



เอกสารสรุป
สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุข
ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑)

วันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๑
คปสอ.คอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ
โทรศัพท์ ๐-๔๔๘๘-๙๐๙๖ ต่อ ๑๑๗ โทรสาร ๐-๔๔๘๔-๘๕๙๑

คำนำ

ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๕ การส่งเสริมสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพซึ่งมีวิวัฒนาการมายาวนานเกือบหนึ่งศตวรรษนับตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๖๑ เมื่อพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัวมีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้สถาปนากรมสาธารณสุขขึ้นในกระทรวงมหาดไทย ในยุคต้นๆ การส่งเสริมสุขภาพเน้นบริการส่งเสริมอนามัยส่วนบุคคล และการสุขภาพภิบาลเรื่องส้วม น้ำ และความสะดวก เป็นการดำเนินงานในลักษณะของการสงเคราะห์ คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็น “ผู้ให้” และประชาชนคือ “ผู้รับ”

แต่การพึ่งทรัพยากรและบุคลากรของรัฐฝ่ายเดียวเช่นนี้ไม่สามารถขยายผลและความครอบคลุมไปได้ ในอัตราที่เท่าเทียมกับจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น ประเทศไทยจึงนำแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน คือ “ประชาชนบริการประชาชน” มาใช้ในปี ๒๕๒๓ เป็นต้นมา ซึ่งได้รับความสนใจและยอมรับจากหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุขในฐานะองค์ประกอบสำคัญของการแก้ไขปัญหาความยากจน นับเป็นจุดเริ่มต้นของการขยายมุมมองเรื่อง “สุขภาพ” เป็นความจำเป็นพื้นฐานและเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนที่หน่วยงานมีส่วนร่วมรับผิดชอบ

คปสอ.คอนสวรรค์ เป็นองค์กรหลักในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพและเสมอภาค โดยมีเป้าประสงค์หลักเพื่อให้ประชาชนชาวอำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ มีสุขภาพดีตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และก้าวไปสู่เป้าหมายสังคมสุขภาพที่เป็นพื้นฐานความมั่นคงของชาติ ทุกๆด้าน ดังนั้น เพื่อเป็นการนำนโยบายของรัฐบาลและของกระทรวงสาธารณสุข ไปสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ คปสอ.คอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิจึงได้กำหนดยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานเพื่อตอบสนองนโยบายดังกล่าวในแผนพัฒนาสาธารณสุข ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ซึ่งมีสาระสำคัญของแผนพัฒนาสาธารณสุขของการให้บริการทางด้านสุขภาพต่อประชาชน ตามแผนการตรวจราชการและนิเทศงาน

คปสอ.คอนสวรรค์ จึงได้ดำเนินการตามแผนงานยุทธศาสตร์สาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและให้ประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วได้ เพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชนต่อไป

คปสอ.คอนสวรรค์

๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๑

สารบัญ

| | หน้า |
|--|------|
| ๑ ข้อมูลทั่วไปอำเภอคอนสวรรค์ | ๑ |
| ๒ รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์การเงินการคลัง | ๖ |
| ๓ สรุปรโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา | ๗ |
| ๔ อัตราส่วนการตายมารดาไทย | ๘ |
| ๕ ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัยไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕ | ๙ |
| ๖ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี | ๑๒ |
| ๗ ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free) | ๑๔ |
| ๘ ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส และการดูแลระยะยาวในชุมชน (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์ | ๑๘ |
| ๙ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) | ๒๑ |
| ๑๐ อำเภอมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง | ๒๓ |
| ๑๑ จำนวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็ก ต่ำกว่า ๑๕ ปี ไม่เกินเกณฑ์ | ๒๔ |
| ๑๒ อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน | ๒๖ |
| ๑๓ อัตราป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ Pre-diabetes ไม่เกิน ร้อยละ ๒.๔๐ | ๒๘ |
| ๑๔ อัตราป่วยรายใหม่จากโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๒.๕ | ๒๙ |
| ๑๕ อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน | ๓๐ |
| ๑๖ ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital | ๓๑ |
| ๑๗ อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ | ๓๓ |
| ๑๘ การแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ | ๓๔ |
| ๑๙ ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด | ๓๖ |
| ๒๐ ร้อยละของพื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) | ๓๓ |
| ๒๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง | ๓๔ |
| ๒๒ ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล | ๓๕ |
| ๒๓ การส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพลดลง | ๓๙ |
| ๒๔ ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน | ๔๐ |
| ๒๕ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด และ/หรือ การขยายหลอดเลือดหัวใจ | ๔๓ |
| ๒๖ อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ | ๔๔ |
| ๒๗ ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ มล/นาที/๑.๗๓ ตร.ม./ปี ≥ ร้อยละ ๖๕ | ๔๕ |

สารบัญ (ต่อ)

| | หน้า |
|--|------|
| ๒๓ ผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา | ๔๖ |
| ๒๔ อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมงในโรงพยาบาลระดับ F๒ | ๔๗ |
| ๒๕ อัตราความสำเร็จการรักษาวินโรครายใหม่ | ๔๘ |
| ๒๖ อัตราการคงอยู่ของบุคลากรด้านสุขภาพ | ๕๑ |
| ๒๗ ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการตรวจสอบ มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด | ๕๔ |
| ๒๘ ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระดับ คุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ | ๕๓ |
| ๒๙ ร้อยละการซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ วัสดุทันตกรรม | ๕๖ |
| ๓๐ หน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน | ๖๒ |
| ๓๑ ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) | ๖๔ |
| ๓๒ ร้อยละของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ | ๖๔ |
| ๓๓ ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี | ๖๖ |
| ๓๔ ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (HbA๑c < ๗) | ๖๗ |
| ๓๕ ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและ หลอดเลือด | ๖๘ |
| ๓๖ การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ | ๖๙ |
| ๓๗ สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุข PA ๑๕ ข้อ | ๗๒ |



สรุปผลการดำเนินงาน คปสอ.คอนสวรรค์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

| | |
|-----------------|----------------|
| กาหลงคอนสวรรค์ | สำคัญพระใหญ่ |
| ผ้าไหมมัดหมี่ | มากมีหมอนขิด |
| วิจิตรกระติบสาน | ชาวบ้านสุขหลาย |
| มากมายนกเป็ดน้ำ | งามล้ำวัฒนธรรม |

ข้อมูลทั่วไปอำเภอคอนสวรรค์

ที่ตั้งอาณาเขต

อำเภอคอนสวรรค์ เป็นอำเภอหนึ่งในเขตปกครองจังหวัดชัยภูมิ ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงใต้ ห่างจากตัวจังหวัดประมาณ ๓๙ กิโลเมตร ห่างจากกรุงเทพฯ ๔๐๐ กิโลเมตร มีพื้นที่รวมทั้งสิ้น ๖๕๓ ตารางกิโลเมตร พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบบางส่วนทางทิศตะวันตกเป็นภูเขา ซึ่งเป็นรอยต่อกับอำเภอแก้งคร้อ อำเภอคอนสวรรค์ มีอาณาเขตติดต่อ ดังนี้

| | |
|-------------|---|
| ทิศเหนือ | ติดต่อ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิและอำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น |
| ทิศใต้ | ติดต่อ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ |
| ทิศตะวันออก | ติดต่อ กิ่งอำเภอโคกโพธิ์ชัย และอำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น |
| ทิศตะวันตก | ติดต่อ อำเภอเมือง และอำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ |



สรุปผลการดำเนินงาน คปสอ.คอนสวรรค์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

แผนที่อำเภอคอนสวรรค์



การคมนาคม

การคมนาคมระหว่างอำเภอคอนสวรรค์กับจังหวัดชัยภูมิโดยทางหลวงแผ่นดิน การเดินทาง มีรถประจำทางจากอำเภอถึงจังหวัดชัยภูมิวันละ ๑๐ เที่ยวสามารถเดินทางได้โดยสะดวกทุกฤดูกาล การคมนาคมระหว่างอำเภอกับหมู่บ้านไม่มีรถประจำทางประชาชนส่วนใหญ่อาศัยรถรับจ้างและรถส่วนตัวในการเดินทางระหว่างหมู่บ้านถึงอำเภอคอนสวรรค์และระหว่างหมู่บ้านส่วนใหญ่จะมีปัญหาในฤดูฝนเส้นทางส่วนใหญ่เป็นเส้นทาง รพช. ทั้งที่เป็นทางลูกรัง และลาดยาง



สรุปผลการดำเนินงาน คปสอ.คอนสวรรค์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

สภาพเศรษฐกิจและอาชีพ

ประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรมมากกว่าร้อยละ ๘๐ อาชีพหลัก ได้แก่ การทำไร่ ทำนา การปศุสัตว์ และการทำสวน รายได้ประชากรอยู่ในระดับที่ต่ำ สินค้าออกที่สำคัญ คือ มันสำปะหลัง อ้อย ปอ สภาพสังคมเป็นสังคมชนบท

ตารางที่ ๑ ข้อมูลด้านการปกครอง

| ข้อมูลเกี่ยวกับการปกครอง | อำเภอคอนสวรรค์ | |
|--------------------------|----------------|----------|
| จำนวนตำบล | ๙ | ตำบล |
| จำนวนหมู่บ้าน | ๑๐๓ | หมู่บ้าน |
| จำนวนประชากรทั้งหมด | ๕๓,๓๓๒ | คน |
| จำนวนหลังคาเรือน | ๑๕,๐๘๙ | หลังคา |
| จำนวนเทศบาล | ๑ | แห่ง |
| จำนวน อบต. | ๙ | แห่ง |
| จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข | ๑,๐๓๙ | คน |

สัดส่วนบุคลากรสาธารณสุขต่อจำนวนประชากร

ระดับทุติยภูมิ (โรงพยาบาลคอนสวรรค์ รับผิดชอบประชากร ๕๓,๓๓๒ คน)

| | | | | |
|------------------|----|----|-----------|----------|
| แพทย์ | ๕ | คน | อัตราส่วน | ๑:๑๐,๔๕๗ |
| ทันตแพทย์ | ๕ | คน | อัตราส่วน | ๑:๑๐,๔๕๗ |
| เภสัชกร | ๔ | คน | อัตราส่วน | ๑:๑๓,๐๗๐ |
| พยาบาลวิชาชีพ | ๔๐ | คน | อัตราส่วน | ๑:๑,๓๐๗ |
| เจ้าหน้าที่อื่นๆ | ๑๘ | คน | อัตราส่วน | ๑:๒,๙๐๕ |

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

| | | |
|---------------------|---|----|
| สาธารณสุขอำเภอ | ๑ | คน |
| นักวิชาการสาธารณสุข | ๓ | คน |
| ลูกจ้างประจำ | ๑ | คน |
| ลูกจ้างชั่วคราว | ๑ | คน |

ระดับปฐมภูมิ (รพ.สต. จำนวน ๙ แห่ง รับผิดชอบประชากร ๔๕,๑๕๒ คน)

| | | | | |
|---------------------------|-------|----|-----------|---------------|
| ปฏิบัติหน้าที่ ผอ.รพ.สต. | ๙ | คน | อัตราส่วน | ๑:๕,๐๑๓ |
| พยาบาลวิชาชีพ | ๑๕ | คน | อัตราส่วน | ๑:๓,๐๐๘ |
| นักวิชาการสาธารณสุข | ๘ | คน | อัตราส่วน | ๑:๕,๖๔๐ |
| เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน | ๕ | คน | อัตราส่วน | ๑:๙,๐๒๔ |
| ทันตภิบาล | ๑ | คน | อัตราส่วน | ๑:๔๕,๑๒๑ |
| ลูกจ้างชั่วคราว | ๑๐ | คน | | |
| อาสาสมัครสาธารณสุข | ๑,๐๓๙ | คน | อัตราส่วน | ๑:๑๔.๕ หลังคา |

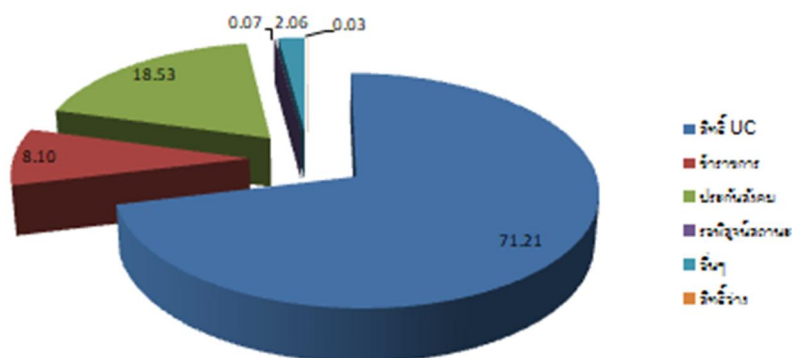


สรุปผลการดำเนินงาน คปสอ.คอนสวรรค์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑
ตารางที่ ๒ การมีหลักประกันสุขภาพอำเภอคอนสวรรค์

| การมีหลักประกันสุขภาพ | จำนวน (คน) |
|--|---------------|
| ๑. ประชากรตามทะเบียนราษฎร์ (คน) | ๕๒,๓๑๗ |
| ๒. เป้าหมายขึ้นทะเบียน | ๓๗,๖๔๑ |
| ๓. ผู้มีหลักประกันสุขภาพบัตรทอง (คน) | ๓๗,๖๔๑ |
| ๔. ค่าว่าง | ๐ |
| ร้อยละของความครอบคลุมบัตรทอง | ๑๐๐ |
| ๕. บัตรประกันสังคม | ๙,๔๔๖ |
| ๖. สิทธิข้าราชการ | ๔,๑๕๙ |
| ๗. สิทธิอื่น ๆ | ๑,๐๓๕ |
| รวมประชากรผู้มีสิทธิทุกประเภท | ๕๒,๓๑๗ |
| ร้อยละความครอบคลุมผู้มีสิทธิทุกประเภท | ๙๙.๙๕๕ |

ข้อมูลการขึ้นทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพ (ณ วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๑)

ข้อมูลการขึ้นทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพ



สิทธิหลักประกันสุขภาพ ทั้งหมด ร้อยละ 99.955

(ตามหลักประกันสุขภาพ สหจ.ชัยภูมิ เขต ๑ ๒๕๖๑)

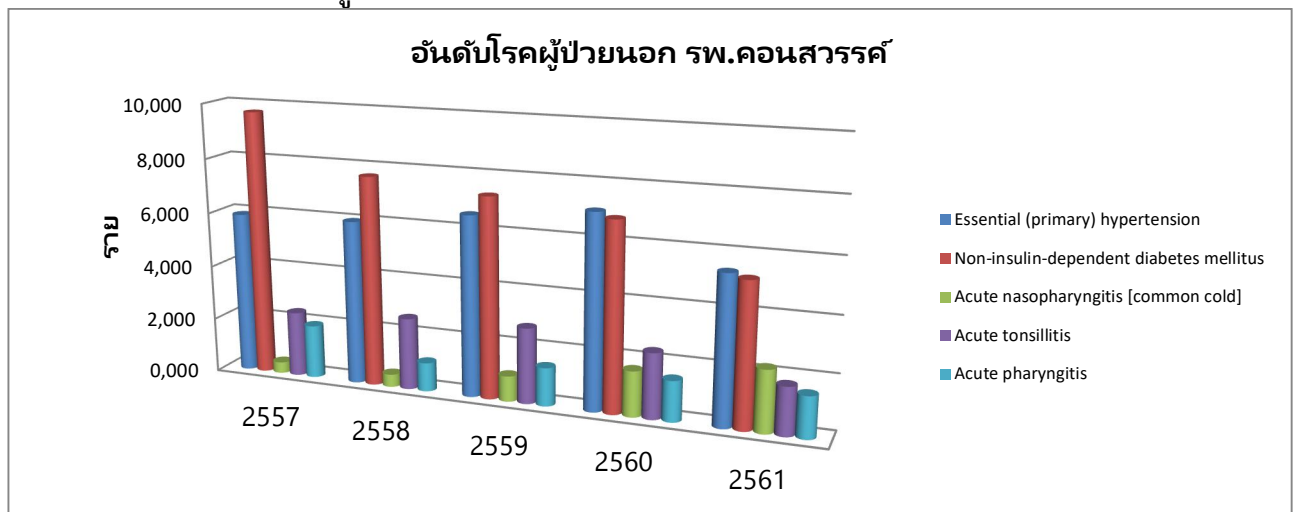


สรุปผลการดำเนินงาน คปสอ.คอนสวรรค์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

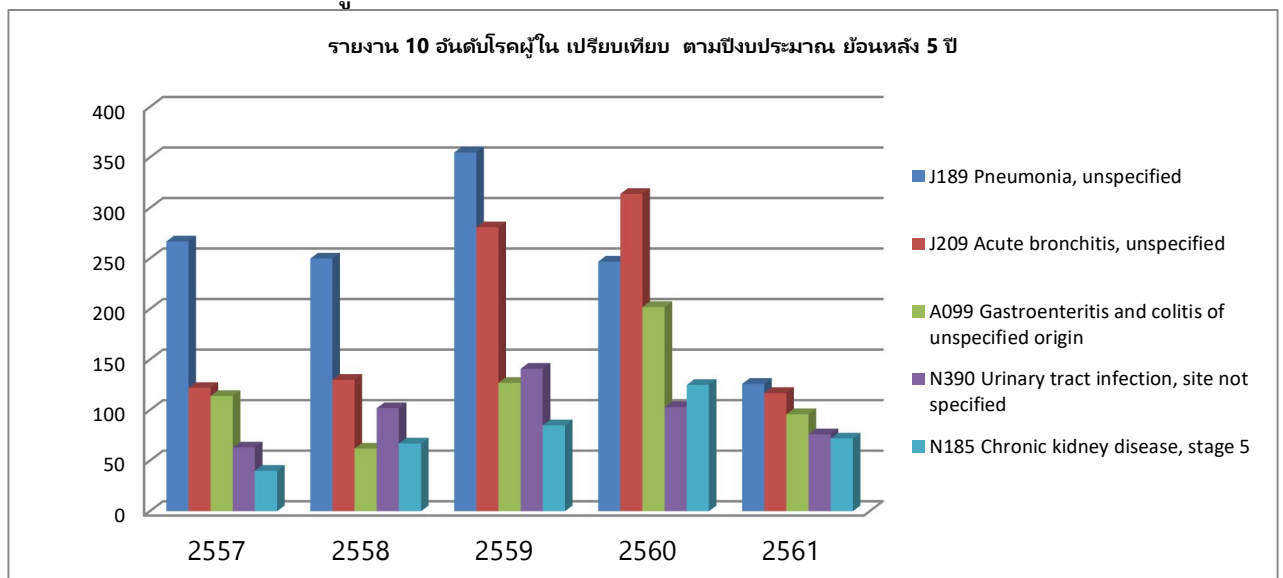
ตารางที่ ๓ สรุปผลการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลโรงพยาบาลคอนสวรรค์

| รายการ | ปี ๒๕๕๖ | ปี ๒๕๕๗ | ปี ๒๕๕๘ | ปี ๒๕๕๙ | ปี ๒๕๖๐ | ปี ๒๕๖๑ |
|-------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|-------------|
| ผู้ป่วยนอก | | | | | | (๓๑ พ.ค.๖๑) |
| ให้บริการผู้ป่วยนอก (ราย) | ๑๐๐,๖๑๖ | ๑๐๖,๔๓๐ | ๑๑๒,๔๒๙ | ๑๐๕,๗๔๖ | ๑๑๕,๔๗๖ | ๒๗,๔๔๔ |
| ผู้รับบริการเฉลี่ย (คน/วัน) | ๒๗๕ | ๒๙๑ | ๓๐๘ | ๒๙๐ | ๓๑๖ | ๔๐๗ |
| ผู้ป่วยใน | | | | | | |
| จำนวนผู้ป่วยใน | ๒,๘๗๔ | ๓,๐๗๑ | ๓,๔๑๐ | ๔,๓๔๐ | ๓,๙๒๑ | ๙๒๘ |
| จำนวนวันที่ป่วยรวมกัน | ๘,๗๕๖ | ๙,๑๙๑ | ๑๐,๐๒๕ | ๑๓,๐๑๕ | ๑๑,๐๑๘ | ๒,๕๖๗ |
| จำนวนวันที่อยู่ รพ. โดยเฉลี่ย | ๓.๐๕ | ๓.๐๒ | ๒.๙๔ | ๒.๘๘ | ๒.๘๑ | ๒.๗๖ |
| อัตราการครองเตียง (ร้อยละ) | ๘๐.๐๔ | ๗๘.๑๔ | ๙๑.๕๕ | ๑๑๘.๘๕ | ๙๙.๖๖ | ๑๐๐ |

ตารางที่ ๔ จำนวนและอัตราผู้ป่วยนอก ๕ อันดับแรก



ตารางที่ ๕ จำนวนและอัตราผู้ป่วยในที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล พ.ศ. ๒๕๖๑



ที่มา : ข้อมูล รายงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลคอนสวรรค์ พ.ศ. ๒๕๖๑



สรุปผลการดำเนินงาน คปสอ.คอนสวรรค์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์การเงินการคลัง
สถานการณ์ย้อนหลัง ๓ ปี

| ข้อมูล/ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ๒๕๕๘ | ๒๕๕๙ | ๒๕๖๐ | ๒๕๖๑ |
|--------------------------|----------|------|------|------|------|
| ความรับผิดชอบด้านการเงิน | | | | | |
| - Current Ratio | > ๑.๕ | ๓.๑๘ | ๒.๒๒ | ๒.๓๒ | ๒.๖๓ |
| - Quick Ratio | > ๑.๐ | ๒.๙๙ | ๒.๒๘ | ๒.๑๙ | ๒.๔๗ |
| - Cash Ratio | > ๐.๘ | ๒.๐๕ | ๑.๕๖ | ๑.๙๔ | ๒.๒๒ |

ตารางคำนวณวิกฤติ ๗

| ตารางคำนวณวิกฤติ 7 | | | | | | | |
|---|------------|--------------|---------------|---------------|--------------|--------------|---------------|
| ณ วันที่ 30 เมษายน 2564 | | | | | | | |
| อัตราส่วน สภาพคล่อง | | | NWC | NT+Dep. | Liquid Index | Status Index | Survive Index |
| CR | QR | cash | | | | | |
| 2.63 | 2.47 | 2.22 | 34,271,214.85 | 10,127,661.85 | ๐ | ๐ | ๐ |
| รายงานวิเคราะห์ต้นทุนการบริการ แบบ Quick Method | | | | | | | |
| ณ วันที่ 30 เมษายน 2564 | | | | | | | |
| จำนวนเตียง/POP Group | OP | | | IP | | | |
| | Unit Cost | Unit cost OP | Mean+1SD | Unit Cost | Unit cost IP | Mean+1SD | |
| 30 เตียง | 40,339,301 | 566.29 | 790.73 | 15,309,599.41 | 17,189.14 | 18,415.85 | |
| หมายเหตุ: ค่าเฉลี่ยกลาง ใช้ข้อมูล Q1/2561 | | | | | | | |

ณ วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๑

แนวทางการพัฒนา

ผลการดำเนินงานทางการเงินการคลัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๑ มีอัตราส่วนทางการเงิน Current Ratio, Quick Ratio และ Cash Ratio อยู่ที่ ๒.๖๓, ๒.๔๗ และ ๒.๒๒ ตามลำดับ NWC มีค่าเป็นบวก อยู่ที่ ๓๔.๒๗ ล้านบาท ผลการดำเนินงานมีค่าเป็นบวกอยู่ที่ ๑๓.๑๓ ล้านบาท และผลการคำนวณระดับความเสี่ยง (Risk Scoring) อยู่ที่ระดับศูนย์ จะเห็นได้ว่าจากตัวชี้วัดสภาพคล่องทางการเงิน โรงพยาบาลคอนสวรรค์มีสภาพคล่องทางการเงินการคลังอยู่ในเกณฑ์ที่ดี ยังไม่มีความเสี่ยงทางการเงิน แต่ยังไม่อาจไว้วางใจสถานการณ์ทางการเงินได้ จึงจำเป็นต้องเฝ้าระวังสถานการณ์ทางการเงินอยู่ ทั้งด้านรายรับอื่นๆ และด้านค่าใช้จ่าย เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาทางการเงินได้ในอนาคต

ต้นทุนหน่วยบริการ แบบ Quick Method ณ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๑ มี Unit cost OP อยู่ที่ ๕๖๖.๒๙ บาทต่อ Visit ค่าเฉลี่ยกลุ่มอยู่ที่ ๗๘๓.๘๙ บาทต่อ Visit ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ และในส่วนของ Unit cost IP อยู่ที่ ๑๗,๑๘๙.๑๔ บาทต่อ RW. โดยค่าเฉลี่ยกลุ่มอยู่ที่ ๙,๔๔๓.๕๘ บาทต่อ RW. ซึ่งจะเห็นได้ว่า Unit cost แบบ Quick Method มีค่าปกติ



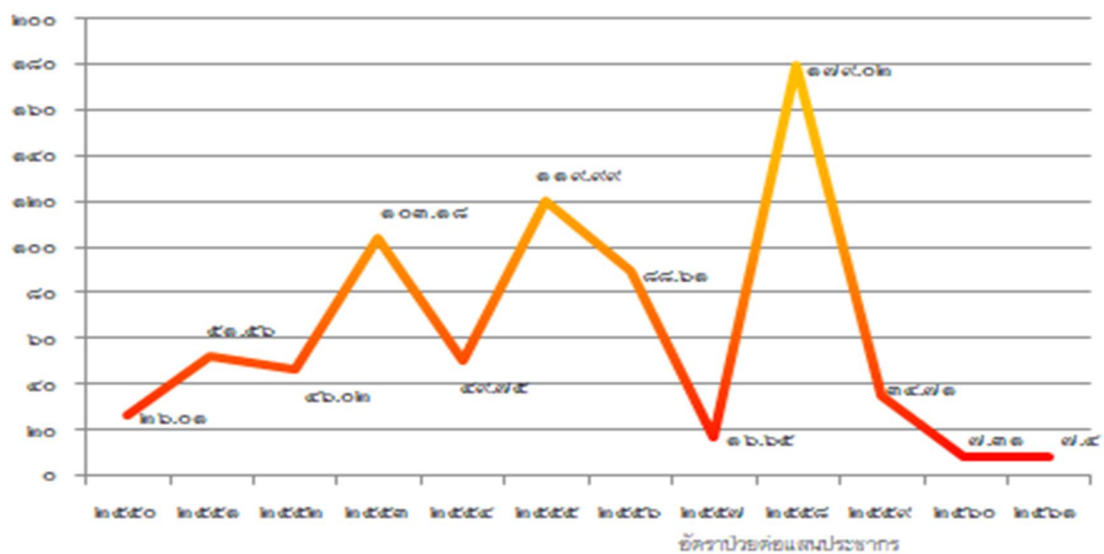
สรุปผลการดำเนินงาน คปสอ.คอนสวรรค์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

สรุปโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

สรุปโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ของอำเภอคอนสวรรค์ ตามระบบรายงานรวบรวมจาก บัตรรายงานโรค (รง.๕๐๖) ที่สถานบริการทุกแห่ง ส่งเข้าศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอคอนสวรรค์ ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑ ถึง ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑ ซึ่งสามารถสรุปรายการโรค ดังนี้ ตารางที่ ๖ สรุปโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ๑๐ อันดับแรก ปี ๒๕๖๑

| เรียงลำดับโรคตั้งแต่ 1/1/61-31/5/61 | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|-------|------------------------|
| รหัสโรค | ชื่อโรค | จำนวน | อัตราป่วยต่อแสนประชากร |
| 02 | Diarrhoea | 566 | 1046.85 |
| 18 | Pyrexia | 60 | 110.97 |
| 17 | Chickenpox | 28 | 51.79 |
| 31 | Pneumonia | 16 | 29.59 |
| 71 | Hand, foot and mouth disease | 9 | 16.65 |
| 32 | Tuberculosis, total(32-34) | 9 | 16.65 |
| 32 | Pulmonary T.B. | 6 | 11.10 |
| 14 | H.conjunctivitis | 5 | 9.25 |
| 26 | D.H.F, Total(26,27,66) | 4 | 7.40 |
| 03 | Food Poisoning | 4 | 7.40 |
| 15 | Influenza | 2 | 3.70 |
| 44 | Scrub Typhus | 1 | 1.85 |
| 05 | Dysentery, Bacillary | 1 | 1.85 |

อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก ปี ๒๕๕๐-๒๕๖๑ อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ



ยุทธศาสตร์ : Prevention & Promotion Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)

แผนงาน ๑ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการ : โครงการพัฒนาคุณภาพงานอนามัยแม่และเด็ก อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

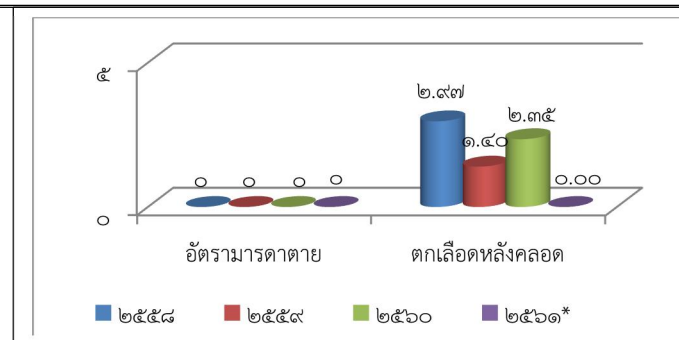
ตัวชี้วัด ๑ : อัตราส่วนการตายมารดาไทย

สถานการณ์

จากเกณฑ์การประเมินผล อัตราการตายของมารดาไทย < ๒๐ : การเกิดมีชีพแสนคน ผลการดำเนินงาน ในอำเภอคอนสวรรค์ พบว่าไม่มีมารดาไทยตายจากสาเหตุตั้งครรภ์และคลอด ตลอด ๕ ปี ที่ผ่านมา อัตราการตกเลือดหลังคลอดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ ๑.๔๐ ในปี ๒๕๕๙ มาเป็น ๒.๓๕ ในปี ๒๕๖๐ (จากภาวะเศรษฐกิจ) ส่วนในปี ๒๕๖๑ ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๐ - พฤษภาคม ๒๕๖๑ ยังไม่พบอุบัติการณ์

กิจกรรมที่ดำเนินการ

- ๑.วิเคราะห์สถานการณ์อนามัยแม่และเด็ก
- ๒.นํานโยบายจัดทำข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ระหว่างคณะกรรมการระบบสุขภาพ อำเภอกับภาคีเครือข่าย
- ๓.ทบทวนแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ มารดาและทารกร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
- ๔.จัดประชุมทีมสหวิชาชีพร่วมกับคณะกรรมการ MCHB / DHB ในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหา
- ๕.พัฒนาเครือข่ายในการให้บริการงาน ANC / ห้องคลอดให้ได้คุณภาพตาม มาตรฐานการดูแลมารดาและทารก
- ๖.จัดตั้งคณะทำงาน ๑,๐๐๐ วันแรกแห่งชีวิต ในระดับอำเภอ ระดับตำบลและระดับหมู่บ้าน
- ๗.จัดทำฐานข้อมูลประชากรกลุ่มวัยรุ่นวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ มารดา หลังคลอด และเด็ก ๐ - ๒ ปี
- ๘.จัดบริการตามมาตรฐานคุณภาพ ANC ห้องคลอด หลังคลอด และ well child clinic คลินิกนมแม่ ตามชุดสิทธิประโยชน์
- ๙.ให้บริการโรงเรียนพ่อแม่ ๓ ครั้ง/เดือน
- ๑๐.ส่งเสริมการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก โดยการเจาะเลือดส่งทำเด็กคัดกรองภาวะ Hct. ต่ำกว่าเกณฑ์ ในทารก อายุ ๙ เดือน ถึง ๒ ปี
๑๑. พัฒนาศักยภาพ CFT เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลมารดาและทารก ติดตามเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์ มารดาและทารกแรกเกิด - ๒ ปี เฝ้าระวังภาวะโภชนาการ และกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ตามช่วงวัย
๑๒. จัดทำผลงานทางวิชาการ : CQI R2R งานวิจัย นวัตกรรม
๑๓. ส่งข้อมูลคืนให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและสรุปรายงานผลการดำเนินงาน



ผลการดำเนินงาน



ทำพิธีผูกผืนพราย เยี่ยมมารดา ทารก หลังคลอด

แผนการพัฒนา

- ๑.พัฒนาคุณภาพงานบริการเชิงรุก
๒. ส่งเสริม สนับสนุนการนำวัฒนธรรมท้องถิ่น ที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในหญิงตั้งครรภ์ มารดาและทารก

โรงเรียนพ่อแม่



อบรม CFT ๑,๐๐๐ วันแรกแห่งชีวิต



ประเด็นที่ ๑ LTC บูรณาการ ๕ กลุ่มวัยในตำบลต้นแบบ

๑.๑ กลุ่มแม่และเด็ก : พัฒนาการเด็กปฐมวัย

ตัวชี้วัด ๒. ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัยไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕

๑. สถานการณ์

อำเภอคอนสวรรค์ มีประชากรเด็กวัยก่อนเรียน ๐-๕ ปี จำนวน ๑,๘๕๖ คน แบ่งเป็นเพศชาย ๘๕๗ คน เพศหญิง ๙๙๙ คน ในปี ๒๕๕๘-๒๕๖๐ มีเด็กทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒๕๐๐ กรัม (Low Birth Weight) คิดเป็นร้อยละ ๖ , ๕.๓๓ และ ๖.๒๑ ตามลำดับ และมีภาวะ Birth Asphyxia ร้อยละ ๑๙.๘ , ๐ และ ๐ ตามลำดับ ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลให้เด็กวัยก่อนเรียนมีปัญหาพัฒนาการล่าช้าในอนาคต เน้นการคัดกรอง พัฒนาการเด็ก ๔ ช่วงอายุ ๙,๑๘,๓๐ และ ๔๒ เดือน โดยใช้แบบประเมินการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และแบบประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง (DAIM) ผลพบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัย ในปี ๒๕๖๐ มี เท่ากับ ร้อยละ ๗๓.๔๓ , ๗๒.๙๗ , ๘๘, และ ๖๖.๒๒

กิจกรรมดำเนินการ

๑. การดำเนินงานตามโครงการ มหัทศจรย์ ๑๐๐๐ วันแรกแห่งชีวิต เพื่อการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายของมารดา และการมีส่วนร่วมของชุมชน สังคม ที่ส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กวัยก่อนเรียน ให้มีสุขภาพและ พัฒนาการที่ดีตามวัย

๒. ให้ความรู้เรื่องการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัยในคลินิกนมแม่ ตามแนวทางการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง (DSPM&DAIM) แก่ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก ทั้ง บิดา มารดาและผู้เลี้ยงดูหลักที่บ้าน ขณะที่อยู่ในห้องพักหลังคลอดติดผู้ป่วยใน เพื่อให้เห็นความสำคัญ และความสัมพันธ์สอดคล้องกันระหว่างการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา และการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดากับบุตร (Bonding Attachment) ซึ่งส่งผลต่อพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กในอนาคต

๓. ให้คำปรึกษาผู้ดูแลเด็กเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชีวิตประจำวัน โดยใช้แนวทางการส่งเสริมระบบพัฒนาการทั้ง ๗ ระบบ อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

๔. ให้ความรู้ผู้ดูแลเด็กเป็นรายกลุ่มเรื่องการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการตามวัยที่ตีผู้ป่วยนอกขณะรอตรวจและในวันที่มีคลินิกสุขภาพเด็กดี (WCC)

๕. การส่งเสริมให้ผู้ดูแลใช้สื่อนิทาน (ได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิเด็ก) เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็ก เพื่อให้มีนิสัยรักการอ่าน เพิ่มประสบการณ์ สอดแทรกคุณธรรม จริยธรรมในการดำเนินชีวิต

๖. การติดตามเยี่ยม/ให้ความรู้ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/ครูชั้นอนุบาลในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการตามวัยด้วยแบบ DSPM

๗. การส่งต่อข้อมูลพัฒนาการเด็กและติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัวประจำโซน

๘. การพัฒนาระบบบริการ โดย

๘.๑ พัฒนาแนวปฏิบัติคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก คปสอ.คอนสวรรค์ ปี ๒๕๖๑

๘.๒ ทุกสถานบริการจัดบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี (WCC) โดย รพ.คอนสวรรค์จัดบริการทุกวัน อังคาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งจัดทุกวันอังคารที่ ๓ ของเดือน มีการประเมินพัฒนาการเด็กที่เข้ารับบริการทุกราย และนัดหมายเด็กกลุ่มอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ตรวจประเมินพัฒนาการ ทุกวัน จันทร์ /วันศุกร์ และที่นัดหมาย

๘.๓ จัดตั้งคลินิกกระตุ้นพัฒนาการในโรงพยาบาลและการจัดระบบส่งต่อให้มีมาตรฐาน

๘.๔ ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มเด็กกลุ่มเสี่ยงและเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

๘.๕ การรวบรวมข้อมูลการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการผ่านโปรแกรม HosXp เป็นแนวทางเดียวกันทั้งอำเภอคอนสวรรค์

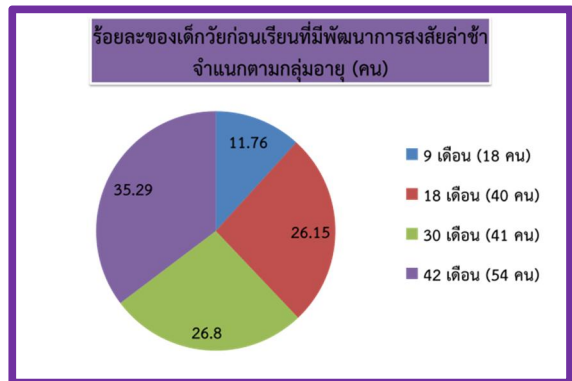
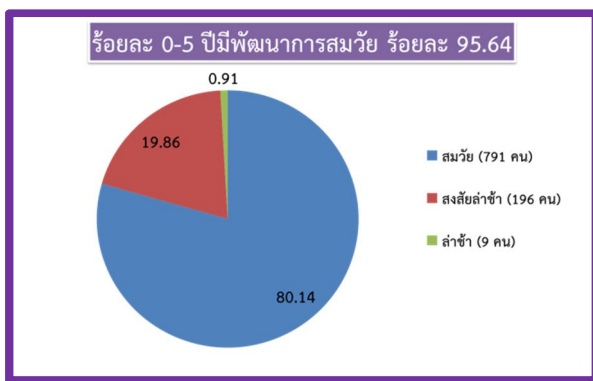
๙. Child Project Manager รวบรวมข้อมูล คืบหน้าข้อมูลแก่หน่วยบริการ และเสนอคณะกรรมการบริหาร คณะกรรมการ MCH Broad ระดับอำเภอนี้หน้าทีวีเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาวางแผนพัฒนางานร่วมกัน

๑๐. ควบคุมกำกับให้บริการ WCC คุณภาพในสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก

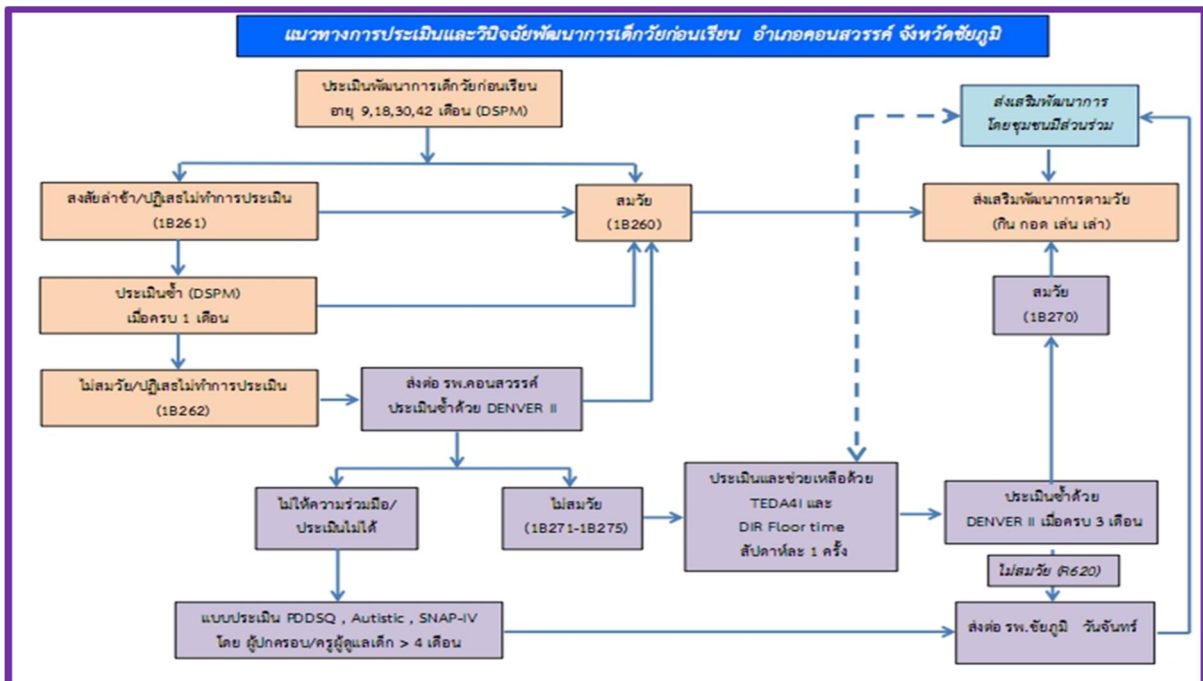
๑๑. ประสานความร่วมมือกับศูนย์การศึกษาพิเศษประจำอำเภอคอนสวรรค์ในการร่วมดูแลเด็กพิการเด็กมีปัญหาพัฒนาการล่าช้า

เป้าหมายการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน



ภาพกิจกรรม



ภาพกิจกรรม (ต่อ)



แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย

ตัวชี้วัด ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๑

๑. สถานการณ์

อำเภอคอนสวรรค์ มีประชากรเด็กวัยก่อนเรียน ๐-๕ ปี จำนวน ๑,๘๕๖ คน แบ่งเป็นเพศชาย ๘๕๗ คน เพศหญิง ๙๙๙ คน ในปี ๒๕๕๗-๒๕๖๐ มีเด็กทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒๕๐๐ กรัม (Low Birth Weight) คิดเป็นร้อยละ ๑๓ , ๖ และ ๕.๓๓ ตามลำดับ และมีเด็ก ๐-๖ เดือนกินนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ ๗๔.๓๒ , ๖๗.๕๗ และ ๘๕.๑๙ ตามลำดับ ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลให้เด็กวัยก่อนเรียนมีปัญหาโภชนาการไม่เหมาะสม โดยในปี ๒๕๕๘-๒๕๖๐ พบเด็กวัยก่อนเรียนมีโภชนาการดี โดยมีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน เท่ากับ ร้อยละ ๕๕.๗๔ ๕๒.๙ และ ๕๔.๘๑ ตามลำดับ

กิจกรรมดำเนินการ

๑. เพิ่มกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องการประเมินและส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียน แก่ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก ทั้ง บิดา มารดาและผู้เลี้ยงดูหลักที่บ้าน ขณะที่อยู่ในห้องพักหลังคลอดติดผู้ป่วยใน เพื่อให้เห็นความสำคัญ ของการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียวอย่างน้อย ๖ เดือน และให้ต่อเนื่อง อีกอย่างน้อย ๒ ปี พร้อมอาหารเสริมตามวัย

๒. ให้คำปรึกษาผู้ดูแลเด็กเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับการส่งเสริมโภชนาการเด็กในชีวิตประจำวัน

๓. ให้ความรู้ผู้ดูแลเด็กเป็นรายกลุ่มเรื่องการประเมินและส่งเสริมโภชนาการที่ดีผู้ป่วยนอกขณะรอตรวจและในวันที่มีคลินิกสุขภาพเด็กดี (WCC)

๔. การติดตามเยี่ยม/ให้ความรู้ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/ครูชั้นอนุบาลในการประเมินและส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียน

๕. พัฒนาศักยภาพหมอครอบครัวในการประเมินและส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียนต่อเนื่อง

๖. พัฒนาศักยภาพครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้มีความรู้ในการประเมิน ส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยเรียน และจัดการปัญหาโภชนาการเบื้องต้นอย่างเหมาะสม

๗. ติดตามประเมินภาวะโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียน ทุก ๓ เดือน

๘. การรวบรวมข้อมูลการคัดกรองและส่งเสริมโภชนาการผ่านโปรแกรม HosXp เป็นแนวทางเดียวกันทั้งอำเภอคอนสวรรค์

๙. ส่งต่อข้อมูลโภชนาการเด็กและติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัวประจำโซน

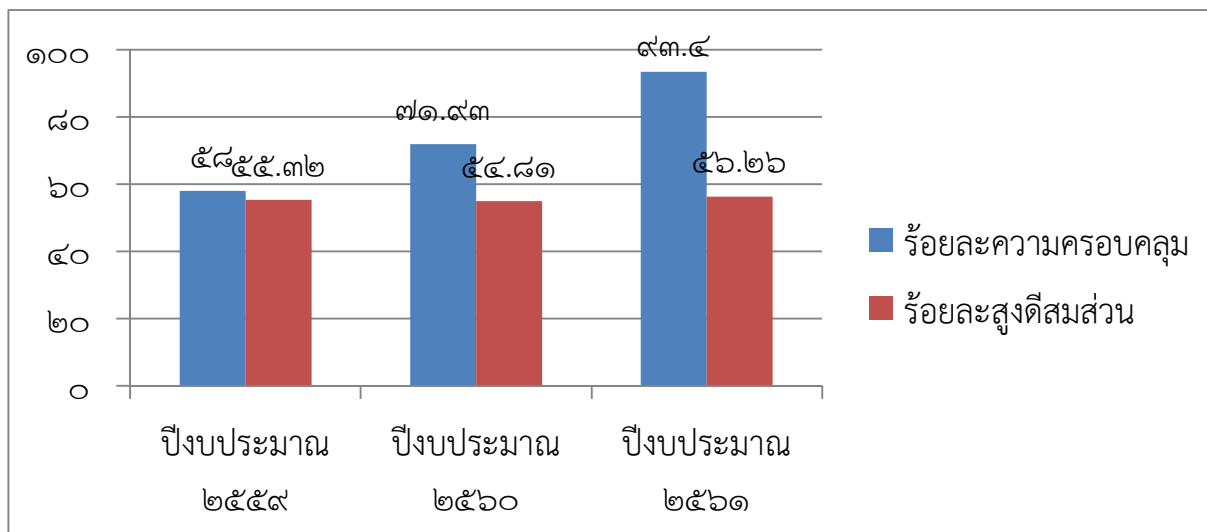
๑๐. คณะกรรมการ MCH Broad ระดับอำเภอมิหน้าที่วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาวางแผนพัฒนางานร่วมกันและควบคุมกำกับให้บริการ WCC คุณภาพในสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก

๑๑. ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มเด็กกลุ่มเสี่ยงและเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ ระดับ ๓ ขึ้นไป

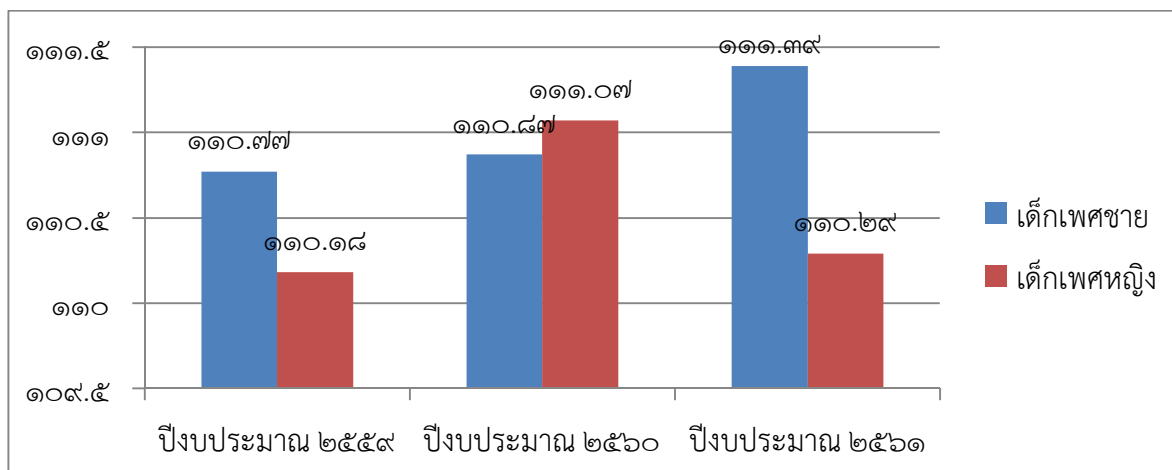
ผลการดำเนินงาน

| รายการข้อมูล | เป้าหมาย | ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ | ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ | ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ |
|---|-----------|--------------------|--------------------|--------------------|
| ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี | ร้อยละ ๕๑ | ๕๕.๗๔ | ๕๔.๘๑ | ๕๙.๗๓ |
| ส่วนสูงเฉลี่ย (ปี๒๕๖๔) | | | | |
| - เพศหญิง | ๑๑๒ | ๑๑๑.๐๗ | ๑๑๐ | ๑๑๐.๒๙ |
| - เพศชาย | ๑๑๒ | ๑๑๐.๘๗ | ๑๑๐.๖๙ | ๑๑๑.๓๙ |

แผนภูมิ แสดงร้อยละของความครอบคลุมการประเมินภาวะโภชนาการและร้อยละของเด็กวัยก่อนเรียนที่มี ส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน ปีงบประมาณ ๒๕๕๙-๒๕๖๑



แผนภูมิ แสดงส่วนสูงเฉลี่ยของเด็กวัยก่อนเรียนเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอคอนสวรรค์ ปีงบประมาณ ๒๕๕๙-๒๕๖๑



ภาพกิจกรรม



ตัวชี้วัด ร้อยละ ๕๔ เด็กอายุ ๑๒ ปี ปราศจากฟันผุ (Cavity free)

สถานการณ์ย้อนหลัง ๓ ปี

| ปีงบประมาณ | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
|------------|----------|-------|--------|
| ๒๕๕๙ | ๑๓๘ | ๘๕ | ๖๑.๕๙ |
| ๒๕๖๐ | ๑๖๘ | ๑๑๗ | ๖๙.๖๔ |
| ๒๕๖๑ | ๓๘๖ | ๓๗๒ | ๙๖.๓๗ |

กิจกรรมที่ดำเนินการ

๑. ออกตรวจสุขภาพช่องปากนักเรียนประถมทุกแห่งในเขตอำเภอคอนสวรรค์
๒. ทันตบุคลากรอำเภอคอนสวรรค์ ร่วมกันออกให้บริการทันตกรรมในเด็กที่มีปัญหาทันตสุขภาพ

ผลงานเปรียบเทียบเป้าหมาย

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๑ พบว่าเด็กอายุ ๑๒ ปี ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ปราศจากฟันผุ จำนวน ๓๗๒ คน จากเป้าหมาย ๓๘๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๓๗

ผ่านเกณฑ์



ตัวชี้วัด เด็กอายุ ๖ - ๑๒ ปี(ป.๑ - ป.๖) ได้รับการทันตกรรม ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๕

สถานการณ์ย้อนหลัง ๓ ปี

| ปีงบประมาณ | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
|------------|----------|-------|--------|
| ๒๕๕๙ | ๓,๗๓๗ | ๑,๘๑๔ | ๔๘.๕๔ |
| ๒๕๖๐ | ๓,๖๕๓ | ๑,๘๒๑ | ๔๙.๘๕ |
| ๒๕๖๑ | ๓,๕๗๘ | ๒,๘๔๔ | ๗๙.๔๙ |

กิจกรรมที่ดำเนินการ

๑. เจ้าหน้าที่ออกตรวจสุขภาพช่องปากนักเรียนชั้นป. ๑ - ป.๖ ทุกคน
๒. ทันตบุคลากร.คอนสวรรค์ ร่วมกันออกให้บริการทันตกรรมในเด็กนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก

แนวทางการพัฒนา

ประสานผู้เกี่ยวข้องแจ้งผลการตรวจสุขภาพช่องปากให้กับผู้ปกครองได้ทราบเพื่อจะได้นำบุตรหลานเข้ารับการบริการทางทันตกรรม

ปัญหาและอุปสรรค

พบว่ากลุ่มเป้าหมายบางส่วนเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา

ผลงานเปรียบเทียบเป้าหมาย

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๑

พบว่าเด็ก ป.๑-ป.๖ ได้รับการ

ทันตกรรม จำนวน ๒,๘๔๔ คน จาก

เป้าหมาย ๓,๕๗๘ คน คิดเป็นร้อยละ

๗๙.๔๙

ผ่านเกณฑ์ (เกณฑ์ร้อยละ๔๕)



ตัวชี้วัด ร้อยละของ รพ.สต./ศสม.จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๐

ร้อยละ รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากได้ตามเกณฑ์ใน ๖ กลุ่มเป้าหมาย ๑๔ กิจกรรม และจัดบริการสุขภาพช่องปาก ๒๐๐ คนต่อ ๑๐๐๐ ประชากร

สถานการณ์ย้อนหลัง ๓ ปี

รพ.สต./ศสม. ผ่านเกณฑ์ จัดบริการสุขภาพช่องปาก ๖ กลุ่มเป้าหมาย ๑๔ กิจกรรม

และจัดบริการสุขภาพช่องปาก ๒๐๐ คนต่อ ๑๐๐๐ ประชากร

| ปีงบประมาณ | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
|------------|----------|-------|--------|
| ๒๕๕๙ | ๙ | ๘ | ๘๘.๘๙ |
| ๒๕๖๐ | ๙ | ๘ | ๘๘.๘๙ |
| ๒๕๖๑ | ๙ | ๘ | ๘๘.๘๙ |

รพ.สต./ศสม. ผ่านเกณฑ์ จัดบริการสุขภาพช่องปาก ๖ กลุ่มเป้าหมาย ๑๔ กิจกรรม

| ปีงบประมาณ | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
|------------|----------|-------|--------|
| ๒๕๕๙ | ๙ | ๘ | ๘๘.๘๙ |
| ๒๕๖๐ | ๙ | ๘ | ๘๘.๘๙ |
| ๒๕๖๑ | ๙ | ๘ | ๘๘.๘๙ |

จัดบริการสุขภาพช่องปาก ๒๐๐ คนต่อ ๑๐๐๐ ประชากร

| ปีงบประมาณ | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
|------------|----------|-------|--------|
| ๒๕๕๙ | ๙ | ๘ | ๘๘.๘๙ |
| ๒๕๖๐ | ๙ | ๙ | ๑๐๐.๐๐ |
| ๒๕๖๑ | ๙ | ๘ | ๘๘.๘๙ |

กิจกรรมที่ดำเนินการ

๑. รพ.สต.ที่มีทันตภิบาลประจำจะมีการให้บริการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาโรคทางทันตกรรม กับประชาชนทั้ง ๖ กลุ่มเป้าหมาย
๒. ส่วนในรพ.สต.ที่ไม่มีทันตภิบาล จะมีการให้บริการส่งเสริม ป้องกัน โรคทางทันตกรรมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุข ส่วนในงานรักษาทันตบุคลากรรอบ.คอนสวรรค์เป็นผู้ออกให้บริการทันตกรรมร่วมกัน

ผลงานเปรียบเทียบเป้าหมาย

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๑ พบว่า มีการจัดบริการสุขภาพช่องปากแก่ประชาชนตามเกณฑ์ จำนวน ๘ แห่ง จากเป้าหมาย ๙ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๘๘.๘๙

ผ่านเกณฑ์



แผนงาน ๑ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการ : โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

ตัวชี้วัด ๕ : อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี < ๔๐: จำนวนประชากรหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี พันคน

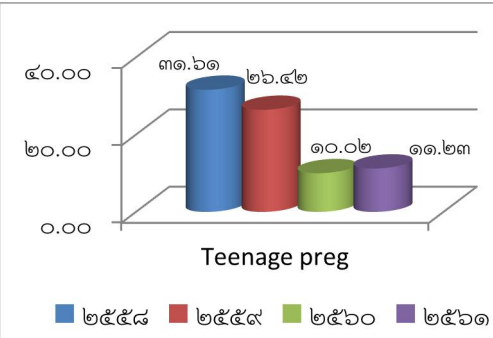
สถานการณ์

จากผลการดำเนินงาน พบว่าอัตราการคลอดในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี มีแนวโน้มลดลง จากปีที่ผ่านมา โดยเกณฑ์ที่กำหนด คือ ไม่เกินร้อยละ ๔๐ ผลงานตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๐ - พฤษภาคม ๒๕๖๑ หญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี มาคลอดจำนวน ๑๗ ราย จากผู้คลอดทั้งหมด ๖๐ ราย คิดเป็น ๑๑.๒๓ ต่อพันประชากรหญิง (๑,๕๑๔ คน) ตั้งครรภ์ซ้ำ ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๖๔ (ไม่เกินร้อยละ ๑๐) การตั้งครรภ์แรกเป็น Abortion ทั้ง ๓ ราย ทั้ง ๑๗ ราย มีการคุมกำเนิดทุกคน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ (มากกว่า ๘๐%) โดยเป็นแบบกึ่งถาวรก่อนจำหน่ายจาก รพ. ๑๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๘๒ ราย คุมกำเนิดโดยวิธีสมัยใหม่ (ยาฉีด/ยากิน) ๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๑.๒๘

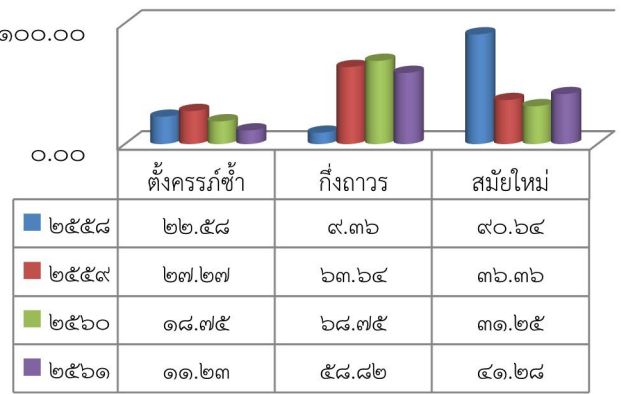
กิจกรรมที่ดำเนินการ

- ๑.วิเคราะห์ปัญหา หาสาเหตุและแนวทาง แก้ไขปัญหา
- ๒.นํานโยบายฯจัดทำข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ระหว่างคณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอกับภาคีเครือข่าย
- ๓.จัดประชุมทีมสหวิชาชีพร่วมกับคณะกรรมการ DHB ในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหา
๔. จัดทำฐานข้อมูล จัดตั้งศูนย์บริการที่เป็นมิตรตามเกณฑ์มาตรฐานบริการให้คำปรึกษาทั้งในคลินิก: ทางโทรศัพท์ Line
๕. ให้ความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในโรงเรียน/ การสอนเพศศึกษาในโรงเรียน
๖. ประชาสัมพันธ์การให้บริการฝังยาคุมกำเนิดฟรีในหญิงตั้งครรภ์ที่อายุไม่เกิน ๑๙ ปี
๗. จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรในเรื่องการดูแลกลุ่มเสี่ยงวัยใสให้ปลอดภัย
๘. จัดอบรมให้ความรู้กับพ่อ แม่ผู้ปกครองผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยง
๙. สนับสนุนการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์และป้องกันการตั้งครรภ์
๑๐. รณรงค์ ประชาสัมพันธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปรับเปลี่ยนทัศนคติของวัยรุ่นเรื่องการมีเพศสัมพันธ์
๑๑. ส่งข้อมูลคืนให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและสรุปรายงานผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน



ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำและการคุมกำเนิดหลังคลอด



แผนการพัฒนา

๑. จัดตั้งศูนย์ดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยจัดตั้งคณะทำงานเฝ้าระวังและติดตาม ให้การช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงในชุมชน
๒. รณรงค์การคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด) ในหญิงหลังคลอดอายุ < ๑๙ ปี



ยุทธศาสตร์: Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นเลิศ)

แผนที่ ๑: พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการที่ ๔ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัดที่ ๑๑: ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

ตัวชี้วัดที่ ๑๒: ร้อยละของ Healthy Aging

สถานการณ์

ข้อมูลสัดส่วนผู้สูงอายุ อำเภอคอนสวรรค์ปี ๒๕๕๗ – ๒๕๖๐ มีแนวโน้มสูงขึ้น ข้อมูลผู้สูงอายุ ร้อยละ ๑๕.๗๒ , ๑๕.๒๓ , ๑๖.๘๘ และ ซึ่งถือว่าอำเภอคอนสวรรค์ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจากจำนวนผู้สูงอายุปี ๒๕๖๐ ได้รับการคัดกรอง ADL ร้อยละ ๙๙.๐๙ แยกผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๑ (ติดสังคม) ร้อยละ ๙๖.๔๘ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๒ (ติดบ้าน) ร้อยละ ๒.๘๐ กลุ่มติดเตียง ร้อยละ ๐.๗๐ ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้ยังพบมีปัญหาสุขภาพด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ข้อเสื่อม หัวใจ เบาหวาน อัมพาตหรืออัมพฤกษ์ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ หกล้ม สมองเสื่อม ปัญหาด้านจิตใจในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความจำ วิดกกังวล เหนงาและว่าเหว่า ซึมเศร้า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงบางรายขาดผู้ดูแลในตอนกลางวัน การดำเนินงานอำเภอคอนสวรรค์ได้ขับเคลื่อนผ่านระบบ DHS โดยมีการกำหนดเป้าหมายการทำงานร่วมกันและมีการขับเคลื่อนแผนสุขภาพสู่การปฏิบัติ จัดกิจกรรมป้องกันแก้ไข้ปัญหาแบบมีส่วนร่วมตั้งแต่ปี ๒๕๕๘ เป็นต้นมาอย่างต่อเนื่อง และในปี ๒๕๕๙ ได้มีการขับเคลื่อนระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาวในชุมชน (Long Term Care) เพิ่มพื้นที่ผ่านตำบลจัดการสุขภาพ และให้ทุกท้องถิ่นสมัครรับงบประมาณสนับสนุนจาก สปสช. เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผ่านศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตทุกตำบล มีการพัฒนาศักยภาพ Care manager เพิ่มพื้นที่ จำนวน ๒๐ คน Care giver ๑๖๐ คนเพื่อดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ดำเนินการ

๑. ขับเคลื่อนระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาวในชุมชน (Long Term Care) ต่อเนื่องผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
๒. พัฒนาระบบประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพและฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดย Aging manager เป็นผู้รับผิดชอบหลักด้านการจัดการข้อมูลระดับอำเภอ
๓. ส่งเสริมความสามารถของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ Care manager ในการเขียน care Plan ที่มีคุณภาพ / Care giver ให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
๔. ทุกพื้นที่ดำเนินกิจกรรมคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง และการติดตามกลุ่มที่ผิดปกติเพื่อการรักษาดูแลต่อไป
๕. ส่งเสริมพัฒนาทักษะเรื่องสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและทักษะทางใจของผู้สูงอายุเขตพื้นที่รับผิดชอบ
๖. สนับสนุนชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพให้มีผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
๗. จัดระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) โดยทีม “หมอครอบครัว” อย่างเป็นระบบ
๘. สนับสนุนเครือข่ายท้องถิ่นในการจัดระบบการดูแลระยะยาวครอบคลุมทุกพื้นที่ และร่วมพัฒนาศักยภาพศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตในท้องถิ่นทุกแห่งให้ได้ตามมาตรฐานการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (ตุลาคม ๒๕๖๐-พฤษภาคม ๒๕๖๑)

| ข้อ | องค์ประกอบ | ผลการประเมิน | | รายละเอียดการดำเนินงาน |
|-----|---|--------------|-------|--|
| | | มี | ไม่มี | |
| ๑ | ระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว | ✓ | | มีเครื่องมือในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวใช้ร่วมกันทั้งอำเภอ |
| ๒ | ชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ | ✓ | | ๓๘ ชมรม ในพื้นที่ |
| ๓ | ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ | ✓ | | Care manager : ดูแลผู้สูงอายุ ๑ : ๒๔.๓๕ (เป้าหมาย ๑ : ๓๕-๔๐) Care manager ๒๐ คน: care giver ๑๐๙ คน ๑ : ๕.๔๕ (เป้าหมาย ๑ : ๕-๑๐) |
| ๔ | บริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหวิชาชีพ | ✓ | | ทีมหมอครอบครัว ๓ โชนครอบคลุมทั้งอำเภอ ๑. ทีมหมอในดวงใจ ๒. ทีมหมอไร่นา ๓. ทีมหมอมดงาน |
| ๕ | บริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล | ✓ | | มีทันตภิบาล ๕ คนประจำที่ รพ.สต. ส่วนอีก ๓ รพ.สต.ไม่มี โรงพยาบาลจัดบุคลากรเข้ามาร่วมดูแลร่วม |
| ๖ | ระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียงโดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) | ✓ | | ท้องถิ่น ๑๐ แห่งเข้าร่วมโครงการ ๑๐๐ % |
| ๗ | มีคณะกรรมการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หรือคณะกรรมการกองทุนตำบล | ✓ | | มีคณะอนุกรรมการทุกท้องถิ่น ทั้ง ๑๐ แห่ง ๑๐๐% |

| พื้นที่ | จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย LTC | จำนวน CM | จำนวน CG | การจัดทำ care plan | ตำบลที่เข้าร่วม LTC | หมายเหตุ |
|----------------|----------------------------------|----------|----------|--------------------|-------------------------|----------|
| อำเภอคอนสวรรค์ | ๗/๓๓ | ๒๐ | ๑๖๐ | ๑๐๐% | ๑๐ แห่ง ๙ อบต. ๑ เทศบาล | |

ผลงานเด่นความภาคภูมิใจปี ๒๕๖๑

รางวัลผลการคัดเลือกผลงานดีเด่นด้านการส่งเสริมสุขภาพระยะยาวด้านการดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดชัยภูมิ ปี ๒๕๖๑

- รางวัลชนะเลิศ** นวัตกรรมดีเด่นด้านการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ ชื่อผลงาน “ที่นอนลมจากถุงน้ำยาล้างไต” รพ.สต.นาฮี ตำบลศรีสำราญ
- รางวัลชนะเลิศ** ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุดีเด่น (CM) นางจิระนันท์ สิงหนาท รพ.สต.นาฮี ตำบลศรีสำราญ
- รางวัลรองชนะเลิศ อันดับ ๑** ตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวดีเด่น ตำบลศรีสำราญ

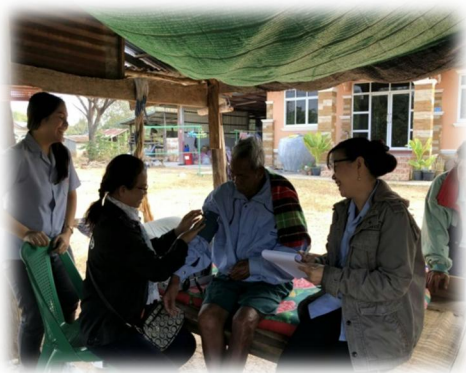
โอกาสพัฒนา

๑. การผลิตนวัตกรรมและองค์ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างต่อเนื่องในชุมชน

หมอครอบครัว ติดตามเยี่ยมประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน



ทีมหมอในดวงใจ



ทีมหมอมดงาน



หมอไร่นา

ตัวชี้วัด โครงการการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ

สถานการณ์ย้อนหลัง ๓ ปี

| ปีงบประมาณ | เกณฑ์ | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
|------------|---------|----------|-------|--------|
| ๒๕๕๘ | ระดับ ๕ | ระดับ ๔ | ๔ | ๑๐๐ |
| ๒๕๕๙ | ระดับ ๕ | ระดับ ๕ | ๕ | ๑๐๐ |
| ๒๕๖๐ | ระดับ ๕ | ระดับ ๕ | ๕ | ๑๐๐ |

กิจกรรมที่ดำเนินการ

- แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับอำเภอ
- จัดทำโครงการดำเนินงานอำเภอ อย่างต่อเนื่อง
- ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ดำเนินงานตามแผนงานโครงการ โดย..ประชาคมระดับหมู่บ้าน ตำบล คณะกรรมการติดตามประเมินผลตามกิจกรรมเน้นหนักของอำเภอ มีการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นสำคัญของอำเภอ
- ดำเนินงานร่วมกันกับทุกภาคส่วน โดยมี คณะกรรมการ พชอ. ติดตามระบบการทำงาน

ปัญหาและอุปสรรค/ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- ผู้บริหารทุกภาคส่วนระดับอำเภอ ให้ความร่วมมือในการพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอ
- บุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัคร ร่วมมือ ร่วมใจในการดำเนินงานเพื่อประชาชน

ผลงานเปรียบเทียบเป้าหมาย

เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้ดีขึ้นโดยหลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง”

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๑ พบว่าอยู่ในระดับ ๕

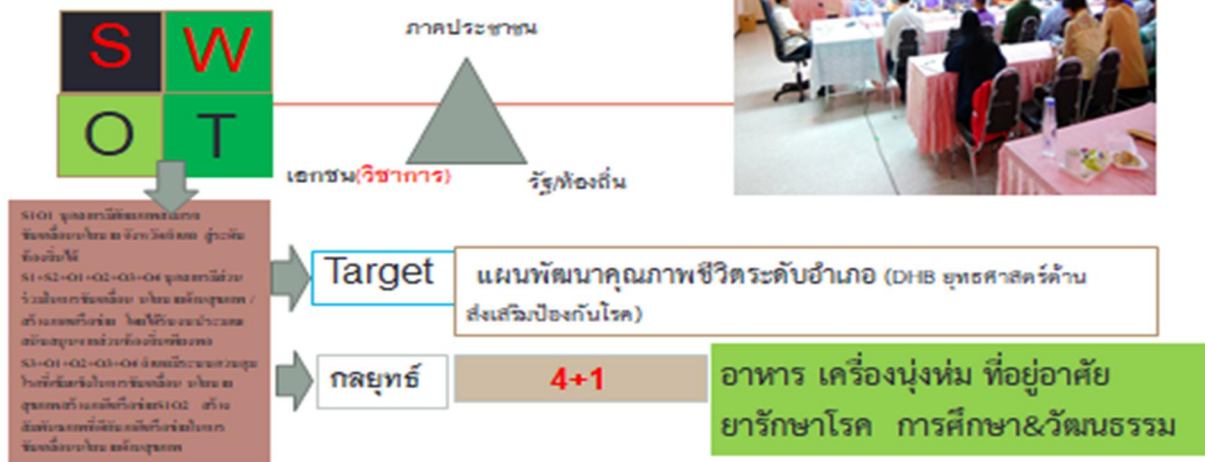
ภาพกิจกรรม



ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHB/DHS/DC)

NCD ENVIRONMENT RRI EOCLTC @ 1000DAYS

สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย(Stake holder)



แผนยุทธศาสตร์อำเภอ

- ๑.ความมั่นคงด้านอาหาร
- ๒.ความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัย
- ๓.ความมั่นคงด้านยารักษาโรค
- ๔.ความมั่นคงด้านเครื่องนุ่งห่ม
- ๕.ความมั่นคงด้านการศึกษา ประเพณี วัฒนธรรม

ยุทธศาสตร์: Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นเลิศ)

แผนงานที่ ๓ : การป้องกันและควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๖ : โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ

ตัวชี้ที่ ๑๔ : ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง

สถานการณ์

เนื่องด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอคอนสวรรค์ได้พัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ ในภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ที่มีศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานและเลขานุการ ของผู้บัญชาการ เหตุการณ์ (Emergency Operation Center : EOC) โดยประกอบด้วย โครงสร้างการบริหารสั่งการในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน และระบบสารสนเทศที่สามารถส่งต่อข้อมูลการเฝ้าระวังโรคและภัยทางสาธารณสุข ที่ได้รับการวิเคราะห์ประมวลผลแล้ว ไปยัง EOC เพื่อแจ้งเตือนผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และเพื่อใช้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ สั่งการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน จนสามารถควบคุมโรคและภัยได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น รวมถึงประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้เรื่องภัยพิบัติให้แก่ประชาชนทั่วไปและผู้เกี่ยวข้อง ได้เข้าถึงข้อมูล/ความรู้เรื่องภัยพิบัติที่จะเกิดขึ้นในท้องถิ่น

กิจกรรมที่ดำเนินการ

๑. ประชุมคณะกรรมการ EOC ระดับอำเภอ
๒. ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้เรื่อง ภัยพิบัติให้แก่ประชาชนทั่วไปและผู้เกี่ยวข้อง ได้เข้าถึงข้อมูล/ความรู้เรื่องภัยพิบัติ
๓. ซ้อมแผนเตรียมความพร้อม รับสถานการณ์ความเสี่ยง จากภัยพิบัติโดยบูรณาการร่วมกับหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง

ผลการดำเนินงาน

๑. จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT)
๒. จัดทำแนวทางรับสถานการณ์ความเสี่ยง จากภัยพิบัติ แบบบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๓. ซ้อมแผนเตรียมความพร้อม รับสถานการณ์ความเสี่ยง จากภัยพิบัติโดยบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



ประชุมคณะกรรมการ EOC ระดับอำเภอ

ตัวชี้วัด อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็ก อายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ไม่เกิน ๔.๕ ต่อแสนประชากร (ประชากรเด็กในอำเภอคอนสวรรค์อายุต่ำกว่า ๑๕ ปี มีจำนวน ๗,๐๓๐ ราย)

สถานการณ์ สาเหตุการเสียชีวิตของเด็กในช่วงอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี สาเหตุส่วนใหญ่สูญเสียจากการชักชวนการเล่นน้ำในพื้นที่สาธารณะในวันหยุด เสาร์-อาทิตย์ และในช่วงปิดเทอม ในช่วง ๕ ปีย้อนหลังอำเภอคอนสวรรค์ยังไม่มีเหตุการณ์เสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี แต่เพื่อเป็นการป้องกัน ไม่ให้เกิดเหตุมีการดำเนินงานเป็นขั้นตอนดังนี้

๑. เครื่องชี้วัดกิจกรรมคุณภาพ (หมายเหตุ : เครื่องชี้วัดที่ไม่ได้ตามเป้าหมายควรมีกิจกรรมคุณภาพเพื่อทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น)

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลการดำเนินงาน | | | | |
|--|---|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | | ปีงบประมาณ ๒๕๕๗ | ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ | ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ | ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ | ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ |
| อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็ก อายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ไม่เกิน ๔.๕ ต่อแสนประชากร (ประชากรเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี มีจำนวน ๗,๐๓๐ ราย) | เด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ไม่เกิน ๔.๕ ต่อแสนประชากร | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ |

ขั้นตอน/วิธีการดำเนินงาน

๑. แผนงาน/โครงการในปีที่ดำเนินการป้องกันเด็กจมน้ำ ในยุทธศาสตร์ ปัจจัย ๔+ ๑
๒. จัดทำคำสั่งการดำเนินงานในรูปแบบสหสาขา ระบุผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนเพื่อสะดวกในการประสานงาน
๓. คืบข้อมูลสถานการณ์และข้อมูลทักษะการขาดความรู้เด็กจมน้ำให้ ท้องถิ่น
๔. ชี้แจงแหล่งน้ำเสี่ยงในชุมชนโดยผ่านเวทีประชาคมชาวบ้าน
๕. หนุนเสริมให้หน่วยงานสาธารณสุข/ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/ สถานศึกษา/ พี่น้องประชาชน/สอนให้เด็กรู้จักแหล่งน้ำเสี่ยง
๖. สนับสนุนให้เกิดการเรียนการสอนหลักสูตร ว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดสร้างวิทยากรในพื้นที่เพื่อสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด ได้ฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR)
๘. มีกิจกรรมรณรงค์ป้องกันเด็กจมน้ำในพื้นที่จำนวนปีละ ๑ ครั้ง
๙. พัฒนาสื่อในการประชาสัมพันธ์ ตะโกน โยน ยื่น



แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

๑. จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันเด็กจมน้ำโดยมีนายอำเภอคอนสวรรค์ เป็นประธาน มีคณะกรรมการขับเคลื่อนในรูปแบบ DHS
๒. แผนงาน/โครงการป้องกันการจมน้ำมีการประชุมขับเคลื่อนในรูปแบบสหสาขาวิชาชีพ
๓. มีการจัดทำสถานการณ์และข้อมูลเด็กจมน้ำ แหล่งน้ำเสี่ยง เพื่อให้มีการใช้ประโยชน์ข้อมูลในพื้นที่
 - ๓.๑ กรณีเกิดเหตุ เด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี เสียชีวิตจากการจมน้ำ มีการสอบสวนการจมน้ำในพื้นที่ พร้อมมีการดำเนินการแก้ไข ปัญหา (ดำเนินการเฉพาะกรณีที่มีการจมน้ำเกิดขึ้นในพื้นที่) เช่น ประชาสัมพันธ์ สร้างรั้ว ติดป้ายเตือน ฝังกลบแหล่งน้ำ ฯลฯ
๔. มีการสำรวจแหล่งน้ำเสี่ยง ** ระบุตำแหน่งแหล่งน้ำเสี่ยงหาพิกัดที่เด็กในหมู่บ้านใช้ไปพบปะสังสรรค์ ส่งต่อข้อมูลโดยต้องมีการดำเนินการดังนี้
 - ๑) สร้างรั้วและ/หรือติดป้ายคำเตือน
 - ๒) จัดให้มีอุปกรณ์สำหรับช่วยคนตกน้ำไว้บริเวณแหล่งน้ำเสี่ยง เช่น ไม้ เชือก ถังกลลอนพลาสติกเปล่า
๕. การดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
 - ๑) สอน/ให้คำแนะนำแก่ครูพี่เลี้ยง
 - ๒) สอนให้เด็กรู้จักแหล่งน้ำเสี่ยง
 - ๓) จัดให้มีพื้นที่ที่ปลอดภัยสำหรับเด็กเล่น
 - ๔) จัดการสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกศูนย์
๖. มีการให้ความรู้ ในสถานบริการสาธารณสุขหรือชุมชนเพื่อให้รู้ “หลัก ตะโกน โยน ยื่น” มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำ
๗. หนุนเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมเป็นวิทยากรสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด ในสถานศึกษาที่รับผิดชอบ หลักสูตร ๒ วัน เน้นหลัก CPR , พบผู้กำลังจมน้ำ ใช้หลักตะโกน โยน ยื่น
๘. การสอนฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR)* ประสานงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ในการให้ความรู้ในกลุ่มเป้าหมายรู้จักทักษะ CPR หลัก ตะโกน โยน ยื่น
๙. จัดทำสื่อสารประชาสัมพันธ์ ผ่านช่องทางต่างๆ แผ่นพับ ,คลิป,ข้อมูลการเสียชีวิตทางน้ำ ผ่านกลุ่มไลน์ป้องกันอุบัติเหตุอำเภอคอนสวรรค์

ตัวชี้วัด อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ไม่เกิน ๑๖ ต่อแสนประชากร

สถานการณ์ สาเหตุการเสียชีวิตในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ มีทั้งสิ้น ๑๓ ราย จากการลงสอบสวนโดยใช้แบบฟอร์ม ศปถ.อำเภอ คอนสวรรค์พบว่า สาเหตุส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงจากการดื่มสุราและไม่สวมใส่หมวกกันน็อค พื้นที่ที่เกิดเหตุเป็นถนนในหมู่บ้าน ช่วงเวลาการเกิดเหตุ ช่วง ๑๖.๓๐ - ๒๔.๐๐ น. จากการดำเนินงานโดยใช้หลัก DHS-RTI มีผลการดำเนินงานต่อเนื่อง ๓ ปี ติดต่อกันได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน มีการบริหารจัดการจุดเสี่ยงในพื้นที่ อำเภอคอนสวรรค์ มากกว่า ๗๐๐ จุด มีแผนการดำเนินงานขั้นตอนการปฏิบัติงานดังนี้

๑. เครื่องชี้วัดกิจกรรมคุณภาพ (หมายเหตุ : เครื่องชี้วัดที่ไม่ได้ตามเป้าหมายควรมีกิจกรรมคุณภาพเพื่อทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น)

| ขั้นตอน/วิธีการดำเนินงาน | |
|--------------------------|---|
| ๑. | ชี้แจงแนวทางหนุนเสริมให้เกิดภาคีเครือข่ายในดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน |
| ๒. | จัดทำแผนงาน/โครงการการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน |
| ๓. | คืนข้อมูลสถานการณ์การบาดเจ็บรายท้องถิ่นทั้ง ๙ อบต./๑เทศบาลได้รับความร่วมมือกับภาคเอกชนในการสนับสนุนขงในการบริหารจัดการจุดเสี่ยง มูลนิธิอาสาจุด สก.คอนสวรรค์ จัดทำ นวัตกรรมในการให้ผู้ใช้รถใช้ถนนปลอดภัย ผู้บริหารท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณในการซื้อสีพ่นยา |
| ๔. | หนุนเสริมให้ท้องถิ่นร่วมกับชุมชนโดยผ่านเวทีประชาคมชาวบ้านให้ค้นหาจุดเสี่ยง |
| ๕. | ทำบันทึกชุมชนทราบถึงกลุ่มเสี่ยง, พฤติกรรมเสี่ยง, จุดเสี่ยงช่วงเวลาที่เกิดอุบัติเหตุ หรือเสียชีวิต |
| ๖. | กรณีเกิดอุบัติเหตุมีทีมสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน |
| ๗. | ติดตามประเมินผลการดำเนินงานหลังการนำเสนอข้อมูล |

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลการดำเนินงาน | | | | |
|---|---|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------------------------|
| | | ปีงบประมาณ ๒๕๕๗ | ปีงบประมาณ ๒๕๕๗ | ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ | ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ | ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ |
| อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ไม่เกิน ๑๖ ต่อแสนประชากร | เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ไม่เกิน ๑๖ ต่อแสนประชากร | ๖ ๑๑.๔๕:แสน | ๘ ๑๗.๑๗:แสน | ๙ ๑๖.๘๗:แสน | ๑๓ ๒๔.๓๗:แสน | ๘ ๑๕.๐๐:แสน (๓๑ พ.ค.๖๑) |



แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

๑. จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บและสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน โดยมีนายอำเภอคอนสวรรค์ เป็นประธาน มีคณะกรรมการขับเคลื่อนในรูปแบบ DHS
 ๒. แผนงาน/โครงการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนมีการประชุมขับเคลื่อนในรูปแบบสหสาขาวิชาชีพ
 ๓. จัดทำสถานการณ์และฐานข้อมูลการบาดเจ็บทางถนน รวบรวมข้อมูล ๓ ฐาน จากทั้งตำรวจ, โรงพยาบาลคอนสวรรค์, บริษัทกลาง เพื่อให้มีการใช้ประโยชน์ข้อมูลในการดำเนินงาน
 - ๓.๑ กรณีเกิดเหตุ มีการสอบสวนโดยใช้แบบสอบสวน ของ ศปถ.อำเภอคอนสวรรค์ โดยร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ พร้อมมีการดำเนินการแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ เช่น ทราบสาเหตุจากการคน, ถนน, รถ, สิ่งแวดล้อม เพื่อเป็นการคืนข้อมูลให้พื้นที่ได้ป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ
 ๔. สสำรวจจุดเสี่ยง ** ระบุตำแหน่ง ที่เป็นจุดผ่านจากอำเภอคอนสวรรค์ ผ่านไปอำเภอใกล้เคียงเพื่อป้องกันให้ผู้สัญจรที่ใช้เส้นทางผ่านอำเภอคอนสวรรค์ ไม่ได้รับอุบัติเหตุ”
 ๕. การขับเคลื่อน ให้เกิด RTI Team ระดับพื้นที่ให้ครบ ทุก อปท.
 ๖. ดำเนินการขับเคลื่อนมาตรการด้านชุมชน/ด้านครอบครัว” รั้วแห่งความปลอดภัย ๒๔ ด้านชุมชน/ศูนย์สร้างเมาในช่วงเทศกาลสำคัญ
 ๗. หน่วยงานทางราชการในอำเภอคอนสวรรค์ มีมาตรการให้บุคลากรหรือประชาชนที่มาติดต่อราชการสวมใส่หมวกกันน็อคทุก ๕ หน่วยงาน
 ๘. ประชาสัมพันธ์สื่อสารความเสี่ยง ประจำทุกเดือน จากกรณีผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทางถนน เข้ารับบริการที่งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลคอนสวรรค์ ส่งต่อข้อมูลรายเดือน แยกราย อปท.
 ๙. สรุปรายการดำเนินงานป้องกันการอุบัติเหตุทางถนน ศปถ.อำเภอคอนสวรรค์ จำนวน ๑ ฉบับ
 ๑๐. ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ศปถ.โดยใช้”ข้อมูลผู้เสียชีวิต/จำนวนครั้งในการเกิดเหตุ) คือข้อมูลให้นายอำเภอนายยุทธชัย สายคำมี ในการประสานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบโดยใช้มาตรการดำเนินการดังนี้
- ดำเนินการตามมาตรการ ๓ ด้านประสานใจ**
๑. มาตรการด้านครอบครัว ชี้แจงให้กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ๑๐๓ หมู่บ้าน “ห้ามปราบคนในครอบครัว” งดการขับซี้ขณะดื่มสุรา(ปลัดตารนัย การนอก กำกับติดตาม)
 ๒. มาตรการด้านชุมชน/ศูนย์สร้างเมา นายอำเภอสั่งการ ให้ อปท.สนับสนุน กำนัน/ผญบ./ชุด ชรบ.ประจำหมู่บ้าน จัดตั้งด้านตามเวลาที่เหมาะสม สถานที่ให้ผู้นำชุมชนประชาคม ตามกฎรัฐธรรมนูญหมู่บ้าน โดยใช้มาตรการลงโทษตามความเหมาะสม หากลูกบ้านไม่ให้ความร่วมมือ ให้ประสานตำรวจ”ชุดเคลื่อนที่เร็ว”
 ๓. ส่งต่อข้อมูล กรณีกำนัน/ผู้ใหญ่บ้านไม่สามารถป้องปราม ประสานผู้กำกับสถานีตำรวจภูธรอำเภอคอนสวรรค์ พ.ต.อ.วิเชียร อุปมัย ในการบังคับใช้กฎหมาย/บทลงโทษ ผู้ประสานงานการดำเนินงาน พ.ต.ต.ราชัน แก้วคุณอก
 ๔. มีการประชุมโต๊ะกลมชุดเล็ก เพื่อส่งข้อมูลการบาดเจ็บทางถนนให้ผู้บริหารรับทราบต่อไป
 ๕. เป้าหมายลดการเสียชีวิตลดลงจากปี ๒๕๖๐ จาก ๑๓ ราย ปัจจุบันเสียชีวิตแล้ว ๘ ราย คิดเป็น ๖๑.๕๓ %

ตัวชี้วัด - อัตราป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 2.40

สถานการณ์

ในปัจจุบันอัตราป่วยของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ดังนั้นกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม และเครือข่ายอำเภอคอนสวรรค์ ได้ทำการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด 103 หมู่บ้าน กลุ่มเป้าหมาย 20,546 คน พบประชากรที่มีภาวะเสี่ยงและสงสัยป่วยโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 8.85 และ 2.25 ตามลำดับ งานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (DPAC) อำเภอคอนสวรรค์ จึงได้พัฒนากิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดอัตราเพิ่มของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้หลักการ 3อ 2ส 1น ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ขั้นตอน/วิธีการดำเนินงาน

1. สํารวจกลุ่มเป้าหมายประชากร 35 ปีขึ้นไปในเขตพื้นที่
2. ดำเนินการตรวจคัดกรอง ตามแบบคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและเจาะFBSโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและMISS เบาหวานประจำหมู่บ้าน ทุกราย
3. ลงบันทึกผลการคัดกรองความเสี่ยงในโปรแกรม Hos xp เพื่อการวิเคราะห์และประเมินผลการคัดกรอง
4. สรุปผลการคัดกรองแยกกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่มสงสัยรายใหม่ โรคเบาหวาน เพื่อเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
5. แจ้ง อสม.ที่รับผิดชอบทราบและนัดกลุ่มสงสัยรายใหม่และกลุ่มเสี่ยงสูงเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนหรือโรงพยาบาล
 - 5.1 ตรวจร่างกายทั่วไป ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต และตรวจ FBS
 - 5.2 ประเมินตนเองในเรื่องพฤติกรรม การกิน ออกกำลังกาย อารมณ์
 - 5.3 ตรวจวัดองค์ประกอบร่างกาย
 - 5.4 ให้ความรู้และอบรมเชิงปฏิบัติการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1น
 - 5.5 ติดตามประเมินผลทุก 1เดือน 3เดือน 6 เดือน
6. ส่งต่อผู้ที่ตรวจพบเป็นโรคเบาหวาน รับการตรวจซ้ำและรักษาในโรงพยาบาล
7. สรุปประเมินผลการดำเนินงาน

สรุปผลการดำเนินงาน(ตุลาคม 2560-พฤษภาคม 2561)

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย (ร้อยละ) | ผลงาน (ราย) | ร้อยละ |
|---|-------------------|-------------|--------|
| -อัตราป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน | ≤2.40 | 31 | 1.47 |

กิจกรรมการดำเนินงาน

แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

1. การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีคุณภาพ และสามารถดูแลกลุ่มเป้าหมายในชุมชนได้
2. การพัฒนาแผนงานโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
3. การสร้างผู้นำสุขภาพ(Health leader)และบุคคลต้นแบบในชุมชน
4. คิดค้นขบวนการและนวัตกรรมใหม่เพื่อลดโรคเรื้อรัง

ตัวชี้วัด - อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ไม่เกิน ร้อยละ ๒.๕๐ สถานการณ์

ในปัจจุบันอัตราป่วยของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ดังนั้นกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม และเครือข่ายอำเภอคอนสวรรค์ ได้ทำการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ๑๐๓ หมู่บ้าน กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด ๑๙,๑๓๑ คน พบประชากรที่มีภาวะเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๓๖.๒๐ และสงสัยป่วย ร้อยละ ๔.๘๐ งานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (DPAC) อำเภอคอนสวรรค์ จึงได้พัฒนากิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดอัตราเพิ่มของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้หลักการ ๓อ ๒ส ๑น ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ขั้นตอน/วิธีการดำเนินงาน

๑. สสำรวจกลุ่มเป้าหมายประชากร ๓๕ ปีขึ้นไปในเขตพื้นที่
๒. ดำเนินการตรวจคัดกรอง ตามแบบคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
๓. ลงบันทึกผลการคัดกรองความเสี่ยงในโปรแกรม Hos xp เพื่อการวิเคราะห์และประเมินผลการคัดกรอง
๔. สรุปผลการคัดกรองแยกกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่มสงสัยรายใหม่ เพื่อเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
๕. แจ้ง อสม. ที่รับผิดชอบทราบและนัดกลุ่มสงสัยรายใหม่ และกลุ่มเสี่ยงสูงเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่โรงพยาบาล/ชุมชน
- ๕.๑ ตรวจร่างกายทั่วไป ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต
- ๕.๒ ประเมินตนเองในเรื่องพฤติกรรม การกิน ออกกำลังกาย อารมณ์
- ๕.๓ ตรวจวัดองค์ประกอบร่างกาย
- ๕.๔ ให้ความรู้และอบรมเชิงปฏิบัติการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ๓อ ๒ส ๑น
- ๕.๕ ติดตามประเมินผลทุก ๑ เดือน ๓ เดือน ๖ เดือน
๖. ส่งต่อผู้ที่ตรวจพบเป็นความดันโลหิตสูง รับการตรวจซ้ำ และรักษาต่อในโรงพยาบาล
๗. สรุปประเมินผลการดำเนินงาน

สรุปผลการดำเนินงาน (ตุลาคม ๒๕๖๐-พฤษภาคม ๒๕๖๑)

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย (ร้อยละ) | ผลงาน (ราย) | ร้อยละ |
|--|-------------------|-------------|--------|
| - อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง | ≤๒.๕๐ | ๗๕ | ๒.๓๔ |



แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

๑. การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีคุณภาพ และสามารถดูแลกลุ่มเป้าหมายในชุมชนได้
๒. การพัฒนาแผนงานโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
๓. การสร้างผู้นำสุขภาพ(Health leader)และบุคคลต้นแบบในชุมชน
๔. คิดค้นขบวนการและนวัตกรรมใหม่เพื่อลดโรคเรื้อรัง

ตัวชี้วัด - อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน สถานการณ์

ในปัจจุบันอัตราป่วยของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ดังนั้นกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม และเครือข่ายอำเภอคอนสวรรค์ ได้ทำการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ๑๐๓ หมู่บ้าน กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด ๑๙,๑๓๑ คน พบประชากรที่มีภาวะเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๓๖.๒๐ และสงสัยป่วย ร้อยละ ๔.๘๐ งานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (DPAC) อำเภอคอนสวรรค์ จึงได้พัฒนากิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดอัตราเพิ่มของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้หลักการ ๓ อ ๒ ส ๑ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ขั้นตอน/วิธีการดำเนินงาน

๑. สํารวจกลุ่มเป้าหมายประชากร ๓๕ ปีขึ้นไปในเขตพื้นที่
๒. ดำเนินการตรวจคัดกรอง ตามแบบคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
๓. ลงบันทึกผลการคัดกรองความเสี่ยงในโปรแกรม Hos xp เพื่อการวิเคราะห์และประเมินผลการคัดกรอง
๔. สรุปผลการคัดกรองแยกกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่มสงสัยรายใหม่ เพื่อเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
๕. แจ้ง อสม.ที่รับผิดชอบทราบและนัดกลุ่มสงสัยรายใหม่ และกลุ่มเสี่ยงสูงเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่โรงพยาบาล/ชุมชน

๕.๑ ตรวจร่างกายทั่วไป ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต

๕.๒ ประเมินตนเองในเรื่องพฤติกรรม การกิน ออกกำลังกาย อารมณ์

๕.๓ ตรวจวัดองค์ประกอบร่างกาย

๕.๔ ให้ความรู้และอบรมเชิงปฏิบัติการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ๓๐ ๒ ส ๑

๕.๕ ติดตามประเมินผล ๑เดือน โดย อสม.ที่รับผิดชอบติดตามวัดความดันโลหิต กลุ่มสงสัยรายใหม่ วันละ ๒ เวลา เข้า-เย็น ติดต่อกัน ๑ สัปดาห์และติดตามประเมินผลในระยะ ๓ เดือน ๖ เดือน

๖. ส่งต่อผู้ที่ตรวจพบเป็นความดันโลหิตสูง รับการตรวจซ้ำและรักษาต่อในโรงพยาบาล

๗. สรุปประเมินผลการดำเนินงาน

สรุปผลการดำเนินงาน(ตุลาคม ๒๕๖๐-พฤษภาคม ๒๕๖๑)

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย (ร้อยละ) | ผลงาน (ราย) | ร้อยละ |
|---|-------------------|-------------|--------|
| ๑.อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน | ๑๐ | ๗๖๕ | ๘๐.๗๘ |



แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

๑. การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีคุณภาพ และสามารถดูแลกลุ่มเป้าหมายในชุมชนได้
๒. การพัฒนาแผนงานโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
๓. การสร้างผู้นำสุขภาพ(Heath leader)และบุคคลต้นแบบในชุมชน
๔. คิดค้นขบวนการและนวัตกรรมใหม่เพื่อลดโรคเรื้อรัง

ยุทธศาสตร์: Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นเลิศ)

แผนงานที่ ๔ : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

โครงการที่ ๑๑ : โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

ตัวชี้วัดที่ ๒๓ : ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital

สถานการณ์

โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่ให้บริการประชาชน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลในแต่ละวันจึงมีกิจกรรมที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น การเกิดขยะ น้ำเสีย สิ่งปฏิกูล รวมไปถึงการใช้พลังงาน และสารเคมีในกิจกรรมต่างๆ ด้วย ส่งเสริมการจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม และการพัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุขสู่ชุมชน โดยเริ่มต้นในโรงพยาบาลโดยใช้หลักการสุขาภิบาล อย่างยั่งยืนและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม (Sustainable and Ecological Sanitation) คือ กลยุทธ์ CLEAN และกิจกรรม GREEN เพื่อให้บริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่ส่งผลกระทบต่อชุมชนโดยรอบ รวมถึงการเป็นต้นแบบด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมแก่ผู้มารับบริการ เพื่อขยายผลลงสู่ชุมชนและภาคีเครือข่ายต่อไป เกิดเป็นชุมชนที่เข้มแข็ง

กิจกรรมที่ดำเนินการ

๑. ปรับปรุงห้องน้ำดื่มผู้ป่วยให้ได้มาตรฐาน HAS ตลอดจน ส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ส้วมสาธารณสุขที่ถูกต้อง
๒. การจัดการสิ่งแวดล้อม ที่ช่วยลดภาวะโลกร้อนและเอื้อต่อสุขภาพโดยเน้นหลัก ๕ ส. จัดสถานที่ทำงาน ให้น่าอยู่ น่าทำงาน และปลูกต้นไม้เพื่อความร่มรื่น
๓. รณรงค์ให้เกิดวัฒนธรรมการแยกขยะที่ถูกต้อง เพื่อลดโรคร้อน
๔. รณรงค์ลดการใช้ถุงพลาสติกในหน่วยงาน ให้คนไข้ใช้ถุงผ้าหรือตะกร้าแทน

ผลการดำเนินงาน

ประเมินระดับพื้นฐาน โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ขอรับประเมิน ระดับดีมาก

๑. อยู่ระหว่างการพัฒนาการจัดทำนวัตกรรมการนำขยะมาใช้ประโยชน์และขยายสู่ชุมชน
๒. อยู่ระหว่างการพัฒนาโรงพยาบาลให้เป็น โรงพยาบาล GREEN อย่างสมบูรณ์



ปรับปรุงห้องน้ำตึกผู้ป่วยในให้ได้มาตรฐาน HAS



มีสิ่งแวดล้อมที่ดีและมีการปลูกผักปลอดสารพิษบริโภค



รณรงค์ลดการใช้ถุงพลาสติกในหน่วยงาน ให้คนไข้ใช้ถุงผ้าหรือตะกร้าแทน

Service Excellence ([บริการเป็นเลิศ])

แผนงานที่ ๕ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)

ตัวชี้วัด ร้อยละของพื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)

๑. สถานการณ์

อำเภอคอนสวรรค์ แบ่งการปกครอง ๙ ตำบล ๑๐๓ หมู่บ้าน ๑๘,๔๑๒ หลังคาเรือน มีประชากรในเขตรับผิดชอบ จำนวน ๕๔,๑๑๖ คน การให้บริการภายใต้ระบบ DHS โดยมีทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วยเครือข่ายสุขภาพจากทุกหน่วยงาน ให้บริการผู้ป่วยตั้งแต่ระดับชุมชน ถึงระดับอำเภอ แบ่งเป็น ๓ โซน ได้แก่

๑.๑ โซนที่ ๑ ทีมหมอไร่นา ประกอบด้วยพื้นที่ ตำบลช่องสามหมอ ตำบลห้วยไร่ ตำบลศรีสำราญ

๑.๒ โซนที่ ๒ ทีมหมอในดวงใจ ประกอบด้วยพื้นที่ ตำบลยางหวาย ตำบลบ้านโสก ตำบลโคกมั่งงอย และพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลคอนสวรรค์

๑.๓ โซนที่ ๓ ทีมหมอมดงาน ประกอบด้วยพื้นที่ ตำบลคอนสวรรค์ ตำบลโนนสะอาด ตำบลหนองขาม

มีการวางแผนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุกวันพุธ พุธสัปดาห์ และวันศุกร์ และมีศูนย์ดูแลต่อเนื่องทำหน้าที่ประสานงานเพื่อให้เกิดความสะดวกกับทีมหมอครอบครัวและผู้ป่วยตลอดเวลา การช่วยเหลือผู้ป่วยในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินและ/หรืออุบัติเหตุ ใช้บริการ ๑๖๖๙ โดยมีทีม ALS จากโรงพยาบาลคอนสวรรค์เป็นแม่ข่าย รพ.สต.ทุกแห่งมีการเตรียมพร้อม FR สำหรับการบริการ BLS ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

คณะกรรมการบริหาร คปสอ.คอนสวรรค์วางแผนการพัฒนาศูนย์หมอครอบครัว (Primary Care Cluster) เพิ่ม ๒ แห่ง ในปี ๒๕๖๑ เพื่อให้ผู้ป่วยในพื้นที่ซึ่งอยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลคอนสวรรค์ ได้รับการบริการที่มีคุณภาพ ครอบคลุม ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม

๒. มาตรการสำคัญ : พัฒนาศักยภาพบุคคลากรสาธารณสุข เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมดำเนินการ

๑. สนับสนุนให้แพทย์เข้ารับการอบรม พัฒนาศักยภาพแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน ๑ ท่าน ในปี ๒๕๕๙

๒. สนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพได้รับการอบรมให้ความรู้เรื่องคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) ตามที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ จัดขึ้นทุกครั้ง

๓. วางแผนพัฒนาระบบสารสนเทศ ได้แก่ ค่าอุปกรณ์คอมพิวเตอร์/อินเทอร์เน็ต/โปรแกรมบันทึกข้อมูล เป็นต้น

๔. วางแผนปรับปรุงสถานที่ โครงสร้างอาคารคลินิกหมอครอบครัว

เป้าหมายการดำเนินงาน

| มาตรการ | เป้าหมาย ๓ เดือน | เป้าหมาย ๖ เดือน | เป้าหมาย ๙ เดือน | เป้าหมาย ๑๒ เดือน |
|---|---------------------|---------------------|---------------------|----------------------|
| พัฒนาศักยภาพแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว | ๑ คน | - | - | - |
| ทีมหมอครอบครัวประจำโซน สํารวจประชากรกลุ่มเป้าหมาย วางแผนการให้บริการ | ร้อยละ ๑๐๐ | ร้อยละ ๑๐๐ | ร้อยละ ๑๐๐ | ร้อยละ ๑๐๐ |
| ทีมหมอครอบครัวประจำโซนวางแผนการดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่ม วัย ตามปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ | ร้อยละ ๑๐๐ | ร้อยละ ๑๐๐ | ร้อยละ ๑๐๐ | ร้อยละ ๑๐๐ |
| ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกกลุ่มวัย , ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแล ต่อเนื่องตามแผนการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล | >ร้อยละ ๘๐ | ร้อยละ ๘๐ | ร้อยละ ๘๐ | ร้อยละ ๘๐ |

๔. การติดตามและประเมินผล

| รายการข้อมูล | เป้าหมาย | ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ | ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ | ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (Thai COC) |
|---|------------|--------------------|--------------------|----------------------------------|
| ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกกลุ่มวัย , ผู้ป่วยมีภาวะ พึ่งพิง ได้รับการดูแลต่อเนื่องตามแผนการ ดูแลผู้ป่วยรายบุคคล | >ร้อยละ ๘๐ | ๑๐๐ (ไม่มี CP) | ๑๐๐ | ๙๒.๔๐ |

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

๑. มีการกำหนดนโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะยาว ครอบคลุมทุกพื้นที่ การสนับสนุนทรัพยากร คน เงิน สิ่งของ การนิเทศกำกับ ติดตามที่ชัดเจนสม่ำเสมอ ทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีคุณภาพ
๒. มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดำเนินงาน
๓. การพัฒนาคุณภาพงานโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง
๔. การสนับสนุนจากเครือข่าย ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน

ปัญหา อุปสรรค

๑. ระบบรายงานเป็นภาพรวม มีรายละเอียดไม่เพียงพอสำหรับการนำมาวิเคราะห์ถึงสาเหตุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้ไม่เห็นปัญหาที่ละเอียดซับซ้อน

ภาพกิจกรรม



ตัวชี้วัด อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (น้อยกว่าร้อยละ๗)

สถานการณ์ย้อนหลัง ๓ ปี

| ปีงบประมาณ | เป้าหมาย (ร้อยละ) | ผลงาน (ร้อยละ) |
|------------|----------------------|-------------------|
| ๒๕๕๘ | <๗ | ๕.๔๓ |
| ๒๕๕๙ | <๗ | ๓.๙๒ |
| ๒๕๖๐ | <๗ | ๔.๑๖ |

กิจกรรมที่ดำเนินการ

๑. ประชุมทีมผู้รับผิดชอบงานโรคหลอดเลือดสมอง
๒. จัดทำCPGเพื่อใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานเป็นมาตรฐานเดียวกัน
๓. ประชาสัมพันธ์โรคหลอดเลือดสมองและระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

ปัญหาและอุปสรรค/ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ปัญหา

- การเข้าถึงบริการล่าช้า ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ทราบสัญญาณอันตรายที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลทันที ไม่ทราบช่องทางด่วนของการเข้าถึงระบบบริการ 1669
- การคัดกรองภาวะเสี่ยงและการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยและครอบครัวกลุ่มเสี่ยงที่มี underlying DM HT ไม่ครอบคลุม

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- แพทย์ พยาบาล จนท.สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์, ประชากรกลุ่มเสี่ยงและครอบครัว รวมถึงประชาชนทั่วไป มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและสัญญาณอันตรายที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล

แนวทางการพัฒนา

- พัฒนาระบบ Stroke Fast tract
- สนับสนุนท้องถิ่นให้จัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ให้ครอบคลุมทุก อบต และเทศบาล
- พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและระบบการส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

ผลงานเปรียบเทียบเป้าหมาย

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๑ พบว่าอัตราตายร้อยละ ๓.๔๔ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (น้อยกว่าร้อยละ๗) เป้าหมาย ๕๘ คน (ข้อมูล ๑ ตุลาคม ๖๐ - ๓๑ มีนาคม ๖๑)

ภาพกิจกรรม



โครงการ: การป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

KPI: ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล

สถานการณ์

ตัวชี้วัด RDU ระดับโรงพยาบาล (RDU - RDU Hospital) **ขั้นที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑**

| ลำดับ | ตัวชี้วัด RDU -ขั้น ๑ | เกณฑ์ | ไตรมาส ๑ (๒๕๖๑) | ไตรมาส ๒(๒๕๖๑) | เม.ย. ๖๑ | พ.ค. ๖๑ |
|-------|--|--|--------------------|-------------------|----------|---------|
| ๑. | ร้อยละของรายการยาที่สั่งใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ | รพ.ระดับ A ≥ ร้อยละ ๗๕ S ≥ ร้อยละ ๘๐ M๑-M๒ ≥ ร้อยละ ๘๕ F๑-F๓ ≥ ร้อยละ ๙๐ | ๙๓.๑๗ | ๙๓.๑๗ | ๙๓.๙๗ | ๙๔.๐๘ |
| ๒. | ประสิทธิผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการขึ้นสื่อสารและส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล | ระดับ ๓ | ๒ | ๓ | ๓ | ๓ |
| ๓. | การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน ๑๓ กลุ่ม ที่มีรายละเอียดครบถ้วน | รายการยา ๑๓ กลุ่ม ระดับ ๓ | ๓ | ๓ | ๓ | ๓ |
| ๔. | รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก ๘ รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล | ≤ ๑ รายการ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ |
| ๕. | การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา | ระดับ ๓ | ๓ | ๓ | ๓ | ๓ |

ตัวชี้วัด RDU ระดับโรงพยาบาล (RDU - RDU Hospital) **ขั้นที่ ๒** ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

| ลำดับ | ตัวชี้วัด RDU ขั้น ๒ | เกณฑ์ | ต.ค. ๖๐ | พ.ย. ๖๐ | ธ.ค.๖๐ | ม.ค.๖๑ | ก.พ.๖๑ | มี.ค.๖๑ |
|-------|--|----------------------------------|------------|------------|--------|--------|--------|---------|
| ๑ | ร้อยละของรายการยาที่สั่งใช้ในบัญชียาหลัก แห่งชาติ | รพ.ระดับ F๑-F๓ ≥ ร้อยละ ๙๐ | ๙๒.๐๑ | ๙๒.๘๑ | ๙๔.๗๕ | ๙๔.๔๓ | ๙๓.๓๕ | ๙๓.๙๕ |
| ๒ | ประสิทธิภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการขึ้นาสื่อสาร และส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็น โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล | ระดับ ๓ | ๒ | ๒ | ๒ | ๒ | ๒ | ๓ |
| ๓ | การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลาก ยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน ๑๓ กลุ่ม ที่มี รายละเอียดครบถ้วน | รายการยา ๑๓ กลุ่ม ระดับ ๓ | ๓ | ๓ | ๓ | ๓ | ๓ | ๓ |
| ๔ | รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก ๘ รายการ ซึ่งยังคงมี อยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล | ≤ ๑ รายการ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ |
| ๕ | การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและ ส่งเสริมการขายยา | ระดับ ๓ | ๓ | ๓ | ๓ | ๓ | ๓ | ๓ |
| ๖ | ร้อยละการเข้ายาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการ หายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันใน ผู้ป่วยนอก | ≤ ร้อยละ ๒๐ | ๔๓.๕๙ | ๓๒.๗๕ | ๔๒.๓๑ | ๒๘.๔๙ | ๔๕.๔๘ | ๔๕.๒๔ |
| ๗ | ร้อยละการเข้ายาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วง เฉียบพลัน | ≤ ร้อยละ ๒๐ | ๑๓.๐๐ | ๑๗.๑๔ | ๒๔.๓๑ | ๒๐.๒๔ | ๒๔.๗๗ | ๒๕.๗๔ |
| ๘ | ร้อยละการเข้ายาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจาก อุบัติเหตุ | ≤ ร้อยละ ๔๐ | ๑๗.๖๓ | ๑๒.๗๒ | ๑๖.๖๗ | ๑๗.๘๕ | ๑๘.๖๕ | ๒๖.๕๔ |
| ๙ | ร้อยละการเข้ายาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบ กำหนดทางช่องคลอด | ≤ ร้อยละ ๑๐ | ๑๐๐ | ๒๘.๕๗ | ๐ | ๐ | ๐ | ๓๓.๓๓ |
| ๑๐ | ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มี อายุมากกว่า ๖๕ ปี หรือมี eGFR น้อยกว่า ๖๐ มล./นาที/๑.๗๓ ตารางเมตร | ≤ ร้อยละ ๕ | ๓๓.๓๓ | ๓๖.๕๕ | ๓๗.๗๖ | ๓๘.๐๖ | ๓๒ | ๒๖.๐๙ |
| ๑๑ | ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ ๓ ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs | ≤ ร้อยละ ๑๐ | ๐ | ๐ | ๐.๓๔ | ๑.๔๘ | ๐ | ๑.๓๖ |
| ๑๒ | จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ ยา warfarin*, statins, ergots เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve) | ๐ คน | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ |

ตัวชี้วัด RDU ระดับโรงพยาบาล (RDU - RDU Hospital) ชั้นที่ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

| ลำดับ | ตัวชี้วัด RDU ชั้นที่ ๒ | เกณฑ์ | เม.ย. ๖๑ | พ.ค. ๖๑ | มิ.ย.๖๑ | ก.ค.๖๑ | ส.ค.๖๑ | ก.ย.๖๑ |
|-------|--|----------------------------------|-------------|------------|---------|--------|--------|--------|
| ๑. | ร้อยละของรายการยาที่สั่งใช้ยาในบัญชียาหลัก แห่งชาติ | รพ.ระดับ F๑-F๓ ≥ ร้อยละ ๙๐ | ๙๓.๙๗ | ๙๔.๐๘ | | | | |
| ๒. | ประสิทธิผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ใน การขึ้นาสื่อสาร และส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็น โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล | ระดับ ๓ | ๓ | ๓ | | | | |
| ๓. | การดำเนินงานในการจัดทำลากลากยามาตรฐาน ฉลาก ยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน ๑๓ กลุ่ม ที่มี รายละเอียดครบถ้วน | รายการยา ๑๓ กลุ่ม ระดับ ๓ | ๓ | ๓ | | | | |
| ๔. | รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก ๘ รายการ ซึ่งยังคงมี อยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล | ≤ ๑ รายการ | ๑ | ๑ | | | | |
| ๕. | การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและ ส่งเสริมการขายยา | ระดับ ๓ | ๓ | ๓ | | | | |
| ๖. | ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการ หายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันใน ผู้ป่วยนอก | ≤ ร้อยละ ๒๐ | ๓๒.๕๓ | ๔๑.๙๙ | | | | |
| ๗. | ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วง เฉียบพลัน | ≤ ร้อยละ ๒๐ | ๒๙.๖๙ | ๒๕.๗๙ | | | | |
| ๘. | ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจาก อุบัติเหตุ | ≤ ร้อยละ ๔๐ | ๒๔.๔๗ | ๒๒.๔๖ | | | | |
| ๙. | ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบ กำหนดทางช่องคลอด | ≤ ร้อยละ ๑๐ | ๐ | ๐ | | | | |
| ๑๐. | ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มี อายุมากกว่า ๖๕ ปี หรือมี eGFR น้อยกว่า ๖๐ มล./นาที/๑.๗๓ ตารางเมตร | ≤ ร้อยละ ๕ | ๒๙.๐๓ | ๓๗.๐๔ | | | | |
| ๑๑. | ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ ๓ ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs | ≤ ร้อยละ ๑๐ | ๒.๘๔ | NA | | | | |
| ๑๒. | จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ ยา warfarin*, statins, ergots เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve) | ๐ คน | ๐ | ๐ | | | | |

| ปีงบประมาณ | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
|-----------------|-----------------------------------|---|--------|
| ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ | Baseline | Baseline | |
| ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ | ผ่าน RDU ชั้น ๑ | ไม่ผ่านเกณฑ์ในตัวชี้วัดที่ ๒ ใน RDU ชั้น ๑ | |
| ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ | ผ่าน RDU ชั้น ๑ และ RDU ชั้น ๒ | ผ่าน RDU ชั้น ๑ ตั้งแต่ไตรมาสที่ ๒ ในเดือน มี.ค.๖๑ แต่ยังไม่ผ่าน RDU ชั้น ๒ | |

ผลงานเปรียบเทียบเป้าหมาย

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๑ RDU ชั้นที่ ๑

- พบว่า ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายในไตรมาสแรก และได้มีการพัฒนาจนกระทั่งผ่านเกณฑ์ ตั้งแต่ มี.ค. ๖๑

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๑ RDU ชั้นที่ ๒

- พบว่า ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย

มาตรการ

๑. มีคณะกรรมการ PTC ระดับโรงพยาบาล
๒. มีการกำหนดทีมผู้รับผิดชอบการพัฒนากระบวนการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
๓. มีการพัฒนาด้านสารสนเทศให้สามารถเก็บรายงานตามตัวชี้วัดได้
๔. มีมาตรการ/กิจกรรม ต่อไปนี้
 - a. ทบทวนบัญชียาโรงพยาบาล ให้มีรายการยาที่ควรมีและไม่ควรมีในบัญชียาของ รพ.
 - b. ส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ
 - c. ฉลากยาและฉลากยาเสริม ที่มีชื่อยาภาษาไทย ขนาดและวิธีใช้ ข้อควรระวัง และข้อบ่งใช้
 - d. ส่งเสริมจริยธรรมว่าด้วยการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาและส่งเสริมการขายยา และจรรยาบรรณทางการแพทย์ในการสั่งใช้ยา

เป้าหมาย

| ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ | ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ | ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ | ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ | ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ |
|--|--|--|--|--|
| โรงพยาบาลในสังกัด กสธ. เป็นโรงพยาบาล ส่งเสริมการใช้ยา อย่างสมเหตุผล (RDU๑ และ RDU๒) ชั้นที่ ๑ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของโรงพยาบาลทั้งหมด | โรงพยาบาล RDU ชั้นที่ ๑ ทุกแห่งและ ชั้นที่ ๒ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐ ของ โรงพยาบาล ทั้งหมด | โรงพยาบาล RDU ชั้นที่ ๑ ทุกแห่งและ ชั้นที่ ๒ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐ ของ โรงพยาบาล ทั้งหมด | โรงพยาบาล RDU ชั้นที่ ๒ ทุกแห่งและ ชั้นที่ ๓ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐ ของ โรงพยาบาล ทั้งหมด | โรงพยาบาล RDUชั้นที่ ๒ ทุกแห่ง และชั้นที่ ๓ ไม่น้อย กว่าร้อยละ ๘๐ ของ โรงพยาบาลทั้งหมด |

การติดตามและประเมินผล

๑. จากข้อมูลประเมินตนเองตามกิจกรรมดำเนินงานโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล
๒. รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการ PTC

ปัญหาและอุปสรรค

เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องยังขาดความเข้าใจและการรับรู้นโยบายการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด ๓๐ การส่งต่อผู้ป่วยนอกนอกเขตสุขภาพลดลง

(เป้าหมายลดลง ร้อยละ ๑๐)

สถานการณ์ย้อนหลัง ๓ ปี

| ปีงบประมาณ | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
|------------|---------------|-------------|--------|
| ๒๕๕๘ | ลดลงร้อยละ ๑๐ | ลดลง ๘๑ ราย | ๘.๗๒ |
| ๒๕๕๙ | ลดลงร้อยละ ๑๐ | ลดลง ๒๕ ราย | ๒.๙๕ |
| ๒๕๖๐ | ลดลงร้อยละ ๑๐ | ลดลง ๔๑ ราย | ๔.๙๘ |

เปรียบเทียบผลงาน

ผลงานเปรียบเทียบเป้าหมาย

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๑

พบว่าร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขต

สุขภาพลดลง(ร้อยละ 10) ปี ๒๕๖๑ เมื่อ

เปรียบเทียบกับปี ๒๕๖๐ ลดลง ๒๓๓ ราย

คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๘๓

(ข้อมูล ๑ ต.ค.๒๕๖๐ -๓๑ พ.ค.๒๕๖๑)

กิจกรรมที่ดำเนินการ

กิจกรรมที่ดำเนินการ

๑. มีศูนย์ประสานการส่งต่อ ระดับอำเภอ มีบทบาทหน้าที่ในการประสานงานการรับส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางพัฒนาระบบส่งต่อของพื้นที่
๒. มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย(คนไข้ที่ขอส่งตัว ข้ามเขตบริการ จะมีการให้คำแนะนำ ถ้ายังไม่ยินยอมปรึกษาผู้บริหารสูงสุด)
๓. มีการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการส่งต่อผู้ป่วย การจัดทำระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูล และ แก้ไขปัญหาการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ
๔. มีเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษาระบบการส่งต่อ ที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่/แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan เพื่อแก้ไขปัญหาการส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพ และ เพื่อเป็นการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า
๕. มีการติดตามผลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน การส่งต่อผู้ป่วยระดับอำเภอเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหา
๖. สรุป วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อวางแผนในการพัฒนา

ปัญหาและอุปสรรค/ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- คนไข้ที่อยู่เขตติดต่อทางจังหวัดขอนแก่นไม่สะดวกไปรับบริการที่มหาราช
- ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน โดยมี key success factor ที่สำคัญที่สุด คือ ท่านผู้บริหาร ซึ่งเห็นความสำคัญและมีการกำหนดระบบการส่งต่อที่มีนโยบายและมีแผนงาน/โครงสร้างชัดเจน มีการเตรียมความพร้อมที่เป็นระบบ ทั้งการกำหนดเป้าหมายแผนงาน รวมทั้งการประสานงานและการสื่อสารระหว่างเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาลต้นทางและโรงพยาบาลปลายทาง ภายใต้คณะกรรมการผู้รับผิดชอบในการบริหารจัดการ รวมทั้งมีระบบการติดตามนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และพัฒนาคุณภาพการให้บริการอย่างต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด

ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน เท่ากับ ๒๐%

สถานการณ์

กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก คปสอ.คอนสวรรค์ ตรวจวินิจฉัยบำบัด รักษา ป้องกันโรค การส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพ ด้วยเวชกรรมไทย การนวดไทย การผดุงครรภ์ไทย และเภสัชกรรมไทย การปรุงยาสมุนไพรเฉพาะราย การใช้วัตกรรมการเกี่ยวกับสมุนไพรในการรักษา และส่งเสริมการแพทย์พื้นบ้านในท้องถิ่นให้มีบทบาทในการดูแลสุขภาพให้เข้ากับวิถีชีวิตประชาชนในอำเภอคอนสวรรค์ กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกรพ.คอนสวรรค์ มีจำนวนบุคลากรดังนี้ แพทย์แผนไทย ๒ คน ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ๓ คน จำนวนบุคลากร ในรพสต.ทั้ง ๙ แห่งมีการรักษาด้วยยาสมุนไพร และมีผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในรพสต. ๒ แห่ง และรพสต.ที่ไม่มีผู้ช่วยแพทย์แผนไทยจะมีหน่วยแพทย์แผนไทยจากรพ.คอนสวรรค์ไปบริการเดือนละ ๑ ครั้ง

กิจกรรมที่ดำเนินการ

๑. กลุ่มงานแพทย์แผนไทยฯโรงพยาบาลคอนสวรรค์บำบัดรักษาฟื้นฟูส่งเสริมป้องกันด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย เปิดทำการจันทร์-ศุกร์ ๐๘.๓๐น.-๑๖.๓๐น.

จันทร์-พฤหัสบดี (คลินิกนอกเวลา ๑๖.๓๐น.-๒๐.๓๐น.) มีการตรวจ วินิจฉัย และสั่งการรักษาโดยแพทย์แผนไทย ที่มีใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทย

๒. มีการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อดูแลรักษา ฟื้นฟูสุขภาพ ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในร่วมกัน

๓. มีการจัดให้บริการเพื่อการรักษา ฟื้นฟูสุขภาพด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ดังนี้

- การใช้ยาสมุนไพร
- การนวดรักษา/ฟื้นฟูสุขภาพ การกดจุดรักษาโรค
- การประคบสมุนไพร
- การอบสมุนไพร
- การพอกยาสมุนไพร
- การสูมยาสมุนไพร
- การเผายาสมุนไพร
- การนวดและประคบสมุนไพรมารดาหลังคลอด เพื่อกระตุ้นน้ำนมและผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
- การอยู่ไฟมารดาหลังคลอด (๕ กิจกรรมหลัก)
- การนวดฟื้นฟูสุขภาพทำผู้ป่วยเบาหวานในคลินิก NCD
- ๔.มีการจัดให้บริการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยและ



การแพทย์ทางเลือก ดังนี้

- การนวดไทยเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การประคบสมุนไพร
- การอบสมุนไพร
- การนวดเท้าส่งเสริมสุขภาพ
- การออกกำลังกายด้วยฤๅษีดัดตน การออกกำลังกาย การทำสมาธิบำบัด



งานเชิงรุก

๑.ดำเนินการเชิงรุก โดยจัดให้มีการบริการสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพเช่น การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง การบริหารหญิงหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทย

๑.๑ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย พัฒนาต้นแบบ สืบหาข้อมูลทางวิชาการ

๑.๒รวบรวมข้อมูลวิชาการ และศึกษาวิเคราะห์ในองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย

๑.๓วางแผนหรือร่วมดำเนินการวางแผนโครงการ แก้ปัญหาในการปฏิบัติงานและติดตามผล

๑.๔ประสานการทำงาน ชี้แจง ให้ข้อคิดเห็นในการดำเนินการร่วมกับสหวิชาชีพ

๒.การอนุรักษ์คุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน

๒.๑รวบรวม อนุรักษ์ คุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย สมุนไพร ถิ่นกำเนิด รวมทั้งทรัพยากรความหลากหลายทางชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง สังเคราะห์และใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืน

๒.๒ดำเนินการเฝ้าระวัง พิทักษ์สิทธิ และป้องปรามการละเมิดภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และสมุนไพรไทย ทรัพยากรพันธุกรรม พืชหายาก ความหลากหลายทางชีวภาพ และมรดกภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้อง

๓.สร้างเครือข่ายวางแผนการดูแลสุขภาพให้กับบอสม.และผู้นำชุมชน เช่น การจัดให้มีการเรียนการสอนสาธิตด้วยการแพทย์แผนไทย การจัดอบรมการใช้สมุนไพรในชุมชนตั้งแต่การปลูกและการใช้ที่ถูกต้องปลอดภัยเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้พิการและผู้สูงอายุในชุมชน

๔.ปลูกป่าสมุนไพรในพื้นที่ป่าชุมชนเพื่อส่งเสริมการใช้สมุนไพรและอนุรักษ์พืชพันธุ์สมุนไพรหายากในเขตอำเภอคอนสวรรค์

๕.จัดบริการการแพทย์แผนไทยที่เชื่อมทั้งด้านระบบข้อมูลและระบบส่งต่อ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ระบบดูแลผู้ป่วยในชุมชน รวมทั้งมีการเชื่อมโยงงานการแพทย์แผนไทยสู่ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข หมอพื้นบ้าน

๕.๑ร่วมจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยและสื่อสารกับ Case manager ในผู้ป่วยตามกลุ่มโรค

๕.๒ การควบคุม กำกับ สนับสนุนการทำงานของผู้ช่วยแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสนับสนุนวิชาการแก่บุคลากรอื่นๆ

๕.๓ ให้คำแนะนำ ปรึกษาเกี่ยวกับการบริการแพทย์แผนไทยในชุมชนแก่ทีมสุขภาพ เช่น ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย อาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ หมอพื้นบ้าน

๕.๔อบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย หรือจิตอาสาในชุมชน เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การบริหารร่างกาย การยืดเหยียด สมาริบำบัด การจัดสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

๖.ศึกษา วิเคราะห์ ติดตามผลและความปลอดภัยจากการรักษา เช่น การใช้ยาสมุนไพร ผลการรักษา

๗.บันทึกการบริการ และรายงานข้อมูลด้านการแพทย์แผนไทย

ผลการดำเนินงาน



| สถานบริการที่มีบริการด้วยการแพทย์แผนไทย | ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน | คณะกรรมการที่ประเมิน | ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสถานบริการแพทย์แผนไทย |
|---|------------------|----------------------|---------------------------------------|
| รพ.คอนสวรรค์ | ✓ | ระดับจังหวัด | ระดับดีมาก |
| รพ.สต.คอนสวรรค์ | ✓ | ระดับจังหวัด | ระดับดี |
| รพ.สต.ยางหวาย | ✓ | ระดับจังหวัด | ระดับดี |

ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน(คิดเป็น๒๒.๘๑%)



ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

สถานที่ให้บริการคลินิกแพทย์แผนไทยคับแคบทำให้การบริการและการเข้าถึงบริการไม่เป็นไปตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ **แนวทางแก้ไข** แพทย์แผนไทยกระจายงานโดยการร่วมบูรณาการกับคลินิกต่างๆโดยมีบทบาทร่วมรักษาด้วยการใช้ยาสมุนไพรและศาสตร์การรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน

ตัวชี้วัด ๑๘ ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด และ/หรือ การขยายหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ๘๐)
สถานการณ์ย้อนหลัง ๓ ปี

| ปีงบประมาณ | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
|------------|----------|-------|--------|
| ๒๕๕๘ | ๗๐ | ๑ | ๑๐๐ |
| ๒๕๕๙ | ๗๐ | ๑๗ | ๘๐.๙๕ |
| ๒๕๖๐ | ๘๐ | ๘ | ๗๒.๗๒ |
| ๒๕๖๑ | ๘๐ | ๕ | ๖๒.๕ |

กิจกรรมที่ดำเนินการ

๑. จัดทำโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์เรื่องสัญญาณอันตรายหัวใจขาดเลือด
๒. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายในชุมชนและผู้รับบริการให้ครอบคลุมทั้งอำเภอ
๓. พัฒนาศักยภาพแพทย์พยาบาลในการวินิจฉัยโรค MI
๔. พัฒนาระบบ Fast tract และ consult EKG กับ cardiologist รพ. ชัยภูมิ เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการส่งต่อ
๕. จัดโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วย ACS แก่แพทย์พยาบาลปีละ ๑ ครั้ง

ผลงานเปรียบเทียบเป้าหมาย

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๑

ตั้งแต่ตุลาคม ๒๕๖๐-พฤษภาคม ๒๕๖๑ พบว่ามีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด STEMI มารักษาที่รพ.คอนสวรรค์ ๘ ราย และได้ให้ยาละลายลิ่มเลือด ๕ ราย นอกจากนี้มีข้อห้ามในการให้ยา

ปัญหาและอุปสรรค/ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ไม่มีอายุรแพทย์ประจำโรงพยาบาลทำให้เวลาที่มี case STEMI ต้อง consult อายุรแพทย์ทุก case ก่อนให้ยาและทำให้การส่งต่อล่าช้ากว่าอายุรแพทย์จะตอบรับ

แนวทางการพัฒนา

๑. พัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลให้สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้
๒. อบรมแพทย์และพยาบาลให้สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้
๓. ขยายบริการ ๑๖๖๙ ให้ครอบคลุมทั้งอำเภอ

ตัวชี้วัด ๑๙. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ

เกณฑ์เป้าหมาย : ลดลงร้อยละ ๑๐ ในระยะ ๕ ปี (ปี ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) เปรียบเทียบกับ baseline สถานการณ์ย้อนหลัง

| ปีงบประมาณ | เป้าหมาย | เสียชีวิต จากหลอดเลือด หัวใจ | ต่อ ประชากร แสนคน |
|------------|---------------|------------------------------------|-------------------------|
| ๒๕๕๗ | ลดลงร้อยละ ๑๐ | ๒ | ๓.๖๘ |
| ๒๕๕๘ | ลดลงร้อยละ ๑๐ | ๓ | ๕.๕๒ |
| ๒๕๕๙ | ลดลงร้อยละ ๑๐ | ๒ | ๓.๖๕ |
| ๒๕๖๐ | ลดลงร้อยละ ๑๐ | ๔ | ๓๖.๓๖ |
| ๒๕๖๑ | ลดลงร้อยละ ๑๐ | ๑ | ๒.๖๗ |

ผลงานเปรียบเทียบเป้าหมาย

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๑
ตั้งแต่ตุลาคม ๒๕๖๐ – พฤษภาคม ๒๕๖๑
พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
(STEMI) จำนวน ๘ ราย เสียชีวิต ER ๑ ราย

กิจกรรมที่ดำเนินการ

๑. จัดทำโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์เรื่องสัญญาณอันตรายหัวใจขาดเลือด
๒. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายในชุมชนและผู้รับบริการให้ครอบคลุมทั้งอำเภอ
๓. พัฒนาศักยภาพแพทย์พยาบาลในการวินิจฉัยโรค MI
๔. พัฒนาระบบ Fast track และ consult EKG กับ cardiologist รพ.ชัยภูมิ
เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการส่งต่อ
๕. พัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลให้สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้

ปัญหาและอุปสรรค/ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

๑. ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงอาการสำคัญที่ต้องมาโรงพยาบาล
๒. ประชาชนเข้าถึงบริการช้า
๓. บริการ ๑๖๖๙ ไม่ครอบคลุมทั้งอำเภอ

แนวทางการพัฒนา

๑. พัฒนาระบบ EMS ให้สามารถออกมารับผู้ป่วยได้ตามมาตรฐาน
๒. ให้ความรู้ประชาชนทราบถึงสัญญาณอันตรายหัวใจขาดเลือด
๓. ขยายบริการ ๑๖๖๙ ให้ครอบคลุมทั้งอำเภอ
๔. พัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลให้สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้

ตัวชี้วัด ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ มล/นาที/๑.๗๓ ตร.ม./ปี \geq ร้อยละ ๖๖

สถานการณ์ย้อนหลัง ๓ ปีผลงานปี ๒๕๖๑

| ปีงบประมาณ | เป้าหมาย | ผลงาน ร้อยละ |
|------------|----------|--------------|
| ๒๕๕๘ | ๕๐ | ๖๕.๒๑ |
| ๒๕๕๙ | ๖๐ | ๖๒.๓๓ |
| ๒๕๖๐ | ๖๕ | ๕๔.๐๐ |

ผลงานเปรียบเทียบเป้าหมาย

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๑ พบว่า ผู้ป่วยCKD มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ มล/นาที/๑.๗๓ ตร.ม./ปี

เป้าหมาย \geq ร้อยละ ๖๖ ผลงานร้อยละ ๕๒.๒๑

(ข้อมูล ๑ ตุลาคม ๖๐ - ๓๑ พฤษภาคม ๖๑)

กิจกรรมที่ดำเนินการ

๑. จัดตั้งคลินิกชะลอไตเสื่อม แบบ One stop service ให้บริการโดยทีมสหวิชาชีพ
๒. รายที่ควบคุมเบาหวาน/ความดันโลหิตได้ไม่ดีจัดให้เข้าโรงเรียนเบาหวาน หรือนัดเข้ากิจกรรม DPAC
๓. มีกระบวนการ Discharge Plan และติดตามเยี่ยมบ้าน ร่วมกับทีม FCT ในรายที่มีปัญหาไม่ตอบสนองต่อการรักษา
๔. จัดอบรมผู้ป่วยCKD ระยะที่ ๓ เพื่อชะลอการเสื่อมของไต
๕. สรุปผลการดำเนินงาน / แก้ไขส่วนขาดเพื่อวางแผนในการพัฒนา



ยุทธศาสตร์: Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นเลิศ)

แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการที่ ๒๗ : โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด

ตัวชี้วัดที่ ๔๖ : ร้อยละของผู้เสพผู้ติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือนหลังการจำหน่ายจากการบำบัด

สถานการณ์

การติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู นับเป็นภารกิจที่มีความสำคัญ เป็นขั้นตอนของการช่วยเหลือให้ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยปกติ ผู้ที่ผ่านการบำบัดฟื้นฟู มักจะประสบปัญหาการกลับไปเสพติดซ้ำเนื่องจากกลับไปสู่สภาพแวดล้อมและสิ่งยั่วยุเดิมๆ ปัญหาชีวิตต่างๆ การให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูจึงต้องเน้นทั้งในเรื่องของการแก้ไขปัญหา เช่น การช่วยเหลือผู้กลับไปเสพติดซ้ำโดยการให้คำปรึกษาและสนับสนุนการเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูอีกครั้งในกรณีที่ไม่สามารถเลิกยาเสพติดได้เอง เป็นต้น หรือการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการดำรงชีวิตให้กับผู้ผ่านการบำบัด เช่น การพัฒนาคุณภาพชีวิต การให้ความช่วยเหลือด้านการศึกษา การพัฒนาทักษะในการประกอบอาชีพการสนับสนุนการดำเนินงาน เป็นต้น

กิจกรรมที่ดำเนินการ

๑. รวบรวมรายชื่อผู้ผ่านการบำบัดตามเกณฑ์ในทุกพื้นที่

๒. จัดทำฐานข้อมูลผู้ที่ได้รับการบำบัดตามเกณฑ์

ในระดับอำเภอคอนสวรรค์

๓. แต่งตั้งคณะทำงานบำบัดและการติดตาม

ด้านยาเสพติดระดับอำเภอคอนสวรรค์

๔. ประชุมวางแผนร่วมกันในที่ทำงานที่ทำหน้าที่ในการติดตาม

๕. ชี้แจงวิธีการและขั้นตอนในการดำเนินงาน

๖. จัดระบบบริการบำบัดด้านยาเสพติด

ในโรงพยาบาลตามมาตรฐาน

๗. ดำเนินการติดตามโดยนัดผู้มีรายชื่อมาพร้อมกันที่หน่วยบริการในพื้นที่

๘. ประเมินภาวะสุขภาพและให้คำปรึกษา

รายบุคคลและรายกลุ่ม

๙. สรุปประเมินผลงาน

สรุปผลการดำเนินงาน(ตุลาคม 2560 - มกราคม 2561)

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
|--|----------|--------|--------|
| ร้อยละของผู้เสพผู้ติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือนหลังการจำหน่ายจากการบำบัด | ≥ ๙๒% | ๙๐/๙๕ | ๙๔.๗๐% |
| ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (Remission) | ≥ ๕๐% | ๙๐/๑๐๑ | ๘๙.๑๐% |

ผลการดำเนินงานปี ๒๕๖๑

โครงการติดตามผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูด้านยาเสพติดหลังการบำบัดครบตามเกณฑ์โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายที่เป็นระบบ

ตัวชี้วัด ๒๔. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมงในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป
(ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ ๑๒

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินอย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพที่อาจเกิดขึ้นทั้งในภาวะปกติ และภาวะภัยพิบัติ

| ปีงบประมาณ | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
|------------|-------------------|-------|--------|
| ๒๕๖๐ | - | - | - |
| ๒๕๖๑ | น้อยกว่าร้อยละ ๑๒ | ๖ | ๐.๙๘ |

กิจกรรมที่ดำเนินการ

- จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล
- ประเมินตนเองตามแบบประเมิน ECS คุณภาพ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน
- พัฒนาศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ให้มีความพร้อมทั้งในภาวะปกติและในภาวะภัยพิบัติ
- พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินทั้งด้าน บุคลากร อุปกรณ์ ระบบสารสนเทศ
- ปรับปรุงแนวทางการบริการทั้งนอกและในสถานบริการ ให้ครอบคลุมถึง รพ.สต
- พัฒนาปรับปรุงการให้ได้ตามคุณภาพและมาตรฐาน ER คุณภาพ
- พัฒนาระบบส่งต่อ
- ส่งเสริมสนับสนุนและให้ความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอในการรณรงค์และป้องกันการอุบัติเหตุ เช่น การซ้อมแผนอุบัติภัยและสาธารณภัย

แนวทางการพัฒนา

๑. พัฒนาระบบบริการ Pre-hospital care อย่างต่อเนื่อง
๒. พัฒนาคุณภาพบริการสาขาอุบัติเหตุ และทบทวนแนวทางการดำเนินงาน (CPG)
๓. พัฒนาความรู้ความสามารถทักษะปฏิบัติบุคลากรทุกระดับอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาและอุปสรรค/ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- ขีดความสามารถของห้องฉุกเฉิน และขาดบุคลากรผู้มีความรู้และทักษะเฉพาะ การเข้าถึงบริการในภาวะฉุกเฉิน ความรุนแรงของโรคและการบาดเจ็บ

ผลงานเปรียบเทียบเป้าหมาย

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ตั้งแต่ตุลาคม ๒๕๖๐ – พฤษภาคม ๒๕๖๑ พบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง ๖ ราย (ที่ ER ๒ ราย ขณะส่งต่อ ๔ ราย) จากการบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ สาเหตุจากอุบัติเหตุจราจร ๔ ราย ตกจากที่สูง ๑ ราย และถูกทำร้ายร่างกาย ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๙๘

ยุทธศาสตร์: Service Excellence (ด้านบริการที่เป็นเลิศ)

แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ

โครงการที่๓๒ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลและการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค

อ.คอนสวรรค์ จ.ชัยภูมิ

ตัวชี้วัดที่ ๕๑ : อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรครายใหม่

สถานการณ์

องค์การอนามัยโลกได้จัดกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง (High Burden Country Lists) เป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่ ๑) มีภาระโรควัณโรคสูง (TB) ๒) มีภาระวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีสูง (TB/HIV) และ ๓) มีวัณโรคคือยาหลายขนานสูง(MDR-TB) ซึ่งประเทศไทยเป็น ๑ ใน ๑๔ ประเทศ ที่มีปัญหาวัณโรคสูงทั้ง ๓ กลุ่มดังกล่าวมา ดังนั้นตั้งแต่ปีพ.ศ. ๒๕๕๙ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB Strategy) โดยมีเป้าหมายลดอุบัติการณ์วัณโรค(Incidence) ให้ต่ำกว่า ๑๐ ต่อแสนประชากรโลกภายในปี พ.ศ. ๒๕๗๘(๒๐๓๕) การจะบรรลุเป้าหมายการลดอุบัติการณ์ดังกล่าวข้างต้น ประเทศไทยต้องมีอัตราการลดอุบัติการณ์เฉลี่ยร้อยละ ๑๒ ต่อปี ในขณะที่ปัจจุบันระยะ ๑๐ ปีที่ผ่านมาประเทศไทยมีอัตราการลดลงของอุบัติการณ์เพียงร้อยละ ๒.๗ ต่อปี ดังนั้นการที่จะบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ยุติวัณโรคจำเป็นต้อง (๑) เร่งรัดการค้นหา วินิจฉัย และรายงาน ให้ครอบคลุมร้อยละ ๙๐(๒) สนับสนุนการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยในประชากรกลุ่มเปราะบางและกลุ่มเสี่ยงวัณโรคให้ครอบคลุมร้อยละ ๙0 (๓) ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบทุกรายให้มีอัตราความสำเร็จการรักษาไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๙๐

กิจกรรมที่ดำเนินการ

๑. ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้เกี่ยวกับ วัณโรค ให้แก่ประชาชนทั่วไปและผู้เกี่ยวข้อง ได้เข้าถึงข้อมูล/ความรู้
๒. คัดกรองกลุ่มเสี่ยง ๗+๑ ได้แก่ ผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยTB(ร่วมบ้าน/ทำงาน>๘ชม.:วันหรือ>๑๒๐ชม./สัปดาห์ ผู้สูงอายุประเภทติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวาน/ความดัน/COPD/ ผู้ติดเชื้อHIV/AIDs แรงงานต่างด้าว ผู้ต้องขัง โรคจากการประกอบอาชีพ และบุคลากรสาธารณสุข
๓. ทุกสถานบริการสาธารณสุขมีพี่เลี้ยงและให้บริการผู้ป่วยวัณโรคแบบ DOT ทุกวัน

ผลการดำเนินงาน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๐-๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑)

อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรครายใหม่ Quick Win ๑= ผ่าน

๑. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลและการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค อ.คอนสวรรค์ จ. ชัยภูมิ โดยคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ๑๐๐ % ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่เพื่อเข้าสู่ระบบการรักษา

๒. จัดประชุมเรื่องการรักษาวัณโรคแบบครบวงจร เป็นการบูรณาการทำงานวัณโรคโดยอาศัยการทำงานเป็น ทีมสหวิชาชีพทั้งบุคลากรในโรงพยาบาล สถานีอนามัยและชุมชนเพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานอย่างชัดเจน เริ่มตั้งแต่การคัดกรองค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ => การรักษา => ระบบยา => การส่งต่อ => การติดตาม => ประเมินผล ซึ่งจะต้องทำงานเป็นทีมอย่างต่อเนื่อง

๓. เกิดวัฒนธรรมใหม่ด้านการรักษาวัณโรคด้วยการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เนื่องจากมีผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับบริการ DOT ที่สถานบริการ รักษาหายเป็นแบบอย่างของผู้ป่วยวัณโรครายอื่นๆ ยอมรับบริการ DOT ด้วยความพึงพอใจ เกิดการตระหนักของคนในชุมชน ส่งผลให้เกิดวัฒนธรรมใหม่ของการรักษาวัณโรค โดยที่ผู้ป่วยไปกินยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ทุกวัน

สถานการณ์การทำ DOT ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษา

จำนวนผู้ป่วยวัณโรค ๓๓ ราย

| สรุปผลการรักษา | | | | | | | | | | | |
|----------------|----|-----|----------------------------|----|-----|--------------------------|----|-----|------------------------|-----------------|-----|
| รักษาหาย | | | รักษาอยู่/ รพ.คอนสวรรค์ | | | รักษาอยู่/ รพ.ชัยภูมิ | | | รักษาอยู่/ รพ.อื่นๆ | | |
| M+ | M- | รวม | M+ | M- | รวม | M+ | M- | รวม | M+ | M- | รวม |
| ๔ | ๐ | ๔ | ๑๒ | ๕ | ๑๗ | ๑ | ๘ | ๙ | ๑ | ๑ | ๒ |
| | | | | | | | | | รพ. บางพลี | รพ. แก้งคร้อ | |

หยุดยา ๑ ราย เนื่องจากผู้ป่วยอายุ ๘๐ ปี AFB ๓+ หลังกินยาได้ ๓ สัปดาห์ มีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย หายใจไม่สะดวก Refer รพ.ชัยภูมิ

ผลการดำเนินงานคัดกรองวัณโรค ด้วยการ X-Rayกลุ่มเป้าหมาย (๗+๑)

| กลุ่มเสี่ยง | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
|---|----------|-------|--------|
| ผู้สัมผัส | ๖๓ | ๕๖ | ๘๘.๙ |
| ผู้ป่วย DM ที่มีค่า HbA๑C≥๗ | ๗๕๒ | ๕๕๑ | ๗๓.๓ |
| ผู้ติดเชื้อ HIV | ๖๖ | ๖๑ | ๙๒.๔ |
| ผู้สูงอายุ ≥ ๖๕ ปี ที่มีโรคร่วม COPD, Lung Disease | ๑๔๗ | ๑๐๐ | ๖๘.๐ |
| แรงงานข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียน | ๓๖ | ๓๖ | ๑๐๐ |
| ผู้ต้องขังในเรือนจำ | - | - | - |
| บุคลากรทางการแพทย์ | ๒๐๔ | ๒๐๔ | ๑๐๐ |
| สรุปผลงาน | ๑,๒๖๘ | ๑,๐๐๘ | ๗๙.๕ |



จัดประชุมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเรื่องแนวทางการด้านการรักษาพยาบาลและการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค



ทีมหมอครอบครัวติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค

- ยุทธศาสตร์ : People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ)แผนงาน
- แผนงานที่๑๐ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
- โครงการ : โครงการพัฒนาคุณภาพบุคลากรด้านสุขภาพ อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ
- ตัวชี้วัด ๒๗ : ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้
- ตัวชี้วัด ๒๘ : อัตราการคงอยู่ของบุคลากรด้านสุขภาพ

สถานการณ์

โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จัดให้บุคลากรตอบแบบสอบถาม Happinometer ออนไลน์ จากบุคลากรทั้งหมด ๑๕๘ คน เข้าตอบแบบสอบถาม ๑๔๐ คน คิดเป็น ร้อยละ ๘๘.๖๐ พบว่าความสุขของบุคลากรในภาพรวม มีคะแนนสูงสุดที่ ๘๘.๓๑ คะแนน ต่ำสุดที่ ๔๕.๖๙ คะแนน ค่าเฉลี่ย ๖๖.๓๔ % อยู่ในระดับ มีความสุข เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่าทั้ง ๙ ด้าน บุคลากรมีความสุข ในระดับมีความสุขทุกด้าน โดยด้าน Happy work life (การงานดี) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ๖๖.๑๗ % รองลงมา ได้แก่ ด้าน Happy Brain (ใฝ่รู้ดี) ๖๖.๐๒ % ด้าน Happy Body (สุขภาพกายดี) และ ด้าน Happy Heart (น้ำใจดี) ๖๕.๕๗ % ด้าน Happy Soul (จิตวิญญาณดี) ๖๕.๐๗% ส่วนด้านที่ได้ค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ด้าน Happy Money (สุขภาพเงินดี) มีค่าคะแนน ๕๖.๙๖ รองลงมา ได้แก่ ด้าน Happy Family (ครอบครัวดี) ๖๔.๓๖ ด้าน Happy Society (สังคมดี) ๖๔.๕๑ และ ด้าน Happy Relax (ผ่อนคลายดี) ๖๔.๘๒ ตามลำดับ สำหรับความผูกพันของบุคลากร มีค่าคะแนนเฉลี่ย ๖๗.๒๖% อยู่ในระดับ มีความสุข เช่นเดียวกัน

ในส่วนอัตราการคงอยู่ของบุคลากรด้านสุขภาพ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (ต.ค.๒๕๖๐ – พ.ค. ๒๕๖๑) อยู่ที่ ๙๘.๖๓% มีบุคลากรลาออก จำนวน ๕ คน จากทั้งหมด ๑๔๖ คน (ไม่นับลูกจ้างรายวัน/รายคาบ) คิดเป็น ๓.๔๒ % เหตุผลการลาออก ได้แก่ การออกมาทำธุรกิจส่วนตัว (๒ คน) ได้รับการบรรจุเข้ารับราชการ (๑ คน) และ การติดตามคู่สมรสไปทำงานต่างประเทศ/ต่างจังหวัด (๑ คน)

กิจกรรมที่ดำเนินการ

- ๑.วิเคราะห์ปัญหา หาสาเหตุและแนวทางแก้ไขปัญหา
- ๒.จัดทำข้อมูลประวัติบุคลากรให้เป็นปัจจุบัน
- ๓.สำรวจและจัดทำแผนอัตรากำลังตาม Service Plan ของแต่ละหน่วยงาน/ สำรวจความต้องการในการพัฒนาตนเองของบุคลากร
- ๔.สรรหาอัตรากำลังที่ขาดและปฐมนิเทศบุคลากรใหม่
- ๕.มีแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อให้บุคลากรปฏิบัติงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
- ๖.จัดกิจกรรมส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรมของบุคลากร
- ๗.จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรภายในหน่วยงาน
- ๘.จัดให้มีการตรวจสุขภาพ ปีละ ๑ ครั้ง
- ๙.ประเมินสมรรถนะบุคลากรเพื่อให้บุคลากรพัฒนาตนเองตามส่วนที่ขาดและส่งเสริมจุดแข็ง ๒ ครั้ง/ปี
- ๑๐.จัดกิจกรรมการพัฒนางานองค์กร (OD)
- ๑๑.จัดกิจกรรม HAPPY MONEY ให้กับบุคลากรที่สนใจ
- ๑๒.สำรวจความพึงพอใจรวมทั้งความผูกพันและความสุขในการทำงานของบุคลากร
- ๑๓.วิเคราะห์ผลและทบทวนหาแนวทางแก้ไขปัญหายังอย่างต่อเนื่อง

ผลการดำเนินงาน

| ผลการสำรวจความสุขคนทำงาน โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ | | | | | | | | | | |
|--|---------|--------|----------|---------|-------------|------------|---------|----------|--------------|----------|
| มิติ | ความสุข | สุขภาพ | ผ่อนคลาย | น้ำใจดี | จิตวิญญาณดี | ครอบครัวดี | สังคมดี | ใฝ่รู้ดี | สุขภาพเงินดี | การงานดี |
| ค่าคะแนนความสุขเฉลี่ย | 65.5 | 64.8 | 65.5 | 65.0 | 64.5 | 64.5 | 66.0 | 56.9 | 66.1 | 64.34 |
| ระดับความสุข | 😊 | 😊 | 😊 | 😊 | 😊 | 😊 | 😊 | 😊 | 😊 | 😊 |



แผนการพัฒนา

๑. จัดทำโครงการ บุคลากรมีความสุข สนุกทำงาน สานสัมพันธ์ ไทคอนสวรรค์

โครงการ : โครงการพัฒนาคุณภาพบุคลากรด้านสุขภาพ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคอนสวรรค์
 ตัวชี้วัด 27 : ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้

สถานการณ์

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคอนสวรรค์ จัดให้บุคลากรตอบแบบสอบถาม Happinometer ออนไลน์ จากบุคลากรทั้งหมด 66 คน เข้าตอบแบบสอบถาม 30 คน คิดเป็น ร้อยละ 45.45 พบว่าความสุขของบุคลากรในภาพรวม มีคะแนนสูงสุดที่ 86.60 คะแนน ต่ำสุดที่ 47.30 คะแนน ค่าเฉลี่ย 62.76% อยู่ในระดับ มีความสุข โดย รพ.สต.ห้วยไร่ มีค่าเฉลี่ยความสุขของบุคลากรสูงสุด ที่ 75.32 % รองลงมา ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุข 64.02% รพ.สต.โนนสะอาด 63.02% และ รพ.สต.บ้านฝาย 61.76% ตามลำดับ รพ.สต.ที่บุคลากรมีความสุขโดยเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ รพ.สต.บ้านนาฮี 57.09% รองลงมา รพ.สต.คอนสวรรค์ 59.69% และ รพ.สต.บ้านโสก 60.04% ตามลำดับ เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า บุคลากรมีความสุขในระดับ มีความสุข จำนวน 8 ด้าน จากทั้งหมด 9 ด้าน โดยด้าน Happy Family (ครอบครัวดี) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 70.28% รองลงมาได้แก่ ด้าน Happy Heart (น้ำใจดี) 69.17% และ ด้าน Happy Body (สุขภาพกายดี) 66.50% ตามลำดับ ส่วนด้านที่ได้ค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ด้าน Happy Money (สุขภาพเงินดี) 44.38% (อยู่ในระดับไม่มีความสุข) รองลงมา ได้แก่ ด้าน Happy Relax (ผ่อนคลายดี) 56.17% และ Happy work life (การทำงานดี) 63.28% ตามลำดับ สำหรับความผูกพันของบุคลากร มีค่าคะแนนเฉลี่ย 65.28% อยู่ในระดับ มีความสุข เช่นเดียวกัน โดย รพ.สต.โนนสะอาดมีความผูกพันสูงสุด 70.15% และรพ.สต.นาฮี มีความผูกพันน้อยที่สุด 43.06% (ในระดับไม่มีความสุข)

กิจกรรมที่ดำเนินการ

- ๑.วิเคราะห์ปัญหา หาสาเหตุและแนวทางแก้ไขปัญหา
- ๒.จัดทำข้อมูลประวัติบุคลากรให้เป็นปัจจุบัน
- ๓.สำรวจและจัดทำแผนอัตรากำลังตาม Service Plan ของแต่ละหน่วยงาน
- ๔.สรรหาอัตรากำลังที่ขาดและปฐมนิเทศบุคลากรใหม่
- ๕.สำรวจความต้องการในการพัฒนาตนเองของบุคลากร
- ๖.มีแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อให้บุคลากรปฏิบัติงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
- ๗.จัดกิจกรรมส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรมของบุคลากร
- ๘.จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรภายในหน่วยงาน
- ๙.จัดให้มีการตรวจสุขภาพ ปีละ ๑ ครั้ง
- ๑๐.ประเมินสมรรถนะบุคลากรเพื่อให้บุคลากรพัฒนาตนเองตามส่วนที่ขาดและส่งเสริมจุดแข็ง ๒ ครั้ง/ปี
- ๑๑.จัดกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพ (OD)
- ๑๒.สำรวจความพึงพอใจรวมทั้งความผูกพันและความสุขในการทำงานของบุคลากร
- ๑๓.วิเคราะห์ผลและทบทวนหาแนวทางแก้ไขปัญหาย่างต่อเนื่อง

ผลการดำเนินงาน

| ผลการสำรวจความสุขคนทำงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|
| มิติ ความสุข |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ความสุขภาพรวม |
| ค่าคะแนน ความสุขเฉลี่ย | สุขภาพ กายดี | ผ่อนคลายดี | น้ำใจดี | จิต วิญญาณดี | ครอบครัว ดี | สังคมดี | ไม่รู้สึก | สุขภาพ เงินดี | การทำงานดี | HAPPINOMETER |
| ค่าเฉลี่ย (เต็ม 100 คะแนน) | 66.5 | 56.1 | 69.1 | 65.5 | 70.2 | 65.6 | 63.8 | 44.3 | 63.2 | 62.76 |
| ระดับความสุข |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ตัวชี้วัด ๒๙ - ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ

สถานการณ์

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดมาตรการ ๓ ป.๑ค. ในการป้องกันการทุจริตประกอบด้วย(๑)ปลูก/ปลูกจิตสำนึก (๒)ป้องกัน(๓)ปราบปราม และ(๔)เครือข่าย มุ่งเน้นกลยุทธ์การป้องกันตามนโยบายรัฐบาล ดำเนินงานผ่านกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ตามหลักธรรมาภิบาล ช่วยยกระดับค่าดัชนีการรับรู้ทุจริต ให้สูงขึ้นตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริต ระยะที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔) ในปี ๒๕๖๑ คือ ๔๔ คะแนน จึงกำหนดให้หน่วยงานระดับจังหวัด(สป.)/หน่วยงานระดับอำเภอ(สป.) จำนวนทั้งสิ้น ๑,๘๕๐ แห่ง ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐมุ่งเน้นการประเมินตนเองตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานให้เกินความโปร่งใสและตรวจสอบได้หากผลการประเมิน ITA สำหรับหลักฐานเชิงประจักษ์ของกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๙๐ จะช่วยสนับสนุนการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานและดัชนีการรับรู้การทุจริตของประเทศไทยมีลำดับและคะแนนดีขึ้น ดังนั้นท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลจึงได้เล็งเห็นความสำคัญ เพื่อพัฒนาบุคลากรในโรงพยาบาล และได้จัดประชุมชี้แจง มอบนโยบายการดำเนินงาน

- ขั้นตอน/วิธีการดำเนินงาน**
๑. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินโรงพยาบาล คุณธรรมและความโปร่งใส
 ๒. ประชุมชี้แจงการดำเนินงาน ผู้อำนวยการมอบนโยบาย
 ๓. บุคลากรทุกคนร่วมแสดงเจตจำนงการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลและความโปร่งใส
 ๔. การนำองค์กรด้วยความซื่อสัตย์สุจริต มีคุณธรรมโปร่งใสปราศจากการทุจริต ลงวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๑
 ๕. เก็บรวบรวมแบบประเมินของหน่วยงานเพื่อนำมาปรับปรุงส่วนที่ขาดหาแนวทางแก้ไข
 ๖. รวบรวมและสรุปผลการดำเนินงาน

ไตรมาสที่ ๒ ผลการประเมินได้ร้อยละ ๙๐.๙๑ คะแนน ผ่านเกณฑ์

| | |
|------------------------------------|-------|
| สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ | 84.85 |
| โรงพยาบาลชัยภูมิ | 30.30 |
| สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกษตรสมบูรณ์ | 0.00 |
| สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแก้งคร้อ | 0.00 |
| สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคอนสวรรค์ | 42.42 |
| สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคอนสาร | 0.00 |
| สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจัตุรัส | 0.00 |
| สำนักงานสาธารณสุขอำเภอซับใหญ่ | 0.00 |

ผล

| คะแนน ITA | ไตรมาสที่ 2 ปี 61 | รวม |
|---|-------------------|-----|
| คะแนนเฉลี่ยระดับเขตสุขภาพที่ 9 | 62.03 | |
| คะแนนเฉลี่ยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ | 44.54 | |
| 54 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ | 84.85 | ไม่ |
| 54.1 โรงพยาบาลชัยภูมิ | 30.30 | |
| 54.2 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกษตรสมบูรณ์ | 0.00 | |
| 54.3 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแก้งคร้อ | 0.00 | |
| 54.4 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคอนสวรรค์ | 42.42 | |
| 54.5 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคอนสาร | 0.00 | |
| 54.6 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจัตุรัส | 0.00 | |
| 54.7 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอซับใหญ่ | 0.00 | |
| 54.8 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเทพสถิต | 30.30 | |
| 54.9 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเนินสง่า | 30.30 | |
| 54.10 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านเขว้า | 90.91 | |
| 54.11 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านแท่น | 66.67 | |
| 54.12 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอป่าพะยอม | 48.48 | |
| 54.13 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภักดีชุมพล | 30.30 | |
| 54.14 สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุชัย | 60.61 | |
| 54.15 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชัยภูมิ | 0.00 | |
| 54.16 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองบัวแดง | 0.00 | |
| 54.17 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองบัวระเหว | 30.30 | |
| 54.18 โรงพยาบาลแก้งคร้อ | 0.00 | |
| 54.19 โรงพยาบาลอุชัย | 96.97 | |
| 54.20 โรงพยาบาลหนองบัวแดง | 42.42 | |
| 54.21 โรงพยาบาลจัตุรัส | 0.00 | |
| 54.22 โรงพยาบาลป่าพะยอม | 78.79 | |
| 54.23 โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ | 84.85 | |
| 54.24 โรงพยาบาลคอนสวรรค์ | 90.91 | |
| 54.25 โรงพยาบาลคอนสาร | 0.00 | |
| 54.26 โรงพยาบาลเทพสถิต | 42.42 | |
| 54.27 โรงพยาบาลเนินสง่า | 90.91 | |
| 54.28 โรงพยาบาลบ้านเขว้า | 78.79 | |
| 54.29 โรงพยาบาลบ้านแท่น | 90.91 | |
| 54.30 โรงพยาบาลภักดีชุมพล | 87.88 | |
| 54.31 โรงพยาบาลหนองบัวระเหว | 72.73 | |
| 54.32 โรงพยาบาลซับใหญ่ | 66.67 | |
| คะแนนเฉลี่ยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา | 62.17 | |
| 55 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา | 84.85 | ไม่ |
| 55.1 โรงพยาบาลนครราชสีมา | 54.55 | |
| 55.2 โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา | 84.85 | |

การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐตัวชี้วัดที่ 60 ร้อยละของหน่วยงานผ่านเกณฑ์ประเมิน ITA ไตรมาสที่ 2 วัดระดับความสำเร็จของดัชนีความโปร่งใส ข้อ EB4-EB6

กิจกรรมการ





โครงการ : ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส

KPI : ร้อยละการซื้อพร้อมของยา เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ วัสดุทันตกรรม

สถานการณ์

ปีงบประมาณ ๒๕๕๖ จัดซื้อยาทั้งหมด ๕,๙๘๐,๖๘๓.๖๑ บาท มีมูลค่าจัดซื้อยาร่วม ๕๕๘,๓๔๐.๘๑ บาท
 ปีงบประมาณ ๒๕๕๗ จัดซื้อยาทั้งหมด ๖,๙๕๗,๒๓๕.๔๔ บาท มีมูลค่าจัดซื้อยาร่วม ๕๐๙,๑๗๓.๗๘ บาท
 ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ จัดซื้อยาทั้งหมด ๖,๙๙๑,๘๑๕.๐๓ บาท มีมูลค่าจัดซื้อยาร่วม ๑,๐๘๓,๐๖๙.๘๖ บาท
 ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ จัดซื้อยาทั้งหมด ๙,๗๔๗,๙๖๕.๙๒ บาท มีมูลค่าจัดซื้อยาร่วม ๑,๕๒๓,๗๔๗.๔๐ บาท
 ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ จัดซื้อยาทั้งหมด ๙,๕๑๔,๖๙๙.๗๖ บาท มีมูลค่าจัดซื้อยาร่วม ๑,๖๗๔,๔๕๐.๖๐ บาท
 ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จัดซื้อยาทั้งหมด ๕,๙๗๐,๖๗๕.๕๑ บาท มีมูลค่าจัดซื้อยาร่วม ๔๗๑,๗๑๓.๐๐ บาท

การจัดซื้อยาในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ มีการจัดซื้อยาเพิ่มมากขึ้น และมูลค่าการจัดซื้อยาร่วมก็มีมูลค่าเพิ่มขึ้น โดยมีการจัดซื้อตามรายการยาร่วมจังหวัด ถึงเป้าหมายร้อยละ ๑๕ ในรอบ ๓ เดือน และรอบ ๖ เดือน แต่ไม่ถึงเป้าหมายร้อยละ ๒๐ ในรอบ ๙ เดือน

| ปีงบประมาณ | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
|----------------|-----------|--------------|--------|
| ๒๕๕๖ | | ๕๕๘,๓๔๐.๘๑ | ๙.๓๔ |
| ๒๕๕๗ | | ๕๐๙,๑๗๓.๗๘ | ๗.๓๒ |
| ๒๕๕๘ | | ๑,๐๘๓,๐๖๙.๘๖ | ๑๕.๔๙ |
| ๒๕๕๙ | | ๑,๕๒๓,๗๔๗.๔๐ | ๑๕.๖๓ |
| ๒๕๖๐ | | ๑,๖๗๔,๔๕๐.๖๐ | ๑๗.๖๐ |
| ๒๕๖๑ (๘ เดือน) | ร้อยละ ๑๕ | ๔๗๑,๗๑๓.๐๐ | ๑๔.๗๓ |

ผลงานเปรียบเทียบเป้าหมาย

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๐ พบว่า มีมูลค่าการจัดซื้อพร้อมยาไม่ถึงเป้าหมายร้อยละ ๒๐ ในรอบ ๙ เดือน

มาตรการ

๑. สรุปรายการคลังปีงบประมาณ ๒๕๖๐
๒. จัดทำแผนจัดซื้อปีงบประมาณ ๒๕๖๑
๓. สรุปรายการยาใกล้ขาดคลังประจำเดือน
๔. ดำเนินการจัดซื้อตามระเบียบพัสดุ โดยจัดซื้อตามรายการยาร่วมจังหวัด
๕. สรุปรวมมูลค่าการจัดซื้อในแต่ละเดือน
๖. รายงานผลมูลค่าการจัดซื้อพร้อมยาในแต่ละไตรมาส
๗. ปรับแผนการจัดซื้อให้เหมาะสมกับสถานการณ์การใช้ยา

เป้าหมาย

| รอบ ๓ เดือน | รอบ ๖ เดือน | รอบ ๙ เดือน | รอบ ๑๒ เดือน |
|---|---|---|---|
| ร้อยละ ๑๐ | ร้อยละ ๑๕ | ร้อยละ ๒๐ | ร้อยละ ๒๐ |
| ประมวลผลจาก มูลค่าการจัดซื้อยาร่วม ไตรมาส ๑ | ประมวลผลจาก มูลค่าการจัดซื้อยาร่วม ไตรมาส ๒ | ประมวลผลจาก มูลค่าการจัดซื้อยาร่วม ไตรมาส ๓ | ประมวลผลจาก มูลค่าการจัดซื้อยาร่วม ไตรมาส ๔ |

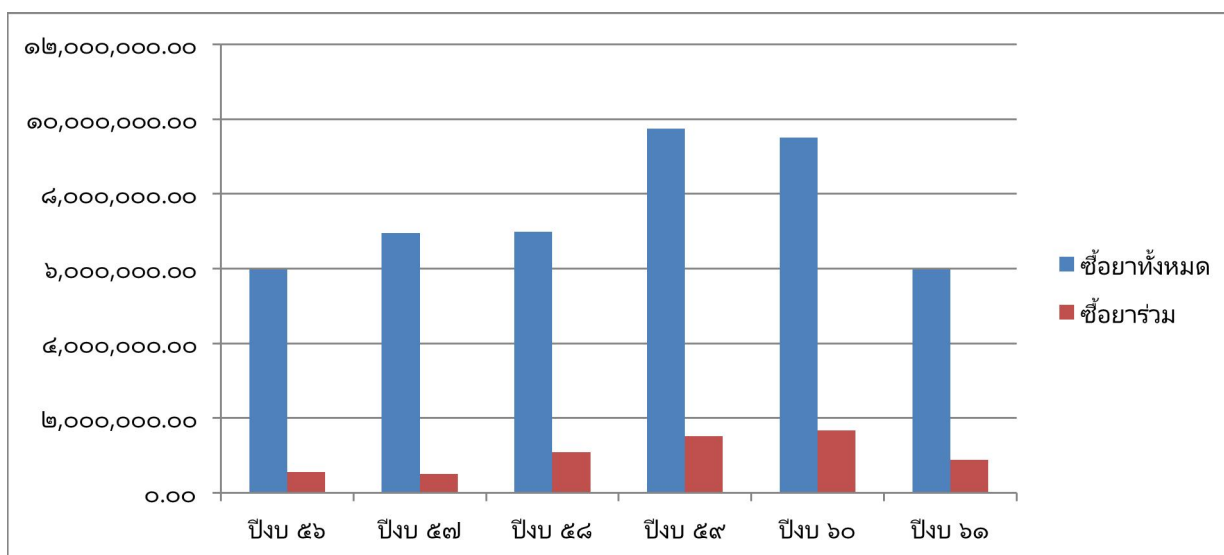
การติดตามและประเมินผล

๑. จากข้อมูลมูลค่าการจัดซื้อร่วมยาในแต่ละเดือน
๒. รายงานผลมูลค่าการจัดซื้อร่วมยาในแต่ละไตรมาส

ปัญหาและอุปสรรค

๑. จำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น
๒. มีการเพิ่มรายการยาในบัญชียาโรงพยาบาล
๓. รายการยาที่มีมูลค่าการใช้สูงบางรายการไม่ได้อยู่ในรายการจัดซื้อร่วม

มูลค่าการจัดซื้อยา



ตัวชี้วัด การจัดซื้อวัสดุทันตกรรม ร้อยละ ๒๐

สถานการณ์ย้อนหลัง

| ปีงบประมาณ | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
|-------------|----------|---------|--------|
| ๒๕๕๘ | ๔๓๖,๐๕๗ | ๑๐๖,๗๖๐ | ๒๔.๔๘ |
| ๒๕๕๙ | ๓๖๓,๘๙๑ | ๖๙,๘๐๔ | ๑๙.๑๘ |
| ๒๕๖๐ | ๓๔๔,๓๙๒ | ๑๕๖,๖๓๙ | ๔๕.๔๘ |
| ตค.๖๐-พค.๖๑ | ๑๗๗,๙๗๓ | ๗๗,๐๕๒ | ๔๓.๒๙ |

กิจกรรมที่ดำเนินการ

๑. สำรวจการใช้วัสดุย้อนหลัง 3 ปี, สำรวจวัสดุคงคลัง / คงเหลือสิ้นปีที่ผ่านมา สำรวจความต้องการใช้งาน
๒. กำหนดปริมาณการจัดซื้อวัสดุทันตกรรม รายไตรมาส
๓. ดำเนินการจัดซื้อตามแผน
๔. ประเมินแผนการจัดซื้อวัสดุทันตกรรมทุกไตรมาส
๕. ปรับแผนการจัดซื้อตามแนวโน้มปริมาณผู้มารับบริการ แผนงาน/โครงการ

ปัญหาและอุปสรรค

๑. การปรับขึ้นราคาสินค้าของบริษัทผู้แทนจำหน่าย

แนวทางการพัฒนา

๑. เสนอกลุ่มงานทันตกรรม สสจ.ชัยภูมิ เพิ่มชนิดวัสดุทันตกรรมที่จัดซื้อร่วม

ผลงานเปรียบเทียบเป้าหมาย

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

มูลค่าจัดซื้อวัสดุทันตกรรมทั้งหมด

๑๗๗,๙๗๓ บาท

โดยมีมูลค่าจัดซื้อวัสดุทันตกรรม

๗๗,๐๕๒ บาท คิดเป็นร้อยละ ๔๓.๒๙

ของมูลค่าจัดซื้อวัสดุ ทันตกรรมทั้งหมด

ผ่านเกณฑ์

ตัวชี้วัด ลดต้นทุนการจัดการซื้อวัสดุการแพทย์

สถานการณ์ย้อนหลัง ๓ ปี

| ปีงบประมาณ | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
|------------|-----------|-----------|--------|
| ๒๕๕๙ | ๒,๒๔๘,๗๓๑ | ๒,๓๕๐,๘๘๕ | ๘๘.๕๕ |
| ๒๕๖๐ | ๒,๒๑๖,๔๒๐ | ๒,๒๘๐,๓๔๗ | ๑๐๒.๘๙ |
| ๒๕๖๑ | ๓,๑๙๙,๗๖๖ | ๒,๑๐๙,๕๕๘ | ๖๕.๙๓ |

กิจกรรมที่ดำเนินการ

๑. การตรวจเช็ค สรุปลงคลัง ทั้งคลังย่อย และคลังใหญ่ เป็นประจำทุกเดือน
๒. มีระบบ FI/FO ที่เป็นปัจจุบัน และให้ระบบการติดตามอย่างสม่ำเสมอต่อเนื้อที่ทั้ง CUP
๓. Feed Back ข้อมูลคืนให้หน่วยบริการทุกเดือน
๔. ติดตามระบบ Delivery ให้มีคุณภาพ
๕. มีการการแรงจูงใจ/โน้มน้าว เรื่องการประหยัด ในหน่วยงานที่สามารถลดค่าใช้จ่ายลดลง โดยมีการประกวดพร้อมมีรางวัลให้
๖. การจัดให้มี Stock ให้น้อยที่สุด
๗. มีการสั่งซื้อ/จ้าง ในระบบ จังหวัดประมูล/รายการและราคากลางจังหวัด
๘. การจัดซื้อ ตามระเบียบวัสดุ อย่างเคร่งครัด

ผลงานเปรียบเทียบเป้าหมาย

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๑

เป้าหมาย ๓,๑๙๙,๗๖๖ บาท

ตุลาคม ๒๕๖๐ – พฤษภาคม ๒๕๖๑

จัดซื้อ ๒,๑๐๙,๕๕๘ บาท (๖๕.๙๓ %)

ปัญหาและอุปสรรค/ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

๑. พบวัสดุ หลอดทดสอบ น้ำยา หมดยุ ใน Stock
๒. การติดตามไปยังหน่วยงาน รวมถึงรพ.สต. ให้การใช้วัสดุเป็นไปด้วยความเหมาะสม โดยการติดตามพร้อมทีมตรวจสอบภายใน ๒ ครั้ง/ปี

แนวทางการพัฒนา

๑. เปลี่ยนผู้รับผิดชอบ Stock เป็นกลุ่มการพยาบาล
๒. จัดทำตารางการเบิกวัสดุ ประสาน และแจกเอกสารให้ทุกงานที่

ตัวชี้วัด ต้นทุนการจัดการซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์

สถานการณ์ย้อนหลัง ๓ ปี

| ปีงบประมาณ | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
|------------|-----------|-----------|--------|
| ๒๕๕๙ | ๒,๖๕๔,๙๓๓ | ๒,๓๕๐,๘๘๕ | ๘๘.๕๕ |
| ๒๕๖๐ | ๒,๗๖๙,๓๙๐ | ๒,๖๒๓,๑๐๕ | ๙๔.๗๒ |
| ๒๕๖๑ | ๒,๘๙๙,๙๔๐ | ๑,๖๘๖,๕๒๖ | ๕๘.๑๖ |

ผลงานเปรียบเทียบเป้าหมาย

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๑

แผนจัดซื้อปี ๒,๘๙๙,๙๔๐บาท

ตุลาคม๒๕๖๐-พฤษภาคม ๒๕๖๑

จัดซื้อ๑,๖๘๖,๕๒๖บาท (๕๘.๑๖%)

แนวทางการดำเนินงาน

- ๑.การตรวจเช็ค สรุปลงคลัง ทั้งคลังย่อย และคลังใหญ่ เป็นประจำทุกเดือน
- ๒.มีระบบ FI/FO ที่เป็นปัจจุบัน และให้ระบบการติดตามอย่างสม่ำเสมอต่อเนื้ออง ทั้ง CUP
- ๓.Feed Back ข้อมูลคืนให้หน่วยบริการทุกเดือน
- ๔.ติดตามระบบ Delivery ให้มีคุณภาพ
- ๕.มีการการแรงจูงใจ/โน้มน้าว เรื่องการประหยัด ในหน่วยงานที่สามารถลดค่าใช้จ่ายลดลง โดยมีการประกวดพร้อมมีรางวัลให้
- ๖.การจัดให้มี Stock ให้น้อยที่สุด
- ๗.มีการสั่งซื้อ/จ้าง ในระบบ จังหวัดประมุล/รายการและราคากลางจังหวัด
- ๘.การจัดซื้อ ตามระเบียบวัสดุ อย่างเคร่งครัด

ปัญหาและอุปสรรค/ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

การติดตามไปยังหน่วยงาน รวมถึงรพ.สต. ให้การใช้วัสดุเป็นไปด้วยความเหมาะสม โดยการติดตามพร้อมทีมตรวจสอบภายใน ๒ ครั้ง/ปี

แนวทางการพัฒนา

- ๑.เปลี่ยนผู้รับผิดชอบ Stock เป็นกลุ่มการพยาบาล (ซึ่งรับวัสดุการแพทย์) ยกเว้น ประเภทน้ำยา
- ๒.จัดทำตารางการเบิกวัสดุ ประสาน และแจกเอกสารให้ทุกงานที่เกี่ยวข้อง

ตัวชี้วัด ลดต้นทุนการจัดการซื้อวัสดุเอกซเรย์

สถานการณ์ย้อนหลัง ๓ ปี

| ปีงบประมาณ | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
|------------|----------|---------|--------|
| ๒๕๕๙ | ๑๖๗,๘๐๐ | ๑๑๙,๒๒๕ | ๗๑.๐๖ |
| ๒๕๖๐ | ๓๓๑,๐๐๐ | ๒๑๒,๒๒๒ | ๖๔.๑๒ |
| ๒๕๖๑ | ๓๖๐,๐๐๐ | ๒๔๐,๐๐๐ | ๖๖.๖๗ |

กิจกรรมที่ดำเนินการ

- ๑.สรุปคงคลังคงเหลือประจำปี
- ๒.สำรวจความต้องการของหน่วยงาน
- ๓.นำระบบ pacs เข้าแทน การล้างฟิล์มด้วยน้ำยาล้างฟิล์ม เพื่อเป็นการพัฒนางานคุณภาพบริการ สิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตของเจ้าหน้าที่

ผลงานเปรียบเทียบเป้าหมาย

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๑

แผนจัดซื้อปี ๓๖๐,๐๐๐ บาท

ตุลาคม ๒๕๖๐ – พฤษภาคม ๒๕๖๑

จัดซื้อ ๒๔๐,๐๐๐บาท (๖๖.๖๗%)

แนวทางการพัฒนา

- ๑.เปลี่ยนผู้รับผิดชอบ Stock เป็นกลุ่มการพยาบาล (ซึ่งรับวัสดุการแพทย์) ยกเว้น ประเภทน้ำยา
- ๒.จัดทำตารางการเบิกวัสดุ ประสาน และแจกเอกสารให้ทุกงานที่เกี่ยวข้อง

ตัวชี้วัด ๓๑ ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน

สถานการณ์

การควบคุมภายใน คือ กระบวนการที่ผู้กำกับดูแล ฝ่ายบริหาร และบุคลากรทุกระดับของหน่วยงานรับตรวจ กำหนดให้ดีขึ้นเพื่อให้มีความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

๑)การดำเนินงาน หมายถึง การบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึง การดูแลทรัพย์สิน การป้องกันหรือลดความผิดพลาดเสียหาย การรั่วไหล การสิ้นเปลืองหรือการทุจริตของหน่วย รับผิดชอบ

๒)การรายงานทางการเงิน หมายถึง รายงานการเงินที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้ภายในและภายนอกหน่วยรับ ตรวจ เป็นไปอย่างถูกต้อง เชื่อถือได้ และทันเวลา

๓)การปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ หรือมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของหน่วยตรวจสอบ รวมทั้งการปฏิบัติตามนโยบาย และวิธีการปฏิบัติงานที่องค์กรได้กำหนดขึ้น

กิจกรรมที่ดำเนินการ

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมภายในระดับอำเภอคอนสวรรค์ (คปสอ.)
๒. แผนการออกตรวจสอบภายในระดับอำเภอ ปีละ ๒ ครั้ง ครอบคลุมทั้งอำเภอ
๓. รวบรวมและสรุปผลการออกประเมินการควบคุมภายใน
๔. รายงานผลการดำเนินงาน
 - พิจารณาวิธีการปรับปรุงแก้ไขการควบคุมจากผลการประเมินฯ
 - กำหนดมาตรการที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินการตามข้อเสนอแนะ
 - ส่งการให้ผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการแก้ไขข้อบกพร่อง
 - ชี้แจงเหตุผลที่ไม่จำเป็นต้องดำเนินการใด ๆ ตามข้อเสนอแนะ

ปัญหาและอุปสรรค/ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

๑. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบขาดความรู้ความเข้าใจในระบบการ ควบคุมภายใน
๒. บุคลากรภาระงานค่อนข้างมากทำงานหลายหน้าที่

แนวทางการพัฒนา

๑. จัดอบรมให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ที่ รับผิดชอบเพื่อหาแนวทางร่วมกัน
๒. ขอสนับสนุนบุคลากร

กิจกรรมการดำเนินงาน คณะตรวจสอบภายในระดับจังหวัดดำเนินการติดตามในวันที่ ๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑(รอบที่ ๑)



Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)

แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัด ร้อยละของโรงพยาบาลดำเนินการตามมาตรการ 2P Safety

ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA)

๑. สถานการณ์

อำเภอคอนสวรรค์ เป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับทุติยภูมิ ๒.๑ ที่มีความพร้อมในการดำเนินงานด้าน Community Medicine ภายใต้ระบบ DHS (District Health System) เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ยึดชุมชนเป็นศูนย์กลางในการทำงาน มีกระบวนการประสานงาน ประชุมชี้แจง พัฒนาศักยภาพของแต่ละเครือข่ายโดยการสอนงาน(Coaching) เสริมพลังอำนาจ (Empowerment) สนับสนุนวิชาการและวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงาน สร้างหอประจำครอบครัวระดับอำเภอ ตำบล ชุมชน โดยใช้แนวคิดใกล้บ้าน ใกล้ใจ และมุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการดูแลประชาชนทั้ง ๕ กลุ่มวัยแบบบูรณาการ พัฒนาระบบการให้บริการ EMS ที่มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงบริการที่จำเป็น พัฒนาศักยภาพบุคลากร ทั้งทีมแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางสาขาต่างๆของงานสุขภาพชุมชนรวมทั้งเครือข่ายอาสาสมัคร จิตอาสา เพื่อดูแลกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ ส่งเสริมให้เครือข่ายมีศักยภาพในการดูแลกลุ่มเป้าหมายทั้ง ๕ กลุ่มวัย ตั้งแต่กระบวนการค้นหาปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหในระดับพื้นที่ มีการพัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาตามบริบทแต่ละพื้นที่ให้เกิดความเข้มแข็ง ยอมรับในผลลัพธ์ร่วมกัน และเป็นแหล่งเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เกิดความภาคภูมิใจในความสำเร็จร่วมกัน กลุ่มเป้าหมายสามารถจัดการสุขภาพตนเองภายใต้วิถีชีวิตที่พอเพียงและอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

วิสัยทัศน์

“ยิ้มแย้มแจ่มใส ใส่ใจบริการ ด้วยมาตรฐานวิชาชีพ จัดการระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างพอเพียง”

พันธกิจ

ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม ที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน พัฒนาศักยภาพให้มีศักยภาพสนับสนุนความก้าวหน้าทางวิชาการ ทำงานอย่างมีความสุข ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดสวยงามปลอดภัย

เข็มมุ่งขององค์กร

๑. การมุ่งเน้นการรักษาพยาบาลที่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Goal: SIMPLE)

๒. โรงพยาบาลให้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized Organization)

๓. พัฒนาเป็นโรงพยาบาลคุณภาพคู่คุณธรรม

ค่านิยม (values): SMILES

S = Standard = มาตรฐาน ให้บริการตาม “มาตรฐานวิชาชีพ” ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการและผู้ที่เกี่ยวข้อง

M = Management = การจัดการ การทำงานบนฐานของความเป็นจริงร่วมกับเครือข่ายสุขภาพ

I = Improve = การพัฒนา มีการสร้างสรรค์นวัตกรรมและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการวางแผนงานอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อให้การทำงานอย่างมีคุณภาพเกิดเป็นวัฒนธรรมภายในองค์กร

L = Learning = การเรียนรู้ การพัฒนาความรู้ความสามารถทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

E = Empowerment = การเสริมพลัง เป็นการส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง
ว่ามีความสามารถเพียงพอ

S = Service Mind = มีจิตใจในการให้บริการ การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

โรงพยาบาลผ่านการประเมินและรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การ
มหาชน) เมื่อวันที่ ๒๑ ตุลาคม ๒๕๕๗ และได้รับการตรวจเยี่ยมเพื่อประเมินและรับรองซ้ำ เมื่อวันที่ ๒๓-๒๔
กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ อยู่ระหว่างรอผลการรับรอง

๒. มาตรการสำคัญ : มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมดำเนินการ

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการที่นำพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลคอนสวรรค์
๒. กำหนดเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพให้สอดคล้องกับ วิสัยทัศน์ พันธกิจ เข้มมุ่งและค่านิยม
องค์กร
๓. ทีมนำระบบ มีการวิเคราะห์ข้อมูล วางแผนพัฒนา นำสู่การปฏิบัติ การนิเทศติดตาม ประเมินผล
การดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
๔. ทีมนำระบบมีการสื่อสารคืนข้อมูลให้กับผู้ปฏิบัติ เพื่อปรับปรุง แก้ไขปัญหา
๕. ยื่นต่ออายุการรับรองกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

๓. การติดตามและประเมินผล

| รายการข้อมูล | เป้าหมาย | ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ | ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ | ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ |
|--|----------|--------------------|--------------------|---|
| ร้อยละของโรงพยาบาลดำเนินการ ตามมาตรการ 2P Safety | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน |
| ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการ รับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่านการ ประเมิน ๓ ปี หมดอายุ ๒๓ พ.ค.๒๕๖๓ |

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

๑. ผู้นำองค์กรมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพเพื่อความปลอดภัยและความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่
และผู้รับบริการ
๒. การได้รับความร่วมมือที่ดีจากเครือข่ายสุขภาพ ได้รับการสนับสนุนทรัพยากร คน เงิน สิ่งของ
ที่จำเป็นอย่างเพียงพอ
๓. การสื่อสารที่ดีและทั่วถึง ทำให้เจ้าหน้าที่และเครือข่าย รับรู้ปัญหาาร่วมกัน รู้สึกถึงการเป็นเจ้าของ
ทำให้ร่วมมือกันเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในในทิศทางเดียวกัน

Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)

แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัด ร้อยละของโรงพยาบาลดำเนินการตามมาตรการ 2P Safety

ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA)

๑. สถานการณ์

อำเภอคอนสวรรค์ เป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับทุติยภูมิ ๒.๑ ที่มีความพร้อมในการดำเนินงานด้าน Community Medicine ภายใต้ระบบ DHS (District Health System) เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ยึดชุมชนเป็นศูนย์กลางในการทำงาน มีกระบวนการประสานงาน ประชุมชี้แจง พัฒนาศักยภาพของแต่ละเครือข่ายโดยการสอนงาน(Coaching) เสริมพลังอำนาจ (Empowerment) สนับสนุนวิชาการและวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงาน สร้างหอประจำครอบครัวระดับอำเภอ ตำบล ชุมชน โดยใช้แนวคิดใกล้บ้าน ใกล้ใจ และมุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการดูแลประชาชนทั้ง ๕ กลุ่มวัยแบบบูรณาการ พัฒนาระบบการให้บริการ EMS ที่มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงบริการที่จำเป็น พัฒนาศักยภาพบุคลากร ทั้งทีมแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางสาขาต่างๆของงานสุขภาพชุมชนรวมทั้งเครือข่ายอาสาสมัคร จิตอาสา เพื่อดูแลกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ ส่งเสริมให้เครือข่ายมีศักยภาพในการดูแลกลุ่มเป้าหมายทั้ง ๕ กลุ่มวัย ตั้งแต่กระบวนการค้นหาปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหในระดับพื้นที่ มีการพัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาตามบริบทแต่ละพื้นที่ให้เกิดความเข้มแข็ง ยอมรับในผลลัพธ์ร่วมกัน และเป็นแหล่งเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เกิดความภาคภูมิใจในความสำเร็จร่วมกัน กลุ่มเป้าหมายสามารถจัดการสุขภาพตนเองภายใต้วิถีชีวิตที่พอเพียงและอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

วิสัยทัศน์

“ยิ้มแย้มแจ่มใส ใส่ใจบริการ ด้วยมาตรฐานวิชาชีพ จัดการระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างพอเพียง”

พันธกิจ

ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม ที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน พัฒนาศักยภาพให้มีศักยภาพสนับสนุนความก้าวหน้าทางวิชาการ ทำงานอย่างมีความสุข ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดสวยงามปลอดภัย

เข็มมุ่งขององค์กร

๑. การมุ่งเน้นการรักษาพยาบาลที่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Goal: SIMPLE)

๒. โรงพยาบาลให้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized Organization)

๓. พัฒนาเป็นโรงพยาบาลคุณภาพคู่คุณธรรม

ค่านิยม (values): SMILES

S = Standard = มาตรฐาน ให้บริการตาม “มาตรฐานวิชาชีพ” ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการและผู้ที่เกี่ยวข้อง

M = Management = การจัดการ การทำงานบนฐานของความเป็นจริงร่วมกับเครือข่ายสุขภาพ

I = Improve = การพัฒนา มีการสร้างสรรค์นวัตกรรมและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการวางแผนงานอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อให้การทำงานอย่างมีคุณภาพเกิดเป็นวัฒนธรรมภายในองค์กร

L = Learning = การเรียนรู้ การพัฒนาความรู้ความสามารถทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

E = Empowerment = การเสริมพลัง เป็นการส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง
ว่ามีความสามารถเพียงพอ

S = Service Mind = มีจิตใจในการให้บริการ การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

โรงพยาบาลผ่านการประเมินและรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การ
มหาชน) เมื่อวันที่ ๒๑ ตุลาคม ๒๕๕๗ และได้รับการตรวจเยี่ยมเพื่อประเมินและรับรองซ้ำ เมื่อวันที่ ๒๓-๒๔
กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ อยู่ระหว่างรอผลการรับรอง

๒. มาตรการสำคัญ : มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมดำเนินการ

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการที่นำพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลคอนสวรรค์
๒. กำหนดเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพให้สอดคล้องกับ วิสัยทัศน์ พันธกิจ เข้มมุ่งและค่านิยม
องค์กร
๓. ทีมนำระบบ มีการวิเคราะห์ข้อมูล วางแผนพัฒนา นำสู่การปฏิบัติ การนิเทศติดตาม ประเมินผล
การดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
๔. ทีมนำระบบมีการสื่อสารคืนข้อมูลให้กับผู้ปฏิบัติ เพื่อปรับปรุง แก้ไขปัญหา
๕. ยื่นต่ออายุการรับรองกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

๓. การติดตามและประเมินผล

| รายการข้อมูล | เป้าหมาย | ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ | ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ | ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ |
|--|----------|--------------------|--------------------|---|
| ร้อยละของโรงพยาบาลดำเนินการ ตามมาตรการ 2P Safety | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน |
| ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการ รับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่านการ ประเมิน ๓ ปี หมดอายุ ๒๓ พ.ค.๒๕๖๓ |

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

๑. ผู้นำองค์กรมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพเพื่อความปลอดภัยและความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่
และผู้รับบริการ
๒. การได้รับความร่วมมือที่ดีจากเครือข่ายสุขภาพ ได้รับการสนับสนุนทรัพยากร คน เงิน สิ่งของ
ที่จำเป็นอย่างเพียงพอ
๓. การสื่อสารที่ดีและทั่วถึง ทำให้เจ้าหน้าที่และเครือข่าย รับรู้ปัญหาาร่วมกัน รู้สึกถึงการเป็นเจ้าของ
ทำให้ร่วมมือกันเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในในทิศทางเดียวกัน

ตัวชี้วัด ระดับความสำเร็จในการพัฒนา ตามคุณภาพมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว

สถานการณ์ย้อนหลัง ๓ ปี

| ปีงบประมาณ | เกณฑ์ | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
|------------|--------|----------|-----------------|--------|
| ๒๕๖๐ | ๑ แห่ง | ๑ แห่ง | ๑ | ๑๐๐ |
| ๒๕๖๑ | ๓ แห่ง | ๓ แห่ง | รอรับการประเมิน | |

กิจกรรมที่ดำเนินการ

- แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับอำเภอ
- จัดทำโครงการการพัฒนาตามคุณภาพมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาวอย่างต่อเนื่อง
- ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ดำเนินงานตามแผนงานโครงการ โดย...
คณะกรรมการฯติดตามประเมินตามเกณฑ์ คุณภาพ

ผลงานเปรียบเทียบเป้าหมาย

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๑ กำลังพัฒนาเพื่อขอรับรอง รพ.สต.ติดดาว เพิ่มอีก ๓ แห่ง

ภาพกิจกรรม



ปัญหาและอุปสรรค/ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

โอกาสการพัฒนา (จุดอ่อน/อุปสรรค)

| โอกาส | อุปสรรค |
|--|--|
| งบประมาณสนับสนุนจาก สปสช. | การพัฒนาระบบอินเทอร์เน็ตความเร็วสูง ยังไม่ครอบคลุม |
| ความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุข | ประชาชนขาดความตระหนัก |
| สร้างความตระหนักและให้ประชาชนรู้จักหน้าที่ของตนเองในการดูแลสุขภาพ | |
| การสนับสนุนและความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายกองทุนตำบลต้องการพัฒนาตนเอง | การเปลี่ยนผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น |
| ผู้นำชุมชนให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ | การเปลี่ยนผู้นำชุมชน |

ตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (เป้าหมาย ไม่น้อยกว่า๕)

สถานการณ์ย้อนหลัง ๓ ปี

| ปีงบประมาณ | เป้าหมาย (ร้อยละ) | ผลงาน (ร้อยละ) |
|------------|----------------------|-------------------|
| ๒๕๕๘ | ๕๐ | ๓๔.๒๓ |
| ๒๕๕๙ | ๕๐ | ๕๑.๙๗ |
| ๒๕๖๐ | ๕๐ | ๕๓.๙๘ |

กิจกรรมที่ดำเนินการ

๑. ประชุมทีมผู้รับผิดชอบงานคลินิกโรคเรื้อรัง
๒. จัดทำ CPG เพื่อใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานเป็นมาตรฐานเดียวกัน
๓. กลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่ดี(BP>๑๔๐/๙๐mmHg) ในคลินิกทั้งโรงพยาบาลและรพ.สต.ให้มีการจัดการรายกรณีโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนนัดเข้าคลินิก DPACและในชุมชน จัดอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตในชุมชน โดยกิจกรรม DPAC
๔. ติดตามประเมินผลและบันทึกผลลงโปรแกรมคอมพิวเตอร์

ปัญหาและอุปสรรค/ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ปัญหา

- เนื่องจากผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดียังมีจำนวนมากทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถได้รับการจัดการรายกรณีได้ทั่วถึงจึงได้ขยายการจัดกิจกรรมรายกรณีในบ่ายวันอังคารถึงวันศุกร์ และขยายลงสู่คลินิก DPAC ในรพ.สต.

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- ผู้ป่วยต้องตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากผลของการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่ดีส่งผลให้ผู้ป่วยต้องปรับพฤติกรรมอย่างเคร่งครัดเพื่อผลลัพธ์การควบคุมระดับความดันโลหิตที่ดี

แนวทางการพัฒนา

เน้นกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี เช่น การจัดการรายกรณี การให้ความรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ การติดตามเยี่ยมบ้านในรายที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน

ผลงานเปรียบเทียบเป้าหมาย

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๑ พบว่าร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (ไม่น้อยกว่า๕๐) เป้าหมาย ๔,๖๔๘ คน ผลงาน ๒,๕๑๖ คน ร้อยละ ๕๔.๑๓ (ข้อมูล ๑ ตุลาคม ๖๐ - ๓๑ พฤษภาคม ๖๑)

ภาพกิจกรรม



ตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (HbA_{1c} <๗)(ไม่น้อยกว่า ๔๐)

สถานการณ์ย้อนหลัง ๓ ปี

| ปีงบประมาณ | เป้าหมาย (ร้อยละ) | ผลงาน (ร้อยละ) |
|------------|-------------------|----------------|
| ๒๕๕๘ | ๔๐ | ๖.๗๕ |
| ๒๕๕๙ | ๔๐ | ๑๔.๖ |
| ๒๕๖๐ | ๔๐ | ๓๙.๐๕ |

กิจกรรมที่ดำเนินการ

- ประชุมทีมผู้รับผิดชอบงานคลินิกโรคเรื้อรัง
- จัดทำ CPG เพื่อใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานเป็นมาตรฐานเดียวกัน
- กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี(FBS≥๑๘๓mg%หรือ HbA_{1c} >๗ กลุ่มสีแดง)ในคลินิกทั้งโรงพยาบาลและรพ.สต. ให้มีการจัดการรายกรณีโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนนัดเข้าคลินิก DPACและในชุมชนจัดอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตในชุมชน โดยกิจกรรม DPAC
- ติดตามประเมินผลและบันทึกผลลงโปรแกรมคอมพิวเตอร์

ปัญหาและอุปสรรค/ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ปัญหา

** เนื่องจากผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดียังมีจำนวนมาก ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถได้รับการจัดการรายกรณีได้ทั่วถึงจึงได้ขยายการจัดการกิจกรรมรายกรณีในบ่ายวันอังคารถึงวันศุกร์ และขยายลงสู่คลินิก DPAC ในรพ.สต.

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

** ผู้ป่วยต้องตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากผลของการควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีส่งผลให้ผู้ป่วยต้องปรับพฤติกรรมอย่างเคร่งครัด เพื่อผลลัพธ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดี

แนวทางการพัฒนา

** เน้นกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี เช่น การจัดการรายกรณี การให้ความรู้แบบสหวิชาชีพ การติดตามเยี่ยมบ้านในรายที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน

ผลงานเปรียบเทียบเป้าหมาย

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๑พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี(ไม่น้อยกว่า 40)

เป้าหมาย๓,๐๗๕คนผลงาน ๔๕๐คน

ร้อยละ ๑๔.๖๓

(ข้อมูล ๑ ตุลาคม ๖๐ - ๓๑ พฤษภาคม ๖๑)

ภาพกิจกรรม



ตัวชี้วัด ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) (ร้อยละ ๘๐) สถานการณ์ย้อนหลัง ๓ ปี

| ปีงบประมาณ | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
|------------|----------|-------|--------|
| ๒๕๕๘ | ๒,๑๘๔ | ๑,๔๘๙ | ๖๘.๑๙ |
| ๒๕๕๙ | ๒,๐๑๐ | ๑,๘๓๑ | ๙๑.๑๔ |
| ๒๕๖๐ | ๑,๙๓๐ | ๑,๘๔๐ | ๙๕.๓๔ |

ผลงานเปรียบเทียบเป้าหมาย

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2561 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ยังไม่เป็น CVD ๑,๙๖๗ ราย ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ๑,๘๗๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๒๒ เป้าหมาย ร้อยละ 82.5

(ข้อมูล ๑ ตุลาคม ๖๐ - ๓๑ พฤษภาคม ๖๑)

กิจกรรมที่ดำเนินการ

๑. ประชุมทีมผู้รับผิดชอบงานคลินิกโรคเรื้อรัง
๒. จัดทำCPGเพื่อใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานเป็นมาตรฐานเดียวกัน
๓. ให้บริการคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง (CVD risk) โดยใช้ น้ำหนัก BP รอบเอว BMI ประวัติการสูบบุหรี่ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง บันทึกในโปรแกรม
๔. จัดทำทะเบียน คัดกรอง CVD risk ตามระดับความเสี่ยง
๕. ติดตามประเมินผลและบันทึกผลลงโปรแกรมคอมพิวเตอร์

ปัญหาและอุปสรรค/ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ปัญหา●ช่วงเวลาในการคัดกรองเป็นช่วงที่ผู้ป่วยบางคนไม่อยู่ในพื้นที่ส่งผลให้ผลงานการคัดกรองยังไม่ผ่านเป้าหมาย ร้อยละ ๘๐

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ●ผู้ป่วยยังไม่ทราบถึงโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

แนวทางการพัฒนา

จัดบูรณาการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปีในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงทุกๆกิจกรรมเพื่อลดการทำงานที่ซ้ำซ้อน

ภาพกิจกรรม



ยุทธศาสตร์ : Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)

แผนที่๑๔ : การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ

: โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์

: ร้อยละผลงานวิจัย/R&D ด้านสุขภาพที่เผยแพร่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์

: ร้อยละของงบประมาณด้านการวิจัยและพัฒนา ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๑.๕ ของงบประมาณทั้งหมด

สถานการณ์

โรงพยาบาลคอนสวรรค์และเครือข่ายบริการสุขภาพมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกคนฝึกปฏิบัติการใช้ ๓ P ในงานประจำตนเอง และบันทึกลงในแฟ้มรายบุคคลมีการนำเสนอผลการทำ ๓P ในการประชุมงานคุณภาพของโรงพยาบาลและคณะกรรมการช่วยวิเคราะห์เสนอแนะผลการทำและปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนเป็นที่เข้าใจในหลักการ มีการส่งเสริมความสามารถของบุคลากรด้านการพัฒนาผลงานทางวิชาการอย่างต่อเนื่องทุกระดับ

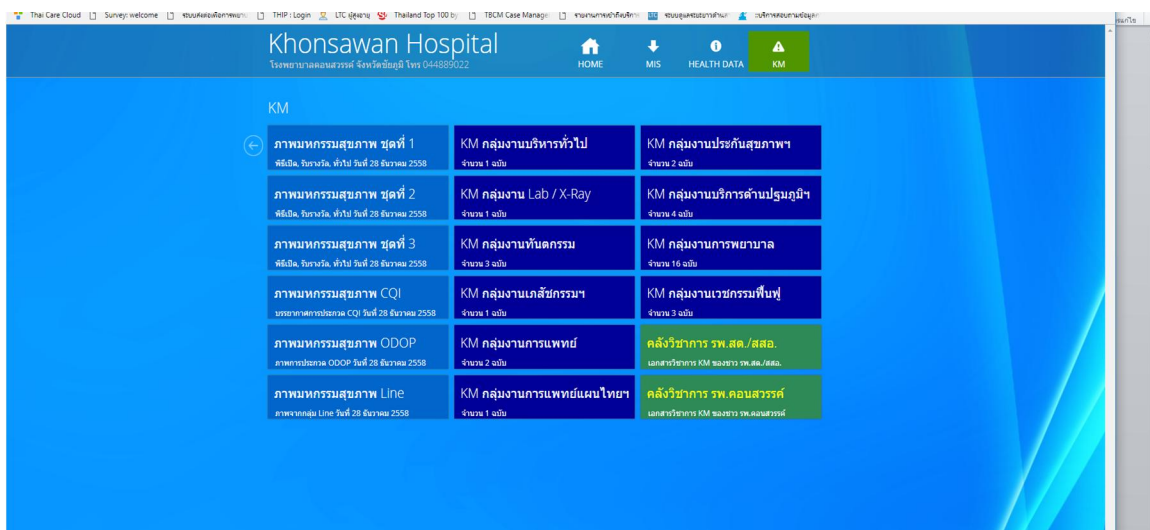
กิจกรรม

การจัดกิจกรรมการจัดการความรู้:

๑. จัดตั้งคณะกรรมการจัดการความรู้ทางด้านวิชาการภายในโรงพยาบาล มีหน้าที่คัดสรรผลงานทางด้านวิชาการเพื่อเข้าสู่เวทีการเผยแพร่ความรู้จากการอบรมภายในและภายนอกหน่วยงาน
๒. คณะกรรมการจัดทำระบบสารสนเทศเพื่อนำเสนอผลงานคุณภาพ เรื่องเล่า CQI นวัตกรรม งานวิจัย และความรู้ที่ได้จากการปฏิบัติงาน จากการอบรม และแหล่งค้นคว้า
๓. พัฒนาระบบการจัดเก็บรวบรวมผลงานคุณภาพ โดยวิธีจัดเก็บที่บริการ Cloud Storage ของหน่วยงานและจัดเก็บที่บริการ Cloud Storage ของ Google
๔. การเผยแพร่และนำ CQI Good Practices , Best Practices ไปปฏิบัติจริง โดยเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลคอนสวรรค์
๕. สนับสนุนบุคลากรในการส่งผลงานเข้าร่วมนำเสนอผลงานทางวิชาการในระดับต่างๆ

ผลการดำเนินงาน

- โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดการความรู้ จัดงบประมาณไว้ที่ ๒๐๐,๐๐๐ บาท อยู่ระหว่างการดำเนินงาน ในเดือน สิงหาคม ๒๕๖๑
- การติดตามผลงานการนำองค์ความรู้ทางวิชาการที่มีการเผยแพร่ผ่าน web โรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพ และการส่งเสริมความรู้ทั้งในส่วนที่เป็น Tacit และ Explicit Knowledge



การนำองค์ความรู้ทางวิชาการที่มีการเผยแพร่ผ่าน web โรงพยาบาล

การนำองค์ความรู้ทางวิชาการที่มีการเผยแพร่ผ่าน web โรงพยาบาลคอนสวรรค์

- ๑. ผลงานคลังวิชาการโรงพยาบาลคอนสวรรค์ ทั้งหมด ๓๙ เรื่อง
- ๒. ผลงานคลังวิชาการรพ.สต./สสอ. ทั้งหมด ๘ เรื่อง

ผลงานเด่นการพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ ปี ๒๕๖๑

รางวัลชนะเลิศ นวัตกรรมดีเด่นด้านการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ ชื่อผลงาน “ที่นอนลมจากถุงนํ้ายาล้างไต” รพ.สต.นาฮี ตำบลศรีสำราญ อ.คอนสวรรค์ จ.ชัยภูมิ





สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุข PA
ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ – ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑)

ตัวชี้วัด โครงการการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ

สถานการณ์ย้อนหลัง ๓ ปี

| ปีงบประมาณ | เกณฑ์ | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
|------------|---------|----------|-------|--------|
| ๒๕๕๘ | ระดับ ๕ | ระดับ ๔ | ๔ | ๑๐๐ |
| ๒๕๕๙ | ระดับ ๕ | ระดับ ๕ | ๕ | ๑๐๐ |
| ๒๕๖๐ | ระดับ ๕ | ระดับ ๕ | ๕ | ๑๐๐ |

กิจกรรมที่ดำเนินการ

- แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับอำเภอ
- จัดทำโครงการดำเนินงานอำเภอ อย่างต่อเนื่อง
- ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ดำเนินงานตามแผนงานโครงการ โดย..ประชาคมระดับหมู่บ้าน ตำบล คณะกรรมการติดตามประเมินผลตามกิจกรรมเน้นหนักของอำเภอ มีการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นสำคัญของอำเภอ
- ดำเนินงานร่วมกันกับทุกภาคส่วน โดยมี คณะกรรมการ พชอ. ติดตามระบบการทำงาน

ปัญหาและอุปสรรค/ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- ผู้บริหารทุกภาคส่วนระดับอำเภอ ให้ความร่วมมือในการพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอ
- บุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัคร ร่วมมือ ร่วมใจในการดำเนินงานเพื่อประชาชน

ผลงานเปรียบเทียบเป้าหมาย

เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้ดีขึ้นโดยหลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง”

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๑ พบว่าอยู่ในระดับ ๕

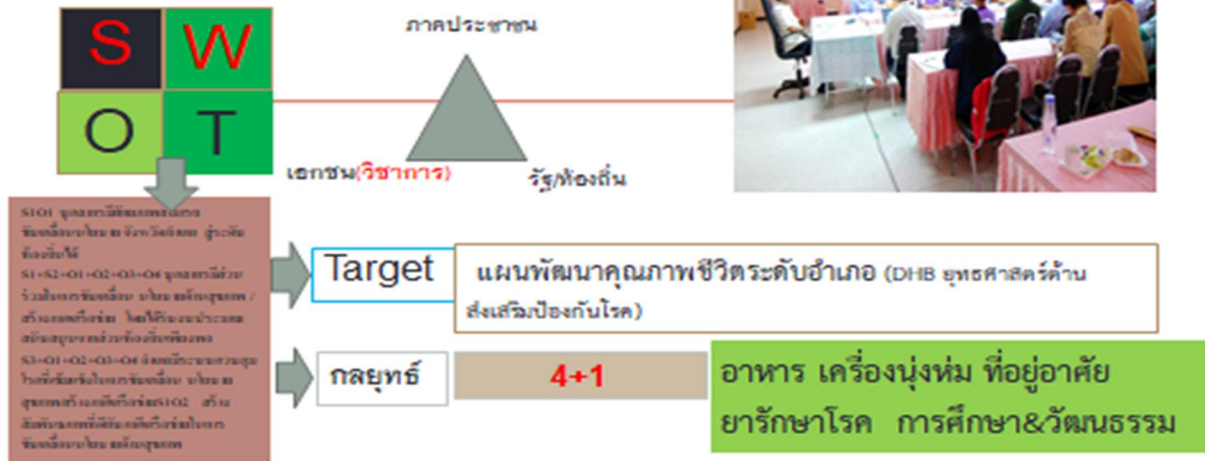
ภาพกิจกรรม



ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHB/DHS/DC)

NCD ENVIRONMENT RRI EOCLTC @ 1000DAYS

สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย(Stake holder)



แผนยุทธศาสตร์อำเภอ

- ๑.ความมั่นคงด้านอาหาร
- ๒.ความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัย
- ๓.ความมั่นคงด้านยารักษาโรค
- ๔.ความมั่นคงด้านเครื่องนุ่งห่ม
- ๕.ความมั่นคงด้านการศึกษา ประเพณี วัฒนธรรม

ยุทธศาสตร์: Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นเลิศ)

แผนงานที่ ๓ : การป้องกันและควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๖ : โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ

ตัวชี้ที่ ๑๔ : ร้อยละของจังหวัดที่มีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง

สถานการณ์

เนื่องด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอคอนสวรรค์ได้พัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ ในภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ที่มีศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานและเลขานุการ ของผู้บัญชาการ เหตุการณ์ (Emergency Operation Center : EOC) โดยประกอบด้วย โครงสร้างการบริหารสั่งการในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน และระบบสารสนเทศที่สามารถส่งต่อข้อมูลการเฝ้าระวังโรคและภัยทางสาธารณสุข ที่ได้รับการวิเคราะห์ประมวลผลแล้ว ไปยัง EOC เพื่อแจ้งเตือนผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และเพื่อใช้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ สั่งการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน จนสามารถควบคุมโรคและภัยได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น รวมถึงประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้เรื่อง ภัยพิบัติให้แก่ประชาชนทั่วไปและผู้เกี่ยวข้อง ได้เข้าถึงข้อมูล/ความรู้เรื่องภัยพิบัติที่จะเกิดขึ้นในท้องถิ่น

กิจกรรมที่ดำเนินการ

๑. ประชุมคณะกรรมการ EOC ระดับอำเภอ
๒. ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้เรื่อง ภัยพิบัติให้แก่ประชาชนทั่วไปและผู้เกี่ยวข้อง ได้เข้าถึงข้อมูล/ความรู้เรื่องภัยพิบัติ
๓. ซ้อมแผนเตรียมความพร้อม รับสถานการณ์ความเสี่ยง จากภัยพิบัติโดยบูรณาการร่วมกับหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง

ผลการดำเนินงาน

๑. จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT)
๒. จัดทำแนวทางรับสถานการณ์ความเสี่ยง จากภัยพิบัติ แบบบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๓. ซ้อมแผนเตรียมความพร้อม รับสถานการณ์ความเสี่ยง จากภัยพิบัติโดยบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



ประชุมคณะกรรมการ EOC ระดับอำเภอ

ยุทธศาสตร์: Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นเลิศ)

แผนงานที่ ๔ : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

โครงการที่ ๑๑ : โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

ตัวชี้วัดที่ ๒๓ : ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital

สถานการณ์

โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่ให้บริการประชาชน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลในแต่ละวันจึงมีกิจกรรมที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น การเกิดขยะ น้ำเสีย สิ่งปฏิกูล รวมไปถึงการใช้พลังงาน และสารเคมีในกิจกรรมต่างๆ ด้วย ส่งเสริมการจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม และการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุขสู่ชุมชน โดยเริ่มต้นในโรงพยาบาลโดยใช้หลักการสุขาภิบาล อย่างยั่งยืนและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม (Sustainable and Ecological Sanitation) คือ กลยุทธ์ CLEAN และกิจกรรม GREEN เพื่อให้บริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่ส่งผลกระทบต่อชุมชนโดยรอบ รวมถึงการเป็นต้นแบบด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมแก่ผู้มารับบริการ เพื่อขยายผลลงสู่ชุมชนและภาคีเครือข่ายต่อไป เกิดเป็นชุมชนที่เข้มแข็ง

กิจกรรมที่ดำเนินการ

๑. ปรับปรุงห้องน้ำดื่มผู้ป่วยให้ได้มาตรฐาน HAS ตลอดจน ส่งเสริมพฤติกรรมการใช้สุขอนามัยที่ถูกต้อง
๒. การจัดการสิ่งแวดล้อม ที่ช่วยลดภาวะโลกร้อนและเอื้อต่อสุขภาพโดยเน้นหลัก ๕ ส. จัดสถานที่ทำงาน ให้น่าอยู่น่าทำงาน และปลูกต้นไม้เพื่อความร่มรื่น
๓. รณรงค์ให้เกิดวัฒนธรรมการแยกขยะที่ถูกต้อง เพื่อลดโรคร้อน
๔. รณรงค์ลดการใช้ถุงพลาสติกในหน่วยงาน ให้คนใช้ใช้ถุงผ้าหรือตะกร้าแทน

ผลการดำเนินงาน

ประเมินระดับพื้นฐาน โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ขอรับประเมิน ระดับดีมาก

๑. อยู่ระหว่างการพัฒนาการจัดทำนวัตกรรมการนำขยะมาใช้ประโยชน์และขยายสู่ชุมชน
๒. อยู่ระหว่างการพัฒนาโรงพยาบาลให้เป็น โรงพยาบาล GREEN อย่างสมบูรณ์



ปรับปรุงห้องน้ำตึกผู้ป่วยในให้ได้มาตรฐาน HAS



มีสิ่งแวดล้อมที่ดีและมีการปลูกผักปลอดสารพิษบริโภค



รณรงค์ลดการใช้ถุงพลาสติกในหน่วยงาน ให้คนใช้ใช้ถุงผ้าหรือตะกร้าแทน

Service Excellence ([บริการเป็นเลิศ])

แผนงานที่ ๕ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)

ตัวชี้วัด ร้อยละของพื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)

๑. สถานการณ์

อำเภอคอนสวรรค์ แบ่งการปกครอง ๙ ตำบล ๑๐๓ หมู่บ้าน ๑๘,๔๑๒ หลังคาเรือน มีประชากรในเขตรับผิดชอบ จำนวน ๕๔,๑๑๖ คน การให้บริการภายใต้ระบบ DHS โดยมีทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วย เครือข่ายสุขภาพจากทุกหน่วยงาน ให้บริการผู้ป่วยตั้งแต่ระดับชุมชน ถึงระดับอำเภอ แบ่งเป็น ๓ โซน ได้แก่

๑.๑ โซนที่ ๑ ทีมหมอไร่นา ประกอบด้วยพื้นที่ ตำบลช่องสามหมอ ตำบลห้วยไร่ ตำบลศรีสำราญ

๑.๒ โซนที่ ๒ ทีมหมอในดวงใจ ประกอบด้วยพื้นที่ ตำบลยางหวาย ตำบลบ้านโสก ตำบลโคกมั่งงอย และพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลคอนสวรรค์

๑.๓ โซนที่ ๓ ทีมหมอมดงาน ประกอบด้วยพื้นที่ ตำบลคอนสวรรค์ ตำบลโนนสะอาด ตำบลหนองขาม

มีการวางแผนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุกวันพุธ พุธสัปดาห์ และวันศุกร์ และมีศูนย์ดูแลต่อเนื่องทำหน้าที่ประสานงานเพื่อให้เกิดความสะดวกกับทีมหมอครอบครัวและผู้ป่วยตลอดเวลา การช่วยเหลือผู้ป่วยในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินและ/หรืออุบัติเหตุ ใช้บริการ ๑๖๖๙ โดยมีทีม ALS จากโรงพยาบาลคอนสวรรค์เป็นแม่ข่าย รพ.สต.ทุกแห่งมีการเตรียมพร้อม FR สำหรับการบริการ BLS ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

คณะกรรมการบริหาร คปสอ.คอนสวรรค์วางแผนการพัฒนาศูนย์หมอครอบครัว (Primary Care Cluster) เพิ่ม ๒ แห่ง ในปี ๒๕๖๑ เพื่อให้ผู้ป่วยในพื้นที่ซึ่งอยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลคอนสวรรค์ ได้รับการบริการที่มีคุณภาพ ครอบคลุม ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม

๒. มาตรการสำคัญ : พัฒนาศักยภาพบุคคลากรสาธารณสุข เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมดำเนินการ

๑. สนับสนุนให้แพทย์เข้ารับการอบรม พัฒนาศักยภาพแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน ๑ ท่าน ในปี ๒๕๕๙

๒. สนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพได้รับการอบรมให้ความรู้เรื่องคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) ตามที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ จัดขึ้นทุกครั้ง

๓. วางแผนพัฒนาระบบสารสนเทศ ได้แก่ ค่าอุปกรณ์คอมพิวเตอร์/อินเทอร์เน็ต/โปรแกรมบันทึกข้อมูล เป็นต้น

๔. วางแผนปรับปรุงสถานที่ โครงสร้างอาคารคลินิกหมอครอบครัว

เป้าหมายการดำเนินงาน

| มาตรการ | เป้าหมาย ๓ เดือน | เป้าหมาย ๖ เดือน | เป้าหมาย ๙ เดือน | เป้าหมาย ๑๒ เดือน |
|---|---------------------|---------------------|---------------------|----------------------|
| พัฒนาศักยภาพแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว | ๑ คน | - | - | - |
| ทีมหมอครอบครัวประจำโซน สํารวจประชากรกลุ่มเป้าหมาย วางแผนการให้บริการ | ร้อยละ ๑๐๐ | ร้อยละ ๑๐๐ | ร้อยละ ๑๐๐ | ร้อยละ ๑๐๐ |
| ทีมหมอครอบครัวประจำโซนวางแผนการดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่ม วัย ตามปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ | ร้อยละ ๑๐๐ | ร้อยละ ๑๐๐ | ร้อยละ ๑๐๐ | ร้อยละ ๑๐๐ |
| ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกกลุ่มวัย , ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแล ต่อเนื่องตามแผนการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล | >ร้อยละ ๘๐ | ร้อยละ ๘๐ | ร้อยละ ๘๐ | ร้อยละ ๘๐ |

๔. การติดตามและประเมินผล

| รายการข้อมูล | เป้าหมาย | ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ | ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ | ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (Thai COC) |
|---|------------|--------------------|--------------------|----------------------------------|
| ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกกลุ่มวัย , ผู้ป่วยมี ภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลต่อเนื่องตาม แผนการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล | >ร้อยละ ๘๐ | ๑๐๐ (ไม่มี CP) | ๑๐๐ | ๙๒.๔๐ |

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

๑. มีการกำหนดนโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะยาว ครอบคลุมทุกพื้นที่ การสนับสนุนทรัพยากร คน เงิน สิ่งของ การนิเทศกำกับ ติดตามที่ชัดเจนสม่ำเสมอ ทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีคุณภาพ
๒. มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดำเนินงาน
๓. การพัฒนาคุณภาพงานโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง
๔. การสนับสนุนจากเครือข่าย ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน

ปัญหา อุปสรรค

๑. ระบบรายงานเป็นภาพรวม มีรายละเอียดไม่เพียงพอสำหรับการนำมาวิเคราะห์ถึงสาเหตุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้ไม่เห็นปัญหาที่ละเอียดซับซ้อน

ภาพกิจกรรม



โครงการ: การป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

KPI: ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล

สถานการณ์

ตัวชี้วัด RDU ระดับโรงพยาบาล (RDU - RDU Hospital) **ปีที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑**

| ลำดับ | ตัวชี้วัด RDU -ชั้น ๑ | เกณฑ์ | ไตรมาส ๑ (๒๕๖๑) | ไตรมาส ๒ (๒๕๖๑) | เม.ย. ๖๑ | พ.ค. ๖๑ |
|-------|--|--|--------------------|--------------------|-------------|---------|
| ๑. | ร้อยละของรายการยาที่สั่งใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ | รพ.ระดับ A ≥ ร้อยละ ๗๕ S ≥ ร้อยละ ๘๐ M๑-M๒ ≥ ร้อยละ ๘๕ F๑-F๓ ≥ ร้อยละ ๙๐ | ๙๓.๑๗ | ๙๓.๑๗ | ๙๓.๙๗ | ๙๔.๐๘ |
| ๒. | ประสิทธิผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการขึ้นสื่อสารและส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล | ระดับ ๓ | ๒ | ๓ | ๓ | ๓ |
| ๓. | การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน ๑๓ กลุ่ม ที่มีรายละเอียดครบถ้วน | รายการยา ๑๓ กลุ่ม ระดับ ๓ | ๓ | ๓ | ๓ | ๓ |
| ๔. | รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก ๘ รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล | ≤ ๑ รายการ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ |
| ๕. | การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา | ระดับ ๓ | ๓ | ๓ | ๓ | ๓ |

ตัวชี้วัด RDU ระดับโรงพยาบาล (RDU - RDU Hospital) **ขั้นที่ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑**

| ลำดับ | ตัวชี้วัด RDU ขั้น ๒ | เกณฑ์ | ต.ค. ๖๐ | พ.ย. ๖๐ | ธ.ค.๖๐ | ม.ค.๖๑ | ก.พ.๖๑ | มี.ค.๖๑ |
|-------|--|----------------------------------|------------|------------|--------|--------|--------|---------|
| ๑ | ร้อยละของรายการยาที่สั่งใช้ในบัญชียาหลัก แห่งชาติ | รพ.ระดับ F๑-F๓ ≥ ร้อยละ ๙๐ | ๙๒.๐๑ | ๙๒.๘๑ | ๙๔.๗๕ | ๙๔.๔๓ | ๙๓.๓๕ | ๙๓.๙๕ |
| ๒ | ประสิทธิภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการขึ้นหนังสือสาร และส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็น โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล | ระดับ ๓ | ๒ | ๒ | ๒ | ๒ | ๒ | ๓ |
| ๓ | การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลาก ยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน ๑๓ กลุ่ม ที่มี รายละเอียดครบถ้วน | รายการยา ๑๓ กลุ่ม ระดับ ๓ | ๓ | ๓ | ๓ | ๓ | ๓ | ๓ |
| ๔ | รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก ๘ รายการ ซึ่งยังคงมี อยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล | ≤ ๑ รายการ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ |
| ๕ | การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและ ส่งเสริมการขายยา | ระดับ ๓ | ๓ | ๓ | ๓ | ๓ | ๓ | ๓ |
| ๖ | ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการ หายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันใน ผู้ป่วยนอก | ≤ ร้อยละ ๒๐ | ๔๓.๕๙ | ๓๒.๗๕ | ๔๒.๓๑ | ๒๘.๔๙ | ๔๕.๔๘ | ๔๕.๒๔ |
| ๗ | ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วง เฉียบพลัน | ≤ ร้อยละ ๒๐ | ๑๓.๐๐ | ๑๗.๑๔ | ๒๔.๓๑ | ๒๐.๒๔ | ๒๔.๗๗ | ๒๕.๗๔ |
| ๘ | ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในบาดแผลสดจาก อุบัติเหตุ | ≤ ร้อยละ ๔๐ | ๑๗.๖๓ | ๑๒.๗๒ | ๑๖.๖๗ | ๑๗.๘๕ | ๑๘.๖๕ | ๒๖.๕๔ |
| ๙ | ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบ กำหนดทางช่องคลอด | ≤ ร้อยละ ๑๐ | ๑๐๐ | ๒๘.๕๗ | ๐ | ๐ | ๐ | ๓๓.๓๓ |
| ๑๐ | ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มี อายุมากกว่า ๖๕ ปี หรือมี eGFR น้อยกว่า ๖๐ มล./นาที/๑.๗๓ ตารางเมตร | ≤ ร้อยละ ๕ | ๓๓.๓๓ | ๓๖.๕๕ | ๓๗.๗๖ | ๓๘.๐๖ | ๓๒ | ๒๖.๐๙ |
| ๑๑ | ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ ๓ ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs | ≤ ร้อยละ ๑๐ | ๐ | ๐ | ๐.๓๔ | ๑.๔๘ | ๐ | ๑.๓๖ |
| ๑๒ | จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ ยา warfarin*, statins, ergots เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve) | ๐ คน | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ |

ตัวชี้วัด RDU ระดับโรงพยาบาล (RDU - RDU Hospital) ชั้นที่ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

| ลำดับ | ตัวชี้วัด RDU ชั้นที่ ๒ | เกณฑ์ | เม.ย. ๖๑ | พ.ค. ๖๑ | มิ.ย.๖๑ | ก.ค.๖๑ | ส.ค.๖๑ | ก.ย.๖๑ |
|-------|--|----------------------------------|-------------|------------|---------|--------|--------|--------|
| ๑. | ร้อยละของรายการยาที่สั่งใช้ยาในบัญชียาหลัก แห่งชาติ | รพ.ระดับ F๑-F๓ ≥ ร้อยละ ๙๐ | ๙๓.๙๗ | ๙๔.๐๘ | | | | |
| ๒. | ประสิทธิผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ใน การขึ้นาสื่อสาร และส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็น โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล | ระดับ ๓ | ๓ | ๓ | | | | |
| ๓. | การดำเนินงานในการจัดทำลากลากยามาตรฐาน ฉลาก ยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน ๑๓ กลุ่ม ที่มี รายละเอียดครบถ้วน | รายการยา ๑๓ กลุ่ม ระดับ ๓ | ๓ | ๓ | | | | |
| ๔. | รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก ๘ รายการ ซึ่งยังคงมี อยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล | ≤ ๑ รายการ | ๑ | ๑ | | | | |
| ๕. | การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและ ส่งเสริมการขายยา | ระดับ ๓ | ๓ | ๓ | | | | |
| ๖. | ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการ หายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันใน ผู้ป่วยนอก | ≤ ร้อยละ ๒๐ | ๓๒.๕๓ | ๔๑.๙๙ | | | | |
| ๗. | ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วง เฉียบพลัน | ≤ ร้อยละ ๒๐ | ๒๙.๖๙ | ๒๕.๗๙ | | | | |
| ๘. | ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจาก อุบัติเหตุ | ≤ ร้อยละ ๔๐ | ๒๔.๔๗ | ๒๒.๔๖ | | | | |
| ๙. | ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบ กำหนดทางช่องคลอด | ≤ ร้อยละ ๑๐ | ๐ | ๐ | | | | |
| ๑๐. | ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มี อายุมากกว่า ๖๕ ปี หรือมี eGFR น้อยกว่า ๖๐ มล./นาที/๑.๗๓ ตารางเมตร | ≤ ร้อยละ ๕ | ๒๙.๐๓ | ๓๗.๐๔ | | | | |
| ๑๑. | ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ ๓ ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs | ≤ ร้อยละ ๑๐ | ๒.๘๔ | NA | | | | |
| ๑๒. | จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ ยา warfarin*, statins, ergots เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve) | ๐ คน | ๐ | ๐ | | | | |

| ปีงบประมาณ | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
|-----------------|-----------------------------------|---|--------|
| ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ | Baseline | Baseline | |
| ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ | ผ่าน RDU ชั้น ๑ | ไม่ผ่านเกณฑ์ในตัวชี้วัดที่ ๒ ใน RDU ชั้น ๑ | |
| ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ | ผ่าน RDU ชั้น ๑ และ RDU ชั้น ๒ | ผ่าน RDU ชั้น ๑ ตั้งแต่ไตรมาสที่ ๒ ในเดือน มี.ค.๖๑ แต่ยังไม่ผ่าน RDU ชั้น ๒ | |

ผลงานเปรียบเทียบเป้าหมาย

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๑ RDU ชั้นที่ ๑

- พบว่า ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายในไตรมาสแรก และได้มีการพัฒนาจนกระทั่งผ่านเกณฑ์ ตั้งแต่ มี.ค. ๖๑

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๑ RDU ชั้นที่ ๒

- พบว่า ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย

มาตรการ

๑. มีคณะกรรมการ PTC ระดับโรงพยาบาล
๒. มีการกำหนดทีมผู้รับผิดชอบการพัฒนากระบวนการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
๓. มีการพัฒนาด้านสารสนเทศให้สามารถเก็บรายงานตามตัวชี้วัดได้
๔. มีมาตรการ/กิจกรรม ต่อไปนี้
 - a. ทบทวนบัญชียาโรงพยาบาล ให้มีรายการยาที่ควรมีและไม่ควรมีในบัญชียาของ รพ.
 - b. ส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ
 - c. ฉลากยาและฉลากยาเสริม ที่มีชื่อยาภาษาไทย ขนาดและวิธีใช้ ข้อควรระวัง และข้อบ่งใช้
 - d. ส่งเสริมจริยธรรมว่าด้วยการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาและส่งเสริมการขายยา และจรรยาบรรณทางการแพทย์ในการสั่งใช้ยา

เป้าหมาย

| ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ | ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ | ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ | ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ | ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ |
|--|--|--|--|--|
| โรงพยาบาลในสังกัด กสธ. เป็นโรงพยาบาล ส่งเสริมการใช้ยา อย่างสมเหตุผล (RDU๑ และ RDU๒) ชั้นที่ ๑ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของโรงพยาบาลทั้งหมด | โรงพยาบาล RDU ชั้นที่ ๑ ทุกแห่งและ ชั้นที่ ๒ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐ ของ โรงพยาบาล ทั้งหมด | โรงพยาบาล RDU ชั้นที่ ๑ ทุกแห่งและ ชั้นที่ ๒ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐ ของ โรงพยาบาล ทั้งหมด | โรงพยาบาล RDU ชั้นที่ ๒ ทุกแห่งและ ชั้นที่ ๓ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐ ของ โรงพยาบาล ทั้งหมด | โรงพยาบาล RDU ชั้นที่ ๒ ทุกแห่ง และชั้นที่ ๓ ไม่น้อย กว่าร้อยละ ๘๐ ของ โรงพยาบาล ทั้งหมด |

การติดตามและประเมินผล

๑. จากข้อมูลประเมินตนเองตามกิจกรรมดำเนินงานโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล
๒. รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการ PTC

ปัญหาและอุปสรรค

เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องยังขาดความเข้าใจและการรับรู้นโยบายการดำเนินงาน

ยุทธศาสตร์: Service Excellence (ด้านบริการที่เป็นเลิศ)

แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ

: โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลและการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค อ.คอนสวรรค์

ตัวชี้วัดที่ : อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรครายใหม่

สถานการณ์

องค์การอนามัยโลกได้จัดกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง (High Burden Country Lists) เป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่ ๑) มีภาระโรควัณโรคสูง (TB) ๒) มีภาระวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีสูง (TB/HIV) และ ๓) มีวัณโรคดื้อยาหลายขนานสูง (MDR-TB) ซึ่งประเทศไทยเป็น ๑ ใน ๑๔ ประเทศ ที่มีปัญหาวัณโรคสูงทั้ง ๓ กลุ่มดังกล่าวมา ดังนั้นตั้งแต่ปีพ.ศ. ๒๕๕๙ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB Strategy) โดยมีเป้าหมายลดอุบัติการณ์วัณโรค (Incidence) ให้ต่ำกว่า ๑๐ ต่อแสนประชากรโลกภายใน ปี พ.ศ. ๒๕๗๘(๒๐๓๕) การจะบรรลุเป้าหมายการลดอุบัติการณ์ดังกล่าวข้างต้น ประเทศไทยต้องมีอัตราการลดอุบัติการณ์เฉลี่ยร้อยละ ๑๒ ต่อปี ในขณะที่ปัจจุบันระยะ ๑๐ ปีที่ผ่านมาประเทศไทยมีอัตราการลดลงของอุบัติการณ์เพียงร้อยละ ๒.๗ ต่อปี ดังนั้นการที่จะบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ยุติวัณโรคจำเป็นต้อง (๑) เร่งรัดการค้นหา วินิจฉัย และรายงาน ให้ครอบคลุมร้อยละ ๙๐(๒) สนับสนุนการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยในประชากรกลุ่มเปราะบางและกลุ่มเสี่ยงวัณโรคให้ครอบคลุมร้อยละ ๙0 (๓) ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบทุกรายให้มีอัตราความสำเร็จการรักษาไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๙๐

กิจกรรมที่ดำเนินการ

๑. ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้เกี่ยวกับ วัณโรค ให้แก่ประชาชนทั่วไปและผู้เกี่ยวข้อง ได้เข้าถึงข้อมูล/ความรู้
๒. คัดกรองกลุ่มเสี่ยง ๗+๑ ได้แก่ ผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยTB(ร่วมบ้าน/ทำงาน>๘ชม.:วันหรือ>๑๒๐ชม./สัปดาห์ ผู้สูงอายุประเภทติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวาน/ความดัน/COPD/ ผู้ติดเชื้อHIV/AIDSs แรงงานต่างด้าว ผู้ต้องขัง โรคจากการประกอบอาชีพ และบุคลากรสาธารณสุข
๓. ทุกสถานบริการสาธารณสุขมีพีทีเอชและให้บริการผู้ป่วยวัณโรคแบบ DOT ทุกวัน

ผลการดำเนินงาน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๐-๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑)

อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรครายใหม่ Quick Win ๑= ผ่าน

๑. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลและการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค อ.คอนสวรรค์ จ. ชัยภูมิ โดยคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ๑๐๐ % ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่เพื่อเข้าสู่ระบบการรักษา

๒. จัดประชุมเรื่องการรักษาวัณโรคแบบครบวงจร เป็นการบูรณาการทำงานวัณโรคโดยอาศัยการทำงานเป็น ทีมสหวิชาชีพทั้งบุคลากรในโรงพยาบาล สถานีอนามัยและชุมชนเพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานอย่างชัดเจน เริ่มตั้งแต่การคัดกรองค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ => การรักษา => ระบบยา => การส่งต่อ => การติดตาม => ประเมินผล ซึ่งจะต้องทำงานเป็นทีมอย่างต่อเนื่อง

๓. เกิดวัฒนธรรมใหม่ด้านการรักษาวัณโรคด้วยการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เนื่องจากมีผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับบริการ DOT ที่สถานบริการ รักษาหายเป็นแบบอย่างของผู้ป่วยวัณโรครายอื่นๆ ยอมรับบริการ DOT ด้วยความพึงพอใจ เกิดการตระหนักของคนในชุมชน ส่งผลให้เกิดวัฒนธรรมใหม่ของการรักษาวัณโรค โดยที่ผู้ป่วยไปกินยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ทุกวัน

สถานการณ์การทำ DOT ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษา

จำนวนผู้ป่วยวัณโรค ๓๓ ราย

| สรุปผลการรักษา | | | | | | | | | | | |
|----------------|----|-----|----------------------------|----|-----|--------------------------|----|-----|------------------------|-----------------|-----|
| รักษาหาย | | | รักษาอยู่/ รพ.คอนสวรรค์ | | | รักษาอยู่/ รพ.ชัยภูมิ | | | รักษาอยู่/ รพ.อื่นๆ | | |
| M+ | M- | รวม | M+ | M- | รวม | M+ | M- | รวม | M+ | M- | รวม |
| ๔ | ๐ | ๔ | ๑๒ | ๕ | ๑๗ | ๑ | ๘ | ๙ | ๑ | ๑ | ๒ |
| | | | | | | | | | รพ. บางพลี | รพ. แก้งคร้อ | |

หยุดยา ๑ ราย เนื่องจากผู้ป่วยอายุ ๘๐ ปี AFB ๓+ หลังกินยาได้ ๓ สัปดาห์ มีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย หายใจไม่สะดวก Refer รพ.ชัยภูมิ

ผลการดำเนินงานคัดกรองวัณโรค ด้วยการ X-Rayกลุ่มเป้าหมาย (๗+๑)

| กลุ่มเสี่ยง | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
|---|----------|-------|--------|
| ผู้สัมผัส | ๖๓ | ๕๖ | ๘๘.๙ |
| ผู้ป่วย DM ที่มีค่า HbA๑C≥๗ | ๗๕๒ | ๕๕๑ | ๗๓.๓ |
| ผู้ติดเชื้อ HIV | ๖๖ | ๖๑ | ๙๒.๔ |
| ผู้สูงอายุ ≥ ๖๕ ปี ที่มีโรคร่วม COPD, Lung Disease | ๑๔๗ | ๑๐๐ | ๖๘.๐ |
| แรงงานข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียน | ๓๖ | ๓๖ | ๑๐๐ |
| ผู้ต้องขังในเรือนจำ | - | - | - |
| บุคลากรทางการแพทย์ | ๒๐๔ | ๒๐๔ | ๑๐๐ |
| สรุปผลงาน | ๑,๒๖๘ | ๑,๐๐๘ | ๗๙.๕ |



จัดประชุมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเรื่องแนวทางการด้านการรักษาพยาบาลและการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค



ทีมหมอครอบครัวติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค

Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)

แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัด ร้อยละของโรงพยาบาลดำเนินการตามมาตรการ 2P Safety

ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA)

๑. สถานการณ์

อำเภอคอนสวรรค์ เป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับทุติยภูมิ ๒.๑ ที่มีความพร้อมในการดำเนินงานด้าน Community Medicine ภายใต้ระบบ DHS (District Health System) เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ยึดชุมชนเป็นศูนย์กลางในการทำงาน มีกระบวนการประสานงาน ประชุมชี้แจง พัฒนาศักยภาพของแต่ละเครือข่ายโดยการสอนงาน(Coaching) เสริมพลังอำนาจ (Empowerment) สนับสนุนวิชาการและวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงาน สร้างหมอประจำครอบครัวระดับอำเภอ ตำบล ชุมชน โดยใช้แนวคิดใกล้บ้าน ใกล้ใจ และมุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการดูแลประชาชนทั้ง ๕ กลุ่มวัยแบบบูรณาการ พัฒนาระบบการให้บริการ EMS ที่มีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงบริการที่จำเป็น พัฒนาศักยภาพบุคลากร ทั้งทีมแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางสาขาต่างๆของงานสุขภาพชุมชนรวมทั้งเครือข่ายอาสาสมัคร จิตอาสา เพื่อดูแลกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ ส่งเสริมให้เครือข่ายมีศักยภาพในการดูแลกลุ่มเป้าหมายทั้ง ๕ กลุ่มวัย ตั้งแต่กระบวนการค้นหาปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหในระดับพื้นที่ มีการพัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาตามบริบทแต่ละพื้นที่ให้เกิดความเข้มแข็ง ยอมรับในผลลัพธ์ร่วมกัน และเป็นแหล่งเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เกิดความภาคภูมิใจในความสำเร็จร่วมกัน กลุ่มเป้าหมายสามารถจัดการสุขภาพตนเองภายใต้วิถีชีวิตที่พอเพียงและอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

วิสัยทัศน์

“ยิ้มแย้มแจ่มใส ใส่ใจบริการ ด้วยมาตรฐานวิชาชีพ จัดการระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างพอเพียง”

พันธกิจ

ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม ที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน พัฒนาศักยภาพให้มีศักยภาพสนับสนุนความก้าวหน้าทางวิชาการ ทำงานอย่างมีความสุข ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดสวยงามปลอดภัย

เข็มมุ่งขององค์กร

๑. การมุ่งเน้นการรักษาพยาบาลที่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Goal: SIMPLE)

๒. โรงพยาบาลให้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized Organization)

๓. พัฒนาเป็นโรงพยาบาลคุณภาพคู่คุณธรรม

ค่านิยม (values): SMILES

S = Standard = มาตรฐาน ให้บริการตาม “มาตรฐานวิชาชีพ” ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการและผู้ที่เกี่ยวข้อง

M = Management = การจัดการ การทำงานบนฐานของความเป็นจริงร่วมกับเครือข่ายสุขภาพ

I = Improve = การพัฒนา มีการสร้างสรรค์นวัตกรรมและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการวางแผนงานอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อให้การทำงานอย่างมีคุณภาพเกิดเป็นวัฒนธรรมภายในองค์กร

L = Learning = การเรียนรู้ การพัฒนาความรู้ความสามารถทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

E = Empowerment = การเสริมพลัง เป็นการส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง
ว่ามีความสามารถเพียงพอ

S = Service Mind = มีจิตใจในการให้บริการ การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

โรงพยาบาลผ่านการประเมินและรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การ
มหาชน) เมื่อวันที่ ๒๑ ตุลาคม ๒๕๕๗ และได้รับการตรวจเยี่ยมเพื่อประเมินและรับรองซ้ำ เมื่อวันที่ ๒๓-๒๔
กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ อยู่ระหว่างรอผลการรับรอง

๒. มาตรการสำคัญ : มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมดำเนินการ

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการที่นำพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลคอนสวรรค์
๒. กำหนดเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพให้สอดคล้องกับ วิสัยทัศน์ พันธกิจ เข้มมุ่งและค่านิยม
องค์กร
๓. ทีมนำระบบ มีการวิเคราะห์ข้อมูล วางแผนพัฒนา นำสู่การปฏิบัติ การนิเทศติดตาม ประเมินผล
การดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
๔. ทีมนำระบบมีการสื่อสารคืนข้อมูลให้กับผู้ปฏิบัติ เพื่อปรับปรุง แก้ไขปัญหา
๕. ยื่นต่ออายุการรับรองกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

๓. การติดตามและประเมินผล

| รายการข้อมูล | เป้าหมาย | ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ | ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ | ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ |
|--|----------|--------------------|--------------------|-------------------------|
| ร้อยละของโรงพยาบาลดำเนินการ ตามมาตรการ 2P Safety | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน |
| ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการ รับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) | ผ่าน | ผ่าน | ผ่าน | ผ่านการ ประเมิน ๓ ปี |

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

๑. ผู้นำองค์กรมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพเพื่อความปลอดภัยและความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่
และผู้รับบริการ
๒. การได้รับความร่วมมือที่ดีจากเครือข่ายสุขภาพ ได้รับการสนับสนุนทรัพยากร คน เงิน สิ่งของ
ที่จำเป็นอย่างเพียงพอ
๓. การสื่อสารที่ดีและทั่วถึง ทำให้เจ้าหน้าที่และเครือข่าย รับรู้ปัญหาร่วมกัน รู้สึกถึงการเป็นเจ้าของ
ทำให้ร่วมมือกันเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในทิศทางเดียวกัน

ตัวชี้วัด ระดับความสำเร็จในการพัฒนา ตามคุณภาพมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว

สถานการณ์ย้อนหลัง ๓ ปี

| ปีงบประมาณ | เกณฑ์ | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
|------------|--------|----------|-----------------|--------|
| ๒๕๖๐ | ๑ แห่ง | ๑ แห่ง | ๑ | ๑๐๐ |
| ๒๕๖๑ | ๓ แห่ง | ๓ แห่ง | รอรับการประเมิน | |

กิจกรรมที่ดำเนินการ

- แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับอำเภอ
- จัดทำโครงการการพัฒนา ตามคุณภาพมาตรฐาน PCA อย่างต่อเนื่อง
- ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ดำเนินงานตามแผนงานโครงการ โดย...
คณะกรรมการฯติดตามประเมินตามเกณฑ์ คุณภาพ

ผลงานเปรียบเทียบเป้าหมาย

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๕๙ กำลังพัฒนาเพื่อขอรับรอง รพ.สต.ติดดาว เพิ่มอีก ๓ แห่ง

ภาพกิจกรรม



ปัญหาและอุปสรรค/ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

โอกาสการพัฒนา (จุดอ่อน/อุปสรรค)

| โอกาส | อุปสรรค |
|--|--|
| งบประมาณสนับสนุนจาก สปสช. | การพัฒนาระบบอินเทอร์เน็ตความเร็วสูง ยังไม่ครอบคลุม |
| ความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุข | ประชาชนขาดความตระหนัก |
| สร้างความตระหนักและให้ประชาชนรู้จักหน้าที่ของตนเองในการดูแลสุขภาพ | |
| การสนับสนุนและความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายกองทุนตำบลต้องการพัฒนาตนเอง | การเปลี่ยนผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น |
| ผู้นำชุมชนให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ | การเปลี่ยนผู้นำชุมชน |

ตัวชี้วัด ๕.๔ ประสิทธิภาพการบริหารการเงินสามารถควบคุมให้หน่วยบริการในพื้นที่ที่มีปัญหาการเงินของหน่วยบริการลดลง

สถานการณ์ย้อนหลัง ๓ ปี

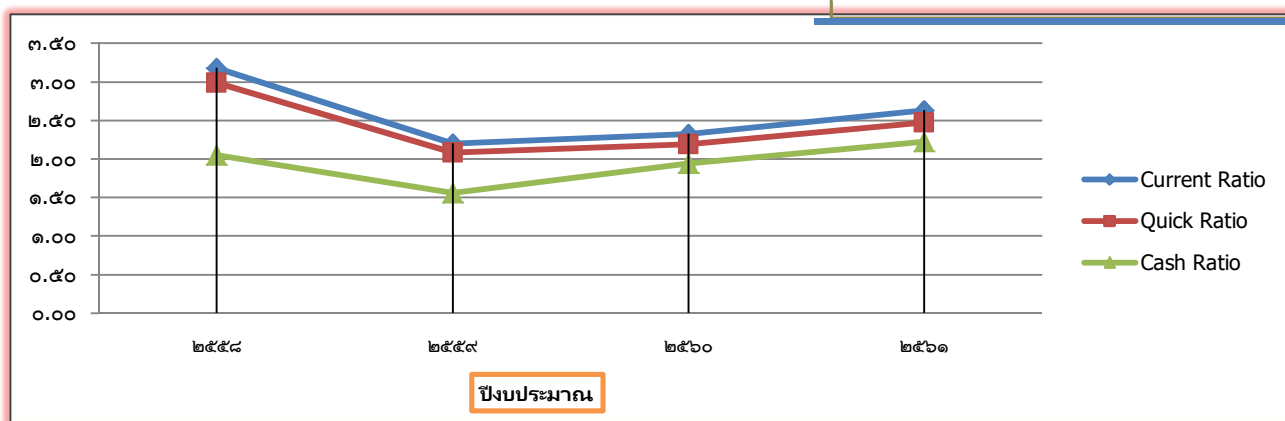
| ปีงบประมาณ | Current Ratio | Quick Ratio | Cash Ratio |
|------------|---------------|-------------|------------|
| ๒๕๕๘ | ๓.๑๘ | ๒.๙๙ | ๒.๐๕ |
| ๒๕๕๙ | ๒.๒๐ | ๒.๐๘ | ๑.๕๖ |
| ๒๕๖๐ | ๒.๓๒ | ๒.๑๙ | ๑.๙๔ |
| ๒๕๖๑ | ๒.๖๓ | ๒.๔๗ | ๒.๒๒ |

หมายเหตุ: ข้อมูลปี๒๕๖๑ ณ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๑

ผลงานเปรียบเทียบเป้าหมาย

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ณ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๑ พบว่าอัตราส่วนทางการเงิน ได้แก่อัตราส่วน Current Ratio, Quick Ratio และ Cash Ratio อยู่ในเกณฑ์ที่ดี บ่งบอกถึงการมีสภาพคล่องที่ดี

อัตราส่วนทางการเงิน



ตารางคำนวณวิกฤติ ๗

ณ วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๑

| อัตราส่วน สภาพคล่อง | | | NWC | NT+Dep. | Liquid Index | Status Index | Survive Index | Risk Scoring |
|---------------------|------|------|---------------|---------------|--------------|--------------|---------------|--------------|
| CR | QR | cash | | | | | | |
| ๒.๖๓ | ๒.๔๗ | ๒.๒๒ | ๓๔,๒๗๑,๒๑๔.๘๕ | ๑๓,๑๓๔,๐๓๔.๖๓ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ |

รายงานวิเคราะห์ต้นทุนการบริการ แบบ Quick Method

ณ วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๑

| จำนวนเตียง/POP Group | OP | | | IP | | |
|----------------------|---------------|--------------|----------|---------------|--------------|-----------|
| | Unit Cost | Unit cost OP | Mean+๑SD | Unit Cost | Unit cost IP | Mean+๑SD |
| ๓๐ เตียง | ๔๐,๓๓๙,๓๐๑.๑๒ | ๕๖๖.๒๙ | ๗๘๓.๘๙ | ๑๕,๓๐๙,๕๙๙.๔๑ | ๑๗,๑๘๙.๑๔ | ๑๙,๔๔๓.๕๘ |

หมายเหตุ: ค่าเฉลี่ยกลาง ใช้ข้อมูล Q๒/๒๕๖๑

แนวทางการพัฒนา

ผลการดำเนินงานทางการเงินการคลัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๑ มีอัตราส่วนทางการเงิน Current Ratio, Quick Ratio และ Cash Ratio อยู่ที่ ๒.๖๓, ๒.๔๗ และ ๒.๒๒ ตามลำดับ NWC มีค่าเป็นบวก อยู่ที่ ๓๔.๒๗ ล้านบาท ผลการดำเนินงานมีค่าเป็นบวกอยู่ที่ ๑๓.๑๓ ล้านบาท และผลการคำนวณระดับความเสี่ยง (Risk Scoring) อยู่ที่ระดับศูนย์ จะเห็นได้ว่าจากตัวชี้วัดสภาพคล่องทางการเงิน โรงพยาบาลคอนสวรรค์มีสภาพคล่องทางการเงินการคลังอยู่ในเกณฑ์ที่ดี ยังไม่มีความเสี่ยงทางการเงิน แต่ยังไม่อาจไว้วางใจสถานการณ์ทางการเงินได้ จึงจำเป็นต้องเฝ้าระวังสถานการณ์ทางการเงินอยู่ ทั้งด้านรายรับอื่นๆ และด้านค่าใช้จ่าย เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาทางการเงินได้ในอนาคต

ต้นทุนหน่วยบริการ แบบ Quick Method ณ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๑ มี Unit cost OP อยู่ที่ ๕๖๖.๒๙ บาทต่อ Visit ค่าเฉลี่ยกลุ่มอยู่ที่ ๗๘๓.๘๘ บาทต่อ Visit ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ และในส่วนของ Unit cost IP อยู่ที่ ๑๗,๑๘๘.๑๔ บาทต่อ RW. โดยค่าเฉลี่ยกลุ่มอยู่ที่ ๙,๔๔๓.๕๘ บาทต่อ RW. ซึ่งจะเห็นได้ว่า Unit cost แบบ Quick Method มีค่าปกติ

ตัวชี้วัด ประชากรในเขตรับผิดชอบได้รับการคัดกรองตามแบบคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี > ร้อยละ ๘๕

สถานการณ์ สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในจังหวัดชัยภูมิ พบความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับในปี ๒๕๖๐ เท่ากับร้อยละ๒๕.๐๔ อัตราการตายด้วยมะเร็งตับ เท่ากับ ๑๖.๘๗ ต่อแสนประชากร เป้าหมายการดำเนินงานอำเภอคอนสวรรค์คือการค้นหากลุ่มเสี่ยง ผู้สงสัยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี มากกว่า ๘๐ % ของประชากร ๔๐ ปีขึ้นไป โดยใช้หลักการดำเนินงาน พขอ.คอนสวรรค์ร่วมกับภาคีเครือข่ายในการคัดเลือกตำบลยางหวาย เป็นพื้นที่ดำเนินงานของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตำบลมีการดำเนินงานตามเกณฑ์ เพื่อการแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ดังนี้

๑) ประสานงานในการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยอุจจาระในประชาชน ๑๕ ปีขึ้นไปในพื้นที่ตำบลยางหวาย จำนวน ๙๐๕ รายในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลคอนสวรรค์คัดกรองตามแบบฟอร์มในกลุ่มเสี่ยง ๔๕๐ ราย มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพร้อมส่งต่อข้อมูลในรายที่ตรวจพบสิ่งผิดปกติให้ได้รับการรักษาจากแพทย์

๒) ประสานงานตำบลยางหวายให้มีการเรียนการสอนความรู้ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในเยาวชนคนรุ่นใหม่ สร้างพฤติกรรมกินปลา น้ำจืดสุกด้วยความร้อน สร้างนวัตกรรมอาหารปลอดภัยจากพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่กระบวนการจัดการความรู้ การจัดการสิ่งแวดล้อม

๓) ประสานองค์การบริหารส่วนตำบลยางหวายและเทศบาลตำบลคอนสวรรค์ในการจัดการสิ่งแวดล้อมและสิ่งปฏิกูลด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม/ข้อตกลงของชุมชน (เทศบาลตำบลคอนสวรรค์ เป็นแหล่งเรียนรู้ในการกำจัดสิ่งปฏิกูลและแหล่งศึกษาดูงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)

๔) มีการสื่อสารสาธารณะและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ดำเนินงาน

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลการดำเนินงาน | ผลการดำเนินงาน |
|---|-------------|-----------------|-----------------|
| | | ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ | ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ |
| ประชากรในเขตรับผิดชอบได้รับการคัดกรองตามแบบคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี | > ร้อยละ ๘๐ | ๘๕.๔๖ | ๙๔.๙๔ |

ขั้นตอน/วิธีการดำเนินงาน

- ๑ จัดทำแผนงาน โครงการ นโยบายในการเฝ้าระวังป้องกัน แก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
๒. รมณรงค์ประชาสัมพันธ์ในชุมชนเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
๓. คัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงตามแบบคัดกรอง
๔. ตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับในประชากรกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรอง
๕. เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงที่ตรวจพบไข่พยาธิ โดยนัดตรวจซ้ำทุก ๖ เดือน กลุ่มเป้าหมายที่ต้องสำรวจ ๑. เป็นคนอีสานโดยกำเนิด ๒. อายุมากกว่า ๔๐ ปีขึ้นไป
๓. มีประวัติเคยกินยาฆ่าพยาธิหรือมีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับหรือตรวจพบพยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ
๔. มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งท่อน้ำดี(เช่น ปู่ ย่า ตายาย บิดา มารดา พี่น้องร่วมสายโลหิต)
๕. มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ เช่น กินปลาเกล็ดขาวดิบ เช่น ก้อยปลา, ลาบปลาดิบ, ปลาต้ม, ปลาจ่อม



แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

๑. ส่งต่อข้อมูลที่ได้รับบริการ USG ในพื้นที่ตำบลจัดการสุขภาพในรายผิดปกติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กรณีที่เกินขีดความสามารถส่งต่อผู้รับบริการที่โรงพยาบาลชัยภูมิ Final Diag ผลการดำเนินงานยังไม่พบผู้ป่วย CA ประสาน Care giver กรณี
๒. ประชาสัมพันธ์ถึงผลเสียพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ เช่น กินปลาเกล็ดขาวดิบ เช่น ก้อยปลา, ลาบปลาดิบ, ปลาต้ม, ปลาจ่อมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

ผลการดำเนินงานพัฒนางานสาธารณสุข แยกตามด้านทั้ง 3 ด้าน (35 KPI) ข้อมูล 8 เดือน

| ชื่อตัวชี้วัดสำคัญ | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ | ประเมินผล | | |
|--------------------|---|---------|--------|-----------|---------|-------------------------|
| | | | | ผ่าน | ไม่ผ่าน | |
| 1 | อัตราส่วนการตายมารดาไทย (ไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีวิตคน) | 54 | 0 | 0 | ✓ | |
| 2 | ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ 80) | 991 | 949 | 95.76 | ✓ | |
| 3 | ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี (ร้อยละ 54) | 5,731 | 3,330 | 58.11 | ✓ | |
| 4 | ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free) (ร้อยละ 54) | 386 | 372 | 96.37 | ✓ | |
| 5 | อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี (40 ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน) | 1,260 | 20 | 15.9 | ✓ | |
| 6 | ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 60) | 9 | 9 | 100.00 | ✓ | |
| 7 | ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีคุณภาพ (พชอ.) (District Health Board : DHB) บันทึกและรายงานผลไตรมาส | 1 | 1 | 100.00 | ✓ | |
| 8 | ร้อยละของอำเภอมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง บันทึกและรายงานผลไตรมาส 1,2,3,4 | 1 | 0 | 0.00 | | ✓ กำลัง ดำเนินการ |
| 9 | อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี (≤ 4.5 ต่อประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี แสนคน) | 7,140 | 0 | 0.00 | ✓ | |
| 10 | อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน (**ไม่เกิน 16 ต่อแสนประชากร) | <16:แสน | 8 ราย | 15.00 | ✓ | |
| 11 | อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน | | | | | |
| - | อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (ไม่เกินร้อยละ 2.40) | 2,133 | 11 | 0.52 | ✓ | |
| - | อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน (\geq ร้อยละ 10) | 71 | 56 | 78.87 | ✓ | |
| 12 | ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ Green & Clean Hospital ระดับดีมาก บันทึกและรายงานผลไตรมาส 1,2,3,4 | 1 | 1 | 100.00 | ✓ | |
| 13 | ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster) ผลงานสะสม บันทึกและรายงานผล | 1 | 0 | 0.00 | | ✓ |
| - | ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster) ปี 61 (**อย่างน้อยร้อยละ 90) บันทึกและรายงานผลไตรมาส 1,2,3,4 | 1 | 0 | 0.00 | | ✓ |
| 14 | อัตรารายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (น้อยกว่าร้อยละ 7) | 25 | 0 | 0.00 | ✓ | |

| | | | | | | |
|----|---|--------|--------|--------|---|---------|
| 15 | ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุสมผล บันทึกและรายงานผลไตรมาส 1,2,3,4 | - | - | - | | |
| - | ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุสมผล (RDU) ชั้นที่ 1 (≥ ร้อยละ 80) บันทึกและรายงานผลไตรมาส 1,2,3,4 | 1 | 1 | 100.00 | ✓ | |
| - | ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุสมผล (RDU) ชั้นที่ 2 (≥ ร้อยละ 20) บันทึกและรายงานผลไตรมาส 1,2,3,4 | 1 | 0 | 0.00 | | ✓ |
| - | ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการติดเชื้อด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ AMR (≥ ร้อยละ 70) บันทึกและรายงานผลไตรมาส 1,2,3,4 | - | - | - | | |
| 16 | ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพ 4 สาขา (สาขาโรคหัวใจ, โรคมะเร็ง, บาดเจ็บและฉุกเฉิน และทารกแรกเกิด) (ลดลงร้อยละ 10) | 19 | 41 | 29.83 | | |
| 17 | ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (อย่างน้อยร้อยละ 20) | 89,072 | 21,183 | 23.78 | ✓ | |
| - | ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (รพช.) (อย่างน้อยร้อยละ 20) | 58,808 | 11,662 | 19.83 | | ✓ |
| - | ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (รพ.สต.) (อย่างน้อยร้อยละ 30) | 30,264 | 9,521 | 31.46 | ✓ | |
| 18 | ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้ | 1 | 1 | 100.00 | ✓ | |
| 19 | อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (27 ต่อประชากรแสนคน) | 53,974 | 2 | 0.00 | ✓ | |
| 20 | ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73 m ² /yr (ร้อยละ 66) | 139 | 75 | 53.96 | | ✓ |
| 21 | อัตราส่วนของจำนวนผู้นิยมบริจาคตายจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (0.7 : 100) | - | - | - | - | จังหวัด |
| 22 | ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษา และหยุดเสพต่อเนื่อง (remission) (ร้อยละ 90) | 95 | 90 | 94.70 | ✓ | |
| 23 | ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด (One Day Surgery, Minimally Invasive Surgery) บันทึกและรายงานผลไตรมาส 1,2,3,4 | - | - | - | - | จังหวัด |
| 24 | อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤติฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล ระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit) (น้อยกว่าร้อยละ 12) บันทึกและรายงานผลไตรมาส ,4 | 37 | 4 | 10.81 | ✓ | |
| 25 | อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (ร้อยละ 85) บันทึกและรายงานผลไตรมาส ,3,4 | 6 | 0 | 0.00 | | |
| 26 | มูลค่าของการใช้สมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ร้อยละ 15 (ร้อยละ 15) บันทึกและรายงานผลไตรมาส ,4 | | | | | |
| 27 | ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ (ร้อยละ 60) | | | | | |
| - | ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ระดับ 3 (ร้อยละ 60) | 1 | 1 | 100.00 | ✓ | |

| | | | | | | |
|----|---|-----|-----|--------|---|---|
| 28 | อัตราการคงอยู่ของบุคลากรด้านสุขภาพ (Retention Rate) (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85) บันทึกและรายงานผลไตรมาส 1,2,3,4 | 179 | 172 | 96.09 | ✓ | |
| 29 | ร้อยละของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ร้อยละ 90) | 1 | 1 | 100.00 | ✓ | |
| - | ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ร้อยละ 90) | 1 | 1 | 100.00 | ✓ | |
| 30 | ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม (ร้อยละ 20) | - | - | - | | |
| - | ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา (ร้อยละ 20) | 20 | - | 14.73 | | ✓ |
| - | ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของ วัสดุวิทยาศาสตร์ (ร้อยละ 20) | 20 | - | - | | ✓ |
| - | ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของ วัสดุทันตกรรม (ร้อยละ 20) | 20 | - | 43.29 | ✓ | |
| - | ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของ วัสดุการแพทย์ (ร้อยละ 20) | 20 | - | 58.16 | ✓ | |
| 31 | ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน (ร้อยละ 8) | 1 | 1 | 100 | ✓ | |
| 32 | ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (PMQA) (สสอ.) (ร้อยละ 25) บันทึกและรายงานผลไตรมาส ,4 | 1 | 0 | 0.00 | | ✓ |
| 33 | ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 (รพช.) (ร้อยละ 80) บันทึกและรายงานผลไตรมาส 1,2,3,4 | 1 | 1 | 100.00 | ✓ | |
| 34 | จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ 5ดาว (ร้อยละ 25) บันทึกและรายงานผลไตรมาส 1,2,3,4 | 9 | 1 | 11.11 | | ✓ |
| 35 | ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน (**ไม่เกินร้อยละ 6) บันทึกและรายงานผลไตรมาส 1,2,3,4 | 1 | 0 | 0 | ✓ | |