคลังเลือด

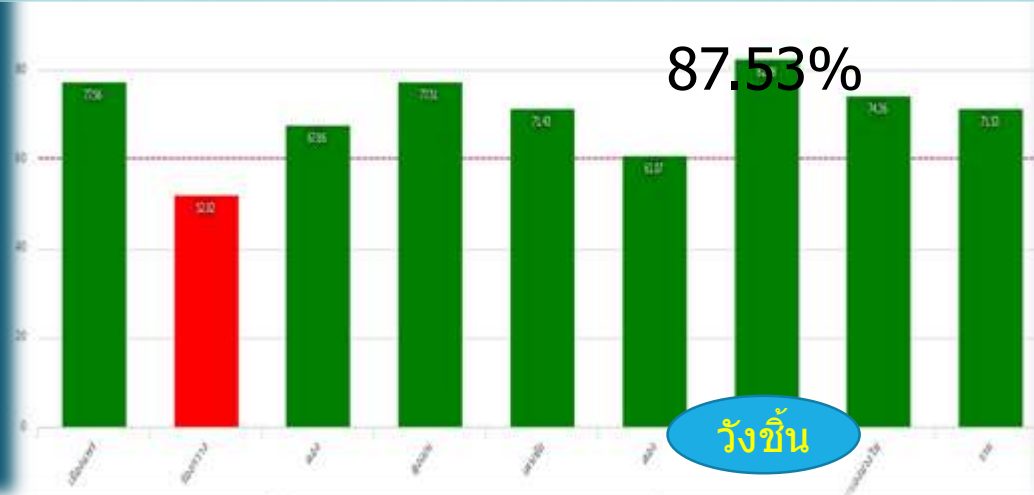
แนวทางปฏิบัติในปี2562

- ทึ่มแม่และเด็กคปสอ.วังขึ้นอกเยียมเสริมพลัง ติดตาม กระตุ้น รพสต. อสม. และจิตอาสาในชุมชนอย่างต่อเนื่อง
- กระบวนการดูแลผู้ป่วยในการส่งต่อการติดต่อประสานรพ.แพร่และปรึกษา caseกับสูติแพทย์ควรทำได้อย่างรวดเร็ว เพื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง รวดเร็ว และครอบคลุม
- ควรมี โรงพยาบาลเครือข่ายเฉพาะทางด้านสูติกรรมที่อยู่ใกล้เพื่อลดระยะเวลาในการส่งต่อเพื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็วขึ้น

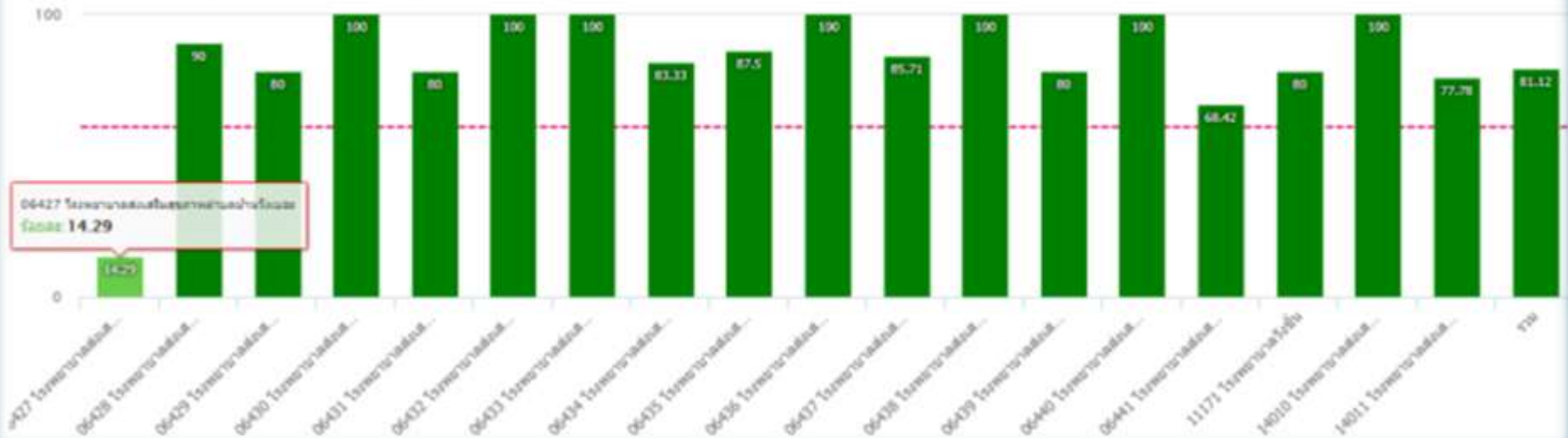
ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์



ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์



ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพ เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ CUP โรงพยาบาลวังขึ้น ปีงบประมาณ 2561



งานพัฒนาการเด็กปฐมวัย

คัดกรองเด็กปฐมวัย 4
ช่วงวัย

พบสงสัยพัฒนาการ
ล่าช้า แนะนำ ส่งเสริม
นัดประเมินซ้ำ ภายใน 1
เดือน

พบล่าช้า กระตุ้น
พัฒนาการด้วยเครื่องมือ
TEDA4I ที่ รพ.วังจันทร์
3 เดือน

ยังพบล่าช้า ส่งต่อ รพ.แพรว



การรณรงค์คัดกรองพัฒนาการ

รณรงค์คัดกรองพัฒนาการเด็ก 5 ช่วงวัยทั่วประเทศ
ในช่วงวันที่ 9 – 13 กรกฎาคม 2561 ในเด็กช่วงอายุ 9
, 18 , 30, 42 และ 60 เดือน



การรณรงค์คัดกรองพัฒนาการ
เด็กปฐมวัย 5 ช่วงวัย

วันที่ ๙-๑๓ กรกฎาคม ๒๕๖๑

ช่วงอายุ	เด็กที่เกิดระหว่างวันที่
๙ เดือนถึง ๑๓ เดือน ๒๕๖๑	๑๐ ก.ย.๖๐ - ๑๓ ต.ค. ๖๐
๑๔ เดือนถึง ๑๘ เดือน ๒๕๖๑	๑๐ ธ.ค.๕๙ - ๑๓ ม.ค. ๖๐
๑๙ เดือนถึง ๒๓ เดือน ๒๕๖๑	๑๐ ธ.ค.๕๘ - ๑๓ ม.ค. ๕๙
๒๔ เดือนถึง ๒๘ เดือน ๒๕๖๑	๑๐ ธ.ค.๕๗ - ๑๓ ม.ค. ๕๘
๒๙ เดือนถึง ๓๓ เดือน ๒๕๖๑	๑๐ มิ.ย.๕๖ - ๑๓ ก.ค. ๕๖

กระทรวงสาธารณสุข | สำนักระบาดวิทยา | มีส่วนร่วมกับหน่วยงาน
ที่เกี่ยวข้องและภาคประชาสังคม | ๑-๙ | ๒๕๖๑

โครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กและสตรีมีครรภ์ 1,000 วันแรกของชีวิต งบ PPA ปี 2561

อบรมให้ความรู้การดูแลเด็กกับพ่อแม่/ผู้ปกครอง+ ลงเยี่ยมบ้านเด็กในชุมชน



โครงการพัฒนาศักยภาพชมรมแม่และเด็ก

อบรมแกนนำชมรมแม่และเด็ก + เยี่ยมบ้านเด็กในชุมชนพร้อมแกนนำ



ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

- การลงข้อมูลที่จำกัดด้วยช่วงเวลา ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนระหว่างข้อมูลที่ได้มาตรวจจริงกับข้อมูลในฐานข้อมูล
- เด็กในรายที่ต้องส่งต่อบางราย ผู้ปกครองไม่มีความพร้อมในการพาเด็กไป และมีเรื่องการไม่ไปตามนัดเนื่องจากมีข้อจำกัด เช่น เรื่องการเดินทางไกล ด้านเศรษฐกิจครอบครัว ด้านเวลา เป็นต้น

แผนการดำเนินงานในปี 2562

- คัดกรองเด็กปฐมวัย 4 ช่วงวัย 9 , 18 , 30 และ 42 เดือน ให้ครอบคลุม
- เช็กข้อมูลเด็กเพื่อวางแผนการนัดเด็กให้ตรงช่วงการลงข้อมูลเพื่อความถูกต้องของข้อมูล
- จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพชมรมแม่และเด็กเพื่อการติดตามดูแลเด็กในชุมชน

การพัฒนาสุขภาพกลุ่มเด็กวัยเรียน

ร้อยละความครอบคลุมของเด็กวัยเรียนได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ผล 89.60

ร้อยละเด็กวัยเรียน 6-14 ปี สูงดีสมส่วน ผล 64.75

อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ผล 0



ตัวชี้วัด

การเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี

- ทีม “Merit Maker ผา่วเลีย” จัดการอบรมหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดแก่ อปพร.เทศบาลตำบลวังขึ้น รongรับนักท่องเที่ยวมาเล่นน้ำช่วงเทศกาลสงกรานต์ในลำน้ำยม เกิดเครือข่ายผู้ก่อการดีตามเป้าหมาย จำนวน 1 ทีม จำนวน 19 คน
- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่เสี่ยงต่อปัญหาเด็กจมน้ำจำนวน 2 ตำบล ได้รับการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายชุมชนในการขับเคลื่อนระบบเฝ้าระวังป้องกันเด็กจมน้ำร่วมกัน จำนวน 1 แห่ง
- ทีม ผู้ก่อการดีได้รับการประเมินในระดับทองแดง ปี 2559

ปัจจัยสนับสนุนให้งานสำเร็จ

1. การสนับสนุนจากอปท.และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



ปัญหา/อุปสรรคข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข

1. พื้นที่ขาดสระน้ำที่จะเป็นสถานที่ฝึกการว่ายน้ำหรือลอยตัวเพื่อเอาชีวิตรอด
2. ควรบรรจุหลักสูตรการลอยตัวและว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดเข้าสู่โรงเรียนประถมศึกษาทุกแห่ง
3. เนื่องจากปัญหาการจมน้ำในอำเภอวังชิ้นมีอัตราการเกิดขึ้นน้อยมาก ทำให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องยังไม่ค่อยตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการจมน้ำและไม่ใช่งานของกระทรวงสาธารณสุข



ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องด้านทันตสุขภาพ



▶ ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดี ไม่มีผุ (Carvity Free) ผลลัพธ์ 93.66%



▶ ร้อยละของเด็ก 3-5 ปี ที่ผู้ปกครองได้รับการฝึกทักษะการแปรงฟัน ผลลัพธ์ 79.22%



▶ ร้อยละเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ ผลลัพธ์ 77.80 %



▶ ร้อยละโรงเรียนประถมศึกษาที่มีการดำเนินกิจกรรมแปรงฟันคุณภาพผ่านเกณฑ์ ผล 85.70%



▶ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการทางทันตกรรม ผลลัพธ์ 89.98%



▶ ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีฟันหลังแท้หรือเทียมใช้งานได้อย่างเหมาะสม 4 คู่สบขึ้นไป ผล 80.20%



▶ จัดโดย

▶ โรงเรียนอนุบาลเทศบาลตำบลวังชิ้น
ประสานขอความร่วมมือจาก
โรงพยาบาล เพื่อจัดกิจกรรมให้
ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก
แก่ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็ก ใน
โรงเรียนอนุบาล

▶ กลุ่มเป้าหมาย

▶ ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก



โครงการส่งเสริม
ดูแลสุขภาพช่อง
ปากและฟัน
สำหรับเด็กเล็ก



โรงเรียนประถมศึกษา

- ▶ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการลุกลามของโรคในช่องปาก
 - ▶ แปรงฟันหลังอาหารกลางวัน
ร้อยละ 100 (ทั้งหมด 37 โรงเรียน)
 - ▶ การตรวจสุขภาพช่องปากนักเรียน
 - ▶ Sealant ป.1 และ ป.6
 - ▶ ให้บริการทันตกรรมตามความจำเป็น
 - ▶ นัดหมายเพื่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาล





โครงการแปรงฟันคุณภาพในโรงเรียน
ประถมศึกษา เทศบาลต.วังชัน รพ.วังชัน



- ▶ ผู้รับผิดชอบ
 - ▶ นายจิรภัทร รัตนชมภู
- ▶ งบจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลวังชัน
 - ▶ จำนวน 25,000 บาท

▶ กลุ่มโครงการแปรง



▶ นักศึกษาและ
นักเรียนใน
โรงเรียน

ประถมศึกษา
เทศบาลต.วังชัน



โครงการแปรงฟันคุณภาพในโรงเรียนประถมศึกษา เทศบาลต.วังชัน



อบรมให้ความรู้แก่นักเรียนใน
การตรวจคุณภาพของการแปรงฟัน



โครงการแปรงฟันคุณภาพในโรงเรียนประถมศึกษา เทศบาลต.วังชัน



จัดเวทีแลกเปลี่ยนการดำเนินงาน
กิจกรรมแปรงฟัน



โครงการแปรงฟันคุณภาพในโรงเรียนประถมศึกษา เทศบาลต.วังขี้

ปัญหาอุปสรรค	แผนในอนาคต
ขาดงบประมาณสนับสนุน อุปกรณ์ที่ใช้ในการแปรง	คืนข้อมูลแก่โรงเรียน และ ผู้บริหารเพื่อวางแผนทาง ร่วมกัน
บุคลากรทางโรงเรียนมีการ หมุนเวียนบ่อย	วางแผนงานส่งต่อที่ชัดเจนเพื่อ สามารถส่งต่องานกันได้



- ▶ จัดโดย
 - ▶ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุฯ
ประสานขอความร่วมมือจาก
โรงพยาบาล เพื่อจัดกิจกรรมให้
ความรู้ด้านต่างๆแก่ผู้สูงอายุใน
โรงเรียนผู้สูงอายุ (พ่ออุ้ยแม่อุ้ย
วิทยา)



โครงการพ่ออุ้ยแม่อุ้ยวิทยา



Palliative care ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง



- ▶ ตรวจฟันและให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย ในการดูแลสภาพช่องปาก
 - ▶ 52 ราย
- ▶ วางแผนให้ทันตแพทย์ออกเยี่ยมผู้ป่วยมากขึ้น



Palliative care

ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง





โครงการ LONG TERM ORAL CARE การดูแลสุขภาพช่องระยะยาว ใน
ผู้สูงอายุ รพ.วังซัน



- ▶ ผู้รับผิดชอบ
 - ▶ นายจิรภัทร รัตนชมภู
- ▶ งบจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพ
ตำบลวังหิน
 - ▶ จำนวน 24,680 บาท
- ▶ กลุ่มเป้าหมาย
 - ▶ แก่นนำผู้สูงอายุ และ ผู้นำชุมชน



โครงการ LONG TERM ORAL CARE
การดูแลสุขภาพช่องระยะยาว
ในผู้สูงอายุ



โครงการ LONG TERM ORAL CARE การดูแลสุขภาพช่องระยะยาว ในผู้สูงอายุ

ปัญหาอุปสรรค	แผนในอนาคต
ขาดความต่อเนื่องหลังจากการทำโครงการ	ระบุแผนงานที่ชัดเจนมากขึ้น แล้วส่งข้อมูล ต่อให้แกนนำชุมชน
แกนนำบางคนมีส่วนร่วมน้อยเกินไป	กระจายงานแกนนำแต่ละคนให้ชัดเจน

แผนดำเนินงานในปีงบประมาณ



- ▶ อบรมครุอนามัย
- ▶ เนื่องจากมีการหมุนเวียนของบุคลากรบ่อย



- ▶ พัฒนาศักยภาพคุณภาพในการเคลือบหลุมร่องฟัน ของเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข
- ▶ เพื่อเพิ่ม ร้อยละการยึดติดให้มากยิ่งขึ้น



สรุปภาพรวม : ปัญหาและอุปสรรคที่ผ่านมา



- ▶ จำนวนบุคลากรที่มีประสิทธิภาพงานส่งเสริมฯ ลดลง
- ▶ บุคลากรในฝ่ายมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ทำให้ระบบงานไม่ต่อเนื่อง



- ▶ ขาดการสื่อสารที่ชัดเจนในเรื่องของการลงบันทึกและการนำข้อมูลมาใช้



- ▶ ระเบียบในการจัดซื้อจัดจ้างมีข้อจำกัดมากเกินไป ทำให้เกิดอุปสรรคในการจัดทำโครงการ เช่น ในการจัดทำโครงการไม่สามารถซื้อยา สิ้นพันแจกแต่ละบุคคลได้
- ▶ งบประมาณที่ได้ ยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ

ผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ(พชอ.)

- แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ
- ประชุมคณะกรรมการกำหนดประเด็นขับเคลื่อนคุณภาพชีวิต 5 ประเด็น คือ
 1. เกษตรอินทรีย์
 2. ผู้สูงอายุ
 3. ชยะ
 4. ฆ่าตัวตาย
 5. ป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน (RTI)



เกษตรอินทรีย์

1

พชอ

ผู้สูงอายุ

2

ข้าวและผัก

ขยะ

ฆ่าตัวตาย

อุบัติเหตุ
จราจร

การดำเนินงาน พชอ.ในระดับอำเภอ



ตัวชี้วัด

ร้อยละ 50

ของคณะกรรมการพัฒนา
คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
(พชอ.) ที่มีคุณภาพ

**ดำเนินการขับเคลื่อนงานในพื้นที่ เช่น สื่อสารกับ
เครือข่าย/ประชาชนเรื่องเกษตรอินทรีย์ ดำเนินกิจกรรม
ผู้สูงอายุ หมู่บ้านต้นแบบคัดแยกขยะ ในเวทีระดับอำเภอ/ตำบล**



ปัจจัยสนับสนุนให้งานสำเร็จ

1. นโยบายจังหวัด เช่น จังหวัดสะอาด ยุทธศาสตร์ผู้ว่าฯ
2. ความร่วมมือของภาคีเครือข่าย เช่น อปท.คัดแยกขยะ
3. การประสานงาน/บูรณาการระหว่างหน่วยงาน อปท. พัฒนาชุมชน เกษตร



แนวทางดำเนินการปี 2562

1. ดำเนินการขับเคลื่อนตามประเด็นที่เลือก5ประเด็น โดยบูรณาการกับหน่วยงานราชการและ เข้าร่วมในเวทีต่างๆของภาคประชาชนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่
2. ประชุมสรุปผลการดำเนินงาน ตามหลักการของ พชอ. ได้แก่ การมีส่วนร่วม (Participant) คุณภาพชีวิต (Quality of life) การเคลื่อนไหวที่เกิดขึ้น (Social movement) ทรัพยากร

SAT & EOC

**ตัวชี้วัด : อำเภอมีสุนย์ปฏิบัติการภาวะ จุกเฉิน (EOC)
และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT)
ที่ สามารถปฏิบัติ งานได้จริง**

ឬ ឧបករណ៍បង្ក្រាប វាស្ត្រសង្គម
២២៤០ ២២៤២ ២២៤៣ ២២៤៤ ២២៤៥ ២២៤៦ (សរុប)

เป้าหมายการพัฒนา

3เดือน	6เดือน	9เดือน	12เดือน
มี IC ที่ผ่านหลักสูตร ICS	มีเวอร์ SAT ภาวะปกติ และภาวะ ดุกเฉิน และมี ทีมปฏิบัติการ	มีการ วิเคราะห์ ระดับ ความ เสี่ยงสำคัญ ของ โรคและ ภัยสุขภาพ	มี Incident Action Plan ของ เหตุการณ์ที่ สำคัญ

ผลการดำเนินงาน

3เดือน	6เดือน	9เดือน	12เดือน
IC 1 ใน 3ผ่าน หลักสูตร ICS	ปกติและภาวะ ดุกเฉินมี ทีมปฏิบัติการ แต่ ผลผลิตจากทีมยังไม่ ต่อเนื่อง	ผลการ วิเคราะห์ระดับ ความเสี่ยง สำคัญของ โรค และภัยสุขภาพ	มี Incident Action Plan ของ เหตุการณ์ที่ สำคัญ

Building blog	ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะ
โครงสร้างและระบบงาน	มีโครงสร้าง และคำสั่ง แต่งตั้งทีม	• จัดทำผลผลิตของงานตาม มาตรฐานที่ กำหนด(ปริมาณและ คุณภาพ)
กำลังคน	จำนวนเจ้าหน้าที่ตาม โครงสร้างส่วนใหญ่มี เพียงพอต่อการพัฒนา ทีม แต่บางทีมมีจำนวน น้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด และมีบุคลากร บางส่วน ยังไม่ได้พัฒนาตาม เกณฑ์ที่กำหนด	• พัฒนาสมาชิกทีม EOC&SAT ที่ได้รับ แต่งตั้งเข้ามาใหม่ตามมาตรฐานที่ กำหนด • เพิ่มจำนวนสมาชิก SAT
การสนับสนุนทรัพยากร	-มีงบประมาณและ ทรัพยากรในการ ดำเนินการ	• จัดสรรงบประมาณทรัพยากรที่ในการ ดำเนินการให้พร้อม

Building blog	ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะ
องค์ความรู้และเทคโนโลยี	ใช้โปรแกรมไลน์ (Line Program)สร้างไลน์ กลุ่ม	
ระบบข้อมูลสารสนเทศ	ระบบข้อมูล 5 กลุ่มโรค 5 มิติยังไม่สมบูรณ์ พร้อมทุกมิติ	• ควรพัฒนาฐานข้อมูลที่จำเป็น ในโรค และภัยที่เป็นปัญหาของพื้นที่
ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล	ผู้บัญชาการณ เหตุการณ์ ผ่านการอบรม หลักสูตร ICS ตามเกณฑ์ที่กำหนด	• ควรพัฒนาฐานข้อมูลที่จำเป็น ในโรค และภัยที่เป็นปัญหาของพื้นที่

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ : ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital



ผ่านระดับพื้นฐาน

ขั้นตอนที่ 1 สร้าง
กระบวนการพัฒนา
ขั้นตอนที่ 2 ดำเนิน
กิจกรรม GREEN

รวม 10 ข้อ

Accessibility

ผ่านระดับดี

1.ผ่านระดับพื้นฐาน
และพัฒนาเพิ่ม 2 ข้อ คือ
1.มีการพัฒนาส่วนที่
อาคารผู้ป่วยใน ให้ได้
มาตรฐาน สะอาด
เพียงพอ และปลอดภัย
2.มีการจัดการมูลฝอย
ครบทุกประเภท
ถูกสุขลักษณะ

รวม 12 ข้อ

Coverage/Safety

ผ่านระดับดีมาก

1.ผ่านระดับดี

และพัฒนาเพิ่ม 2 ข้อ คือ

1.มีการส่งเสริมให้เกิด
นวัตกรรม GREEN
โดยการนำไปใช้ประโยชน์
และเกิดการแลกเปลี่ยน
เรียนรู้กับเครือข่าย
โรงพยาบาล และชุมชน
2.สร้างเครือข่ายการพัฒนา
GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด
GREEN Community

รวม 14 ข้อ

Quality/Networking
Utilization

โรงพยาบาลวังชัน อยู่ในระดับพื้นฐาน ปัจจุบันดำเนินการทบทวนมาตรฐาน และพัฒนาไปสู่ระดับดี โดยมีการกำหนด
นโยบาย และจัดทำแผนปฏิบัติการ แผนงบประมาณ เพื่อการพัฒนาให้ผ่านระดับดี ในปีงบประมาณ 2561

การดำเนินงาน

☐ สร้างกระบวนการ โดย

- กำหนดนโยบายและทิศทางการพัฒนา
- จัดทำแผนขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ
- สร้างกระบวนการสื่อสารในการพัฒนา และการมีส่วนร่วมของคนในองค์กร

☐ จัดกิจกรรมตามกระบวนการ GREEN



❖ ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมิน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
โรงพยาบาลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ระดับดี

❖ แผนพัฒนา

- ส่งเสริมให้เกิดกิจกรรม / นวัตกรรม GREEN ให้มีการนำไปใช้ให้ เกิดประโยชน์ กับเครือข่ายและชุมชน

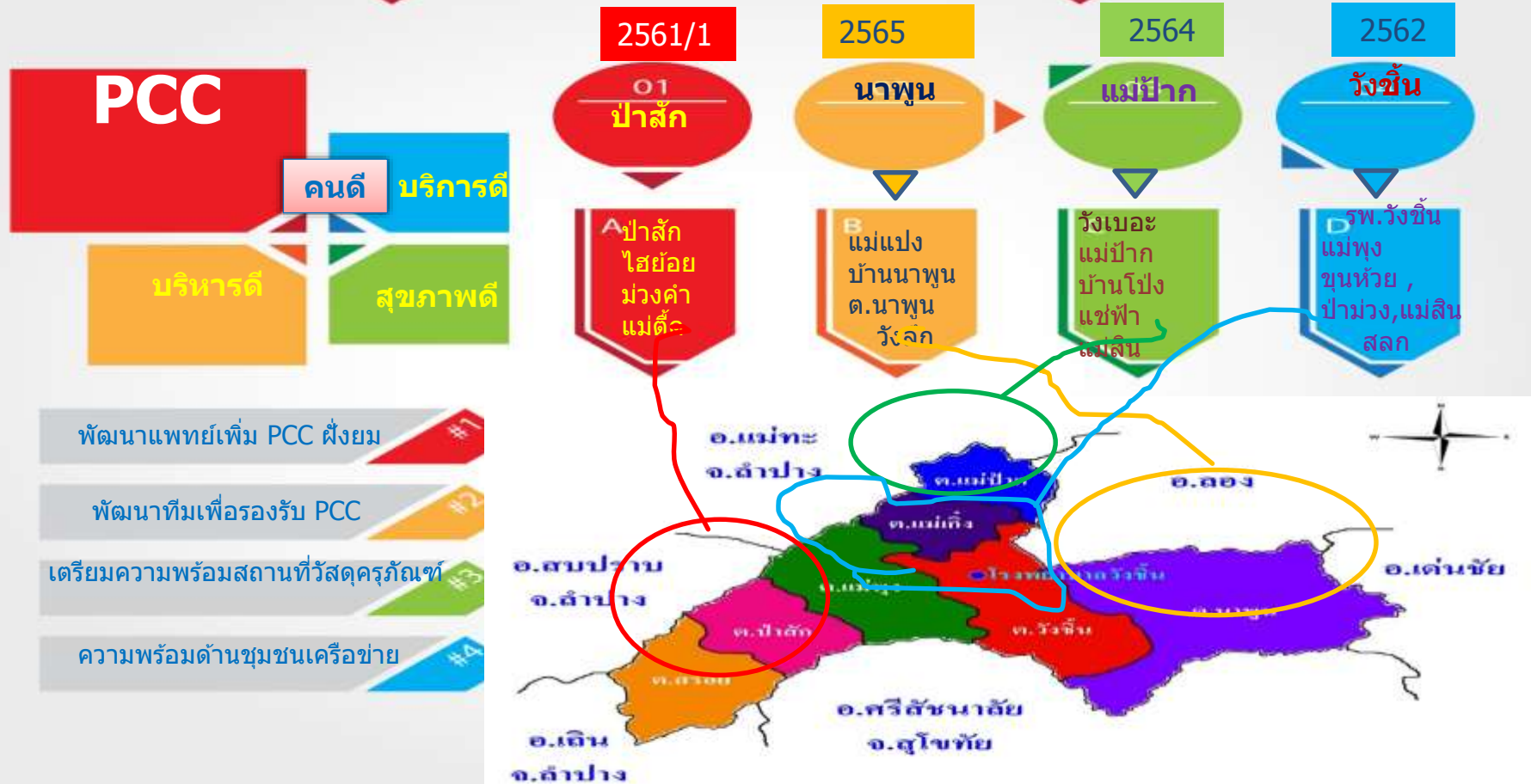


การพัฒนาระบบบริการ(service plan)

ระบบการส่งต่อจาก
โรงพยาบาลใหญ่
การลดความแออัด



ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดให้บริการในพื้นที่ (Primary Care cluster)





คลินิก
หมอครอบครัว
Primary Care Cluster

เครือข่ายสุขภาพเวียงต๋นตร อำเภอลำดวน จังหวัดแพร่



รวมประชากร
12,120 คน

ตำบลป่าสัก (ที่ตั้ง PCC)

10 หมู่บ้าน ประชากร 5,477 คน

ตำบลสรอย (11 หมู่บ้าน)

รพ.สต.ไฮ้ม้อย มีประชากร 4,087 คน

รพ.สต.ม่วงคำ มีประชากร 2,556 คน

ต.แม่พุง

1124

ต.ป่าสัก

อ.สนปราม



รพ.สต.ป่าสัก

1124

พระวาฑานุสาวรีย์
เจ้าหลวงหมื่นด้วงนคร

รพ.สต.ม่วงคำ



1124

ต.สรอย



รพ.สต.ไฮ้ม้อย

อ.ศรีสันาลัย

1124

รูปแบบการดำเนินงาน

- แพทย์ตรวจผู้ป่วยเข้าใน PCC
- ออกเยี่ยมบ้านในช่วงบ่ายของวันพุธ สัปดาห์เว้นสัปดาห์ ในเขตรับผิดชอบของรพ.สต.ป่าสัก โดยทีมเจ้าหน้าที่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพที่ออกให้บริการตรวจคนไข้ในพื้นที่รพ.สต.ป่าสัก รพ.สต.ไฮ้อย รพ.สต.ม่วงคำ ร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต.และอสม.ในพื้นที่
- ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชน ในช่วงบ่าย วันพฤหัสบดี (กรณีทีมเลือกเยี่ยมผู้ป่วยอยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่โดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับเจ้าหน้าที่รพ.สต. และอสม.ในพื้นที่ ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกัน (ทีมหมอครอบครัว) (เชื่อมโยงกับ พชอ.ประเด็นผู้สูงอายุ ทีมเยี่ยมพร้อมนายอำเภอวังชัน,ชมรมจริยธรรมรพ.วังชัน,ทีมเครือข่ายเช่นสมาชิกกึ่งกาชาด)
- แพทย์เฉพาะทางติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยก่อน-หลังรักษาร่วมกับทีมหมอครอบครัววังชัน



ตัวอย่าง การจัดเครือข่ายบริการดูแลโรคกระดูกและข้อ



- แพทย์เฉพาะทางจากโรงพยาบาลแพร์ ออกตรวจคนไข้ทุกวัน พุธห้สบดี ที่ 2 ของเดือน ที่ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังชัน
- ลักษณะของผู้ป่วย ที่มาตรวจ คือ เดินได้เอง นอนรถเข็น ผู้ป่วยในตึกผู้ป่วยใน consult
- คนไข้ประมาณ 80 คน/วัน
- คนไข้ที่มีปัญหากระดูกและข้อ ได้รับการตรวจคัดกรองจากแพทย์ประจำ รพ.วังชัน (มีใบนัด) และคนไข้ที่ส่งกลับมามาตรวจติดตามการรักษาจาก รพ.แพร์

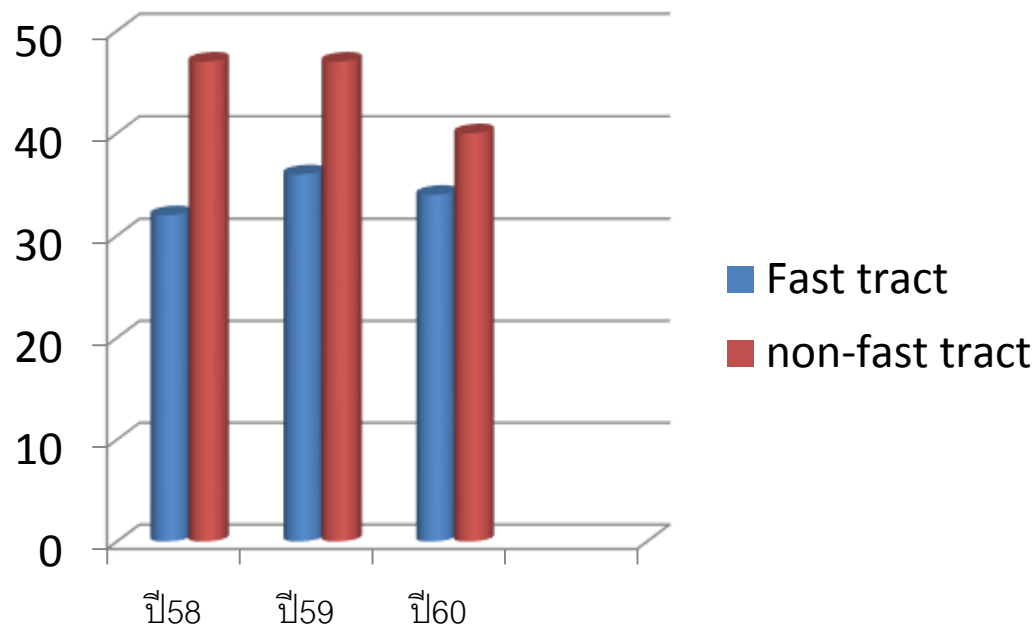
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เป้าหมาย

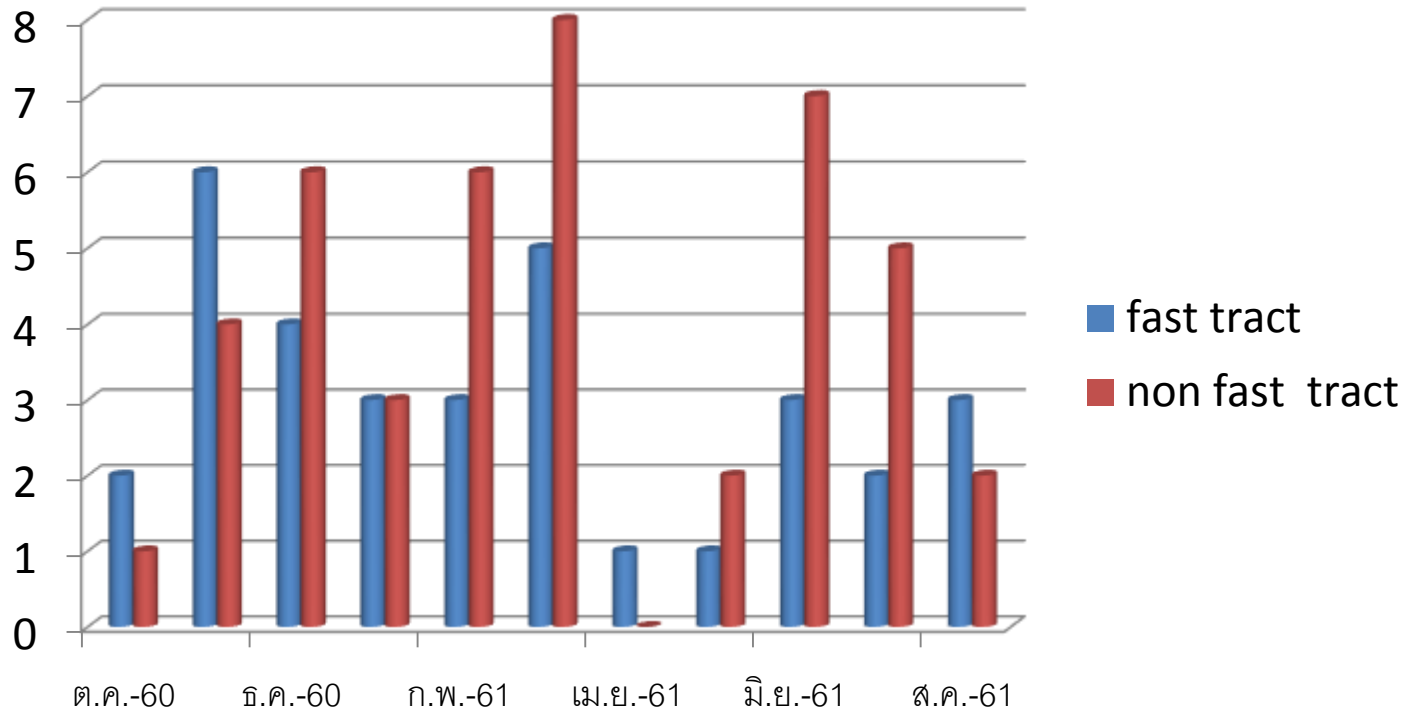
- เพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- Intermediate care

ผลการดำเนินงาน

- ผลการดำเนินงาน 3 ปี ย้อนหลัง



ผลการดำเนินงาน พ.ศ. 61



ปัญหา/อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค

- 1.การวางระบบ Intermediate care ไม่ครอบคลุม
- 2.ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ไม่มีหน่วยครอบคลุมทุกตำบลทำให้การเข้าถึงบริการล่าช้า
- 3.ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Health Information System) ขาดการติดตามและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อวางแผนการดำเนินงาน

ข้อเสนอเพื่อพัฒนา ปี 2562

- 1.Lab Fast tract พร้อมบริการ 24 ชั่วโมง
- 2.พัฒนาระบบ Prevention ให้เข้าถึงประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยง
3. การวางระบบ Intermediate care ครอบคลุม ต่อเนื่อง
- 4.การประชาสัมพันธ์กับสื่ออย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยเฉพาะ Stroke Awareness, Stroke Alert และการใช้สายด่วน 1669 อย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ
5. หน่วยงานส่วนกลางส่งข้อมูลที่วิเคราะห์ แล้ว feed back กลับเพื่อรพช.วิเคราะห์และพัฒนา

ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่าง สมเหตุสมผล(RDU)



ผลการ
ดำเนินงาน

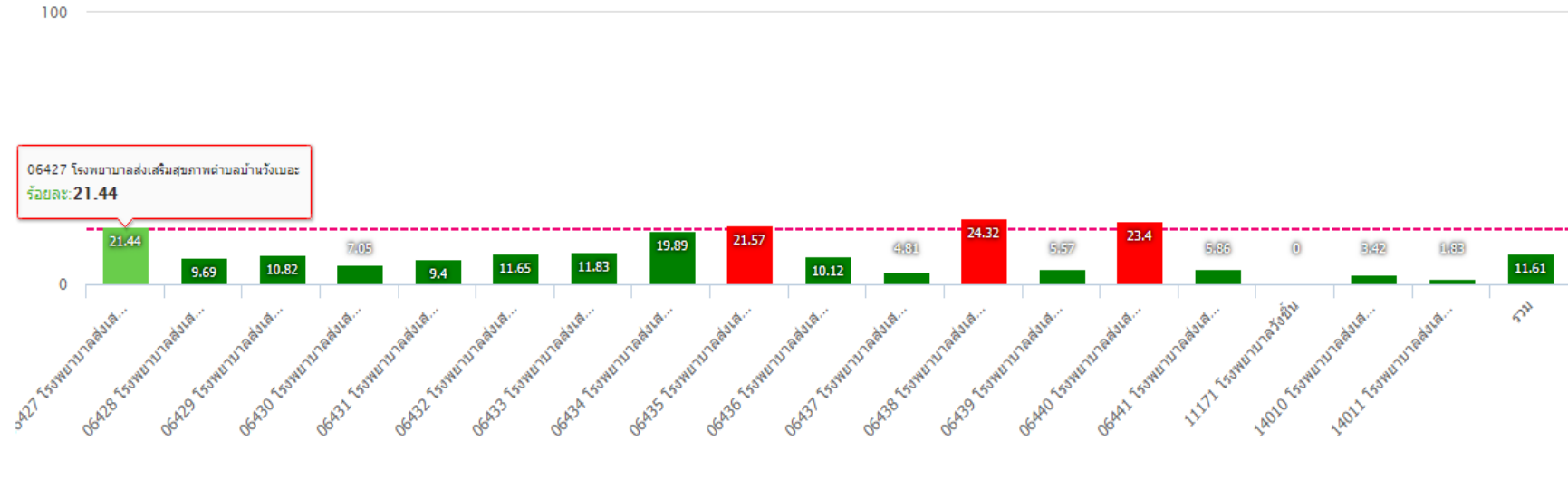
ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน
1.	ร้อยละของรายการยาที่ส่งให้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	F1-F3 ≥ ร้อยละ 90	92.03
2.	ประสิทธิภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการขึ้นสื่อสารและส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	ระดับ 3	3
3.	การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน 13 กลุ่ม ที่มีรายละเอียดครบถ้วน	รายการยา 13 กลุ่ม	ระดับ 3
4.	รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล	≤ 1 รายการ	1 รายการ
5.	การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา	ระดับ 3	ระดับ 3
6.	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	≤ ร้อยละ 20	27.50
7.	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	≤ ร้อยละ 20	19.51
8.	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	≤ ร้อยละ 40	54.44
9.	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด	≤ ร้อยละ 10	8.11
10.	ร้อยละของผู้ป่วยความดันเลือดสูงทั่วไป ที่ใช้ RAS blockade (ACEI/ ARB/ Renin inhibitor) 2 ชนิดร่วมกันในการรักษาภาวะความดันเลือดสูง	ร้อยละ 0	0
11.	ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ <u>glibenclamide</u> ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปีหรือมี <u>eGFR</u> น้อยกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร	≤ ร้อยละ 5	ไม่มียา

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน
12.	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้ (ห้ามใช้หาก <u>eGFR<30</u> มล./นาที/1.73 ตร.ม.)	≥ ร้อยละ 80	79.92
13.	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน	≤ ร้อยละ 5	0
14.	ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs	≤ ร้อยละ 10	0
15.	ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid	≥ ร้อยละ 80	46.43
16.	ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุ (มากกว่า 65 ปี) ที่ใช้ยาในกลุ่ม long-acting benzodiazepine ได้แก่ <u>chlordiazepoxide</u> , diazepam, <u>dipotassiumchlorazepate</u>	≤ ร้อยละ 5	0.62
17.	จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ ยา warfarin*, statins, ergots เมื่อรู้ตัวตั้งครรภ์แล้ว (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)	0 คน	0
18.	ร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (ครอบคลุมโรคตามรหัส ICD-10ตาม RUA-URI) และได้รับยาด้าน <u>ฮิสตามีน</u> ชนิด non-sedating	≤ ร้อยละ 20	0

📊 ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก ระดับ รพ.สต.(RI - PCU) จังหวัดแพร่ CUP โรงพยาบาลวังชิ้น ปีงบประมาณ 2561

☰ เครื่องช่วยบริการสุขภาพ

ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก ระดับ รพ.สต.(RI - PCU) จังหวัดแพร่ CUP โรงพยาบาลวังชิ้น ปีงบประมาณ 2561



B หมายถึง จำนวนครั้งการมารับบริการผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน

A หมายถึง จำนวนครั้งการมารับบริการผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ

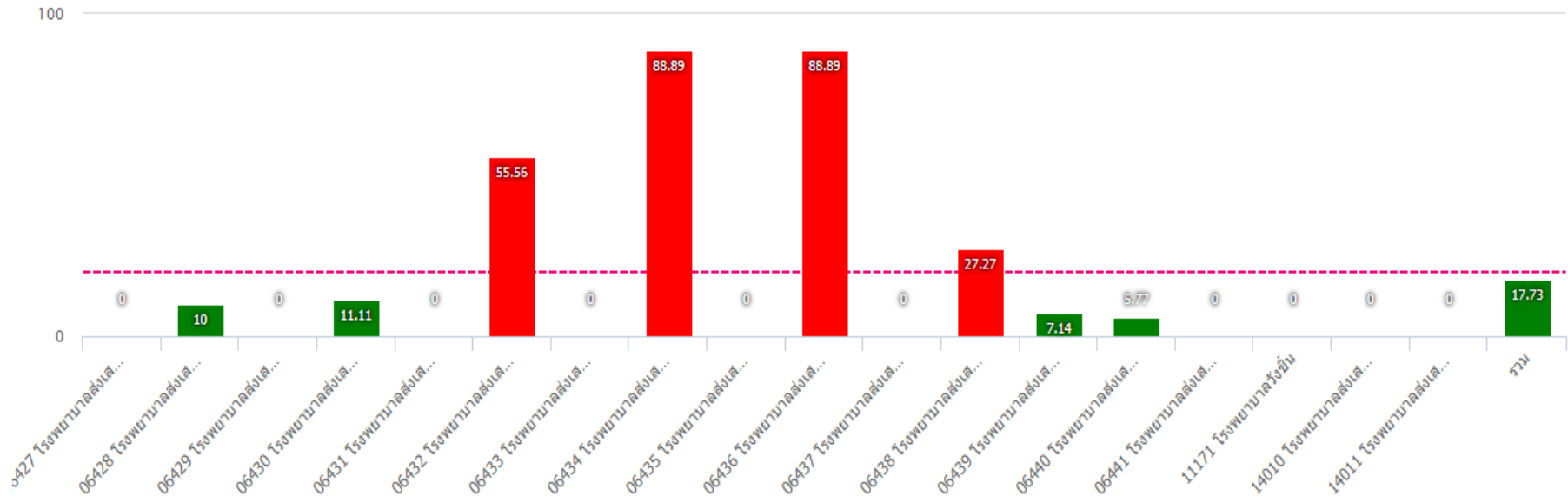


URI

เครือข่ายบริการ สุขภาพ	รวมทั้ง			ไตรมาส 1			ไตรมาส 2			ไตรมาส 3			ไตรมาส 4		
	B	A	ร้อยละ	B	A	ร้อยละ	B	A	ร้อยละ	B	A	ร้อยละ	B	A	ร้อยละ
06427 รังเบอะ	443	95	21.4	185	49	26.5	161	30	18.6	80	13	16.3	17	3	17.7
06428 ม่วงคำ	547	53	9.69	188	22	11.7	191	16	8.38	145	14	9.66	23	1	4.35
06429 ไฮย้อย	776	84	10.8	287	31	10.8	250	31	12.4	190	14	7.37	49	8	16.3
06430 บ้านโป่ง	539	38	7.05	176	14	7.95	196	12	6.12	152	11	7.24	15	1	6.67
06431 แม่ป่าก	532	50	9.4	169	10	5.92	217	19	8.76	145	21	14.5	1	0	0
06432 แซ่ฟ้า	352	41	11.7	161	16	9.94	121	14	11.6	56	7	12.5	14	4	28.6
06433 แม่แพง	575	68	11.8	162	24	14.8	229	24	10.5	148	16	10.8	36	4	11.1
06434 นาพูน	186	37	19.9	62	9	14.5	62	12	19.4	57	15	26.3	5	1	20
06435 รังลึก	459	99	21.6	189	38	20.1	134	36	26.9	117	18	15.4	19	7	36.8
06436 บ้านนาพูน	593	60	10.1	213	21	9.86	203	22	10.8	143	16	11.2	34	1	2.94
06437 แม่พุง	1,103	53	4.81	388	9	2.32	405	23	5.68	263	14	5.32	47	7	14.9
06438 แม่ตีด	514	125	24.3	200	48	24	187	45	24.1	127	32	25.2	0	0	0
06439 ป่ามวง	431	24	5.57	164	12	7.32	160	6	3.75	95	6	6.32	12	0	0
06440 ป่าสัก	935	220	23.5	320	84	26.3	296	60	20.3	275	59	21.5	44	17	38.6
06441 แม่สิน	631	37	5.86	240	17	7.08	207	16	7.73	159	4	2.52	25	0	0
14010 ขุนห้วย	234	8	3.42	93	2	2.15	83	5	6.02	49	1	2.04	9	0	0
14011 สลก	625	10	1.6	222	1	0.45	236	4	1.69	164	5	3.05	3	0	0

☰ เครื่องมือบริการสุขภาพ

ร้อยละการให้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก ระดับ รพ.สต. (AD - PCU) จังหวัดแพร่ CUP โรงพยาบาลวังชิ้น ปีงบประมาณ 2561



B หมายถึง จำนวนครั้งการมารับบริการผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง
A หมายถึง จำนวนครั้งการมารับบริการผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ

เครือข่ายบริการ สุขภาพ	รวมทั้ง			ไตรมาส 1			ไตรมาส 2			ไตรมาส 3			ไตรมาส 4		
	B	A	ร้อยละ	B	A	ร้อยละ	B	A	ร้อยละ	B	A	ร้อยละ	B	A	ร้อยละ
06427 วังเบอะ	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
06428 ม่วงคำ	10	1	10	0	0	0	7	1	14.3	3	0	0	0	0	0
06429 ไฮย้อย	16	0	0	0	0	0	10	0	0	5	0	0	1	0	0
06430 บ้านโป่ง	9	1	11.11	2	0	0	5	1	20	1	0	0	1	0	0
06431 แม่ป้าก	13	0	0	6	0	0	5	0	0	2	0	0	0	0	0
06432 แห่ฟ้า	9	5	55.56	4	2	50	3	2	66.7	2	1	50	0	0	0
06433 แม่แฝง	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
06434 นาพูน	9	8	88.89	0	0	0	7	6	85.7	2	2	100	0	0	0
06435 วังลึก	4	0	0	1	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0
06436 บ้านนาพูน	9	8	88.89	2	1	50	2	2	100	3	3	100	2	2	100
06437 แม่พุง	4	0	0	1	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0
06438 แม่ตีด	33	9	27.27	13	8	61.5	14	1	7.14	6	0	0	0	0	0
06439 ป่าม่วง	14	1	7.14	1	0	0	5	1	20	7	0	0	1	0	0
06440 ป่าสัก	52	3	5.77	17	1	5.88	25	0	0	9	2	22.2	1	0	0
06441 แม่สิน	14	0	0	10	0	0	3	0	0	0	0	0	1	0	0
14010 ขุนห้วย	4	0	0	0	0	0	1	0	0	3	0	0	0	0	0
14011 สลก	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0

Diarrhea

สรุปตัวชี้วัด URI และ Diarrhea ปีงบประมาณ 2561 ข้อมูลถึง 18 ก.ค. 61

เครือข่ายบริการ สุขภาพ	URI			Diarrhea			ผ่านทั้ง2 ข้อ
	รวมทั้งปีงบประมาณ		ร้อยละ	รวมทั้งปีงบประมาณ		ร้อยละ	10 แห่ง
	B	A		B	A		
06427 รังเบอะ	443	95	21.44	1	0	0	
06428 ม่วงคำ	547	53	9.69	10	1	10	✓
06429 ไฮ้อย	776	84	10.82	16	0	0	✓
06430 บ้านโป่ง	539	38	7.05	9	1	11.11	✓
06431 แม่ปาก	532	50	9.4	13	0	0	✓
06432 แซ่ฟ้า	352	41	11.65	9	5	55.56	
06433 แม่แฝง	575	68	11.83	1	0	0	✓
06434 นาพูน	186	37	19.89	9	8	88.89	
06435 รังลึก	459	99	21.57	4	0	0	
06436 บ้านนาพูน	593	60	10.12	9	8	88.89	
06437 แม่พุง	1,103	53	4.81	4	0	0	✓
06438 แม่ดีด	514	125	24.32	33	9	27.27	
06439 ป่าม่วง	431	24	5.57	14	1	7.14	✓
06440 ป่าสัก	935	220	23.53	52	3	5.77	
06441 แม่สิน	631	37	5.86	14	0	0	✓
14010 ขุนห้วย	234	8	3.42	4	0	0	✓
14011 สลก	625	10	1.6	1	0	0	✓

ปัญหาและแนวทางแก้ไข

- แพทย์ใช้ทุนหมุนเวียนทุกเดือน จึงต้องชี้แจงนโยบายและตัวชี้วัดให้แพทย์ทราบ
- ตัวชี้วัดการส่งเฝ้าไข้เกี่ยวข้องกัน

เช่น กรณีผู้ป่วยมาด้วยโรคทางเดินหายใจและแผลติดเชื้อ แพทย์สั่งยาปฏิชีวนะรักษาแผลติดเชื้อ

- ตัวชี้วัดเรื่องแผลสด ระยะเวลาน้อยกว่า 6 ชั่วโมง

การประมวลผลข้อมูล ICD10 แยกไม่ได้ : แผลสด แผลติดเชื้อ แผลสัตว์กัด

- รพ.สต.: จำนวนผู้ป่วยที่นำมาประมวลผลมีจำนวนน้อย ทำให้ตัวชี้วัดไม่ผ่านครบทุก รพ.สต.
 - : พิจารณารายการยาปฏิชีวนะในโรคท้องเสียใน รพ.สต.
 - : รพ.สต.มีเจ้าหน้าที่ตรวจรักษาทั้งพยาบาล จพง. นักวิชาการ จึงต้องให้ความรู้วิชาการทุกคน

ร้อยละของการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง

รพ.รับส่งต่อ	ปีงบ 2560		ปีงบ 2561	
	จำนวน	ราคา	จำนวน	ราคา
รพ.มหาราชเชียงใหม่	486	399,883	521	463,499
รพ.ลำปาง	140	60,346	207	102,253
ศูนย์มะเร็งลำปาง	287	83,581	333	96,778
รพ.ถิ์ญญลักษณ	3	762.5	8	5,600
รพ.สวนปรง	10	3,891	12	5,187
คณะทันตแพทย์ ม.เชียงใหม่			3	2,945
รพ.นครพิงค์	1	150	1	754
สถาบันพัฒนาการเด็ก ราชนครินทร์	6	4,602	1	700
รพ.ศิริราช	3	2,620.00	1	686
รพ.อุตรดิตถ์			1	600
รพ.ประสาทเชียงใหม่	6	2,272.5		
	942	558,108	1088	679,002

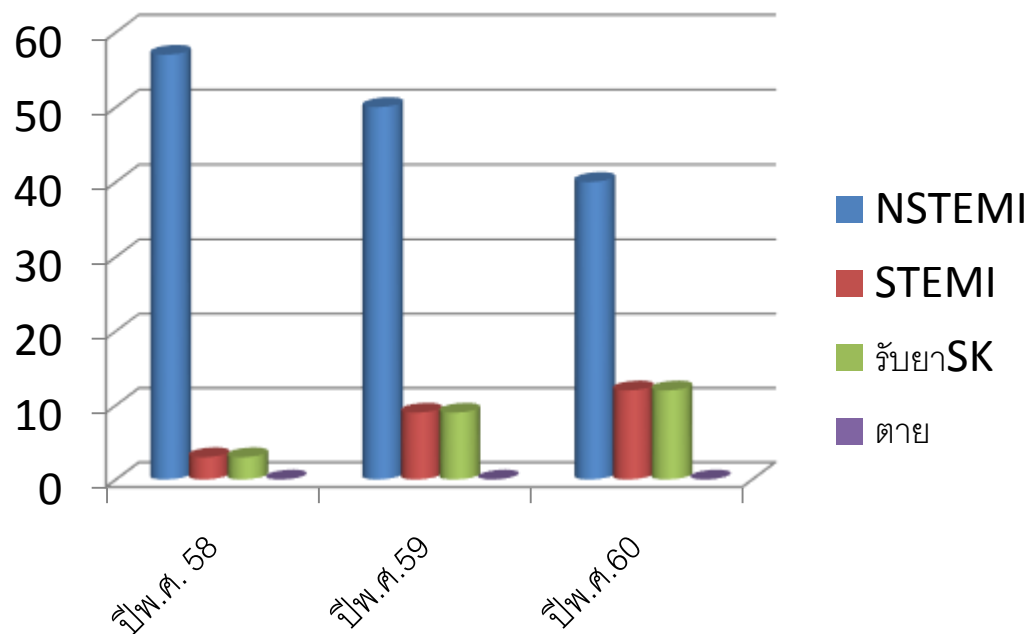
อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ

ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด(Fibrinolytic drug)ในผู้ป่วย ER STEMI ได้

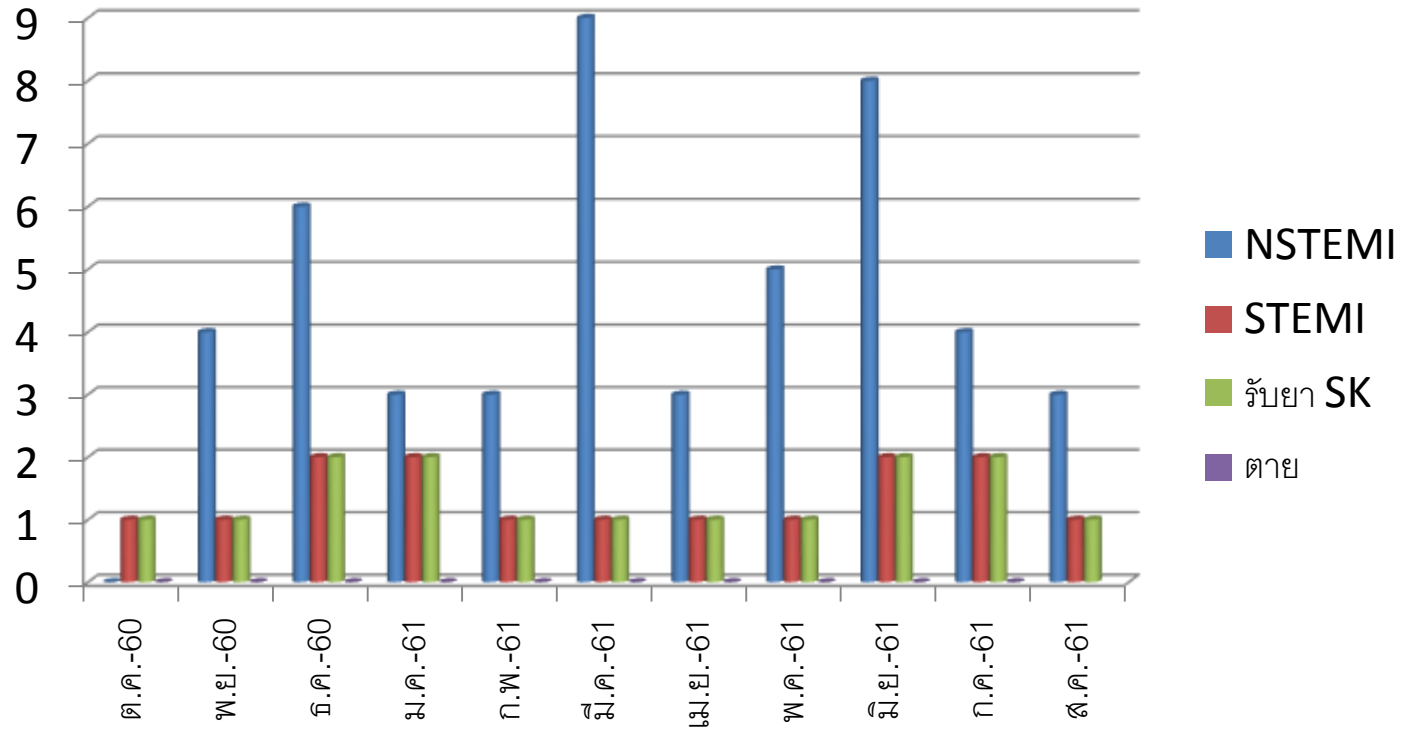
- เป้าหมาย
- เพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
- ลดอัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผลการดำเนินงาน

- ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี



ผลการดำเนินงาน ปีพ.ศ.61



ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยง

ด้านที่วิเคราะห์	ความเสี่ยงที่ค้นพบ
1. ระบบบริการ (Service Delivery)	1. ระบบการส่งต่อและแนวทางการรับผู้ป่วย เพื่อให้ สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ในเวลาที่รวดเร็วและ เหมาะสม ทั้งการให้ยาละลายลิ่มเลือด
2. สื่อองค์ความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Assess to Essential Medicine)	2. ประชาชนทั่วไปควรมีความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพ เบื้องต้น, ชุมชนมีอุปกรณ์ AED ที่เพียงพอ

ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยง

ด้านที่วิเคราะห์	ความเสี่ยงที่ค้นพบ
3.Key Success Factors	1. การได้รับการขยายหลอดเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือดอย่างรวดเร็ว 2. ประชาชนทั่วไปมีความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพ เบื้องต้น, มีอุปกรณ์ AED ที่เพียงพอ
4.Risk of Unsuccessful Factors	1. การสำรวจยาละลายลิ่มเลือด

ปัญหา/อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

- ปัญหา/อุปสรรค

1. ประชาชนทั่วไปควรมีความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น, ชุมชนมีอุปกรณ์ **AED** ที่เพียงพอ
- 2.ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ไม่มีหน่วยครอบคลุมทุกตำบลทำให้การเข้าถึงบริการล่าช้า
- 3.สัญญาณ**internet**/อุปกรณ์สื่อสาร/**EKG** ไม่พร้อมใช้ขัดข้องทำให้การปรึกษาแพทย์ล่าช้า
- 4.ระบบข้อมูลสารสนเทศ (**Health Information System**) ขาดการติดตามและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อวางแผนการดำเนินงาน

ปัญหา/อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

- ข้อเสนอแนะ

- 1.จัดอบรมให้ประชาชนทั่วไปมีความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น, ชุมชนมีอุปกรณ์ **AED** ที่เพียงพอ
- 2.การประชาสัมพันธ์กับสื่ออย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยเฉพาะ อากาของกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ และการใช้สายด่วน 1669 อย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ
3. หน่วยงานส่วนกลางส่งข้อมูลทีวิเคราะห์ แล้ว **feed back** กลับเพื่อรพช.วิเคราะห์ และพัฒนาระบบ **Prevention** ให้เข้าถึงประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยง

ปัญหา/อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

- ข้อเสนอแนะ

4.ปรับปรุงระบบสารสนเทศ/เครื่อง**EKG** ให้เพียงพอพร้อมใช้

อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินใน 24 ชั่วโมง

- เป้าหมาย

พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกตำบลเพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

- การลดภาวะห้องฉุกเฉินแออัด (Emergency Department Crowding)
- การพัฒนาคุณภาพการรักษาโดยใช้ ER Safety Goals
- การพัฒนาข้อมูลและระบบสารสนเทศห้องฉุกเฉิน

ผลการดำเนินงาน(ต.ค.60-ส.ค.61)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ร้อยละ
1.ร้อยละการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วย ESI1-2ภายใน24ชั่วโมง	0	0.13
2.ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วย Severe Traumatic Brain Injury	<10	2.57
3.ร้อยละการเสียชีวิต(ภายใน 30 วัน)ของผู้ป่วยในที่มี Ps >0.75	< 1	0
4.ร้อยละรพ.F2ขึ้นไปผ่าน ECS คุณภาพ(รายปี)	> 40	40.9
5.ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤติถูกเงินมาโดยEMS	> 10	4.81

ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยง

ด้านที่วิเคราะห์	ความเสี่ยงที่ค้นพบ
1.ระบบบริการ(Service Delivery)	1.ห้องฉุกเฉินแออัด มีผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน(ESI 3-4) และผู้ป่วยทั่วไป ทำให้บริการจำนวนมาก ทำให้คุณภาพการรักษาผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน(ESI1-2)ลดลง
2. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Health Information System)	1.การติดตามและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อวางแผนการ ดำเนินงาน 2. การส่งแฟ้มข้อมูล ACCIDENT ยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์

ปัญหา/อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

- ปัญหา/อุปสรรค
- 1. การผ่านเกณฑ์ **ECS** คุณภาพ
- 2. ความแออัดของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- 3. ระบบข้อมูลซ้ำซ้อน ไม่บูรณาการ เช่น การส่งออก แฟ้ม **accident**
- 4. ขาดแคลนบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

แผนพัฒนา

- 1. มีการกำหนดนโยบายการลดความแออัดใน ห้องฉุกเฉิน
- 2. มีการบริหารจัดการผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (**ESI 4-5**) และผู้ป่วยทั่วไปที่มารับบริการนอกเวลาราชการ
- 3. มีมาตรการลดระยะเวลาที่ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน วิกฤตอยู่ในห้องฉุกเฉินให้ไม่เกิน 2-4 ชั่วโมง
- 4. หน่วยงานส่วนกลางส่งข้อมูลที่วิเคราะห์แล้ว **feed back** กลับรพช.เพื่อนำมาปรับปรุง

ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดของ EGFR<4ML/MIN/1.73M2/YR

คณะดำเนินงานประกอบด้วย

นพ.วรวิทย์ สมบูรณ์	นายแพทย์ปฏิบัติการ	หัวหน้าคณะ ดำเนินงาน
นส.นิตยา ลำควน	เภสัชกรชำนาญการ	คณะดำเนินงาน
นส.สงกรานต์ ม่วงเหลือง	นักกายภาพบำบัด	คณะดำเนินงาน
นางวรรณ แก้วเย็น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะดำเนินงาน
นางอรนุช วงษ์ชื่น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะดำเนินงาน
ผู้รับผิดชอบงานโรคไตวายเรื้อรัง รพ.สต. ทุกแห่ง		คณะดำเนินงาน
นางธัญญาภรณ์ ท้าวคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	เลขานุการ
นางพร สีขาว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้ช่วยเลขานุการ





จำนวนผู้ป่วย CKD ของรพ. วังจีน ปี2561

ระดับการเสื่อมของไต	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
ระดับ 1	48	2.75
ระดับ 2	404	23.17
ระดับ 3	982	56.31
ระดับ 4	245	14.05
ระดับ 5	65	3.73
รวม	1,744	100



กิจกรรม

1. การคัดกรอง ตรวจประจำปี DM HT
2. ผู้ที่ได้รับการตรวจ serum creatinine และค่า eGFR < 60 ให้
คำแนะนำเบื้องต้น และนัดตรวจเลือดซ้ำอีก 3 เดือน หาก eGFR
< 60 นัดเข้าคลินิกไต วันจันทร์
3. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังโดยใช้ Concept ก ข ค ชะลอไตเสื่อม
ให้ความรู้เกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ ยา อาหาร และ การออกกำลังกาย
การควบคุมโรคประจำตัว สร้างความตระหนักแก่ผู้ป่วยและญาติ ให้
เห็น
ข้อดีข้อเสียของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอการเสื่อมของไต



กิจกรรม(ต่อ)

4. การตรวจติดตามอาการแต่ละครั้งหากพบผลเลือดผิดปกติมาก
ขึ้น แยกผู้ป่วยมาทบทวนพฤติกรรมอีกครั้ง พร้อมทั้งให้กำลังใจ
ใน

การดูแลตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต

5. ผู้ป่วย DM HT stage 3 -5 ให้ F/U รพ. วั่งขึ้น ในรายที่ stage 3 ค่า
eGFR คงที่ ส่งรับยารพ.สต ตามดุลยพินิจของแพทย์

6. มีการส่งต่อรพ.แพร่ ตามระบบ ในผู้ป่วยที่ประสงค์ RRT



กิจกรรม(ต่อ)

7. มีการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วย stage 4-5 ที่อายุมากกว่า 80 ปี หรือปฏิเสธ RRT โดยพูดคุยถึงแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง การปฏิบัติตัวเพื่อใช้ชีวิตนั้นปลายอย่างมีความสุข ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีม COC และ Palliative care ของ โรงพยาบาล ในรายที่มีปัญหาซับซ้อนหรือผู้ป่วยติดเตียง



-ให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งรายเดี่ยวและรายกลุ่ม รวมถึงกิจกรรมเสียงตามสาย
ให้ความรู้วันไ้โตโลก



ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงานปีงบประมาณ 2561
1.ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	80%	65.76%
2.ผู้ป่วยCKD ที่มารับบริการBP< 140/90 mmHg	80%	69.26%
3.ผู้ป่วยCKD ที่มารับบริการโรงพยาบาลได้รับ ACEI/ARB	60%	71.46%
4. ผู้ป่วยCKD ที่มี DM ร่วม ที่มารับบริการโรงพยาบาลได้รับการตรวจ HbA1C และมีค่าตั้งแต่ 6.5% ถึง 7.5%	40%	6.92%



ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงานปี 2561
5.ผู้ป่วยCKD กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดและหัวใจได้รับยากกลุ่ม Statin	60%	76.03%
6.ผู้ป่วยCKDที่ได้รับการตรวจ Serum K และมีค่าผลการตรวจ <5.5 mEqL	80%	97.83%
7.ผู้ป่วยCKDมีอัตราการลดลงของ eGFR < 4ml/min/1.73 m ² /yr	70%	57.52%



ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยง(6BB)

ด้านที่วิเคราะห์	ความเสี่ยงที่ค้นพบ
1.ระบบบริการ (Service Deliver)	1.การชะลอไตเสื่อมยังทำได้ต่ำกว่าเป้าหมาย 2.คลินิกชะลอไตเสื่อมยังไม่ผ่านการประเมิน
2.กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)	1.การขาดนักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการ 2.ภาระงานของทีม ทำให้ไม่มีเวลา การดำเนินงานจริงใช้ พยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติงานเป็นส่วนใหญ่ 3.พยาบาล PD มี 1คน ซึ่งมีภาระงานหลักที่ Ward ไม่สามารถเป็น training node ได้
3.ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Health Information System)	1.ขาดการติดตามและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อวางแผนการดำเนินงาน 2.การลงข้อมูล HDC ยังไม่ครบถ้วน
Key Success Factors	คลินิกชะลอไตเสื่อมผ่านการประเมินมาตรฐาน และผู้ป่วยCKDมีอัตราการลดลงของ eGFR < 4ml/min/1.73 m²/yr ผ่านเกณฑ์

ปัญหาในการดำเนินงาน และแผนพัฒนา

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	แผนพัฒนา
1. ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรังยังต่ำกว่าเกณฑ์ เนื่องจาก การตรวจเลือดประจำปีของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่รับยากับ รพ.สต บางรพ.สต ตรวจแต่เลือด ไม่ได้ตรวจ Urine albumin หรือ Urine microalbumin ทำให้ข้อมูลไม่ขึ้นใน HDC	- ประสานงานผู้เกี่ยวข้องดำเนินงานตรวจให้ครบถ้วนตามเกณฑ์
2. ไม่มีนักโภชนาการ การดำเนินงานจริง พยาบาลทำหน้าที่แทนทั้งหมด ผู้ป่วยอาจได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วนตามหลักการ	- แจ้งปัญหาความต้องการนักโภชนาการแก่ผู้บริหาร
3. ร้อยละของผู้ป่วยCKDมีอัตราการลดลงของ eGFR < 4ml/min/1.73 m2/yr ต่ำกว่าเกณฑ์	-ศึกษาข้อมูล พัฒนาระบบบริการ นวัตกรรม สร้างความตระหนัก ให้ความรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อชะลอการเสื่อมของไต

การบำบัดรักษายาเสพติด

ร้อยละของผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด เข้ารับการบำบัด ฟื้นฟูในระบบสมัครใจในสถานพยาบาล (แบบผู้ป่วยนอก) ร้อยละ 55.07

ร้อยละของการบันทึกข้อมูลผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในระบบรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟู
ผู้ติดยาเสพติด (บสต) ร้อยละ 100

Done

NCD.xlsx

ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงาน	อ.เมือง		อ.สูงเม่น		อ.เด่นชัย		อ.สอง		อ.วังชิ้น		อ.หนองม่วงไข่		อ.ร้องกวาง		อ.สอง(2)		กลุ่มงาน	PM
	ผลงานที่ได้	คะแนนที่ได้	ผลงานที่ได้	คะแนนที่ได้	ผลงานที่ได้	คะแนนที่ได้	ผลงานที่ได้	คะแนนที่ได้	ผลงานที่ได้	คะแนนที่ได้	ผลงานที่ได้	คะแนนที่ได้	ผลงานที่ได้	คะแนนที่ได้	ผลงานที่ได้	คะแนนที่ได้		
การประเมินประสิทธิผล (น้ำหนักร้อยละ 55)																		
16 ร้อยละของผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในระบบสมัครใจในสถานพยาบาล (แบบผู้ป่วยนอก)	100.00	5.00	119.59	5.00	112.73	5.00	73.81	1.00	55.07	1.00	100.00	5.00	100.00	5.00	107.10	5.00	NCD	นายปกรณ์ วัชรกุล
17 ร้อยละของการบันทึกข้อมูลผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในระบบรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)	100.00	5.00	100.00	5.00	100.00	5.00	100.00	5.00	100.00	5.00	100.00	5.00	100.00	5.00	100.00	5.00	NCD	นายปกรณ์ วัชรกุล

ผลงานเด่นด้านยาเสพติด

- มีการพัฒนาเครือข่าย อสม. ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน คอยติดตามให้ความช่วยเหลือ ภายหลังผ่านการบำบัดรักษาในทุกชุมชน



การพัฒนามาตรฐานสถานบริการด้านยาเสพติด (HA ยาเสพติด)



แผนการพัฒนางานยาเสพติด 2562

- จัดบริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด อย่างต่อเนื่องและครอบคลุมตามข้อสั่งการของสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- พัฒนาคุณภาพด้านการบำบัดรักษา บุหรี่ ตามข้อสั่งการของสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- ทบทวนและวางแผนการรับรองคุณภาพและการรับรองคุณภาพ(Re- Accreditation)ของงานรับรองคุณภาพสถานพยาบาลด้านยาเสพติด(HA ยาเสพติด) เพื่อยกระดับบริการและเตรียมความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการบริการจิตเวชและยาเสพติด
- ขยายศักยภาพการบำบัด โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-based treatment) ให้ต่อเนื่องและครอบคลุมการบริการ

การบริหาร
จัดการCUP เพื่อ
สนับสนุนงาน

HA ขั้นที่ 2

04
บูรณาการ
มาตรฐาน
คุณภาพบริการ
ในระบบ
สาธารณสุข

งาน
คุณภาพ

02
รพสต.ติดตาม
เป้าหมาย 2561
5 แห่ง

03
PMQA

ยุทธศาสตร์พัฒนาสาธารณสุข คปสอ.วังชิ้น ปี 2559-2562

วิสัยทัศน์(Vision): บูรณาการระบบบริหาร บริการได้มาตรฐาน พหุภาคีเข้มแข็ง
สุขภาพดีวิถีคนวังชิ้น

พันธกิจ (Mission) :

- จัดระบบการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมที่มีคุณภาพมาตรฐาน
- สนับสนุนให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน
- พัฒนาระบบบริหารจัดการแบบบูรณาการให้เอื้อต่อการให้บริการด้านสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม ตามบริบทของพื้นที่

ยุทธศาสตร์ที่ 2 เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพและชุมชน ในการจัดการด้านสุขภาพในพื้นที่

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบบริการสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน

ยุทธศาสตร์ที่ 4 บูรณาการระบบบริหารจัดการและสารสนเทศให้เอื้อต่อ การบริการด้านสุขภาพ

การบริหารจัดการองค์กร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

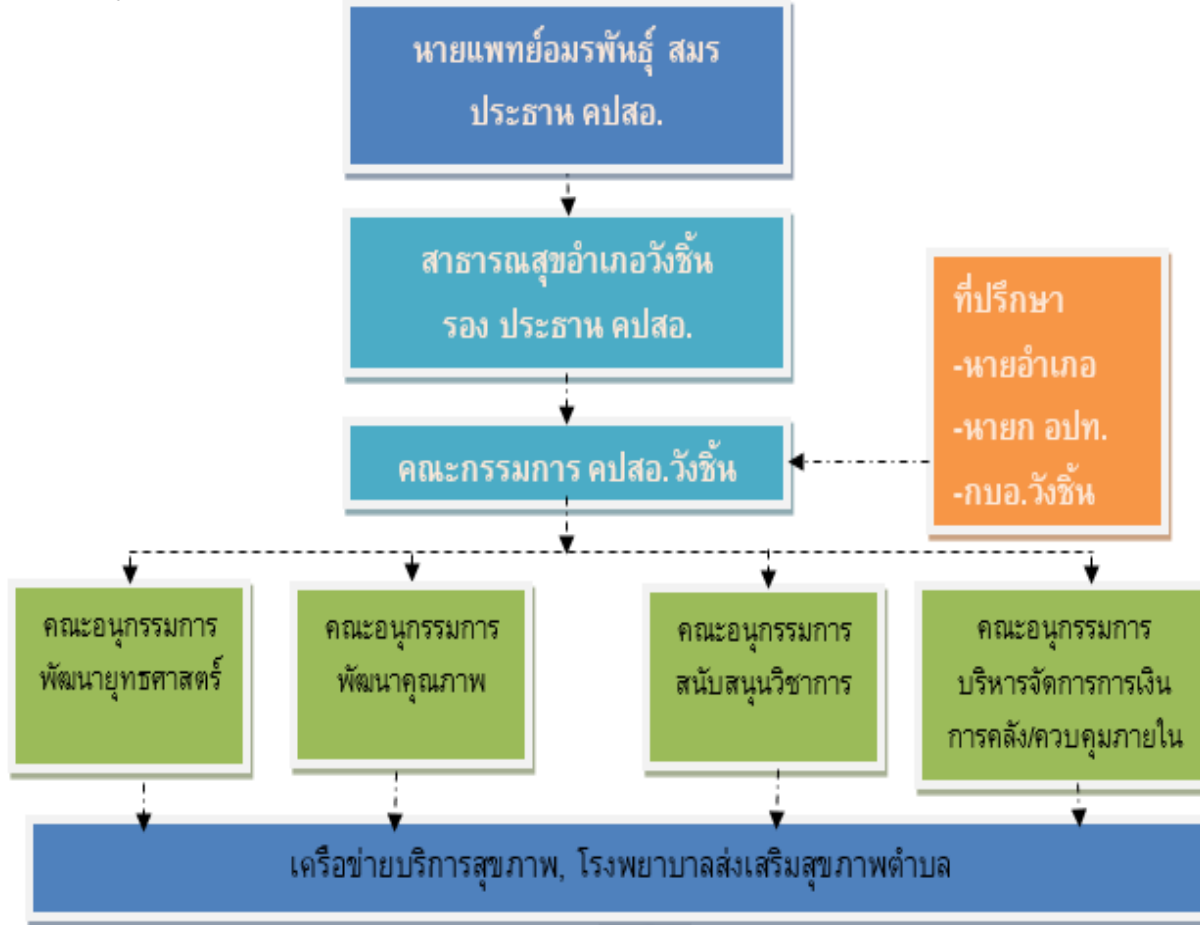
คปสอ.วังชิ้น

รพ.วังชิ้น

สสอ.วังชิ้น

รพสต. 17 แห่ง

โครงสร้างคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอวังชิ้น



การบริหารจัดการความ
หลากหลาย

นโยบาย

บุคลากร

กิจกรรม/แผนงาน/
โครงการ



6+1 Building block

1. กิจกรรมที่จะให้บริการ (**Service delivery**)
2. การพัฒนาบุคลากร (**Healthy workforce**)
3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (**Information**)
4. ยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ ต่างๆ (**Medical products vaccines and technologies**)
5. การเงินการคลัง (**Financing**)
6. นโยบายและการบริหาร(**Leadership and governance**)
7. การมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ (**Stakeholder participation**)

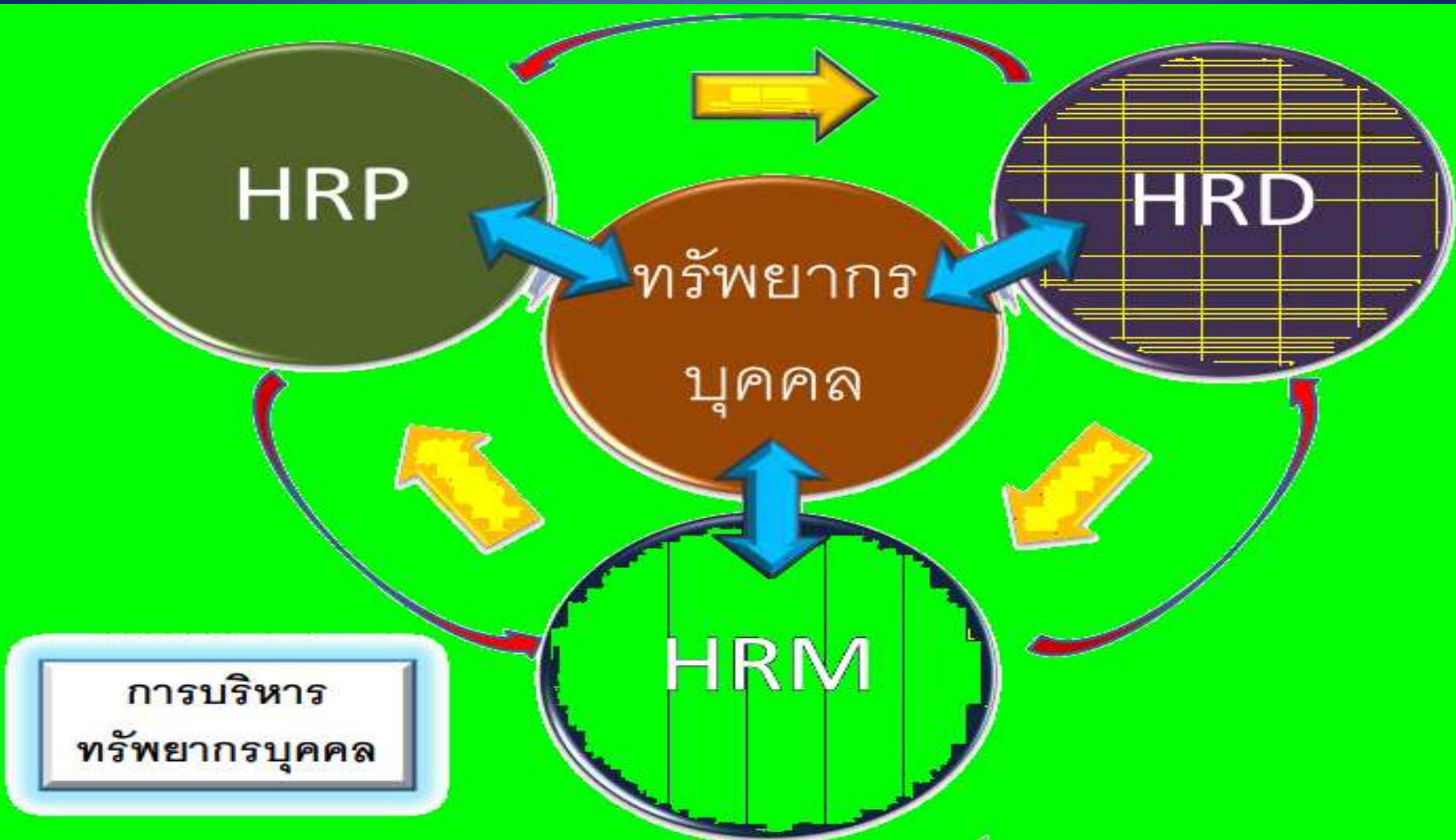
HRP

HRD

ทรัพยากร
บุคคล

HRM

การบริหาร
ทรัพยากรบุคคล



การนิเทศติดตามและสนับสนุนรพสต.

- ตามแผนการดำเนินงาน งบประมาณ
- ตัวชี้วัด
- เสริมพลัง



128

สรุปผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการและแผนงบประมาณ คลปสอ.วังจันทน์ ปี 2561
ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2561

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม/กิจกรรมย่อย	งบประมาณ					งบที่ได้รับ	งบที่ใช้จ่าย
		งบอุดหนุน	งบรายได้อื่น	งบรวม	งบที่ได้รับ	งบที่ใช้จ่าย		
1	โครงการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพชุมชน (Health Data System Development)	100,000	0	100,000	100,000	100,000	0	0
2	โครงการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพชุมชน (Health Data System Development)	100,000	0	100,000	100,000	100,000	0	0
3	โครงการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพชุมชน (Health Data System Development)	100,000	0	100,000	100,000	100,000	0	0
4	โครงการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพชุมชน (Health Data System Development)	100,000	0	100,000	100,000	100,000	0	0
5	โครงการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพชุมชน (Health Data System Development)	100,000	0	100,000	100,000	100,000	0	0
6	โครงการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพชุมชน (Health Data System Development)	100,000	0	100,000	100,000	100,000	0	0
7	โครงการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพชุมชน (Health Data System Development)	100,000	0	100,000	100,000	100,000	0	0
8	โครงการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพชุมชน (Health Data System Development)	100,000	0	100,000	100,000	100,000	0	0
9	โครงการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพชุมชน (Health Data System Development)	100,000	0	100,000	100,000	100,000	0	0
10	โครงการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพชุมชน (Health Data System Development)	100,000	0	100,000	100,000	100,000	0	0

สรุปผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการและแผนงบประมาณ คลปสอ.วังจันทน์ ปี 2561

สรุปผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการและแผนงบประมาณ คลปสอ.วังจันทน์ ปี 2561

สรุปผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการและแผนงบประมาณ คลปสอ.วังจันทน์ ปี 2561

สรุปผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการและแผนงบประมาณ คลปสอ.วังจันทน์ ปี 2561
ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2561

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม/กิจกรรมย่อย	ปีงบประมาณ	งบที่ได้รับ	งบที่ใช้จ่าย	งบที่เหลือ	งบที่ได้รับ			งบที่ใช้จ่าย		
						งบที่ได้รับ	งบที่ใช้จ่าย	งบที่เหลือ	งบที่ได้รับ	งบที่ใช้จ่าย	งบที่เหลือ
1	โครงการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพชุมชน (Health Data System Development)	2561	100,000	100,000	0	100,000	100,000	0	100,000	100,000	0
2	โครงการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพชุมชน (Health Data System Development)	2561	100,000	100,000	0	100,000	100,000	0	100,000	100,000	0
3	โครงการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพชุมชน (Health Data System Development)	2561	100,000	100,000	0	100,000	100,000	0	100,000	100,000	0
4	โครงการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพชุมชน (Health Data System Development)	2561	100,000	100,000	0	100,000	100,000	0	100,000	100,000	0
5	โครงการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพชุมชน (Health Data System Development)	2561	100,000	100,000	0	100,000	100,000	0	100,000	100,000	0
6	โครงการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพชุมชน (Health Data System Development)	2561	100,000	100,000	0	100,000	100,000	0	100,000	100,000	0
7	โครงการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพชุมชน (Health Data System Development)	2561	100,000	100,000	0	100,000	100,000	0	100,000	100,000	0
8	โครงการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพชุมชน (Health Data System Development)	2561	100,000	100,000	0	100,000	100,000	0	100,000	100,000	0
9	โครงการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพชุมชน (Health Data System Development)	2561	100,000	100,000	0	100,000	100,000	0	100,000	100,000	0
10	โครงการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพชุมชน (Health Data System Development)	2561	100,000	100,000	0	100,000	100,000	0	100,000	100,000	0

สรุปผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการและแผนงบประมาณ คลปสอ.วังจันทน์ ปี 2561
ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2561

ตัวอย่างการติดตามการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ ปีงบประมาณ 2561

แบบติดตามประเมินผลการดำเนินงานโครงการตามแผนปฏิบัติการ งบประมาณปี 2561

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม.....

1. ☐ ยังไม่มีดำเนินการเนื่องจาก.....

2. ☐ อยู่ระหว่างดำเนินการซึ่งมีกิจกรรมหรือข้อบังคับดำเนินการดังนี้.....

3. ☐ ดำเนินการแล้ว ผลการดำเนินการมีดังนี้.....

☐ บรรลุตามวัตถุประสงค์

☐ ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ.....

2.2 จำนวนผู้เข้าร่วมรับ แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม.....คน

3. การใช้จ่ายงบประมาณ

งบประมาณที่ได้รับจากศูนย์.....บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง.....บาท คิดเป็นร้อยละ.....

งบประมาณเหลือส่งคืนกองกลาง.....บาท คิดเป็นร้อยละ.....

4. ข้อมูลสรุปผลในการดำเนินงาน

☐ ปี 60

☐ ปี 61 (ระบุ).....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ).....

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

การติดตามการจัดทำโครงการ ตามแผนปฏิบัติการพัฒนาสุขภาพจังหวัดแพร่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ปี 2561

คปสอ.วังชิ้น อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่

คปสอ.วังชิ้น อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่						
ที่	โครงการตามแผนปฏิบัติการพัฒนาสุขภาพ จังหวัดแพร่ ปี 2560	งบที่ใช้(บาท)	พ.อ.รับผิดชอบ	ได้รับการ จัดสรร งบประมาณ	งบประมาณ ที่ใช้ไป	หมายเหตุ
1	โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการชี้แจงนโยบายและจัดทำแผนแบบบูรณาการ คปสอ.วังชิ้น ปีงบประมาณ 2561	45,000	นางกรรณิกา ยศอภัย			
2	โครงการพัฒนาระบบข้อมูลด้านสุขภาพ คปสอ.วังชิ้น	29,300	พนารัตน์ พงศ์สุขรัตน์			
3	โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โรงพยาบาลวังชิ้น	18,000	นางสาวรุ่ง ท้าวบุญญาภินันท์			
4	โครงการโรงพยาบาลคุณธรรม "ทำดีได้คนดี" ตามรอยเท้าพ่อของแผ่นดิน	30,000	นางขวัญจิตร คำคง			
5	โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการส่งเสริมสุขภาพการ ใช้ระบบวิศวกรรมการแพทย์และการสอบเทียบเครื่องมือแพทย์ โรงพยาบาลวังชิ้น	10,000	นายสุทธิพงษ์ เทียนทอง			
6	โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร โรงพยาบาลวังชิ้น จังหวัดแพร่	25,000	นางพนารัตน์ พงศ์สุขรัตน์			

การสนับสนุนรพสต. และ สสอ.

- ด้านงบประมาณ -Fix costed,สนับสนุนการดำเนินงานรพสต.ติดดาว,รพสต.ดีเด่น,งบค่าเสื่อม,ซ่อมบำรุง,ยาเวชภัณฑ์,วัสดุการแพทย์,พัฒนาบุคลากร
- วิชาการ จัดการพัฒนาด้านวิชาการภาพรวม คปสอ. ทั้งตามนโยบายและส่วนขาด
- ระบบบริหารจัดการ เช่น ขยะติดเชื้อ,ระบบคลังยา,ระบบข้อมูล ฯ
- ให้คำปรึกษาและช่วยจัดทำข้อมูลด้านการเงินการคลัง (เกณฑ์คงค้าง)
- ระบบดูแลต่อเนื่องโดยสหวิชาชีพ
- นิเทศเสริมพลัง โดยทีม สหสาขา วิชาชีพ

การจัดสรรเงินหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คปสอ.วังชัน

งบประมาณ UC ได้รับจัดสรรจาก สปสช./ผ่านสสจ.

OP

P&P Basic service

IP

จัดสรรพ.

งบประมาณ
ที่ได้รับจัดสรรอื่นๆ

งบสนับสนุนต่ำเสียนราคา
ของหน่วยบริการ

- + จัดสรร Fix costed สสอ. ,รพสต. 18 แห่ง (3 ระดับ <1500,1501-2500,>2500)
- + จัดสรร Fix costed สสอ.(228,000 บาท)
- + จัดสรรเงินเดือนลูกจ้าง สสอ.
- + จัดสรรเงินเดือนลูกจ้าง UC
- + จัดสรรค่ายาเวชภัณฑ์ วัสดุการแพทย์
- + จัดสรรเพื่อจ่ายค่าบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการกรณีส่งต่อจาก รพสต. เช่น ตรวจติดตามผลไข้มาเลเรีย ปากมดลูก,ตรวจเลือดนหญิงตั้งครรภ์ ฯ
- + จัดสรรเพื่อตามจ่าย หน่วยงานอื่น จัดสรรตามจ่าย OP Refer (สปสช.เบิกจ่ายก่อนจัดสรร)

- + QOF (จัดสรรล่วงหน้าให้สถานบริการในเครือข่ายรายนับประชากร,จัดสรรเพื่อบริหารจัดการระดับ Cup ,จัดสรรตามผลงานรายงานสถานบริการ
- + แพทย์แผนไทย จัดสรรตามรายการที่ สปสช.กำหนด
- + P&PA แผนงานโครงการระดับ Cup กระจาย รพสต.ตามกิจกรรมที่ PM ระดับอำเภอควบคุมกำกับ
- + รายการอื่นๆ เช่น ค่าบริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคมาหาวานและความดันโลหิตสูง,ค่าตอบแทนกำลังคนฯ ,EMS,ไข้หวัดใหญ่,วัณโรค,กองทุนฟื้นฟู ฯ จัดสรรตามระเบียบเอกสารแจ้งโอนเงิน

จัดสรร/ดำเนินการตามแผนงานที่ส่ง สปสช.อนุมัติ



HA

- รพ.วังขึ้นดำรงชั้น 2 พร้อมจัดทำแผนพัฒนาสู่ HA ขั้นที่ 3
- ปรับปรุงแผนเงินบำรุง โรงพยาบาลรอบเดือนเมษายน ให้สอดคล้องและรองรับการพัฒนา ด้านสิ่งแวดล้อม บุคลากร และส่วนขาดตามมาตรฐาน
- หากมีความพร้อมส่งขอรับการประเมินจากรพ.

PMQA



- สสอ.วังขึ้นประเมินตนเอง พัฒนา จัดทำแผนพัฒนา ประเมินผลการพัฒนา

การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุน การจัดการบริการสุขภาพ PMQA

หมวดที่ 1 การนำองค์กร

- มีการดำเนินงานตามวิสัยทัศน์ ค่านิยม พันธกิจ
- ระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน ITA = 93.97 คะแนน
- ร้อยละของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ผ่าน การพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดดาว = 5 แห่ง (ร้อยละ 29)
- มีการกำกับดูแลและความรับผิดชอบต่อสังคม เช่นการ ใช้มาตรฐาน **Green & Clean, IC**
- การประพฤติปฏิบัติตามกฎหมายอย่างมีจริยธรรม มี วินัยของข้าราชการ

หมวดที่ 5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

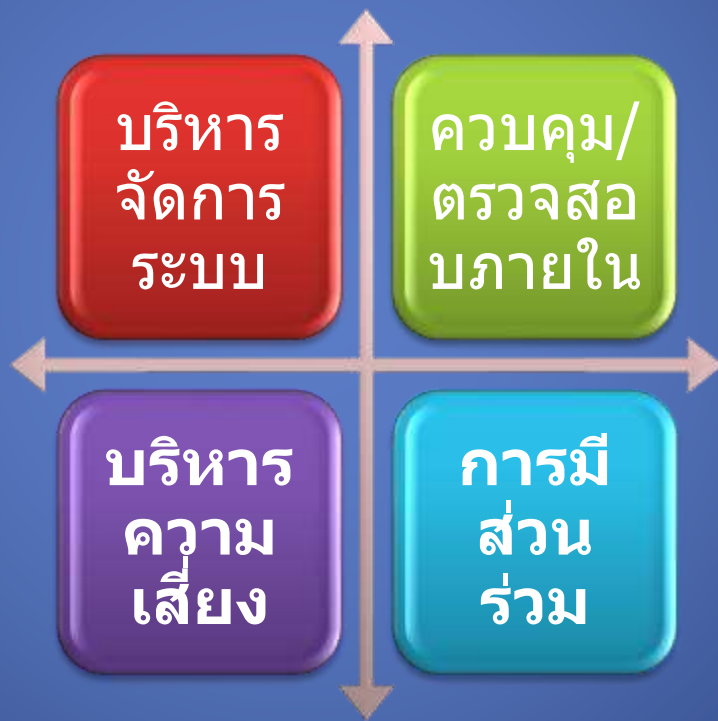
- การนำดัชนีความสุข **Happinometer** ไปใช้กับบุคลากรในองค์กร
- มีการวางแผนอัตรากำลัง การโยกย้าย การ สับเปลี่ยน และทดแทน
- มีการพัฒนาบุคลากรอบรม เรียนเพิ่มเติม
- การสนับสนุนการประเมินผลงานเลื่อนระดับ บุคลากร
- การคัดกรอง ดูแล ส่งเสริม รักษา สุขภาพ บุคลากร ประจำปี

การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการ จัดการบริการสุขภาพ รพ.สต.ติดดาว

- ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคูณภาพ รพ.สต. ติดดาว (ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 25)
- รพ.สต.ติดดาว มีกำหนด 5 ดาว 5 ดี ประกอบด้วย 1)บริหารดี 2) ประสานงานดีภาคี มีส่วนร่วม 3) บุคลากรดี 4) บริการดี 5) ประชาชนมีสุขภาพดี
- ผลการดำเนินงาน มีการประเมินมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว ระดับ ผ่าน ระดับ 5 ดาว จำนวน 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 29



ประสิทธิผลประสิทธิภาพการเงินการคลัง FAI 100%

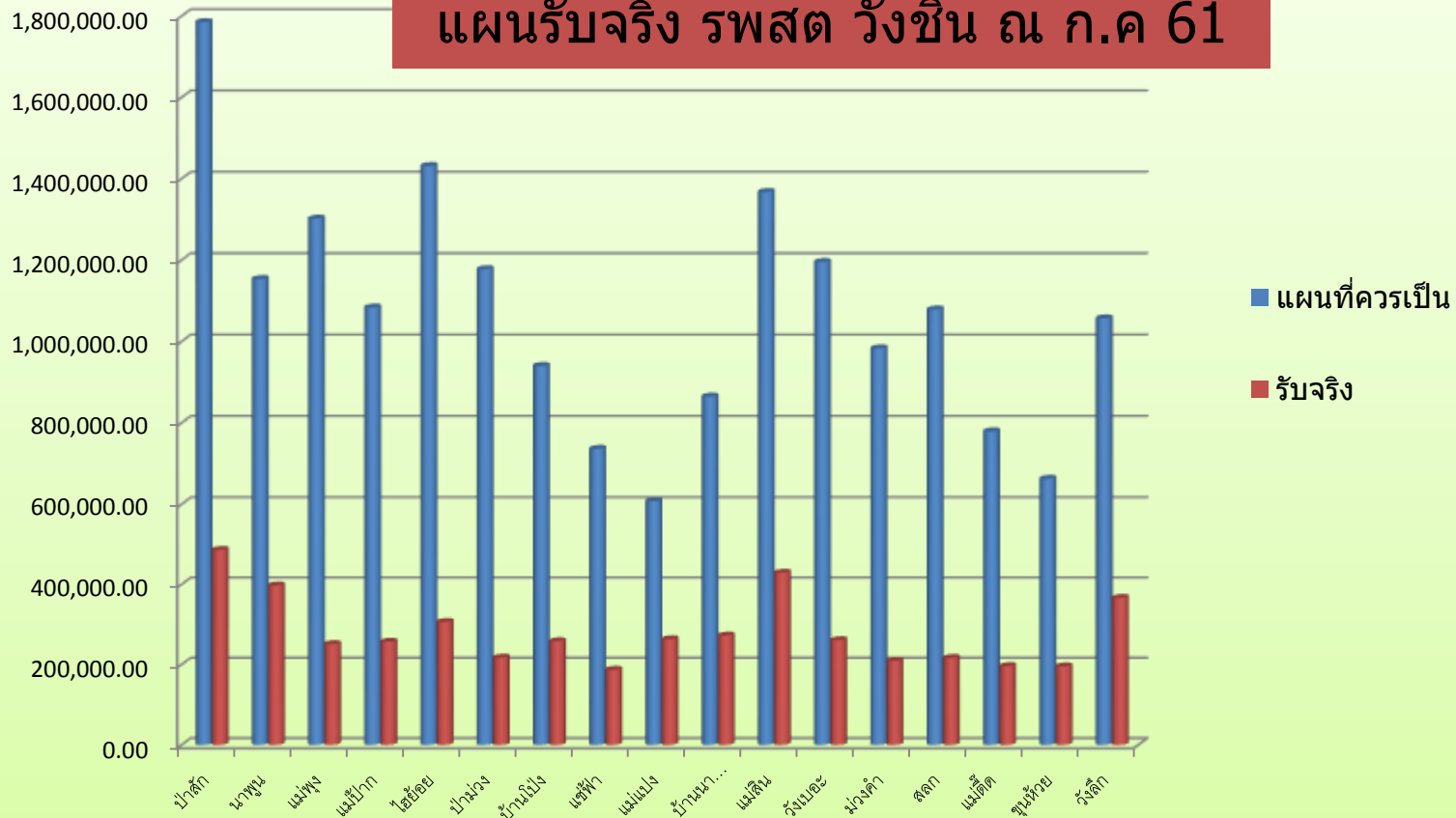


ระดับวิกฤต ปีงบประมาณ 2561 ของ รพ.วังชัน จ.แพร่

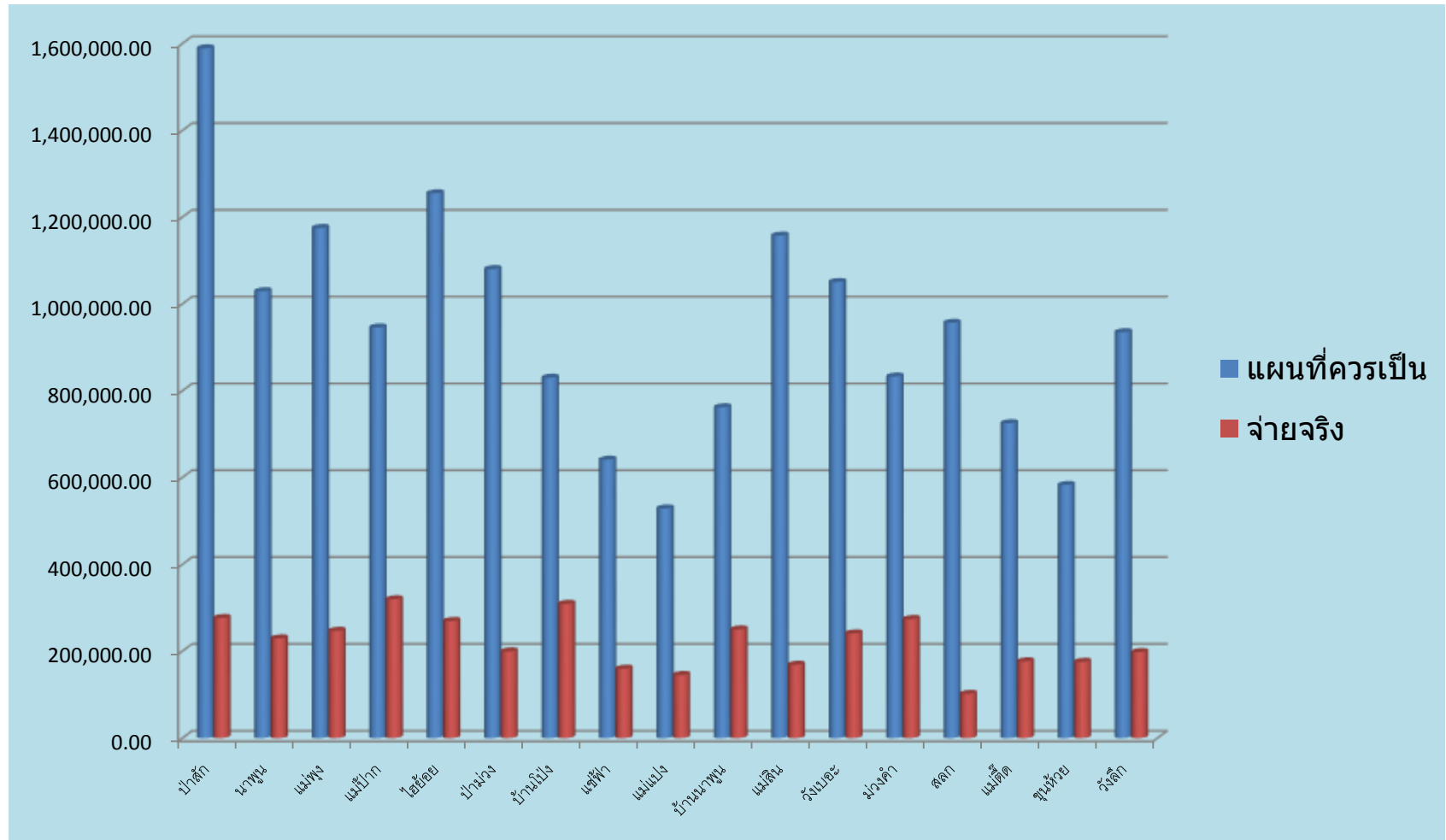
ระดับวิกฤติทางการเงิน

ปี 2561 เดือน	Current Ratin	Quick Ratin	Cash Ratin	เงินทุนสำรอง สุทธิ (MB)	กำไรสุทธิ รวมค่าเสื่อม (MB)	เงินบำรุงหัก หนี้สินหมุนเวียน (MB)	ระดับวิกฤติ ทางการเงิน
ต.ค.-60	1.72	1.39	0.73	6,749,160.68	- 1,554,334.44	- 2,557,362.91	2
พ.ย.-60	2.73	2.55	2.22	27,444,972.59	21,344,002.52	19,384,167.27	0
ธ.ค.-60	2.58	2.39	1.99	24,878,947.13	18,566,741.57	1,556,188.97	0
ม.ค.-61	2.79	2.61	2.17	27,886,995.12	21,186,271.36	18,336,693.58	0
ก.พ.-61	2.42	2.22	1.89	22,222,505.08	15,526,562.34	13,965,512.92	0
มี.ค.-61	2.39	2.2	1.73	19,891,777.50	12,704,948.60	10,409,712.14	0
เม.ย.-61	2.31	2.08	1.6	17,688,137.53	10,104,309.30	829,970.02	0
พ.ค.-61	2.25	2.03	1.49	15,011,633.26	7,069,443.99	8,979,850.72	0
มิ.ย.-61	1.92	1.65	1.39	11,084,828.38	2,829,865.80	4,855,795.81	0
ก.ค.-61	1.84	1.6	1.2	10,033,296.88	1,409,828.31	2,469,675.22	0
ส.ค.-61	1.63	1.31	0.98	6,542,057.09	- 1,965,636.81	-92850.55	1

แผนรับจริง รพสต วังขึ้น ณ ก.ค 61

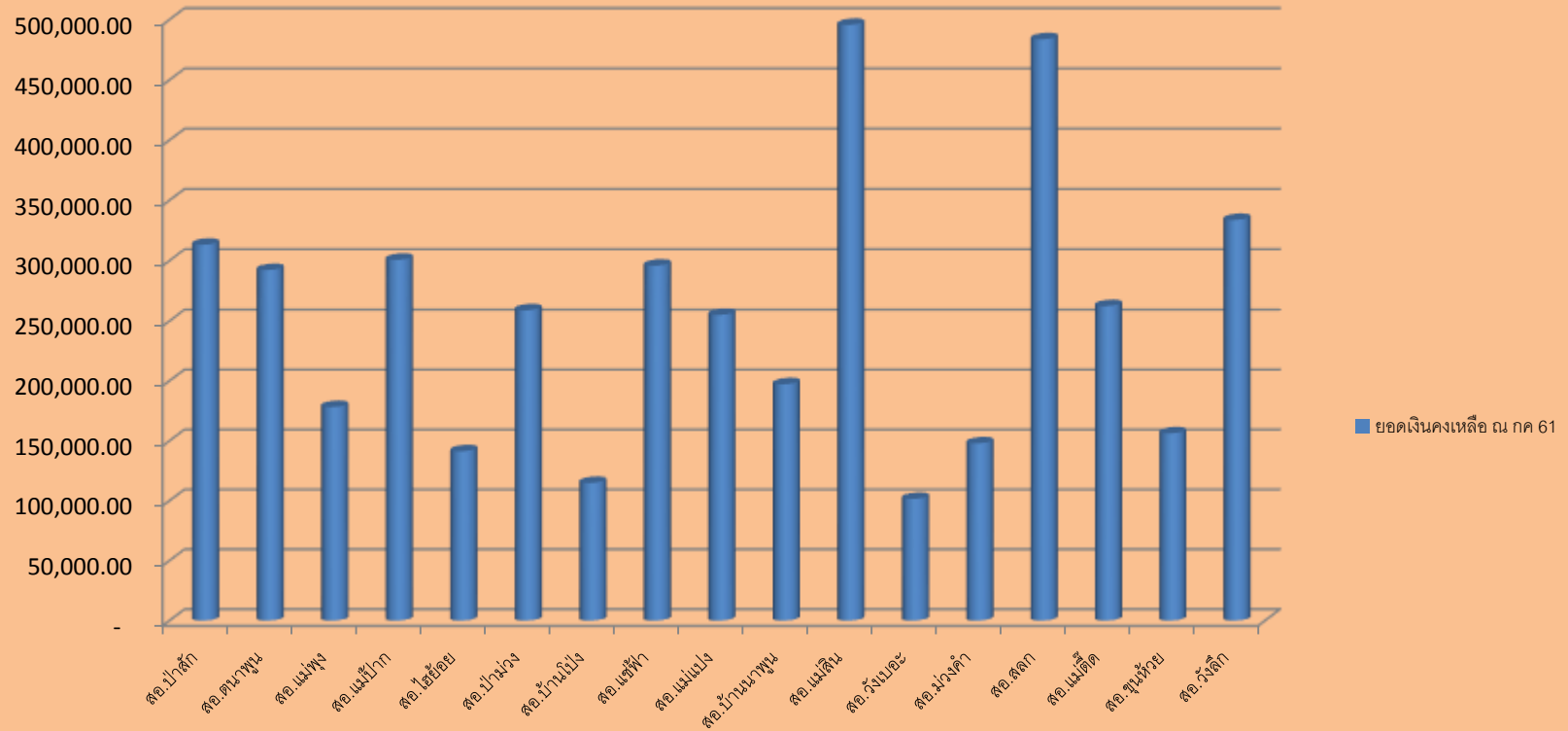


แผนจ่ายจริง รพ.สต.วังหิน ณ ก.ค 61



เงินบำรุง รพ.สต ณ กค 61

ยอดเงินคงเหลือ ณ กค 61



**ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90)
ผลการประเมินของโรงพยาบาลวังชิ้น**

1. ผลการประเมิน **ITA** ไตรมาส 2/2561 ต่ำกว่าเกณฑ์ 87.56%
2. ผลการประเมิน **ITA** ไตรมาส 3/2561 ผ่านเกณฑ์ 96.97%
3. ผลการประเมิน **ITA** ไตรมาส 3/2561 ผ่านเกณฑ์ 96.97%

ปัญหา/อุปสรรค

- ไตรมาสที่ 2
- ยังมีความรู้ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนในประเด็นการประเมินรวมถึงการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการยืนยันข้อมูล ทำให้ไม่สามารถรวบรวมเอกสารได้ครบถ้วนตามเกณฑ์
- ไตรมาสที่ 3-4 (ไม่ 100%)
- ขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงถึงการตรวจสอบการทำงานของทีมรรักกว้างขึ้น

ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานสารสนเทศ คะแนนประเมินตนเอง ระดับ 5

การบริหารจัดการข้อมูลเพื่อการบริการด้านสุขภาพ อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่
โดยใช้เทคนิคการเรียนรู้ร่วมมือโซน (Zoning Cooperative Learning)



จัดกิจกรรม

การเรียนรู้ร่วมกันภายในกลุ่ม

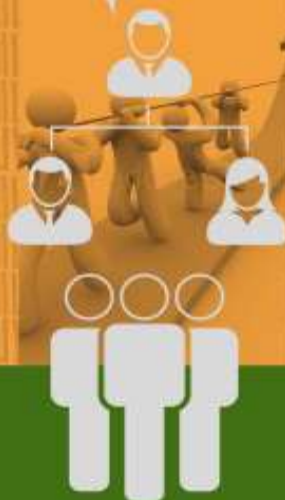
สรอย-ป้าสัก

วังชัน

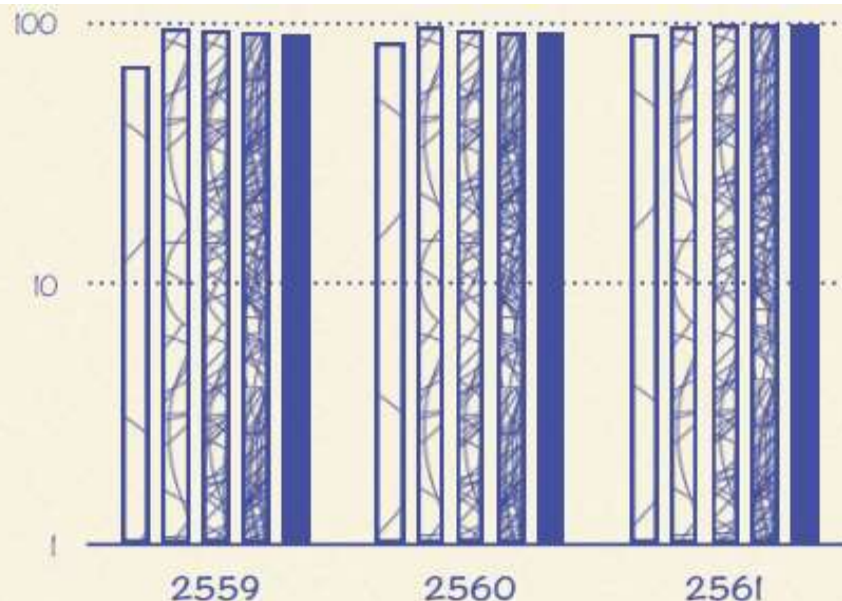
แม่พุง

นาพูน

แม่ป้าก-แม่แก้ง



ร่วมดำเนินการบันทึกข้อมูล • ร่วมตรวจสอบ •
ร่วมวิเคราะห์ปัญหา • ร่วมแก้ไขปัญหา • ให้คำแนะนำปรึกษา
• ร่วมรับผลประโยชน์ • สร้างขวัญกำลังใจซึ่งกันและกัน



ผลลัพธ์ (ปีงบประมาณ)

- กิจกรรม/ตัวชี้วัด
- ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์
- ▨ ตรวจคัดกรอง ADL
- ▨ คัดกรองโรคความดันโลหิตสูง
- ▨ คัดกรองโรคเบาหวาน
- การรับวัคซีนอายุครบ 5 ปี

Happy

ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ ผลการประเมินตนเอง ระดับ 5

ระดับความสำเร็จของบุคลากรในหน่วยงาน ที่มีระบบพัฒนากำลังคนตามเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด ผลการประเมินตนเอง ระดับ 4



5313M1

KM

Happy

M : Monitoring & Evaluation :
ประเมินผล, สรุปผล, ข้อเสนอแนะ

เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความสามารถ มีความสุข
(Knowledge, Ability, Happy : K, A, H)

I : Intervention & Innovation : KM,
R2R, Best practice
I : Integration : HRP, HRM, HRD และ
ทีม อื่นๆ

HRD

HRM



HRP

S : Strategy : แผนยุทธศาสตร์ HR, แผนกำลังคน

S : Situation : บริบทและสภาพแวดล้อมด้านกำลังคนในพื้นที่

S : Structure : คณะกรรมการ HR รพ./คปสอ.

I : Information : ระบบฐานข้อมูล HR

Innovation





นวัตกรรมเรื่องการจัดทำรายงานใน HOSXP_PCU สอดรับตัวชี้วัดใน HDC

1. ผลงานใน HDC ประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง และเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน เขตบริการสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ CUP โรงพยาบาลวังชิ้น ตาม link

http://pre.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/visit_screen_dm.php&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=d7e91cec5aca74419bd84b1da4dc266f

	เป้าหมาย (คน)	ผลงาน (คน)	ร้อยละ	พื้นที่เยี่ยม บ้าน รับคัดกรอง (คน)	ใบขอ รับคัดกรอง (คน)	เอกสาร รับคัดกรอง (คน)	รวม (คน)	ร้อยละ	คน	ครั้ง
06427 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังน้อย	1,481	1,338	90.34	143	38	91	129	90.21	39	75
06428 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงคำ ตำบลสร้อย	1,044	963	92.24	87	77	7	84	96.55	77	253
06429 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไร่ฝอย ตำบลสร้อย	1,545	1,504	97.35	153	95	58	145	94.77	99	258
06430 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่ง	929	900	96.88	87	65	16	81	93.10	65	206
06431 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ป้าก	1,012	914	90.32	122	27	76	103	84.43	28	99
06432 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแช่ฟ้า	420	386	91.90	22	16	4	20	90.91	16	64
06433 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่แฝก	458	413	90.17	22	6	11	19	86.36	8	21
06434 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาขุ่น	936	773	82.59	76	37	36	73	96.05	38	67
06435 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังลึก ตำบลนาขุ่น	1,003	961	95.81	113	71	40	111	98.23	73	344
06436 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาขุ่น	930	812	87.31	64	19	40	59	92.19	19	52
06437 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ	1,691	1,518	89.77	175	131	37	168	96.00	131	216
06438 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจอมเค็ด ตำบลแม่แฝก	501	446	89.02	32	27	5	32	100.00	27	130



สามารถ download ได้ที่

[illegible][illegible]

02

ระบบดูแลผู้ป่วย

X-Ray Knee Stand

จากการใช้ X-RAY Knee Stand ใช้งานได้ดีถ่ายภาพรังสีได้ตามมาตรฐาน ลดความเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติเหตุกับผู้ป่วยได้อย่างดี และยังใช้ต้นทุนต่ำ แต่ก็ยังมีข้อเสียคือเครื่องมือมีน้ำหนักพอสมควรจึงทำให้เคลื่อนย้ายลำบากเล็กน้อย



ถุงยาน้อยห้อยไอวี



การนำถุงยาสะอาดที่ใช้แล้ว มาช่วยในการให้สารน้ำและยาที่มีขนาดเล็ก เพื่อไม่ให้เกิดทล่น เสี่ยงบประมาณ และปลอดภัยไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย หากมีการตกทล่น



โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม



ถุงมือมหัศจรรย์



04

พัฒนาศักยภาพบุคลากร

จัดกิจกรรมการเรียนรู้
ร่วมกันภายในกลุ่ม



ร่วมดำเนินการบันทึกข้อมูล

ร่วมตรวจสอบ

ร่วมวิเคราะห์ปัญหา

ร่วมแก้ไขปัญหา

ให้คำแนะนำปรึกษา

ร่วมรับผลประโยชน์

สร้างขวัญกำลังใจซึ่งกันและกัน

05

สุขภาพชุมชน
(จากเครือข่าย)

- กระบอกลยาผีบ้า อสม.ป่าสัก
- ยาดีใกล้บ้าน Care giver เทศบาลวังชัน
- ถุงสมุนไพรลดปวด อสม.ป่าสัก

โครงการทำดีวิถีคนวัง สนับสนุนการให้บริการ

- ประสานใจเจ้าหน้าที่สู่วิถีชุมชน
- ประสานทุกภาคส่วน มีเครือข่าย



สวัสดี

