



เอกสารประเมินผลงาน คปสอ.สามง่าม (10 เดือน)
ตามนโยบายการดำเนินงานด้านสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

ประจำปีงบประมาณ 2565



เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร

~ ก ~

คำนำ

เอกสารประเมินผลงาน คปสอ.สามง่าม ฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อประกอบการประเมินผลงาน คปสอ.สามง่าม (10เดือน) ตามนโยบายการดำเนินงานด้านสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ประจำปีงบประมาณ 2565 ได้สรุปผลการดำเนินงานเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 Agenda based จังหวัด

ประเด็นที่ 2 Function based จังหวัด

ประเด็นที่ 3 Area Base (ประเด็นมุ่งเน้น)

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสามง่าม หวังเป็นอย่างยิ่งว่า เอกสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ ใช้เป็นข้อมูลการวางแผนพัฒนางานสาธารณสุขในหน่วยงานต่างๆ และเป็นประโยชน์ในการศึกษา ค้นคว้าแก่หน่วยงานต่างๆและผู้ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการเร่งรัดการดำเนินงานให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย ตลอดจนใช้เป็นข้อมูลสำหรับการปรับกลยุทธ์การดำเนินงานให้บรรลุผลสำเร็จต่อไป ทั้งนี้ ขอขอบคุณคณะผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์นำเสนอข้อมูล รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะ และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ เพื่อการพัฒนางานให้สำเร็จด้วยดีต่อไป

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสามง่าม

1 สิงหาคม 2565

สารบัญ

คำนำ	ก
สารบัญ	ข
ข้อมูลทั่วไป	1
ผลการดำเนินงานตาม นโยบายการดำเนินงานด้านสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ประจำปีงบประมาณ 2565	
แบบ : Agenda based จังหวัด	
ประเด็นที่ 1 COVID-19	5
ประเด็นที่ 2 ส่งเสริมการใช้สมุนไพรทางการแพทย์และสนับสนุนเศรษฐกิจ (กัญชา , กัญชง , กระเทียม , ฟักทะลายโจร)	8
ประเด็นที่ 3 Health technology (Paper less , Drug refill , ระบบ refer)	11
ประเด็นที่ 4 รพ.อาหารปลอดภัย	14
แบบ : Function based จังหวัด	
ประเด็นที่ 5 คุณภาพเด็ก 0-6 ปี (ANC คุณภาพ , พัฒนาการเด็ก , ทันทสุขภาพ)	19
ประเด็นที่ 6 มารดาตาย	21
ประเด็นที่ 7 ลดภาวะแทรกซ้อน ลดตาย Service Plan (Stroke/STEMI/Sepsis)	24
ประเด็นที่ 8 คัดกรองผู้บริโภคร (RDU Community)	31
แบบ : Area Base (ประเด็นมุ่งเน้น)	
ประเด็นที่ 9 ภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย/วัยเรียน	39
ประเด็นที่ 10 CD (DHF/TB)	45
ประเด็นที่ 11 ลดป่วย NCD (DM/HT/Stroke/STEMI/CKD)	51
ประเด็นที่ 12 PCC/พชอ. (1 อำเภอ 1 พชต. ต้นแบบ)	58
ประเด็นที่ 13 อำเภอมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม (COVID-19 , PM 2.5)	63
ประเด็นที่ 14 การบริหารการเงินการคลัง (ศูนย์จัดเก็บรายได้)	71
ประเด็นที่ 15 ระบบควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง (แผนเงินบำรุง , ITA)	81
ประเด็นที่ 16 การลดภาระงานสนับสนุน รพ.สต. IMM	84

ข้อมูลทั่วไป อำเภอสามง่าม

ประวัติ

อำเภอสามง่ามเป็นอำเภอหนึ่งของจังหวัดพิจิตร ตั้งอยู่ริมฝั่งแม่น้ำยมตอนใต้ พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่ม ประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพในการทำนา นอกจากนั้นยังมีการทำไร่และทำประมงน้ำจืด แต่เดิมนั้น “สามง่าม” เป็นหมู่บ้านเล็ก ๆ ตั้งอยู่ริมฝั่งแม่น้ำยม มีคลองสำคัญชื่อ คลองสามง่าม ไหลลงสู่แม่น้ำยม มองเห็นเป็นสามแฉก จึงเรียกหมู่บ้านนี้ว่า “สามง่าม” และทางราชการจัดตั้งเป็นตำบล สามง่ามขึ้นอยู่อำเภอท่าหลวง (อำเภอเมืองพิจิตร) ปี พ.ศ. 2481 ทางราชการได้ยกฐานะขึ้นเป็นอำเภอสามง่าม โดยแบ่งแยกเอาตำบลต่าง ๆ ของอำเภอเมืองพิจิตร มาคือ ตำบลสามง่าม ตำบลรังนก ตำบลวังจิก ตำบลไผ่รอบ ตำบลบ้านนา ตำบลเนินปอ และแบ่งจากอำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลกมาอีก 2 ตำบล คือ ตำบลกำแพงดินและตำบลหาดกรวดรวมเป็น 8 ตำบลและในปีพ.ศ. 2486 ตำบลวังจิกและตำบลไผ่รอบได้แยกกลับไปขึ้นกับอำเภอโพธิ์ประทับช้าง

ต่อมาในปี พ.ศ. 2541 ได้มีพระกฤษฎีกาตั้งอำเภอวชิรบรรมีขึ้น เพื่อเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระบรมโอรสาธิราช สยามมกุฎราชกุมารและได้แยกตำบลบ้านนาไปขึ้นกับอำเภอวชิรบรรมี

ปัจจุบันอำเภอสามง่ามแบ่งการปกครองออกเป็น 3 เทศบาล 4 องค์การบริหารส่วนตำบล 5 ตำบล 79 หมู่บ้าน

ตำบลสามง่าม	16	หมู่บ้าน
ตำบลกำแพงดิน	12	หมู่บ้าน
ตำบลหนองโสน	19	หมู่บ้าน
ตำบลเนินปอ	20	หมู่บ้าน
ตำบลรังนก	12	หมู่บ้าน

ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ

1. อาชีพหลักได้แก่ ทำนา , ทำไร่ , ทำสวน
2. อาชีพเสริม ได้แก่ ุสาหกรรมการ , ปลุกผักปลอดสารพิษ , ประมง
3. จำนวนธนาคาร มี 3 แห่ง ได้แก่
 - ธนาคารออมสิน สาขาสามง่าม
 - ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาสามง่าม
 - ธนาคารทหารไทย จำกัด(มหาชน) สาขาสามง่าม

ด้านทรัพยากรธรรมชาติประกอบด้วย

1. ทรัพยากรป่าไม้
2. ทรัพยากรดิน
3. ทรัพยากรน้ำ

สถานบริการของรัฐ อำเภอสามง่าม

1. โรงพยาบาล 30 เตียง	1	แห่ง
2. สำนักงานสาธารณสุข	1	แห่ง
3. ศูนย์สุขภาพชุมชน	1	แห่ง
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	7	แห่ง

สถานบริการเอกชน อำเภอสามง่าม

1. สถานบริการเวชกรรมชั้น 1	2	แห่ง
2. สถานพยาบาลผดุงครรภ์	11	แห่ง
3. ร้านขายยาโบราณ	1	แห่ง
4. ร้านขายยาบรรจุเสร็จ	6	แห่ง

องค์กรและอาสาสมัครเขตตำบลสามง่าม

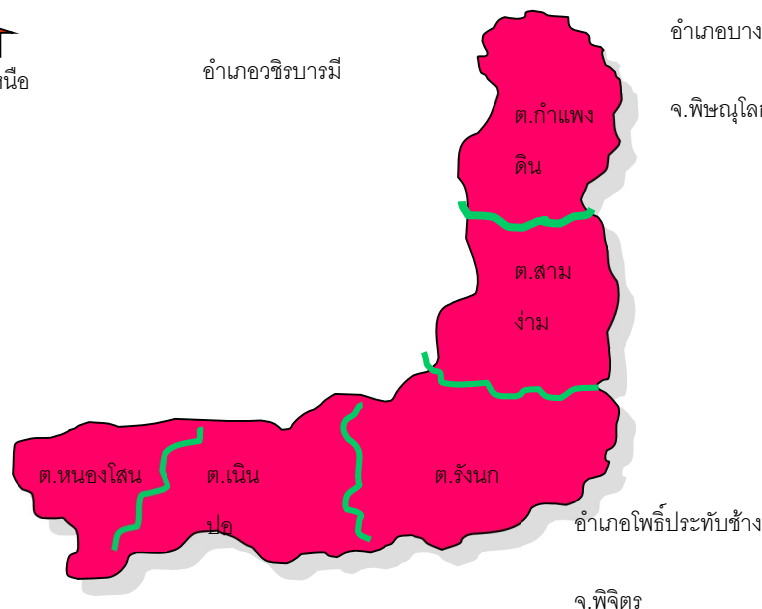
1. อาสาสมัครด้านสาธารณสุข	118	คน
2. กรรมการหมู่บ้าน	70	คน
3. หอกระจายข่าว	11	แห่ง
4. อาสาสมัครประชาสัมพันธ์(งานเอดส์)	118	คน
5. องค์การบริหารส่วนตำบล	16	คน

แผนที่อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร



ทต.เหนือ

อำเภอวิริยารมี



อำเภอบางกระทุ่ม

จ.พิษณุโลก

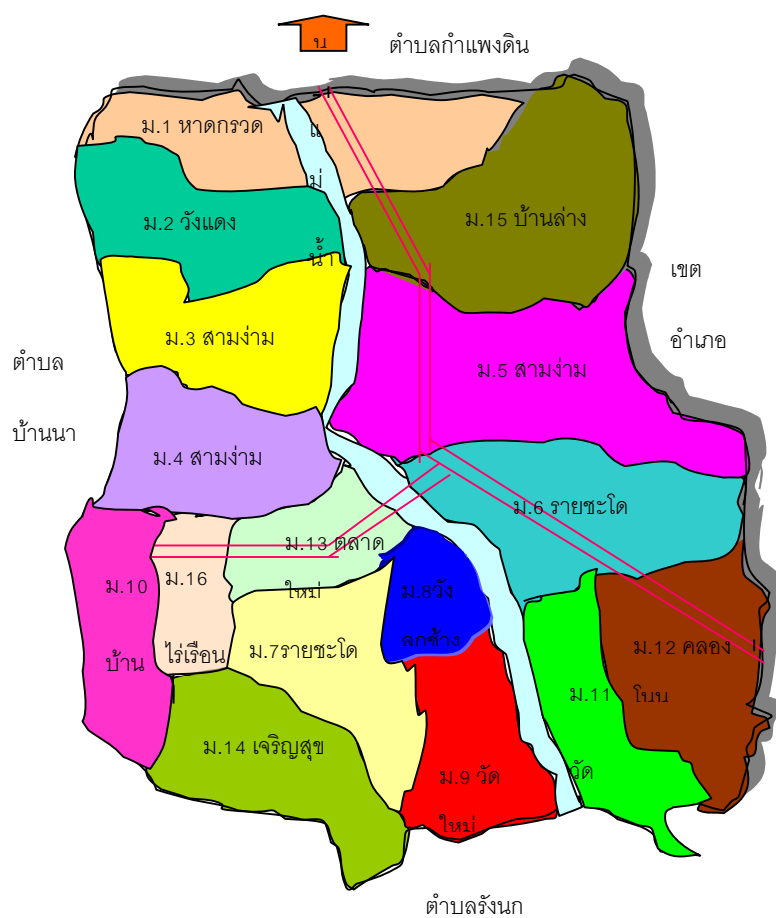
อำเภอเมือง

จ.พิจิตร

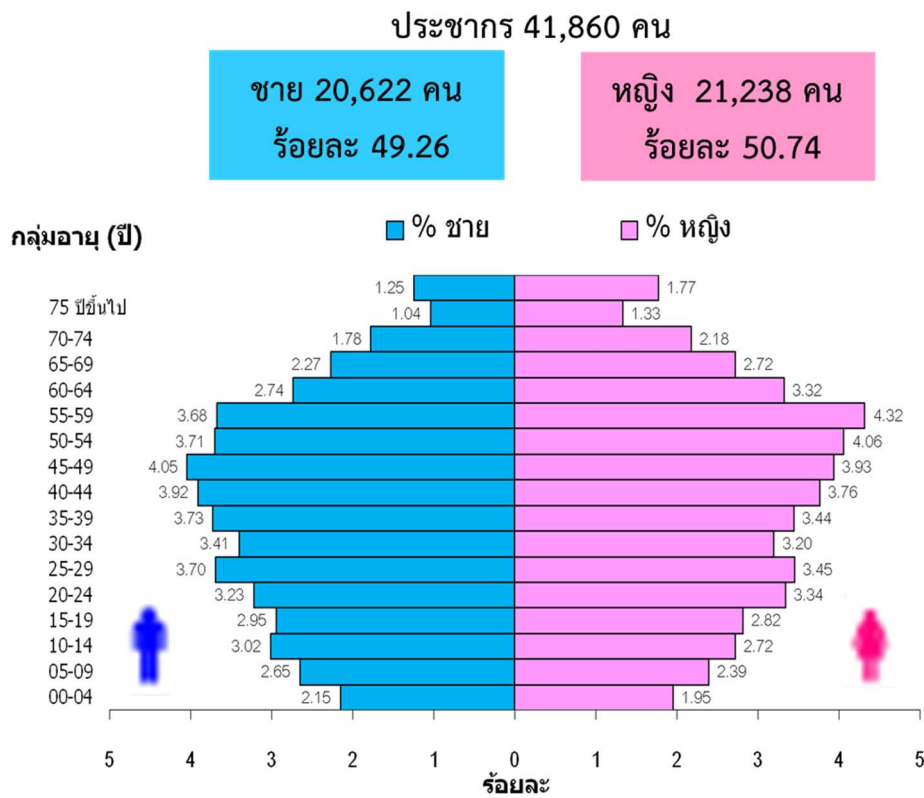
อำเภอโพธิ์ประทับช้าง

จ.พิจิตร

แผนที่ตำบลสามง่าม จังหวัดพิจิตร



โครงสร้างประชากร



ปิรามิดประชากร อำเภอสามง่าม ปี 2564

ผลการดำเนินงานตามนโยบายการดำเนินงานด้านสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
ประจำปีงบประมาณ 2565

แบบ : Agenda based จังหวัด

ประเด็นที่ 1 COVID-19

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ 3 : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

แผนงานควบคุมโรคและภัยสุขภาพ : ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1. สถานการณ์และสภาพปัญหาที่ผ่าน

สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ข้อมูล ณ วันที่ 22 ก.ค.65) อำเภอสามง่าม ระลอกเดือนมกราคม 2565 พบผู้ป่วยยืนยันจำนวน 374 ราย กำลังรักษา - ราย รักษาหายแล้ว 367 ราย เสียชีวิต 7 ราย ผู้รับวัคซีน (เข็ม1) 27,854 (83.88%) เข็ม 3 12,334 ราย (37.14%)

ข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอสามง่าม ระลอกเดือนมกราคม 2565

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ถึง 22 กรกฎาคม 2565

หน่วยบริการ	วิธีการตรวจหาเชื้อ			รูปแบบการรักษา							
	ATK	RT-PCR	รวม	รพ.		HI		CI		OPD SI	
				กำลังรักษา	จำหน่าย	กำลังรักษา	จำหน่าย	กำลังรักษา	จำหน่าย	กำลังรักษา	จำหน่าย
รพ.สต.กำแพงดิน	775	31	806	0	20	0	41	0	12	39	694
รพ.สต.วังลูกช้าง ต.สามง่าม	406	29	435	0	11	0	39			18	367
รพ.สต.รังนก	543	47	590	0	38	0	24	0	39	22	467
รพ.สต.เนินปอ	495	49	544	0	38	0	71	0	18	3	414
รพ.สต.บ้านเนินพลวง	504	51	555	0	31	0	128	0	1	1	394
หนองโสน รพ.สต.	946	87	1033	0	39	0	153	0	27	16	798
รพ.สต.มาบกระเปา	452	33	485	0	12	0	15	0	11	7	440
รพช.สามง่าม	808	47	855	0	38	0	86			38	693
รวม	4929	374	5303	0	227	0	557	0	108	144	4267

2. วัตถุประสงค์/เป้าหมาย (Purpose)

เพื่อควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

3. แผน/กิจกรรม/กระบวนการดำเนินงาน

1. จัดตั้งคณะกรรมการควบคุมสถานการณ์ COVID-19
2. ประชุมคณะกรรมการควบคุมสถานการณ์ COVID-19
3. ดำเนินการค้นหา ติดตามผู้ป่วยและผู้สัมผัสเสี่ยงสูงในพื้นที่
4. แยกผู้ติดเชื้อออกจากบุคคลอื่นโดยเร็ว
5. จัดระบบดูแลกลุ่มคนอย่างเหมาะสม ทั้งผู้ติดเชื้อ ผู้สัมผัส ผู้ป่วยที่กลับมาจากโรงพยาบาล

และประชาชนทั่วไป

4. กลยุทธ์/ มาตรการ

❖ การส่งเสริมสุขภาพ

- ☒ การเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 (ครอบคลุมทุกภาคส่วน)
- ☒ เชิญชวน ฉีดวัคซีนป้องกันโควิด -19 สร้างเสริมความรู้ ความเข้าใจ ประโยชน์ รวมถึงคำแนะนำวัคซีนฯ
- ☒ ได้รับการสนับสนุนทุกภาคส่วน

❖ การป้องกันและควบคุมโรค

- ☒ คำสั่ง/ประกาศ จากนายอำเภอสามง่าม สอดคล้องกับมาตรการ ข้อสั่งการ จ.พิจิตร
- ☒ ประชุม กำกับ ติดตาม วิเคราะห์สถานการณ์ผ่าน EOC ระดับอำเภอ
- ☒ มีมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดโควิด-19 ชัดเจน
- ☒ การเฝ้าระวัง สอบสวนโรค กรณีมีผู้ป่วยสงสัย/เสี่ยง รวมทั้งการตรวจเฝ้าระวังแหล่งชุมชน

❖ การรักษาพยาบาล

- ☒ ทบทวนแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย ตาม CPG
- ☒ โรงพยาบาล และโรงพยาบาลสนาม 3 แห่ง เต็ม สำหรับดูแลรักษาผู้ป่วย เพียงพอต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย
- ☒ เจ้าหน้าที่ กำกับ ติดตาม ดูแลรักษา ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ในเรื่องรูปแบบการรักษา
 - Home Isolation
 - Community Isolation
 - OP with Self Isolation

❖ การฟื้นฟูสมรรถภาพ

- ☒ ทีม MCATT ลงประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูง/ผู้ป่วยหายโควิด-19/ผู้ที่ได้รับความสูญเสีย
- ☒ ให้คำปรึกษา แนะนำ เกี่ยวกับอาการ LONG COVID (หน่วยบริการ / รพ. / ช่องทางออนไลน์)
- ☒ ติดตามฉีดวัคซีนโควิด หลังพ้นระยะรักษาหายแล้ว 3 เดือน

5. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี 2565 (Performance)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน ปี 2565	การวิเคราะห์ราย ตัวชี้วัด	
				ผ่านตาม เกณฑ์	ไม่ผ่าน ตาม เกณฑ์
1	อำเภอสามง่าม สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ภายใน 21 - 28 วัน (ร้อยละ 100)	ร้อยละ 100	100 (20 วัน)		
2	ร้อยละการให้บริการวัคซีน Covid-19 Type area 1 และ 3 ทุกกลุ่มอายุ	ร้อยละ 80	63.21 (เพิ่ม 1)		
3	ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	ร้อยละ 100	100		

6. ปัญหา/อุปสรรค/ข้อค้นพบและข้อเสนอแนะ

ลำดับ	ปัญหา/อุปสรรค/ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะที่จะดำเนินการในปี 2566
1	พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค	1. แนะนำให้ความรู้โรคโคโรนาไวรัส2019 2. เว้นระยะห่าง ทุกครั้งที่ออกนอกบ้าน กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ 3. เชิงรุก เจ้าหน้าที่ ผู้นำชุมชน อสม.เคาะประตูบ้าน ฉีดวัคซีนโควิด-19 4. ขอความร่วมมือประชาชน ไม่ปกปิดข้อมูล เฝ้าระวังประชาชนที่เดินทางเข้ามาในพื้นที่

ประเด็นที่ 2 ส่งเสริมการใช้สมุนไพรทางการแพทย์และสนับสนุนเศรษฐกิจ(กัญชา , กัญชง , กระเทียม , ฟ้าทะลายโจร)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ 6 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โครงการที่ 15 : พัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

1. บริบท / สถานการณ์ / ความเป็นมา (context)

จำนวนของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในทุกๆปี เนื่องจากการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง และมีการเพิ่มบริการที่ครบวงจร ทั้งเรื่องหัตถการ ยาสมุนไพรและกัญชาทางการแพทย์ ทำให้มีผู้สนใจและเข้าถึงบริการมากขึ้น

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน ปี 2562	ผลงาน ปี 2563	ผลงาน ปี 2564	การวิเคราะห์ราย ตัวชี้วัด
1	ร้อยละของผู้ป่วยนอก ได้รับบริการการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก	20.5	23.27	24.62	29.22	ผ่านตามเกณฑ์
2	มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร	3	0.77	1.16	0.92	ไม่ผ่านตามเกณฑ์

เนื่องจากสถานการณ์การใช้ยาสมุนไพรในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสามง่ามมีการใช้ในปริมาณที่น้อยเนื่องจากประชาชนยังไม่เข้าถึงการรับบริการด้านยาสมุนไพรและยังขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาสมุนไพรและกัญชา งานแพทย์แผนไทยจึงได้จัดทำกิจกรรมเพื่อประชาสัมพันธ์และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องให้กับประชาชนกลุ่มแกนนำ

2. วัตถุประสงค์/เป้าหมาย (Purpose)

- 2.1 เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับการบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ครอบคลุมและเข้าถึงทุกการรักษา
- 2.2 เพื่อให้ประชาชนได้รับองค์ความรู้ด้านยาสมุนไพรและกัญชาทางการแพทย์ที่ถูกต้องและครบถ้วน
- 2.3 เพื่อพัฒนางานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสามง่ามให้เป็นระบบและได้มาตรฐาน

3. กระบวนการดำเนินงาน / กิจกรรม (Process)

ลำดับ	กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ		งบประมาณ		การดำเนินการ ตามกิจกรรม
		ตามแผน (เดือน)	ทำจริง (เดือน)	ตามแผน	ทำจริง	
โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก						งบประมาณ 8,900 บาท
1	1.ค่าไว้นิลประชาสัมพันธ์และให้ความรู้จำนวน 1 ป้าย ราคาป้ายละ 900 บาท เป็นเงิน 900 บาท 2.ค่าคู่มือการใช้ยาสมุนไพรจำนวน 10 ชุด ชุดละ 300 บาท รวมเป็นเงิน 3,000 บาท 3. ค่าอาหารกลางวัน อาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน 40 คน X 100 บาท X 1 ครั้ง เป็นเงิน 4,000 บาท รวมเป็นเงินทั้ง 7,900 บาท	มี.ค.65	ส.ค.65	7,900	-	ยังไม่ได้ดำเนินการ
2	ค่าอาหารกลางวัน อาหารว่างและเครื่องดื่ม ประชุมคณะทำงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกระดับอำเภอจำนวน 10 คน คนละ 100 บาท เป็นเงิน 1,000 บาท	ส.ค.65	-	1,000	-	ยกเลิกกิจกรรม
	รวมงบประมาณทั้งสิ้น			8,900	-	

โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีกิจกรรม 2 กิจกรรม ยังไม่ได้ดำเนินการ 1 กิจกรรม และยกเลิกกิจกรรม 1 กิจกรรม ทำให้ไม่ได้ตามแผนเพราะผู้จัดทำโครงการมีภาระงานอื่นๆ ที่ติดในช่วงนั้น

การส่งเสริมการใช้สมุนไพรทางการแพทย์และสนับสนุนเศรษฐกิจ

กัญชา / กัญชง / กระเทียม / ฟ้าทะลายโจร

กลวิธีดำเนินการ

1. ประชาสัมพันธ์ส่งเสริมการใช้สมุนไพรทางการแพทย์ และการใช้อย่างถูกต้อง
2. ประชาสัมพันธ์การยื่นขอปลูกกัญชง
3. เปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2563 – ปัจจุบัน

4. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี 2565 (Performance)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน ปี 2565	การวิเคราะห์รายตัวชี้วัด	
				ผ่านตามเกณฑ์	ไม่ผ่านตามเกณฑ์
1	ร้อยละของผู้ป่วยนอก ได้รับบริการการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก	21.5	23.38	/	
2	มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร	3	1.43		/

5. ปัญหา/อุปสรรค/ข้อค้นพบและข้อเสนอแนะ

ลำดับ	ปัญหา/อุปสรรค/ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะที่จะดำเนินการในปี 2566
1	ดำเนินกิจกรรมไม่ได้ตามแผน	วางแผนการทำกิจกรรมให้สอดคล้องกับระยะเวลา
2	- การเข้าถึงบริการและการได้รับข้อมูลการใช้ กัญชาทางการแพทย์ ประชาชน ในพื้นที่อำเภอสามง่าม ยังไม่ครอบคลุม - ยาสมุนไพรสมุนไพรสมุนไพร ขาดช่วงการผลิต และจัดซื้อไม่ได้	- ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงการรับบริการคลินิก กัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาล ผ่านเวทีประชุมหัวหน้าส่วนราชการต่างๆ และ คลินิกโรคเรื้อรังของทุกหน่วยบริการ

6. นวัตกรรม/ผลงานเด่น/ผลสำเร็จที่สามารถเป็นแบบอย่างได้

ไม่มี

ประเด็นที่ 3 Health technology (Paper less , Drug refill , ระบบ refer)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงานที่ 12 : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

โครงการที่ 35 : โครงการ Smart Hospital

1. บริบท/สถานการณ์/ความเป็นมา(context)

โรงพยาบาลสามง่าม เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาดกลาง (F2 : First-level Hospital) มีจำนวนเตียงให้บริการจริง 33 เตียง ได้แก่ผู้ป่วยใน จำนวน 30 เตียง จำแนกเป็น ผู้ป่วยชาย 12 เตียง, ผู้ป่วยหญิง 12 เตียง, ห้องพิเศษ 5 เตียง และห้องแยกโรค 1 เตียงห้องคลอด จำนวน 3 เตียง

ตารางผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี 2562-2564

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน ปี 2562	ผลงาน ปี 2563	ผลงาน ปี 2564	การ วิเคราะห์ รายตัวชี้วัด
1	ระบบ Paper less ลดการใช้ใบสั่งตาม จุดบริการ	ลดการใช้ใบสั่งยา ในระบบงานผู้ป่วย นอก	-	-	ลดการใช้ใบสั่งยาใน คลินิกวัคซีนโควิด และตรวจคัดกรอง ประจำปีของกลุ่ม ปฐมภูมิ	
2	ระบบ drug refill	ใช้ระบบdrug refill ทุกแห่งระหว่างรพ. และรพ.สต	-	-	รพ.สต.ทุกแห่งใช้ ระบบdrug refill	
3	ระบบ refer	รพ.และรพ.สต.ใช้ โปรแกรม Three refer ทุกแห่งใน การส่งต่อผู้ป่วย	-	-	รพ.สต.และรพ. ใช้ ระบบโปรแกรม Three refer ครบ ทุกแห่งในการส่งต่อ ผู้ป่วย	

สถานการณ์ในปัจจุบันเทคโนโลยีได้มีความสำคัญในระบบการทำงานในระบบบริการสาธารณสุข เพื่อเป็นการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ จึงได้มีการคิดวางแผนร่วมกันเพื่อพัฒนาระบบการให้บริการต่างๆ โดยใช้เทคโนโลยีเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการจึงได้มีการใช้ระบบ มาเพื่อพัฒนางานใน 3 ด้าน ได้แก่ 1. ระบบ paperless 2.ระบบ drug refill 3. ระบบ refer เป็นการนำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อลดการใช้ทรัพยากรกระดาษ ลดการสำรองยาเป็นการใช้เวชภัณฑ์ยาอย่างคุ้มค่า และลดการใช้ทรัพยากรในระบบ refer

2. วัตถุประสงค์/เป้าหมาย (Purpose)

2.1 ลดภาระงานจัดเก็บเวชระเบียน และลดทรัพยากรกระดาษ

2.2 ลดขั้นตอนการเบิกจ่ายยา ระหว่างรพ. กับรพ.สต.

2.3 ลดขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย และเพิ่มความรวดเร็วในการรับส่งข้อมูลกัน ระหว่างรพ.กับรพ.สต.

3. กระบวนการดำเนินงาน/กิจกรรม (Process)

ลำดับ	กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ		งบประมาณ		การดำเนินการตามกิจกรรม
		ตามแผน (เดือน)	ทำจริง (เดือน)	ตามแผน	ทำจริง	
1	Paper less ดำเนินการการลดใบสั่งยา ในคลินิกวัคซีน Covid และคลินิกตรวจคัดกรองประจำปีของกลุ่มปฐมภูมิ	ต.ค.64	ต.ค.64	0	0	ดำเนินการแล้ว
2	Drug refill ดำเนินการใช้ระบบ drug refill กับทุกรพ.สต. ในการเบิกจ่ายยา	ต.ค.64	ต.ค.64	0	0	ดำเนินการแล้ว
3	ระบบ refer ดำเนินให้สถานบริการในเครือข่ายสามง่ามใช้โปรแกรม Three refer	ต.ค.64/มี.ค.65	ม.ค.65/มี.ค.65	0	0	ดำเนินการแล้ว

วิเคราะห์การดำเนินงานกิจกรรมในปี 2565

ในปี 2562 และ 2563 เป็นการเริ่มกิจกรรม ระบบ paper less ในปี 2564 เป็นการดำเนินกิจกรรม แต่ยังมีปัญหาและอุปสรรคในการลดการใช้ใบสั่งยา เนื่องจากบุคลากรขาดความรู้และความเข้าใจในการใช้เทคโนโลยีแทนกระดาษ จึงทำให้ยังไม่สามารถลดการใช้ใบสั่งยาได้ในทุกจุดบริการ ปี 2565 กำลังพิจารณาโปรแกรมการจัดการข้อมูลผู้ป่วยใน (IPD Paperless) มาใช้กับโรงพยาบาล

ในปี 2562 และ 2563 ยังไม่มีระบบการเบิกจ่ายยา แบบ drug refill ในช่วงปี 2563 เริ่มมีการวางแผนการนำระบบ drug refill เพื่อจะนำไปใช้ปี 2564 เมื่อเริ่มต้นปี 2564 ได้มีการนำระบบ drug refill มาใช้เพื่อลดการสำรอง ใน รพ.สต. พบว่าเมื่อมีการใช้ สามารถลดการสำรองยาในรพ.สต.ได้ แต่ยังมีปัญหาและอุปสรรค ระหว่างโปรแกรมคลังและโปรแกรมระบบการบริการที่ไม่เชื่อมโยงกัน ทำให้ยังต้องมีการพัฒนาระบบต่อไป

ระบบ refer พบว่ามีปัญหาในการส่งต่อแบบรูปแบบเดิม จึงมีการพัฒนาโปรแกรมระบบ three refer เพื่อใช้ระหว่าง รพ.สต. และรพ. ช่วงเดือนมกราคม 2565 เริ่มมีการใช้ แต่พบว่ามีบุคลากรผู้ใช้ขาดความรู้และความเข้าใจ จึงได้มีการอบรมพัฒนาความรู้ความเข้าใจของผู้ปฏิบัติ และพบว่าทุก รพ.สต. และ รพ. สามารถใช้โปรแกรม Three refer ได้และมีการใช้มาต่อเนื่องถึงปัจจุบัน

4. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดปี 2565 (Performance)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงานปี 2565	การวิเคราะห์รายตัวชี้วัด	
				ผ่านตามเกณฑ์	ไม่ผ่านตามเกณฑ์
1	Paper less	ลดการใช้กระดาษในหน่วยบริการ	ลดการใช้กระดาษในกิจกรรมใบสั่งยาในคลินิกวัคซีนโควิด และคลินิก	✓	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน ปี 2565	การวิเคราะห์รายตัวชี้วัด	
				ผ่านตามเกณฑ์	ไม่ผ่านตาม เกณฑ์
			ตรวจคัดกรองประจำปีของ กลุ่มปฐมนุญ		
2	Drug refill	สถานบริการมีระบบ drug refill ในการ เบิกจ่ายยา	ทุกรพ.สต.ใช้ระบบdrug refill ในการเบิกจ่ายยา ระหว่างรพ.กับรพ.สต.	✓	
3	ระบบ refer	สถานบริการในเครือข่าย ใช้ระบบ three refer ในการส่งต่อผู้ป่วย	ทุกรพ.สต. ใช้ระบบ Three refer ในการส่ง ต่อผู้ป่วย	✓	

5. ปัญหา/อุปสรรค/ข้อค้นพบและข้อเสนอแนะ

ลำดับ	ปัญหา/อุปสรรค/ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะที่จะดำเนินการในปี 2566
1	การพัฒนาหรือเปลี่ยนวิธีการทำงานโดย การนำเทคโนโลยีมาใช้ในองค์กรไม่สามารถ ปรับใช้กับบุคลากรได้ทันทีที่ต้องมีระยะเวลา ให้บุคลากรได้ปรับตัวและเรียนรู้	การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่มีอยู่ให้คุ้มค่า
2	ควรมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเพื่อ รองรับการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีใน การปฏิบัติงาน	พัฒนาบุคลากรในการใช้เทคโนโลยี เพื่อเพิ่มการลด การใช้กระดาษ (ลดใบสั่งยาตามจุดบริการอื่นๆ ใน รพ.)

6. นวัตกรรม/ผลงานเด่น/ผลสำเร็จที่สามารถเป็นแบบอย่างได้ ไม่มี

ประเด็นที่ 4 รพ.อาหารปลอดภัย

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ 4 : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

โครงการที่ 7 : โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

1. บริบท / สถานการณ์ / ความเป็นมา (context)

ตารางผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี 2562-2564 (อธิบายถึงสภาพปัญหาตามตัวชี้วัดที่จังหวัดกำหนดและตัวชี้วัดที่กำหนดเอง ย้อนหลังอย่างน้อย 3 ปี อาจจะเพิ่มแผนภูมิ/กราฟได้ความเหมาะสม)

ในปีงบประมาณ 2564 โรงพยาบาลสามง่าม มีการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย แต่ยังไม่ครอบคลุมตามมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย โดยกิจกรรมที่มีการดำเนินงาน ได้แก่ การประกาศนโยบาย, การตรวจสอบคุณภาพและความปลอดภัยของอาหารโดย Mobile Unit โดยสสจ., การดำเนินการตามข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหาร, การทดสอบโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร/ภาชนะสัมผัสอาหาร/มือผู้สัมผัสอาหาร, การทดสอบโคลิฟอร์มแบคทีเรียในน้ำบริโภค/น้ำระบบประปา/น้ำที่ใช้ในการปรุงอาหาร, การดำเนินงานตามมาตรฐานอาหารในโรงพยาบาล, ส่งเสริมตลาด Green Market ทุกวันอังคาร และจำหน่ายอาหารเมนูสุขภาพแก่เจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน ปี 2562	ผลงาน ปี 2563	ผลงาน ปี 2564	การวิเคราะห์ราย ตัวชี้วัด
1	การจัดตั้งตลาด Green Market	✓	-	✓	✓	เริ่มดำเนินงานปี 2564 แต่ยังขาดความต่อเนื่อง เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2	ตรวจสอบการปนเปื้อนของเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร/ภาชนะ/มือผู้สัมผัสอาหาร ทุก 3 เดือน	4 ครั้ง/ปี	3 ครั้ง	4 ครั้ง	4 ครั้ง	
3	ตรวจสอบคุณภาพน้ำ ด้วยชุดทดสอบโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ทุก 3 เดือน	4 ครั้ง/ปี	3 ครั้ง	4 ครั้ง	4 ครั้ง	
4	จัดซื้อวัตถุดิบปลอดภัยของมูลค่าการซื้ออาหารทั้งหมด	70.00	N/A	N/A	90.80	เริ่มดำเนินงานในปีงบประมาณ 2564
5	ตรวจสอบปนเปื้อนในวัตถุดิบที่ใช้ในการประกอบอาหาร ได้แก่ สารกันรา ฟอรัมาลิน บอแรกซ์ สารฟอกขาว และสารเคมีกำจัดแมลง	เดือนละ 1 ครั้ง	N/A	N/A	6 ครั้ง	

2. วัตถุประสงค์/เป้าหมาย (Purpose)

1. เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ ได้รับประทานอาหารที่สะอาด ปลอดภัย เหมาะสมกับภาวะโรค ตามเกณฑ์โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย
2. เพื่อควบคุม กำกับและเฝ้าระวังคุณภาพอาหารที่จัดให้ผู้ป่วย/ผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ สะอาด ปลอดภัยจากสารปนเปื้อน
3. เพื่อส่งเสริมให้เกิดตลาด Green Market เป็นจุดกระจายสินค้าทางการเกษตรที่ปลอดภัย สู่นักป่วย/ผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ อย่างต่อเนื่อง
4. เพื่อให้สามารถจัดซื้อวัตถุดิบปลอดภัยของมูลค่าการซื้ออาหารทั้งหมด (ร้อยละ 60.00)

3. กระบวนการดำเนินงาน / กิจกรรม (Process) ร่วมกับโครงการ การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมปี 2565

ลำดับ	กิจกรรม	ระยะเวลา ดำเนินการ		งบประมาณ		การ วิเคราะห์ ราย กิจกรรม
		ตาม แผน (เดือน)	ทำจริง (เดือน)	ตาม แผน	ทำจริง	
โครงการ การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมปี 2565						งบประมาณ 12,000 บาท
4	การเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบ การปนเปื้อนแบคทีเรีย (อ.11) ณ จุดที่ ให้บริการน้ำบริโภคและอุปโภค	ธ.ค./ มี.ค./ มิ.ย./ ก.ย.	ก.ค.	4,000	4,000	ดำเนินการ แล้ว
5	จัด Green Market ของโรงพยาบาลอย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	ต.ค.64 -ก.ย. 65	ก.ค.	8,000	8,000	ดำเนินการ แล้ว

4. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี 2565 (Performance)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน ปี 2565	การวิเคราะห์ราย ตัวชี้วัด	
				ผ่าน ตาม เกณฑ์	ไม่ผ่าน ตาม เกณฑ์
1	ประกาศนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย	มีประกาศ	มีประกาศ	✓	
2	ตรวจประเมินมาตรฐานโรงครัว ทุก 3 เดือน	4 ครั้ง/ปี	3 ครั้ง		✓
3	จัดตลาด Green Market สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	-		✓
4	ส่งตรวจผัก Mobile Unit for Food Safety 3 ตัวอย่าง/เดือน	เดือนละ 1 ครั้ง	เดือนละ 1 ครั้ง	✓	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน ปี 2565	การวิเคราะห์ราย ตัวชี้วัด	
				ผ่าน ตาม เกณฑ์	ไม่ผ่าน ตาม เกณฑ์
5	สุ่มเก็บตัวอย่างอาหารจากโรงครัวหาสารปนเปื้อนTest-kit ได้แก่ สารกันรา ฟอรัมาลิน บอแรกซ์ สารฟอกขาว ทุก 3 เดือน	เดือนละ 1 ครั้ง	3 ครั้ง		✓
6	ตรวจการปนเปื้อนของเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร/ภาชนะ/มือผู้สัมผัสอาหาร ทุก 3 เดือน	4 ครั้ง/ปี	2 ครั้ง		✓
7	ตรวจคุณภาพน้ำ ด้วยชุดทดสอบโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ทุก 3 เดือน	4 ครั้ง/ปี	2 ครั้ง		✓
8	จัดซื้อวัตถุดิบอาหารปลอดภัย	ร้อยละ 60.00	98.68	✓	

5. กลวิธีการดำเนินงาน

ลำดับ	กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ		งบประมาณ		การวิเคราะห์ราย กิจกรรม
		ตามแผน (เดือน)	ทำจริง (เดือน)	ตามแผน	ทำจริง	
โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย						งบประมาณ 12,000 บาท
1	จัดตั้งและประชุม คณะทำงาน ประกาศ นโยบายและมาตรการ ขับเคลื่อน โรงพยาบาล อาหารปลอดภัย สื่อสารให้ เจ้าหน้าที่ ผู้รับบริการ หน่วยงาน และประชาชน ทราบ	-	มี.ค.	-	-	-
2	พัฒนางานตามเกณฑ์ โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย	ม.ค.-ก.ย.	ม.ค.-ก.ย.	-	-	-
3	จัดตั้งตลาด Green Market ทุกวันอังคาร	ม.ค.	ม.ค.	-	-	ไม่ต่อเนื่อง เนื่องจาก สถานการณ์ Covid-19
4	ตรวจสอบคุณภาพน้ำ ด้วย ชุดทดสอบโคลิฟอร์ม แบคทีเรีย ในน้ำบริโภค จุด บริการน้ำบริโภคภายใน โรงพยาบาล/น้าระบบ ประปา/น้ำที่ใช้ในการปรุง ประกอบอาหาร ทุก 3 เดือน	ครั้งที่ 1 ธ.ค. ครั้งที่ 2 มี.ค. ครั้งที่ 3 มิ.ย. ครั้งที่ 4 ก.ย.	ม.ค. - ส.ค. รอ ดำเนินการ	12,000 บาท	12,000 บาท	อยู่ใน โครงการ การบริหาร จัดการ สิ่งแวดล้อมปี 2565
5	ตรวจสอบการปนเปื้อนของ เชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียใน อาหาร/ภาชนะสัมผัส อาหาร/มือผู้สัมผัสอาหาร ทุก 3 เดือน	ครั้งที่ 1 ธ.ค. ครั้งที่ 2 มี.ค. ครั้งที่ 3 มิ.ย. ครั้งที่ 4 ก.ย.	ม.ค. - ส.ค. รอ ดำเนินการ			
6	สุ่มตรวจสอบปนเปื้อนใน วัตถุดิบที่ใช้ในการประกอบ อาหาร ได้แก่ สารกันรา	ม.ค.-ก.ย. เดือนละ 1 ครั้ง	3 ครั้ง			

ลำดับ	กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ		งบประมาณ		การวิเคราะห์ราย กิจกรรม
		ตามแผน (เดือน)	ทำจริง (เดือน)	ตามแผน	ทำจริง	
	ฟอร์มาลิน บอแรกซ์ สาร ฟอกขาว และสารเคมีกำจัด แมลง ทุกเดือน					
7	ดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และตรวจประเมิน ตาม มาตรฐานอาหารปลอดภัยใน โรงพยาบาล ประกอบด้วย แบบประเมินมาตรฐานด้าน อาหารผู้ป่วย/แบบประเมิน มาตรฐานด้านสุขาภิบาล อาหารของสถานที่ประกอบ อาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาล/ แบบประเมินมาตรฐานด้าน สุขาภิบาลอาหารของ ร้านอาหารในโรงพยาบาล	ม.ค.-ก.ย. เดือนละ 1 ครั้ง	เดือนละ 1 ครั้ง	-	-	-
8	จัดจำหน่ายเมนูสุขภาพ ตามข้อกำหนดด้านเมนู สุขภาพ	ม.ค.-ก.ย.	ม.ค.-ก.ย.	-	-	-
9	จัดอาหารแก่ผู้ป่วยตาม มาตรฐานอาหารใน โรงพยาบาล	ธ.ค.-ก.ย.	ธ.ค.-ก.ย.	-	-	-

6. ปัญหา/อุปสรรค/ข้อค้นพบและข้อเสนอแนะ

ลำดับ	ปัญหา/อุปสรรค/ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะที่จะดำเนินการในปี 2566
1	เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค covid-19 ทำให้ระงับการจัดตั้งตลาด Green Market ในทุกวันอังคาร	-
2	มูลค่าการจัดซื้อวัตถุดิบอาหารปลอดภัยค่อนข้างสูงกว่าราคาท้องตลาดทั่วไป	ดำเนินการจัดซื้อวัตถุดิบอาหารปลอดภัย จากเกษตรกรในพื้นที่เพิ่มขึ้น
3	การสุ่มตรวจสอบปนเปื้อนที่ใช้ประกอบอาหารยังดำเนินการตรวจไม่ได้ทุกเดือนเนื่องจากค่าชุดตรวจค่อนข้างแพง	เพิ่มแผนการจัดซื้อชุดตรวจมากขึ้น

6. นวัตกรรม/ผลงานเด่น/ผลสำเร็จที่สามารถเป็นแบบอย่างได้

- ไม่มี

แบบ : Function based จังหวัด

ประเด็นที่ 5 คุณภาพเด็ก 0-6 ปี (ANC คุณภาพ , พัฒนาการเด็ก , ทันตสุขภาพ)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ 6 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)

โครงการที่ 27 : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก (เด็ก 0 - 6 ปี)

1. บริบท / สถานการณ์ / ความเป็นมา (context)

ตารางผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี 2562-2564 (อธิบายถึงสภาพปัญหาตามตัวชี้วัดที่จังหวัดกำหนด และตัวชี้วัดที่กำหนดเอง ย้อนหลังอย่างน้อย 3 ปี อาจจะเพิ่มแผนภูมิ/กราฟได้ความเหมาะสม)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน ปี 2563	ผลงาน ปี 2564	ผลงาน ปี 2565 (10เดือน)	การวิเคราะห์รายตัวชี้วัด
1	เด็ก 3 ปีปราศจากฟันผุ	ร้อยละ 75	84.11	90.35	84.62	ในปี 2565 การระบาดของ COVID-19 เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน

สถานการณ์ ฟันผุในเด็ก 0-3 ปี ไม่ได้เป็นปัญหาสำคัญของ อำเภอสามง่าม เนื่องจากมีการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก ในกลุ่มเป้าหมายนี้ แต่ในปี 2565 การระบาดของ covid-19 เป็นอุปสรรคต่อการให้บริการ ทำให้การเข้าถึงลดลง เนื่องจากไม่สามารถเข้าดำเนินกิจกรรมได้

2. วัตถุประสงค์/เป้าหมาย (Purpose)

2.1 เพื่อประชุมแลกเปลี่ยนติดตามสถานการณ์ ฟันผุและการดำเนินการแต่ละพื้นที่ของ อำเภอสามง่าม

2.2 เพื่อให้เด็ก 0-6 ปี ปราศจากฟันผุ

3. กระบวนการดำเนินงาน / กิจกรรม (Process)

ลำดับ	กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ		งบประมาณ		การดำเนินการ ตามกิจกรรม
		ตามแผน (เดือน)	ทำจริง (เดือน)	ตามแผน	ทำจริง	
โครงการพัฒนาสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก						ไม่ใช้งบประมาณ
1	ประชุมเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ งานทันตกรรม แต่ละ รพสต และ รพ.	ม.ค./ มี.ค.	ม.ค./ มี.ค.	0	0	ยกเลิกกิจกรรม
	รวมงบประมาณทั้งสิ้น			0	0	

กลวิธีการดำเนินงาน

1. จัดให้ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากใน คลินิก ANC
2. จัดให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากในคลินิก WBC
3. เคลือบฟลูออไรด์
4. ตรวจสุขภาพช่องปาก

4. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี 2565 (Performance)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน ปี 2565	การวิเคราะห์รายตัวชี้วัด	
				ผ่านตามเกณฑ์	ไม่ผ่านตามเกณฑ์
1	เด็ก 3 ปีปราศจากฟันผุ	75	84.62	ผ่าน	

5. ปัญหา/อุปสรรค/ข้อค้นพบและข้อเสนอแนะ

ลำดับ	ปัญหา/อุปสรรค/ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะที่จะดำเนินการในปี 2565
1	การระบาดของ covid-19	รอให้การระบาดลดความรุนแรง

6. นวัตกรรม/ผลงานเด่น/ผลสำเร็จที่สามารถเป็นแบบอย่างได้

-

ประเด็นที่ 6 มารดาตาย

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงาน ที่ 13 แผนงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด

แผนงาน ที่ 17.3 แผนงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสูติกรรม

1. บริบท/สถานการณ์/ความเป็นมา (context)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน ปี 2562	ผลงาน ปี 2563	ผลงาน ปี 2564	การวิเคราะห์ราย ตัวชี้วัด
1	อัตราตายทารกแรกเกิด	<3.6 ต่อพัน การเกิดมีชีพ	11.30 (2ราย)	0	0	ผ่านเกณฑ์
2	อัตราทารกแรกเกิด ขาดออกซิเจน	<25ต่อพัน การเกิดมีชีพ	17.54 (1:57)	0	0	ผ่านเกณฑ์
3	อัตราตายมารดา	<16การเกิด มีชีพแสนคน	0	0	0	ผ่านเกณฑ์
4	อัตราการตกเลือดหลัง คลอด	<ร้อยละ 5	1.75% (1:57)	7.14% (3:42)	3.23% (1:31)	ผ่านเกณฑ์
5	อัตราการคลอดก่อน กำหนด	<ร้อยละ 7	0	0	6.45% (2:31)	ผ่านเกณฑ์

สถานการณ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสูติกรรม ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 จนถึงปัจจุบันไม่พบอัตราตายมารดา พบอัตราการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 1.75, 7.14 และ 3.23 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มที่ลดลงพบอัตราตายทารกแรกเกิด ปี 2562 จำนวน 2 ราย คิดเป็น 11.30 ต่อพันการเกิดมีชีพ (ทารกคลอดที่ รพ. พิจิตร ทั้ง 2 ราย) ปี 2563 - 2564 ไม่พบอัตราตายทารกแรกเกิด พบอัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน ปี 2562 จำนวน 1 ราย คิดเป็น 17.54 ต่อพันการเกิดมีชีพ ปี 2563 - 2564 ไม่พบอัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน ปี 2562 - 2563 ไม่มีอัตราการคลอดก่อนกำหนด ปี 2564 พบอัตราการคลอดก่อนกำหนด จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.45 ดังนั้นงานพัฒนาสาขาสูติกรรมและทารกแรกเกิด เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอสามงาม ได้มีการพัฒนาคุณภาพระบบบริการมารดาและทารกอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด

2. วัตถุประสงค์/เป้าหมาย (Purpose)

2.1 เพื่อพัฒนาระบบการดูแลมารดาและทารกแรกเกิด

2.2 เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ มีทักษะในการดูแลทารกแรกเกิด

3. กระบวนการดำเนินงาน / กิจกรรม (Process)

ลำดับ	กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ		งบประมาณ		การวิเคราะห์ รายการกิจกรรม
		ตามแผน (เดือน)	ทำจริง (เดือน)	ตามแผน	ทำจริง	
แผนงานที่ 13 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด						ไม่ใช่ งบประมาณ
1.	-ทบทวนแนวทางปฏิบัติการ ดูแล	ต.ค.-ธ.ค. 64	ธ.ค.64	0	0	

ลำดับ	กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ		งบประมาณ		การวิเคราะห์ รายการกิจกรรม
		ตามแผน (เดือน)	ทำจริง (เดือน)	ตามแผน	ทำจริง	
	ทารกแรกเกิดตามแนวทาง จังหวัด					
2.	-พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ใน การดูแลทารกแรกเกิดเรื่อง การประเมินภาวะหายใจ ลำบากการประเมิน Ballard score และ CPR ทารกแรก เกิด	ธ.ค.64 -มี.ค.65	ธ.ค.64 -ก.พ.65	0	0	
แผนงานที่ 17.3 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสูติกรรม						ไม่ใช่ งบประมาณ
1.	-พัฒนาระบบการคลอดตาม วิธีใหม่ New Normal	ต.ค.-ธ.ค. 64	มี.ค.65	0	0	
2.	-พัฒนาศักยภาพบุคลากรใน ดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือด หลังคลอด ฝึกปฏิบัติ ทุก 3 เดือน	ต.ค.64 ม.ค.65 เม.ย.65 ก.ค.65	ต.ค.64 ม.ค.65 มิ.ย.65	0	0	

4. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี 2565 (Performance)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน ปี 2565	การวิเคราะห์รายตัวชี้วัด	
				ผ่านตามเกณฑ์	ไม่ผ่านตาม เกณฑ์
1	อัตราการตายทารกแรกเกิด	<3.6 ต่อพัน การเกิดมีชีพ	0	✓	
2	อัตราทารกแรกเกิดขาด ออกซิเจน	<25ต่อพัน การเกิดมีชีพ	0	✓	
3	อัตราการตายมารดา	<16การเกิด มีชีพแสนคน	0	✓	
4	อัตราการตกเลือดหลังคลอด	<ร้อยละ 5	4.35% (2:46)	✓	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน ปี 2565	การวิเคราะห์รายตัวชี้วัด	
				ผ่านตามเกณฑ์	ไม่ผ่านตาม เกณฑ์
5	อัตราการคลอดก่อนกำหนด	<ร้อยละ 7	8.70% (4:36)		✓

การวิเคราะห์การดำเนินงาน

การพัฒนาระบบบริการสาขาสูติกรรม

ผลการดำเนินงาน 5 ปีที่ผ่านมา ไม่พบอัตราการตายมารดาแต่ยังพบอัตราการตกเลือดหลังคลอดมีแนวโน้มที่สูงขึ้นในปี 2563 พบอัตราการตกเลือดหลังคลอด จำนวน 3 ราย จากมารดาคลอดทั้งหมด 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.14 สาเหตุเกิดมดลูกหดตัวไม่ดีทั้ง 3 ราย รายที่ 1 เกิดจากมารดาครรภ์ที่ 5 และ precipitate labour (ใช้เวลาเจ็บครรภ์จริงถึงคลอดใช้เวลา 1 ชม.) รายที่ 2 มารดาครรภ์ที่ 1 เกิดจาก precipitate labour (ใช้เวลาเจ็บครรภ์จริงถึงคลอดใช้เวลา 1 ชม.45 นาที) รายที่ 3 มารดาครรภ์ที่ 3 เกิดการคลอดติดไหล่ ทารกน้ำหนัก 3,300 กรัม ทั้ง 3 รายสามารถให้การดูแลรักษาได้ที่ รพ.สามง่าม ไม่มีภาวะ hypovolemic shock ปี 2564 พบอัตราการตกเลือดหลังคลอด จำนวน 1 รายจากมารดาคลอดทั้งหมด 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.23 สาเหตุเกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี ปี 2565 พบอัตราการตกเลือดหลังคลอด จำนวน 2 ราย จากมารดาคลอดทั้งหมด 46 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.35 สาเหตุเกิดจากภาวะรกติด ส่งตัวไปรับการรักษาต่อที่ รพ.พิจิตร ทั้ง 2 ราย จากการทบทวนพบว่า ยังเกิดความล่าช้าในการส่งต่อ ทีมยังขาดทักษะในการดูแล ผู้คลอดในภาวะวิกฤต ทางเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสามง่ามได้ดำเนินการทบทวนแนวทางปฏิบัติ ทบทวนการทำคลอดรก และทบทวนระบบ Fast tract PPH มีการซ้อมทีมช่วยเหลือการตกเลือดหลังคลอด เพื่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้มารดาได้รับความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

แผนพัฒนาระบบบริการสาขาทารกแรกเกิด

ในปี 2562 พบอัตราการตายทารกแรกเกิด จำนวน 2 ราย คิดเป็น 11.30 ต่อพันการเกิดมีชีพ (Refer มารดาคลอดทารกที่ รพ.พิจิตร ด้วยมารดามีภาวะ Prolong PROM 1 ราย ส่งผลให้ทารกเกิดภาวะ Neonatal sepsis, อีก 1 ราย เป็น case DFIU จากมารดาครรภ์เสี่ยงสูงมีภาวะ GDM, Preeclampsia) พบอัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน 1 รายคิดเป็น 17.54 ต่อพันการเกิดมีชีพ จากภาวะ Thick meconium AS 7-8-8 Refer ไปรับการรักษาต่อที่ รพ.พิจิตร เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสามง่าม ได้มีการทบทวนและมีการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ สาขาทารกแรกเกิดอย่างต่อเนื่อง มีการคัดกรองความเสี่ยงตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ มีระบบ Intrauterine transfer, มีระบบ consult Dr To Dr, มีระบบ Fast track newborn เพื่อการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ทารกแรกเกิดได้รับความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ ในปี 2563 - 2565 ไม่พบอัตราการตายทารกแรกเกิด ไม่พบอัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน ปี 2564 พบทารกคลอดก่อนกำหนด จำนวน 2 ราย จากมารดาคลอดทั้งหมด 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.45 ทั้ง 2 ราย เกิดจากมารดาอายุครรภ์ < 37 สัปดาห์ น้ำหนักทารกเกิน 2,500 กรัม ทั้ง 2 ราย จากการประเมิน Ballard score ทารกครบกำหนดคลอด ไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน ปี 2565 พบทารกคลอดก่อนกำหนด จำนวน 4 ราย จากมารดาคลอดทั้งหมด 46 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.70 โดยทั้ง 4 ราย เกิดจากมารดาอายุครรภ์ < 37 สัปดาห์ น้ำหนักทารก < 2,500 กรัม 3 ราย น้ำหนักทารก 2,770 กรัม จากการประเมิน Ballard score ทารกครบกำหนดคลอดทั้ง 3 ราย คลอดก่อนกำหนด 1 ราย แต่ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ไม่พบอัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน ทารกสุขภาพแข็งแรง

ประเด็นที่ 7 ลดภาวะแทรกซ้อน ลดตาย Service Plan (Stroke/STEMI/Sepsis)

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ 6 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการที่ 18 โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ

1. บริบท/สถานการณ์/ความเป็นมา/สภาพปัญหาที่พบ

ตารางผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี 256๒-256๔ (อธิบายถึงสภาพปัญหาตามตัวชี้วัดที่จังหวัดกำหนดและตัวชี้วัดที่กำหนดเอง ย้อนหลังอย่างน้อย 3 ปี อาจจะเพิ่มแผนภูมิ/กราฟได้ความเหมาะสม)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน ปี 256 ๒	ผลงาน ปี 256 ๓	ผลงาน ปี 256๔	การวิเคราะห์ราย ตัวชี้วัด
1.	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	< 8 %	3.33	0	0	ผ่าน
2.	ร้อยละของการให้การรักษามารยาของผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (ได้รับยาละลายลิ่มเลือด SK ใน 30 นาทีหลังวินิจฉัย)	≥ ร้อยละ 60	100	83.33	100	ผ่าน
3.	Door to EKG ใน 10 นาที	≥ ร้อยละ 80	86.62	100	87.5	ผ่าน
4.	Door to refer 45 ใน 45 นาที	≥ ร้อยละ 80	63.64	58.33	50.00	ผ่าน

ในปี 2564 พบผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 24 ราย ตรวจ EKG ทันภายใน 10 นาที 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.50 พบเป็นโรคหัวใจขาดเลือดชนิด STEMI 10 ราย Refer ทันภายใน 45 นาที 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 ผู้ป่วย STEMI ได้รับ SK ภายใน 30 นาที จำนวน 5 ราย ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย 100% ผู้ป่วย STEMI 5 ราย ส่งต่อไม่ทันเวลา สาเหตุผู้ป่วยมาด้วยอาการไม่ชัดเจน 3 ราย No U/D ไม่มีอาการแน่นหน้าอก มีอาการแสบร้อนกลางอกจุกในลำคอ คลื่นไส้อาเจียน ให้การรักษาเฉียดยา Observe อาการไม่ดีขึ้น ตรวจ EKG พบ ST elevated Dx. STEMI และอีก 2 ราย Consult แพทย์รพ. พิจิตร ให้ CXR เพิ่ม และทำ EKG ซ้ำ และ รอผล ATK ก่อน Refer ไม่พบ STEMI เสียชีวิต

2. วัตถุประสงค์/เป้าหมาย (purpose)

2.1 เพื่อพัฒนาระบบบริการรักษาพยาบาลให้ได้ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย STEMI Fast track

2.2 เพื่อพัฒนาบุคลากรทุกระดับให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย STEMI Fast track

3. กระบวนการดำเนินงาน/กิจกรรม (process)

ลำดับ	กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ		งบประมาณ		การวิเคราะห์ รายกิจกรรม
		ตามแผน (เดือน)	ทำจริง (เดือน)	ตามแผน	ทำจริง	
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจ						งบประมาณ 0 บาท
1	อบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะแก่บุคลากร สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสามง่าม และนักปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน ๒๓๐ คน	ม.ค-กพ 65	11,18,25 ม.ค.65 และ8 ก.พ.65	0 บาท	0 บาท	บูรณาการร่วมกับโครงการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและการส่งต่อ
2	พัฒนา ECS ER คุณภาพ ในระบบ STEMI Fast track / การส่งต่อ	ตุลาคม 64- กันยายน 2565	ตุลาคม64- มิถุนายน 65	-	-	
3	พัฒนาระบบEMS/ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงบริการ 1669	ตุลาคม 64- กันยายน 2565	ตุลาคม64- มิถุนายน 65	-	-	
4	ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจและอาการเตือนแก่ผู้ป่วยDM HT	ตุลาคม 64- กันยายน 2565	ตุลาคม64- มิถุนายน 65	-	-	บูรณาการร่วมกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
5	ปฏิบัติตาม CPG การดูแลผู้ป่วยSTEMI และแนวทางการส่งต่อ STEMI FAST Track	ตุลาคม 64- กันยายน 2565	ตุลาคม64- มิถุนายน 65	-	-	ตามservice plan STEMI
	รวมงบประมาณทั้งสิ้น			0 บาท	0 บาท	

4. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดปี 2565

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน ปี 2565	การวิเคราะห์รายตัวชี้วัด	
				ผ่านตามเกณฑ์	ผ่านตามเกณฑ์
1	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (I21.0-I21.3 ที่ได้รับยาSK)	< 8 %	0	ผ่าน	
2	ร้อยละของการให้การรักษผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด(ได้รับยาละลายลิ่มเลือด SK ใน 30 นาทีหลังวินิจฉัย)	≥ ร้อยละ 60	100	ผ่าน	
3	Door to EKG ใน 10 นาที	≥ ร้อยละ 80	85.71	ผ่าน	
4	Door to refer 45 ใน 45 นาที	≥ ร้อยละ 80	50	ไม่ผ่าน	

5. ปัญหา/อุปสรรค/ข้อค้นพบและข้อเสนอแนะ

ลำดับ	ปัญหา/อุปสรรค/ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะที่จะดำเนินการในปี 2566
1	ผู้ป่วยและญาติไม่ตระหนักในความรุนแรงของโรค รอจนอาการรุนแรงมาก	เพิ่มการประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ โรคหลอดเลือดหัวใจ และสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2.ประชาสัมพันธ์ 1669 / ทีมกู้ชีพ
๒	อาการ ความเจ็บป่วย ไม่ตรงกับอาการนำของโรค เช่นมาด้วยเวียนศีรษะ แสบร้อนปวดท้อง ปวดหลัง ทำให้การวินิจฉัยล่าช้า	2.การเฝ้าระวังในผู้สูงอายุที่มาด้วยอาการเวียนศีรษะ แสบร้อนปวดท้อง ปวดหลัง ควรตรวจEKG ทุกราย
๓	สถานการณ์ COVID-19 ทำให้การเข้าถึงล่าช้า ต้องเพิ่มความระมัดระวังมากขึ้น ต้องซักประวัติความเสี่ยง แยกจุดตรวจ อุปกรณ์ป้องกัน PPE และการSwab ก่อนการส่งต่อ	1.ทบทวนแนวทางปฏิบัติการดูแล /ส่งต่อNew normal STEMI Fast track

6. นวัตกรรม/ผลงานเด่น/ผลสำเร็จที่สามารถเป็นแบบอย่างได้ -ไม่มี

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงาน ที่ 6 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการที่ 10 โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1. บริบท/สถานการณ์/ความเป็นมา/สภาพปัญหาที่พบ

ตารางผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี 256๒-256๔ (อธิบายถึงสภาพปัญหาตามตัวชี้วัดที่จังหวัดกำหนดและตัวชี้วัดที่กำหนดเอง ย้อนหลังอย่างน้อย 3 ปี อาจจะเพิ่มแผนภูมิ/กราฟได้ความเหมาะสม)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน ปี 256๒	ผลงาน ปี 256๓	ผลงาน ปี 256๔	การวิเคราะห์ราย ตัวชี้วัด
1	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) (ผู้ป่วยใน)	<ร้อยละ 7	1.96	2.27	2.78	ผ่าน
2	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) (ผู้ป่วยใน)	น้อยกว่าร้อยละ 25	0	0	0	ผ่าน
3	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) (ผู้ป่วยใน)	น้อยกว่าร้อยละ 5	0	4	0	ผ่าน
4	อัตราการเข้า Stroke Fast Track	≥ร้อยละ 50	45.28	58.00	63.33	ผ่าน
5	อัตราการส่งต่อผู้ป่วย SFT ใน 30 นาที	ร้อยละ 100	79.17	72.41	63.16	ไม่ผ่าน
6.	อัตราการเข้าถึง 1669 ในผู้ป่วย stroke	>ร้อยละ 26	33.33	42.85	46.67	ผ่าน

ในปี 2564 พบผู้ป่วย Stroke จำนวน 30 ราย มี U/D DM ,HT 19 ราย (63.33%) เข้า SFT : มารพ. ภายใน 4.5 ชม.หลังมีอาการ 19 ราย (63.33%) เข้าถึง 1669 จำนวน 14 ราย (46.67%) ส่งต่อทันเวลาใน 30 นาที จำนวน 12 ราย (63.16%) ซึ่งน้อยกว่าเป้าหมายที่กำหนด 7 ราย ที่ส่งต่อไม่ทัน 30 นาที เนื่องจาก เป็นผู้ป่วยหนักที่ต้องได้รับใส่ท่อช่วยหายใจ 2 ราย ให้ยาลดความดันโลหิตก่อนส่งต่อ 2 ราย ใช้เวลาประสานส่งต่อนาน 1 ราย และรอผลตรวจ ATK 2 ราย และ admit เสียชีวิต 1 ราย

2. วัตถุประสงค์/เป้าหมาย (purpose)

2.1 เพื่อพัฒนาระบบบริการรักษาพยาบาลให้ได้ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย STROKE Fast track

2.2 เพื่อพัฒนาบุคลากรทุกระดับให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย STROKE Fast track

3. กระบวนการดำเนินงาน/กิจกรรม (process)

ลำดับ	กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ		งบประมาณ		การวิเคราะห์ รายกิจกรรม
		ตามแผน (เดือน)	ทำจริง (เดือน)	ตามแผน	ทำจริง	
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจ						งบประมาณ 0 บาท
1	อบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะแก่บุคลากรสาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสามง่าม และนักปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน ๒๓๐ คน	ม.ค-กพ 65	11,18,25 ม.ค.65 และ8 ก.พ.65	0 บาท	0 บาท	บูรณาการร่วมกับโครงการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและการส่งต่อ
2	พัฒนา ECS ER คุณภาพ ในระบบ STROKE Fast track /การส่งต่อ	ตุลาคม 64- กันยายน 2565	ตุลาคม64- มิถุนายน 65	-	-	
3	พัฒนาระบบEMS/ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงบริการ 1669	ตุลาคม 64- กันยายน 2565	ตุลาคม64- มิถุนายน 65	-	-	
4	ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและอาการเตือนแก่ผู้ป่วยDM HT	ตุลาคม 64- กันยายน 2565	ตุลาคม64- มิถุนายน 65	-	-	บูรณาการร่วมกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
5	ปฏิบัติตาม CPG การดูแลผู้ป่วย STROKE และแนวทางการส่งต่อ STROKE FAST Track	ตุลาคม 64- กันยายน 2565	ตุลาคม64- มิถุนายน 65	-	-	ตามservice plan STROKE
	รวมงบประมาณทั้งสิ้น			0 บาท	0 บาท	

4. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดปี 2565

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน ปี 2565	การวิเคราะห์รายตัวชี้วัด	
				ผ่านตามเกณฑ์	ผ่านตามเกณฑ์
1	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) (ผู้ป่วยใน)	<ร้อยละ 7	0	ผ่าน	
2	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) (ผู้ป่วยใน)	น้อยกว่า ร้อยละ 25	0	ผ่าน	
3	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63) (ผู้ป่วยใน)	น้อยกว่า ร้อยละ 5	0	ผ่าน	
4	อัตราการเข้า Stroke Fast Track	≥ ร้อยละ 50	50	ผ่าน	
5	อัตราการส่งต่อผู้ป่วย SFT ใน 30 นาที	ร้อยละ 100	57.14	ไม่ผ่าน	
6	อัตราการเข้าถึง 1669 ในผู้ป่วย stroke	> ร้อยละ 26	33.33	ผ่าน	

5. ปัญหา/อุปสรรค/ข้อค้นพบและข้อเสนอแนะ

ลำดับ	ปัญหา/อุปสรรค/ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะที่จะดำเนินการในปี 2566
1	ผู้ป่วยมารับบริการด้วย Onset ที่มากกว่า 4.5 ชม เนื่องจาก รอคูอาการที่บ้านก่อน	1. ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ประชาชนเกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินที่ต้องมารพ. (Stroke awareness) ผ่านช่องทางประชาสัมพันธ์ ป้ายไว้นิลในชุมชน แผ่นพับ 2. เพิ่มการเข้าถึง Transfer by 1669 3. พัฒนาคุณภาพ pre hospital care : stroke alert 4. พัฒนาทักษะทีม EMS /รพสต./ร.พ. เพื่อการวินิจฉัยที่เร็วขึ้น
๒	สถานการณ์ COVID-19 ทำให้การเข้าถึงล่าช้า ต้องเพิ่มความระมัดระวัง	1. ทบทวนแนวทางปฏิบัติการดูแลและ ส่งต่อ Stroke Fast track

ลำดับ	ปัญหา/อุปสรรค/ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะที่จะดำเนินการในปี 2566
	มากขึ้น ต้องซักประวัติความเสี่ยง แยกจุดตรวจ อุปกรณ์ป้องกัน PPE และการSwab ก่อนการส่งต่อ	

6. นวัตกรรม/ผลงานเด่น/ผลสำเร็จที่สามารถเป็นแบบอย่างได้ -ไม่มี

ประเด็นที่ 8 คุ่มครองผู้บริโภคร (RDU Community)

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ 6 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)

โครงการที่ 12 ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

1. บริบท / สถานการณ์ / ความเป็นมา (context)

สถานการณ์การส่งใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค URI ทั้งใน รพ.และ รพ.สต.มีแนวโน้มลดลง จนผ่านเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนด (ไม่เกินร้อยละ 20) ในปี 2564 รพ.สามง่าม มีการส่งใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค URI อยู่ที่ย้อยละ 22.06 เนื่องจากภาวะวิกฤติโควิด-19 ตั้งแต่เดือน มีนาคม 2563 เป็นต้นมา ทำให้มีผู้รับบริการในกลุ่มโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก ที่มีความเสี่ยงของการติดเชื้อสูงกว่าภาวะปกติ เพื่อลดความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้น จำเป็นต้องใชยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคนี้เพิ่มมากขึ้น จนทำให้เกินเกณฑ์ที่กำหนดเล็กน้อย ดังตาราง

1.1. ตารางแสดงร้อยละของการส่งใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในกลุ่มโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก

ลำดับ	หน่วยงาน	เกณฑ์	ผลงาน ปี 2562	ผลงานปี 2563	ผลงานปี 2564	การวิเคราะห์รายตัวชี้วัด
1	รพ.สต.กำแพงดิน	< 20%	7.98	12.19	9.25	ผ่านเกณฑ์
2	รพ.สต.บ้านวังลูกช้าง	< 20%	9.10	9.39	4.06	ผ่านเกณฑ์
3	รพ.สต.รังนก	< 20%	2.84	5.89	3.84	ผ่านเกณฑ์
4	รพ.สต.เนินปอ	< 20%	4.39	8.85	10.35	ผ่านเกณฑ์
5	รพ.สต.บ้านเนินพลวง	< 20%	1.21	1.11	0.37	ผ่านเกณฑ์
6	รพ.สต.หนองโสน	< 20%	5.51	4.93	5.67	ผ่านเกณฑ์
7	รพ.สต.บ้านมาบกระเปา	< 20%	1.76	1.07	0.92	ผ่านเกณฑ์
8	รพ.สามง่าม	< 20%	18.65	22.06	0.00	ผ่านเกณฑ์

1.2 ร้อยละของการส่งใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในกลุ่มโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

ลำดับ	หน่วยงาน	เกณฑ์	ผลงาน ปี 2562	ผลงาน ปี 2563	ผลงานปี 2564	การวิเคราะห์รายตัวชี้วัด
1	รพ.สต.กำแพงดิน	< 20%	8.08	8.06	7.53	ผ่านเกณฑ์
2	รพ.สต.วังลูกช้าง	< 20%	0	4.08	12.2	ผ่านเกณฑ์
3	รพ.สต.รังนก	< 20%	9.84	4.35	5.45	ผ่านเกณฑ์
4	รพ.สต.เนินปอ	< 20%	0	0	5.26	ผ่านเกณฑ์

ลำดับ	หน่วยงาน	เกณฑ์	ผลงาน ปี 2562	ผลงาน ปี 2563	ผลงานปี 2564	การวิเคราะห์ รายตัวชี้วัด
5	รพ.สต.เนินพลวง	< 20%	12.20	0	0	ผ่านเกณฑ์
6	รพ.สต.หนองโสน	< 20%	14.29	7.32	7.69	ผ่านเกณฑ์
7	รพ.สต.มาบกระเปา	< 20%	15.61	7.27	3.13	ผ่านเกณฑ์
8	รพ.สามง่าม	< 20%	16.98	9.29	0	ผ่านเกณฑ์

สถานการณ์การส่งใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ทั้งใน รพ.และ รพ.สต.มีแนวโน้มลดลง จนผ่านเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนด (ไม่เกินร้อยละ 20)

1.3 ร้อยละของการส่งใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในกลุ่มแผลสด

ลำดับ	หน่วยงาน	เกณฑ์	ผลงาน ปี 2562	ผลงาน ปี 2563	ผลงาน ปี 2564	การวิเคราะห์ รายตัวชี้วัด
1	รพ.สามง่าม	< 40%	46.44	41.35	29.49	ผ่านเกณฑ์

สถานการณ์การส่งใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มแผลสดมีแนวโน้มลดลง ในปี 2564 รพ.สามง่ามมีการส่งใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มแผลสดอยู่ที่ร้อยละ 29.49 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนด (ไม่เกินร้อยละ 40)

1.4 ร้อยละของการส่งใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในกลุ่มหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด

ลำดับ	หน่วยงาน	เกณฑ์	ผลงาน ปี 2562	ผลงาน ปี 2563	ผลงาน ปี 2564	การวิเคราะห์ รายตัวชี้วัด
1	รพ.สามง่าม	< 10%	0	3.70	0	ผ่านเกณฑ์

สถานการณ์การส่งใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอดเป็น ร้อยละ 0 ผ่านเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนด (ไม่เกินร้อยละ 10) เนื่องจากมีแนวทางกำหนดจาก Service plan สูตินารีแพทย์ที่ชัดเจน และถือปฏิบัติทั้งจังหวัด

1.5 ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา Inhaler corticosteroid

ลำดับ	หน่วยงาน	เกณฑ์	ผลงาน ปี 2562	ผลงาน ปี 2563	ผลงาน ปี 2564	การวิเคราะห์ รายตัวชี้วัด
1	รพ.สามง่าม	> 80%	68.75	57.94	75.32	ไม่ผ่านเกณฑ์

สถานการณ์การส่งใช้ยา Inhaler corticosteroid ในผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรัง ในปี 2564 อยู่ที่ร้อยละ 75.32 จากการวิเคราะห์ร่วมกับทีมคลินิกหอบหืดเรื้อรังพบว่าผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังมาโรงพยาบาลด้วยอาการหอบเหนื่อยกำเริบฉุกเฉิน แพทย์ทำการรักษาเพื่อบรรเทาอาการของผู้ป่วย และยังคงให้ผู้ป่วยใช้ยาเดิมของผู้ป่วย จึงไม่มีการส่งใช้ยา Inhaler corticosteroid ใน visit ดังกล่าว และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหืด

เรื้อรัง แต่สามารถคุมอาการได้ดี ไม่มีอาการแสดงโดยไม่ได้ใช้ยา Inhaler corticosteroid ในระยะเวลานานพอสมควร ทำให้ไม่มีการสั่งใช้ยาในผู้ป่วยดังกล่าว ทำให้ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา Inhaler corticosteroid ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด

2. วัตถุประสงค์/เป้าหมาย (Purpose)

1. เพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อในผู้ป่วยกลุ่มโรค URI, ท้องเสียเฉียบพลัน, แผลสด และหญิงคลอดปกติ
2. เพื่อให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ลดภาวะแทรกซ้อน และเกิดความปลอดภัยในการใช้ยา ในผู้ป่วยกลุ่มสำคัญ เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน, โรคไต, โรคหอบหืด, ผู้สูงอายุ, เด็ก เป็นต้น
3. เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community) และเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน
4. เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในระดับอำเภอ และตำบล

3. กระบวนการดำเนินงาน / กิจกรรม (Process)

ลำดับ	กิจกรรม	ระยะเวลา ดำเนินการ		งบประมาณ		การวิเคราะห์ รายการกิจกรรม
		ตาม แผน	ทำจริง	ตามแผน	ทำจริง	
โครงการ ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสม เหตุผล					งบประมาณ 15,250 บาท	
1	รพ.สต. และ โรงพยาบาลสาม ง่าม รายงานผลการดำเนินงาน ให้ผู้รับผิดชอบงาน RDU ของ โรงพยาบาลสามง่าม เดือนละ 1 ครั้ง และ คืบข้อมูลให้ แพทย์ พยาบาล และ เจ้าหน้าที่ทั้งใน โรงพยาบาล และ รพ.สต. เพื่อ หาแนวทางเฝ้าระวัง กรณี ตัวชี้วัดไม่ผ่าน	ต.ค. 64- ก.ย.65	ต.ค. 64- ก.ย.65	ไม่ใช้งบฯ		ดำเนินการแล้ว
2	สรุปผลการดำเนินงาน RDU ระดับอำเภอ เสนอผู้บริหาร และ คืบข้อมูลให้ แพทย์ พยาบาล และ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล เพื่อหาแนวทางเฝ้าระวัง กรณี ตัวชี้วัดไม่ผ่าน	ต.ค. 64- ก.ย.65	ต.ค. 64- ก.ย.65	ไม่ใช้งบฯ		ดำเนินการแล้ว
3	จัดอบรมให้ความรู้เพื่อสร้าง ความเข้าใจในการใช้ยาอย่างสม เหตุผลในชุมชน ร่วมรณรงค์และ	ก.พ.65	ส.ค.65	12,250		รอดำเนินการ

ลำดับ	กิจกรรม	ระยะเวลา ดำเนินการ		งบประมาณ		การวิเคราะห์ รายการกิจกรรม
		ตาม แผน	ทำจริง	ตามแผน	ทำจริง	
	กำกับดูแลการกระจายยาใน ชุมชน					
4	ประชุมทบทวนโครงสร้างการ ทำงานคณะกรรมการขับเคลื่อน RDU ระดับอำเภอ	ธ.ค.64	ก.ย.65	3,000		รอดำเนินการ
5	กำหนดกรอบแนวทางและ ผู้รับผิดชอบการบริหารจัดการ ระบบยาในชุมชน เพื่อการ พัฒนา อำเภอ RDU ตามกรอบ Six building blocks+	ธ.ค.64	ม.ค.65	ไม่ใช้งบฯ		ดำเนินการแล้ว
6	มีช่องทางการประสานงาน ของ คณะกรรมการ RDU ระดับ อำเภอ เพื่อการสื่อสารและ สนับสนุนทางวิชาการ	ธ.ค.64	ธ.ค.64	ไม่ใช้งบฯ		ดำเนินการแล้ว
7	ติดตามผลการดำเนินงานและ ทบทวนปรับปรุงให้สำเร็จตาม เป้าหมาย	ม.ค./ มี.ค./ มิ.ย./ ส.ค.	ม.ค./ มี.ค./ มิ.ย./ ส.ค.	ไม่ใช้งบฯ		ดำเนินการแล้ว

วิเคราะห์การดำเนินงานกิจกรรมในปี 2565 ในรอบ 10 เดือน พบว่าการสรุปผลการดำเนินการ RDU รายเดือน ทำให้แพทย์ พยาบาล และ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ทั้งในโรงพยาบาลสามง่าม และ รพ.สต.แต่ละแห่ง ในเขตอำเภอสามง่าม ได้รับทราบสถานการณ์ผลการส่งใช้ยาปฏิชีวนะรายเดือนของตนเอง และ ระวางการส่งใช้ยาปฏิชีวนะเท่าที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยทำให้เกิดผลเป็นรูปธรรม และ เป็นไปตามแผนที่วางไว้ และ มีการส่งใช้ยาสมุนไพร ทดแทนการส่งใช้ยาปฏิชีวนะตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ จนทำให้บรรลุเป้าหมายเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กระทรวงกำหนด

โรงพยาบาลสามง่ามสามารถผ่าน RDU ชั้น 2 ในส่วนตัวชี้วัดที่ยังทำให้ไม่สามารถผ่านเกณฑ์ RDU ชั้น 3 ได้ คือร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา Inhaler corticosteroid เท่ากับร้อยละ 75.32 ต่ำกว่าเกณฑ์ (เกณฑ์ > 80%) ทำให้ผลการดำเนินงานยังไม่ผ่านตามเกณฑ์ครบทั้ง 18 ตัวชี้วัด จึงยังไม่ผ่านเกณฑ์ RDU ชั้น 3 ได้ดำเนินการคืนข้อมูลให้แพทย์ พยาบาล และ เกสัชกร ที่เกี่ยวข้องได้รับทราบปัญหา และ พยายามหาแนวทางร่วมกันต่อไป

การจัดทำโครงการป้องกันและควบคุมการติดยาด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยจัดอบรมให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ร่วมรณรงค์และกำกับดูแลการกระจายยาในชุมชน ให้แก่ อสม. เจ้าของกิจการร้านชำ/ร้านขายยา หรือประชาชนที่สนใจ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community) และเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผนเนื่องจากสถานการณ์ COVID – 19 ภายในอำเภอสามง่าม

4. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี 2565 (Performance)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน ปี 2565	การวิเคราะห์ รายตัวชี้วัด	
				ผ่าน ตาม เกณฑ์	ไม่ผ่าน ตาม เกณฑ์
ตัวชี้วัด RDU ระดับโรงพยาบาล					
1	ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจ ช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก ระดับ โรงพยาบาล (RI)	≤ 20%	4.32	/	
2	ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วย นอก ระดับโรงพยาบาล (AD)	≤ 20%	15.01	/	
3	ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ ระดับ โรงพยาบาล (FTW)	≤ 40%	28.28	/	
4	ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทาง ช่องคลอด ระดับโรงพยาบาล (APL)	≤ 10%	7.89	/	
5	ร้อยละของผู้ป่วยความดันสูง (Essential hypertension) ที่ใช้ RAS blockade (ACEI/ ARB/ Renin inhibitor) 2 ชนิดร่วมกันในการรักษาภาวะความดันเลือดสูง	0.00%	0.00	/	
6	ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs	≤ 10%	1.55	/	
7	ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้	≥ 80%	94.65	/	
8	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยากกลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน	≤ 5%	0.06	/	
9	ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคหืดที่ได้รับยา inhaled corticosteroid	≥ 80%	75.32		/
10	ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุที่ใช้ยากกลุ่ม long-acting benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide, diazepam, dipotassium chlorazepate	≤ 5%	0.22	/	
11	ร้อยละครั้งบริการ (visit) ผู้ป่วยเด็ก ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น โรคติดเชื้อของทางเดินหายใจ และได้รับยาต้านฮิสตามีน ชนิด non-sedating	≤ 20%	0.00	/	
12	จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ยา Warfarin หรือ Statins หรือ Ergots เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว	0 คน	0	/	
ตัวชี้วัด RDU ระดับ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ					

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน ปี 2565	การวิเคราะห์ รายตัวชี้วัด	
				ผ่าน ตาม เกณฑ์	ไม่ผ่าน ตาม เกณฑ์
1	ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 20	≥ 80	100	/	
2	ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย ที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 20	≥ 80	100	/	

จากผลการดำเนินงาน RDU ปีงบประมาณ 2565 (ปรับเกณฑ์ใหม่ปี 2565 คือ ตัวชี้วัด ผ่าน 1-5 ข้อ ระดับสีแดง ,ผ่าน 6-9 ข้อ ระดับสีเหลือง และผ่าน 10 -12 ข้อ ระดับสีเขียว ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 1-4 : อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะใน 4 กลุ่มโรค (RI, AD, FTW, APL) 5. การใช้ยา RAS Blockade ร่วมกัน 2 ชนิดในผู้ป่วยความดันเลือด 6. สูงการใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป 7. การใช้ยา Metformin ในผู้ป่วยเบาหวาน 8. การใช้ยากกลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน 9. การใช้ยา Inhaled corticosteroid ในผู้ป่วยหอบหืด 10. การใช้ยากกลุ่ม long-acting benzodiazepine ในผู้ป่วยสูงอายุ 11. การใช้ยาด้านฮิสตามีนชนิด non-sedating ในผู้ป่วยเด็ก RI และ 12. การใช้ยาห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์)

โรงพยาบาลสามง่ามสามารถผ่าน RDU ในระดับสีเขียว (ผ่านตัวชี้วัด จำนวน 11 ตัวชี้วัด)ในส่วนตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ 1 ตัวชี้วัด คือร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา Inhaler corticosteroid เท่ากับร้อยละ 75.32 ต่ำกว่าเกณฑ์ (เกณฑ์ $> 80\%$) ได้ดำเนินการคืนข้อมูลให้แพทย์ พยาบาล และ เภสัชกร ที่เกี่ยวข้องได้รับทราบปัญหา และ พยายามหาแนวทางร่วมกันต่อไป การจัดทำโครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล อยู่ระหว่างดำเนินการ โดยจัดอบรมให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ร่วมรณรงค์และกำกับดูแลการกระจายยาในชุมชน ให้แก่ อสม. เจ้าของกิจการร้านชำ/ร้านขายยา หรือประชาชนที่สนใจ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community) และ เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน

ผลการดำเนินงาน RDU ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ อ.สามง่าม รอบ 10 เดือน ปีงบประมาณ 2565

- ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 20

สถานบริการ	ผลงาน ปี 2565	การวิเคราะห์รายตัวชี้วัด	
		ผ่านตามเกณฑ์	ไม่ผ่านตามเกณฑ์
รพ.สต.กำแพงดิน	11.35	/	
รพ.สต.วังลูกช้าง	3.87	/	

สถานบริการ	ผลงาน ปี 2565	การวิเคราะห์รายตัวชี้วัด	
		ผ่านตามเกณฑ์	ไม่ผ่านตามเกณฑ์
รพ.สต.รังนก	6.04	/	
รพ.สต.เนินปอ	8.47	/	
รพ.สต.เนินพลวง	0.7	/	
รพ.สต.หนองโสน	6.11	/	
รพ.สต.มาบกระเปา	2.09	/	
โรงพยาบาลสามง่าม	0	/	
รวม	6.06	/	

- ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย ที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 20

สถานบริการ	ผลงาน ปี 2565	การวิเคราะห์รายตัวชี้วัด	
		ผ่านตามเกณฑ์	ไม่ผ่านตามเกณฑ์
รพ.สต.กำแพงดิน	8.22	/	
รพ.สต.วังลูกช้าง	14	/	
รพ.สต.รังนก	12	/	
รพ.สต.เนินปอ	0	/	
รพ.สต.เนินพลวง	0	/	
รพ.สต.หนองโสน	9.09	/	
รพ.สต.มาบกระเปา	23.81		/
โรงพยาบาลสามง่าม	0	/	
รวม	10.5	/	

กลวิธีการดำเนินงาน

1. การให้ความรู้เรื่องการส่งใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลการไม่ใช้ยาสแตียรอยด์หรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อาจมีการปนเปื้อนสเตียรอยด์โดยไม่มีใบสั่งแพทย์และสารสกัดกัญชาทางการแพทย์
2. กิจกรรมอบรมพัฒนาศักยภาพการใช้อยาปลอดภัยในชุมชนของครัวเรือนแก้ตัวแทน อสม./แกนนำสุขภาพ
3. กิจกรรมการเฝ้าระวังและควบคุมแหล่งกระจายยาในชุมชน
4. ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

ประเด็น RDU Community อำเภอสามง่าม

➤ ร้านชำเป้าหมายอำเภอสามง่าม จำนวน 2 แห่ง

1. ชื่อร้าน พรทิพย์ มินิมาร์ท ชื่อเจ้าของ/ผู้จัดการ นางพรทิพย์ มั่นตะวัตร ที่อยู่ 1/17 ม.1 ต.หนองโสน

2. ชื่อร้าน ชยกรณ์ 3 ชื่อเจ้าของ/ผู้จัดการ นายนายปวิตร จันทร์หอม ที่อยู่ 141/1 ม.17 ต.หนองโสน

➤ การสร้างทีมเครือข่ายชุมชนระดับตำบลและหมู่บ้านเป้าหมาย อยู่ระหว่างดำเนินการ

➤ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาด้านยาในชุมชน และคืนข้อมูลสู่ชุมชน ได้แก่ ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากยาไม่เหมาะสมในชุมชนจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Proactive Hospital based Surveillance)

5. ปัญหา/อุปสรรค/ข้อค้นพบและข้อเสนอแนะ

ลำดับ	ปัญหา/อุปสรรค/ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะที่จะดำเนินการในปี 256๕
1	สถานการณ์โควิด-19	
2	เปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานใหม่ ทำให้การทำกิจกรรมขาดความต่อเนื่อง	มีคู่มือสำหรับผู้รับผิดชอบงาน เพื่อให้การปฏิบัติเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

6. นวัตกรรม/ผลงานเด่น/ผลสำเร็จที่สามารถเป็นแบบอย่างได้

- ไม่มี

แบบ : Area Base (ประเด็นมุ่งเน้น)

ประเด็นที่ 9 ภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย/วัยเรียน

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ 1 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการ ที่ 1 โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย

1. บริบท / สถานการณ์ / ความเป็นมา (context)

ตารางผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี 2562-2564 (อธิบายถึงสภาพปัญหาตามตัวชี้วัดที่จังหวัดกำหนด และตัวชี้วัดที่กำหนดเอง ย้อนหลังอย่างน้อย 3 ปี อาจจะเพิ่มแผนภูมิ/กราฟได้ความเหมาะสม)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน ปี 2562	ผลงาน ปี 2563	ผลงาน ปี 2564	การวิเคราะห์ราย ตัวชี้วัด
1	อัตราส่วนการตายมารดาไทย	ไม่เกิน 17 ต่อ แสนการ เกิดมีชีวิต	0	0	0	
2	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	ร้อยละ 75	88.24	88.37	89.13	
3	หญิงคลอดได้รับการฝากครรภ์ คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	ร้อยละ 75	70.58	80.00	84.78	
4	หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์	ร้อยละ 75	65.00	65.00	67.24	
5	หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางใน การตรวจเลือดครั้งที่ 1	ไม่เกิน ร้อยละ 16	28.57	8.53	12.61	
6	หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริม ไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก	ร้อยละ 100	91.95	87.59	96.48	
7	เด็กแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	ไม่เกิน 7%	2.26	1.54	4.82	
8	เด็กแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว	ร้อยละ 50	70.55	71.72	79.00	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน ปี 2562	ผลงาน ปี 2563	ผลงาน ปี 2564	การวิเคราะห์ราย ตัวชี้วัด
9	เด็กอายุ 0-5 ปี(9,18,30,42และ 60 เดือน)ได้รับการคัดกรอง พัฒนาการ	ร้อยละ 90	86.49	88.63	94.87	
10	เด็กอายุ 9, 18, 30, 42,60 เดือน ที่ ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบ สงสัยล่าช้า	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20	38.74	20.35	28.09	
11	เด็กอายุ 0-5 ปี (9, 18, 30และ42 เดือน)ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ	ร้อยละ90	90.91	93.07	93.36	
12	เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการ กระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I	ร้อยละ 60	10.00	87.05	85.00	
13	เด็ก0-5 ปีที่ได้รับการชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูง	ร้อยละ 90	76.83	75.88	82.68	
14	เด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ 57	44.47	52.81	44.34	
15	เด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ได้รับยา น้ำเสริมธาตุเหล็ก	ร้อยละ 70	11.86	19.51	50.47	Data error /บาง หน่วยบริการไม่ได้ ให้บริการตาม เกณฑ์มาตรฐาน
16	เด็กอายุ 6 เดือน – 12 เดือน ได้รับการตรวจเลือดและพบภาวะ ซีด	ไม่เกิน ร้อยละ 20	N/A	N/A	N/A	

สถานการณ์ ปี2564 ที่ผ่านมามีปัญหาตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ติดตามเยี่ยมหลังคลอด 3 ครั้ง การ ประเมินภาวะโภชนาการ เด็กมีปัญหาเรื่องอ้วนและเตี้ย การจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก

2. วัตถุประสงค์/เป้าหมาย (Purpose)

2.1 ไม่พบมารดาตาย

2.2 เด็ก 0-5 ปี อ้วนสามง่าม มีสุขภาพดี

3. กระบวนการดำเนินงาน / กิจกรรม (Process)

ลำดับ	กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ		งบประมาณ		การดำเนินการ ตาม กิจกรรม
		ตามแผน (เดือน)	ทำจริง (เดือน)	ตามแผน	ทำจริง	
						งบประมาณ บาท
1	ประชุมคณะกรรมการงาน อนามัยแม่และเด็กทุก 3 เดือน (ตามมาตรฐานงาน)	ทุก 3 เดือน	6 เดือน/ ครึ่ง ครั้ง	0	0	0
2	แลกเปลี่ยนเรียนรู้เจ้าหน้าที่ที่ รับผิดชอบงานเรื่อง งานฝาก ครรภ์ การประเมินพัฒนาการ เด็ก การจัดการข้อมูลงาน อนามัยแม่และเด็ก	ทุก 3 เดือน	6 เดือน/ ครึ่ง ครั้ง	0	0	0
3	ประเมินกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ระดับ รพ.สต.	มี.ค.	-	0	0	0
4	พัฒนาศักยภาพ แกนนำนมแม่ เรื่องการประเมินพัฒนาการเด็ก มหัศจรรย์1000 วันในพื้นที่ สูงดี สมส่วน	ไม่ได้ระบุ	ก.ค.65	0	0	0
5	ปรับปรุงเครื่องมือในการประเมิน ภาวะโภชนาการและพัฒนาการ ให้ได้มาตรฐานที่กำหนด	-	-	0	0	0
6	นิเทศงานเรื่อง ประเมินภาวะ โภชนาการ พัฒนาการเด็กระดับ รพ.สต./ครุศูนย์เด็ก/ครุ ปฐมวัย ทุกแห่ง	-	-	0	0	0
7	กำกับติดตาม	ทุกเดือน	ทุกเดือน	0	0	0
8	ประเมินผลการดำเนินการทุก เดือนเพื่อปรับปรุง แก้ไขตาม ปัญหา	ทุกเดือน	ทุกเดือน	0	0	0

วิเคราะห์การดำเนินงานกิจกรรมในปี 2565 ว่าทำได้หรือไม่ได้ตามที่วางแผนไว้ เพราะอะไรตามสถานการณ์ปีงบประมาณ 2565 ที่ผ่านมามีการระบาดสามง่ามได้ประสบปัญหาเกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนาไวรัส -19 ตั้งแต่ ม.ค.65 ตลอดจนทำให้มีมาตรการเกี่ยวกับการควบคุมโรค ทำให้มีเพียงบางกิจกรรมที่สามารถดำเนินการได้ แต่ยังคงการกำกับติดตามผลงานทุกเดือน

4. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี 2565 (Performance)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน ปี 2565	การวิเคราะห์รายตัวชี้วัด	
				ผ่านตาม เกณฑ์	ไม่ผ่านตามเกณฑ์
1	อัตราส่วนการตายมารดาไทย	ไม่เกิน 17 ต่อแสนการ เกิดมีชีพ	0		
2	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝาก ครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	ร้อยละ 75	91.18		
3	หญิงคลอดได้รับการฝากครรภ์ คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	ร้อยละ 75	85.29		
4	หญิงหลังคลอดได้รับการดูแล ครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์	ร้อยละ 75	79.49		
5	หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางใน การตรวจเลือดครั้งที่ 1	ไม่เกินร้อยละ 16	7.3		
6	หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริม ไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟ ลิก	ร้อยละ 100	99.03		Data error เนื่องจาก หญิงตั้งครรภ์ถ้ามียาจะ ไม่ได้จ่ายยาเพิ่ม
7	เด็กแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	ไม่เกิน 7 %	0		
8	เด็กแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว	ร้อยละ 50	62.03		
9	เด็กอายุ 0-5 ปี(9,18,30,42และ 60 เดือน)ได้รับการคัดกรอง พัฒนาการ	ร้อยละ 90	98.84		

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน ปี 2565	การวิเคราะห์รายตัวชี้วัด	
				ผ่านตาม เกณฑ์	ไม่ผ่านตามเกณฑ์
10	เด็กอายุ 9, 18, 30, 42,60 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20	23.98		
11	เด็กอายุ 0-5 ปี (9, 18, 30และ 42 เดือน)ที่มีพัฒนาการสงสัย ล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ	ร้อยละ 90	85.78		เด็กไม่ได้อยู่ในพื้นที่ /มี การปรับข้อมูลการคัด กรอง
12	เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการ กระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I	ร้อยละ 60	83.33		
13	เด็ก0-5 ปี ที่ได้รับการชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูง	ร้อยละ 90	84.40		เด็กไม่ได้อยู่ในพื้นที่ ในช่วงที่ลงประเมิน
14	เด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ 57	44.73		ยังพบปัญหาเรื่องเด็ก อ้วนและเตี้ย /การลง ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน ตามอายุเด็ก/อุปกรณ์ การประเมินโภชนาการ เด็กไม่ได้มาตรฐานใน บางพื้นที่
15	เด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ได้รับ ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก	ร้อยละ 70	74.58		
16	เด็กอายุ 6 เดือน – 12 เดือน ได้รับการตรวจเลือดและพบ ภาวะซีด	ไม่เกินร้อย ละ 20	24.14		Data error ข้อมูลไม่ ขึ้นทุกหน่วยบริการที่ เจาะ /เด็กที่ถูกดึงขึ้นมา ไม่ใช่เด็กที่มาใช้บริการ ในคลินิกเด็กดี แต่เป็น เด็กป่วยที่มาใช้บริการ แล้วแพทย์สั่งตรวจ

5. ปัญหา/อุปสรรค/ข้อค้นพบและข้อเสนอแนะ

ลำดับ	ปัญหา/อุปสรรค/ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะที่จะดำเนินการในปี 2566
1	ยังขาดเรื่องการประสานงานกับครูศูนย์พัฒนาเด็ก	ประชุมครูศูนย์เด็กเล็ก ครูปฐมวัย/อบรมการประเมินพัฒนาการเด็ก โฆษณาการในเด็ก ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย
2	ชุมชน ครอบครัว ยังไม่เห็นความสำคัญของพัฒนาการ	รณรงค์ เสียงตามสาย ประชาสัมพันธ์ สนับสนุนให้พื้นที่มีพื้นที่ให้เด็กเล่นมากขึ้นในชุมชน / กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ในคลินิกเด็กดี
3	สถานการณ์โควิดทำให้หญิงตั้งครรภ์หรือกลุ่มเด็กไม่มาตรวจหรือมารับบริการตามนัด	ปรับปรุงระบบการติดตาม
4	Data error	ทบทวนการบันทึกข้อมูล กำกับติดตามและช่วยเหลือเมื่อเจอปัญหา

6. นวัตกรรม/ผลงานเด่น/ผลสำเร็จที่สามารถเป็นแบบอย่างได้

ปี 2565 อำเภอสามง่ามได้นำเสนอผลงานของตำบลหนองโสนในเวทีแลกเปลี่ยนรู้ตำบลมหัศจรรย์ 1000 วัน ระดับภาคเหนือ ณ.โรงแรมทอปแลนด์ พลาซ่า พิษณุโลก

ประเด็นที่ 10 CD (DHF/TB)

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงาน ที่ 6 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการ ที่ 11. โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ (TB /DHF) โรคอุบัติใหม่ อุตติซ้ำ และโรคติดต่อ อันตราย ตาม พ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ. 2558

1. บริบท / สถานการณ์ / ความเป็นมา (context)

ตารางผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี 2562-2564 (อธิบายถึงสภาพปัญหาตามตัวชี้วัดที่จังหวัดกำหนด และตัวชี้วัดที่กำหนดเอง ย้อนหลังอย่างน้อย 3 ปี อาจจะเพิ่มแผนภูมิ/กราฟได้ความเหมาะสม)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน ปี 2562	ผลงาน ปี 2563	ผลงาน ปี 2564	การวิเคราะห์ราย ตัวชี้วัด
1	อัตราความสำเร็จของการรักษา วัณโรคปอดรายใหม่ (success rate)	ร้อยละ 88.00	76.92	83.33	80.00	
2	ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วย วัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 88.00	ร้อยละ 88.00	72.72	44.62	73.02	
3	อัตราป่วยตายด้วยโรควัณโรค ร้อยละ 5	<ร้อยละ 5	7.69	16.67	20.00	
4	ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการดูแลกำกับ การกินยา อัตราการขาดยาใน ผู้ป่วยวัณโรค	ร้อยละ 0	7.69	0.00	0.00	
5	ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ 6ร (โรงเรียน/โรงเรียน/ โรงพยาบาล/โรงแรม/โรงงาน/ โรงธรรม) และส่วนราชการอื่นๆ ไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด ค่า HI,CI ในโรงเรียน	<ร้อยละ 5	10.12	13.57	8.16	
6	ไม่พบผู้ป่วยไข้เลือดออกเสียชีวิต (ราย)	ร้อยละ 0	0	0	0	
7	ไม่เกิด Second Generation (รายหมู่บ้าน)	ร้อยละ 3	0	0	0	

สถานการณ์วัณโรคปอดในปี 2564 อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร ได้ดำเนินการคัดกรองวัณโรคปอด
เชิงรุกด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกใน 8 กลุ่มเสี่ยง จำนวน 1,985 ราย คิดเป็นร้อยละ 100.86 และคัดกรอง
กลุ่มอื่นๆจำนวน 1,103 ราย พบผู้ป่วยที่มาจากการคัดกรอง จำนวน 28 ราย พบในกลุ่มผู้สูงอายุมากที่สุด

จำนวน 9 ราย รองลงมาพบในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน มีค่า HbA1c ≥ 7 หรือ FBS ≥ 150 mg/dl ติดต่อกัน 2 ครั้ง ,ผู้ป่วยทุพโภชนาการ และผู้มีประวัติเป็นวัณโรค จำนวน 3 ราย โดยในปี 2564 มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาทั้งสิ้น 46 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ, กลุ่มอื่นๆที่ไม่มีโรคประจำตัวและกลุ่มผู้ป่วยทุพโภชนาการ

ปัญหาในการดำเนินงาน พบว่าการค้นพบผู้ป่วยรายใหม่ที่มาจากการคัดกรองจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด และการค้นหาผู้ป่วยพบน้อยเมื่อเทียบกับเป้าหมาย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเป็นผู้ป่วย Walk In มารับบริการตรวจรักษาตามระบบ และพบว่าผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาโรควัณโรคมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว การค้นพบช้าทำให้อาการรุนแรง แนวทางการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2565 เพิ่มการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงเพิ่มเติม เช่น กลุ่มอสม. ละแวกหมู่บ้านที่พบผู้ป่วยย้อนหลังจำนวนมาก ผู้สูงอายุ พระภิกษุ/สามเณร/แม่ชี กลุ่มผู้ป่วยรับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มผู้ป่วยที่มีน้ำหนักน้อยหรือค่าBMIต่ำ และในผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยอาการทาง URI เป็นประจำ ทั้งในโรงพยาบาลและรพ.สต.

สถานการณ์ไข้เลือดออก ในปี 2564 อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร พบผู้ป่วยไข้เลือดออก จำนวน 20 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 46.68 ต่อแสนประชากร พบผู้ป่วยในเขตพื้นที่ตำบลสามง่าม จำนวน 10 ราย (106.94 ต่อแสนประชากร) ตำบลกำแพงดิน จำนวน 2 ราย (34.20 ต่อแสนประชากร) ตำบลรังนก จำนวน 2 ราย (32.75 ต่อแสนประชากร) และตำบลหนองโสน จำนวน 6 ราย (48.23 ต่อแสนประชากร) ไม่พบผู้ป่วยไข้เลือดออกเสียชีวิต และไม่เกิด Second Generation

2. วัตถุประสงค์/เป้าหมาย (Purpose)

- 2.1 เพื่อควบคุมและป้องกันโรคติดต่อในพื้นที่
- 2.2 เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ ทักษะ ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ อย่างถูกต้องปลอดภัย
- 2.3 เพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคให้ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว
- 2.4 เพื่อให้อาสาสมัครและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้ในการควบคุมป้องกันและส่งเสริมการรักษาโรควัณโรค
- 2.5 เพื่อลดอัตราป่วย อัตราตายและพิการจากโรคติดต่อที่สำคัญ
- 2.6 เพื่อเฝ้าระวังโรคติดต่ออื่นๆ (พิษสุนัขบ้า , เอดส์ , SUIIS, Pneumonia, sepsis, Food Poisoning)ที่เป็นปัญหาในพื้นที่
- 2.7 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามการรักษาโดยบุคลากรระดับต่างๆ ตามช่วงเวลาอย่างครบถ้วน
- 2.8 เพื่อพัฒนาศักยภาพทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ,และทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค (CDCU) ระดับตำบลและระดับอำเภอ ให้สามารถปฏิบัติงานในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. กระบวนการดำเนินงาน / กิจกรรม (Process)

ลำดับ	กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ		งบประมาณ		การดำเนินการ ตามกิจกรรม
		ตามแผน (เดือน)	ทำจริง (เดือน)	ตามแผน	ทำจริง	
โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ (TB/DHF) โรคอุบัติใหม่ อู่ปัดซ้ำ และโรคติดต่ออันตราย ตาม พ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ.2558						งบประมาณ 451,200.00 บาท
1	- ค่าอาหารกลางวัน อาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน 50 คน คนละ 100 บาท 30 วัน เป็นเงิน 150,000 บาท	ต.ค.- ก.ย.	ต.ค.- ก.ย.	150,000	6,๐๐๐	ดำเนินการแล้ว
2	- ค่าอาหาร อาหารว่างและเครื่องดื่ม ในการอบรมฟื้นฟูความรู้เจ้าหน้าที่ การควบคุมการติดเชื้อ (Infection control) จำนวน 200 คนๆ ละ 100 บาท (2 รุ่น) เป็นเงิน 20,000 บาท		23 , 30 ส.ค.	20,000 บาท		รอดำเนินการ
3	- ค่าอาหาร อาหารว่างและเครื่องดื่ม ในการประชุมชี้แจงการดำเนินงานวัณโรค จำนวน 15 คน คนละ 100 บาท 3 ครั้ง เป็นเงิน 4,500 บาท		ธ.ค.	4,500 บาท	1,500 บาท	รอดำเนินการ 2 ครั้ง
4	- ค่าถ่ายภาพเอกซเรย์ผอดของบริษัทเอกชน จำนวน 2,500 คนๆ ละ 65 บาท เป็นเงิน 162,500 บาท		ธ.ค. - ม.ค.	162,500 บาท	159,640 บาท	ดำเนินการแล้ว
5	- ค่าจ้างเหมา อสม. สุ่มสำรวจโรคไข้เลือดออก 400 หลังคาเรือน หลังคาละ 20 บาท จำนวน 4 ครั้ง เป็นเงิน 32,000 บาท		ส.ค.	32,000 บาท		รอดำเนินการ
6	- ค่าครุภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ควบคุมและป้องกันโรค	ต.ค.- ก.ย.	ต.ค.- ก.ย.	46,200		ดำเนินการแล้ว

ลำดับ	กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ		งบประมาณ		การดำเนินการ ตามกิจกรรม
		ตามแผน (เดือน)	ทำจริง (เดือน)	ตามแผน	ทำจริง	
	ไข้เลือดออก เป็นเงิน 46,200 บาท ได้แก่ - ทรายเทียมฟอส จำนวน 8 ถึง ถึงละ 3,000 บาท เป็นเงิน 24,000 บาท - น้ำยาพ่น จำนวน 16 ขวด ขวดละ 1,200 บาท เป็นเงิน 19,200 บาท - สเปรย์พ่นยุง จำนวน 40 กระป๋อง กระป๋องละ 75 บาท เป็นเงิน 3,000 บาท					
7	- ค่าอาหารกลางวัน อาหารว่างและเครื่องดื่ม ประชุมให้ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 30 คนๆ ละ 100 x 12 ครั้ง เป็นเงิน 36,000 บาท	ต.ค.- ก.ย.	ต.ค.- ก.ย.	36,000 บาท	36,000 บาท	รอดำเนินการ
	รวมงบประมาณทั้งสิ้น			451,200	203,140	

4. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี 2565 (Performance)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน ปี 2565	การวิเคราะห์รายตัวชี้วัด	
				ผ่านตามเกณฑ์	ไม่ผ่านตามเกณฑ์
1	อัตราความสำเร็จของการรักษา วัณโรคปอดรายใหม่ (success rate)	ร้อยละ 88.00	88.89		
2	ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วย วัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 88.00	ร้อยละ 88.00	55.56		
3	อัตราผู้ป่วยตายด้วยโรควัณโรค ร้อยละ 5	<ร้อยละ 5	11.11		

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน ปี 2565	การวิเคราะห์รายตัวชี้วัด	
				ผ่านตามเกณฑ์	ไม่ผ่านตามเกณฑ์
4	ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการดูแลกำกับ การกินยา อัตราการขาดยาใน ผู้ป่วยวัณโรค	ร้อยละ 0	0.00		
5	ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ 6ร (โรงเรียน/โรงเรียน/โรงพยาบาล/ โรงแรม/โรงงาน/โรงแรม) และ ส่วนราชการอื่นๆ ไม่เกินเกณฑ์ที่ กำหนด ค่า HI,CI ในโรงเรียน	<ร้อยละ 5	n/a		
6	ไม่พบผู้ป่วยไข้เลือดออกเสียชีวิต (ราย)	ร้อยละ 0	2.39		
7	ไม่เกิด Second Generation (รายหมู่บ้าน)	ร้อยละ 3	0		

สถานการณ์วัณโรคปอดในปี 2565 อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร ดำเนินการคัดกรองวัณโรคปอดเชิงรุก

ด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (X-Ray Mobile) ใน 8 กลุ่มเสี่ยง จำนวน 2,448 ราย พบผลผิดปกติ จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.02 และคัดกรองเชิงรุก (ใน รพ.) จำนวน 2,430 ราย พบผู้ป่วยวัณโรคที่มาจากการคัดกรอง จำนวน 26 ราย พบในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านมากที่สุด จำนวน 7 ราย รองลงมาพบในกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ จำนวน 4 ราย และผู้มีประวัติเป็นวัณโรค จำนวน 3 ราย อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จำนวน 9 ราย รักษาสำเร็จ (8 ราย) ร้อยละ 88.89, เสียชีวิต (1 ราย) ร้อยละ 11.11 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 55.56 (เป้าหมายค้นหา 63 ราย ค้นหาพบ 35 ราย) อัตราป่วยตายด้วยโรควัณโรค ร้อยละ 11.11 และอัตราการขาดยารักษาวัณโรค ร้อยละ 0.00

กลวิธีการดำเนินงาน

1. ประชุมชี้แจงการดำเนินงานวัณโรค กำหนดแผนคัดกรองด้วยวาจา/CXR จัดทำ CPG
2. คัดกรองวัณโรคด้วยการเอกซเรย์ปอดให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย
3. จัดทำทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนโดยปรับปรุงให้ข้อมูลมีความครอบคลุมและครบถ้วน
4. ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาทุกราย ได้รับการประเมินความเสี่ยงและดูแลด้วยมาตรการ 2:2:2

ทุกราย

สถานการณ์ไข้เลือดออก ในปี 2565 อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร พบผู้ป่วยไข้เลือดออก จำนวน 14 รายคิดเป็นอัตราป่วย 33.44 ต่อแสนประชากร พบผู้ป่วยในเขตพื้นที่ตำบลสามง่าม จำนวน 12 ราย (133.70 ต่อแสนประชากร) และตำบลหนองโสน จำนวน 2 ราย (16.22 ต่อแสนประชากร) พบผู้ป่วยไข้เลือดออกเสียชีวิต จำนวน 1 ราย อัตราเสียชีวิต 2.39 ต่อแสนประชากร (ตำบลสามง่าม)

กลวิธีการดำเนินงาน

1. คัดข้อมูลสถานการณ์โรคไข้เลือดออก ในเวทีประชุมผู้นำต่าง ๆ

2. แจ้งมาตรการของชุมชน ในการควบคุม ป้องกัน โรคไข้เลือดออก
3. จัดกิจกรรมจิตอาสาพัฒนา ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย บูรณาการร่วมกับ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน ทุกเดือน
4. ออกสุมประเมินความเสี่ยง และรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย
5. สอบสวนและควบคุม ป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่

มาตรการดำเนินงาน ควบคุมไข้เลือดออก ช่วงเกิดการระบาด ม.7 ต.สามง่าม

1. ประชาคมหมู่บ้าน เพื่อให้ประชาชนรับทราบว่า ตนเองมีความเสี่ยงแล้ว และหาหรือข้อตกลงที่ต้องร่วมมือกันทำเพื่อควบคุมโรคให้ได้ก่อนการระบาด พร้อมให้ความรู้ ให้ข้อมูลทางวิชาการที่ถูกต้อง ครบถ้วน ต้องคิดเสมอว่าไข้เลือดออกเป็นปัญหาของชุมชน ชาวบ้านจะได้เข้าใจและให้ความร่วมมือ เฉพาะกำลังเจ้าหน้าที่และ อสม. จะไม่สามารถจัดการได้ทั่วถึง

2. สำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ในพื้นที่ ม.7 ต.สามง่าม โดยทีม SRRT ระดับอำเภอ

3. ประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยได้ความอนุเคราะห์จากทีมวิทยากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์ อบรมให้ความรู้เรื่องประสิทธิภาพเครื่องพ่น

4. พ่นสารเคมีทำลายยุงตัวแก่ ในบ้านผู้ป่วยและรัศมี 100 เมตร และพ่นทั้งหมู่บ้าน โดยรถ ULV

พ่นสารเคมี 4 ครั้ง ในวันที่ 0, 3, 7, 14 และ 21

Day 0 วันที่ 24 มีนาคม 2565 Day 3 วันที่ 28 มีนาคม 2565

Day 7 วันที่ 5 เมษายน 2565 Day 14 วันที่ 12 เมษายน 2565

Day 21 วันที่ 19 เมษายน 2565

5. ปัญหา/อุปสรรค/ข้อค้นพบและข้อเสนอแนะ

ลำดับ	ปัญหา/อุปสรรค/ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะที่จะดำเนินการในปี 2565
1	การค้นหาผู้ป่วยยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน คัดกรองให้ครอบคลุม และให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาที่รวดเร็ว
2	พบผู้ป่วยที่อาการรุนแรงเสี่ยงต่อการเสียชีวิต	- พัฒนาแนวทางการรักษา - กำกับกักกันยาที่เข้มข้นโดย รพ.สต.และญาติ"
3	การร่วมมือในการแก้ไขปัญห/ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย	กำจัดลูกน้ำยุงลาย คว่าภาชนะที่ไม่ใช้ ขอความร่วมมือประชาชนและผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม
4	เทคนิคการป้องกัน/กำจัดลูกน้ำยุงลาย	ดูแลการกำจัดลูกน้ำยุงลาย ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมรอบบ้านเพื่อไม่ให้มีน้ำขัง เพิ่มศักยภาพอสม.และให้ความรู้แก่ ประชาชนในชุมชน ประสานอปท.พ่นกำจัดยุงลายตัวแก่

6. นวัตกรรม/ผลงานเด่น/ผลสำเร็จที่สามารถเป็นแบบอย่างได้

-

ประเด็นที่ 11 ลดป่วย NCD (DM/HT/Stroke/STEMI/CKD)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

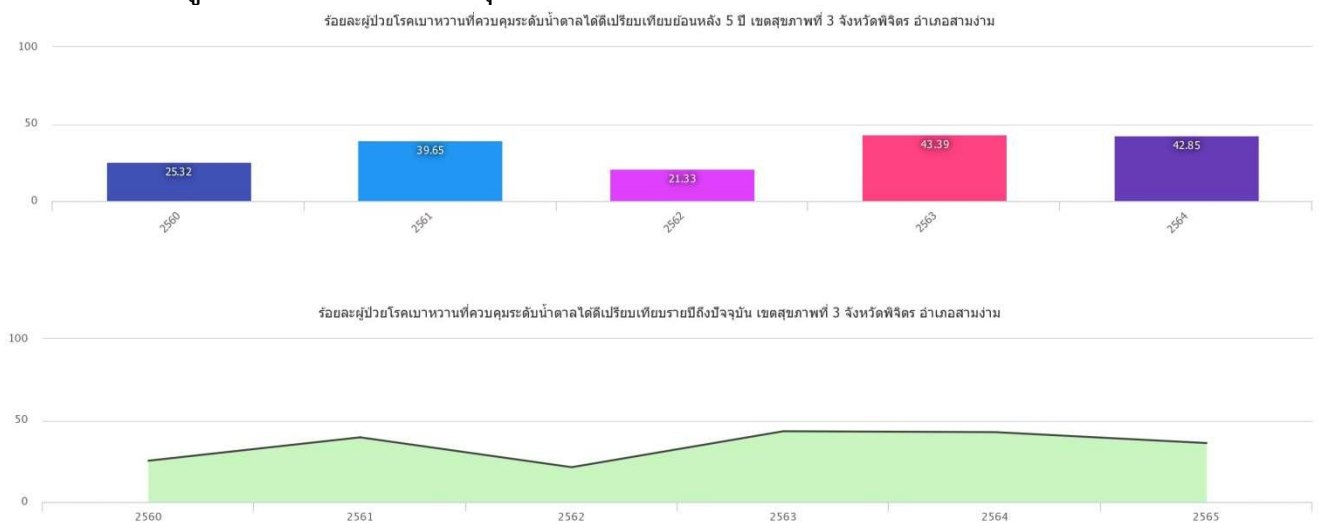
แผนงานที่ 6 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการที่ 11 : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

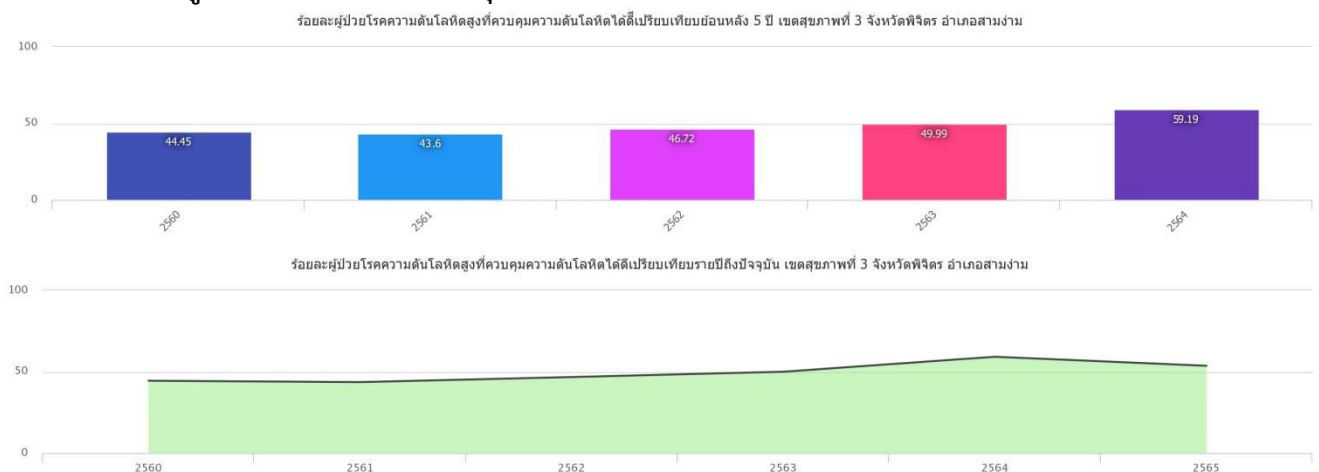
1. บริบท/สถานการณ์/ความเป็นมา(context)

ตารางผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี 2562-2564(อธิบายถึงสภาพปัญหาตามตัวชี้วัดที่จังหวัดกำหนดและตัวชี้วัดที่กำหนดเอง ย้อนหลังอย่างน้อย 3 ปี อาจจะเพิ่มแผนภูมิ/กราฟได้ความเหมาะสม)

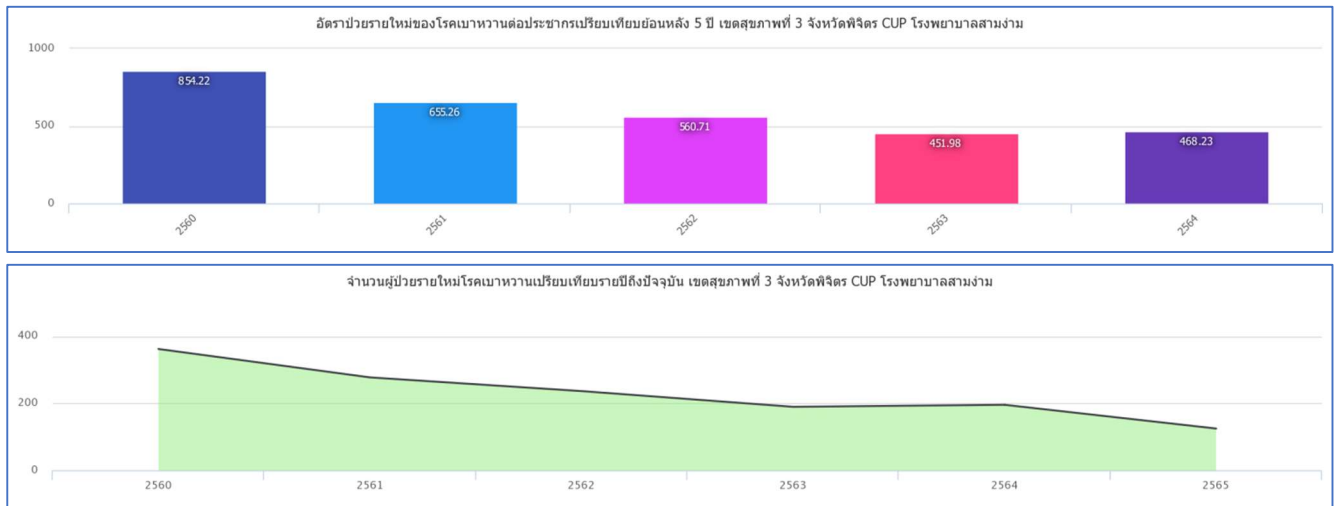
ตัวชี้วัด : ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีย้อนหลัง 5 ปี (2560-2564)



ตัวชี้วัด : ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดีย้อนหลัง 5 ปี (2560-2564)



ตัวชี้วัด : อัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากรในปีงบประมาณย้อนหลัง 5 ปี (2560-2564)



2. วัตถุประสงค์/เป้าหมาย (Purpose)

- 2.1 เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสามง่าม
- 2.2 เพื่อส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มป่วยและพิการให้มีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม
- 2.3 เพื่อพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพและอาสาสมัครเฉพาะโรคเบาหวานและความดันสูง

3. กระบวนการดำเนินงาน/กิจกรรม (Process)

ลำดับ	กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ		งบประมาณ		การดำเนินการ ตามกิจกรรม
		ตามแผน (เดือน)	ทำจริง (เดือน)	ตามแผน	ทำจริง	
โครงการ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คปสอ.สามง่าม จังหวัดพิจิตร ปีงบประมาณ 2565						งบประมาณ 109,900 บาท
1	-จัดกิจกรรมอบรม พัฒนา ทักษะทีมบุคลากรในการดูแล โรคเบาหวาน ความดันโลหิต สูง และภาวะแทรกซ้อน	11 ก.พ. 65	8 มี.ค. 65	4,000	4,000	ดำเนินการแล้ว
2	<u>จัดคลินิกบริการเฉพาะ โรคเบาหวานและความดัน โลหิตสูงตามกระบวนการ พัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus</u> -ค่าเครื่องมือ/คู่มือ/อุปกรณ์ สื่อการสอนผู้ป่วยDM HT			21,000	0.00	ยังไม่ได้ ดำเนินการ

ลำดับ	กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ		งบประมาณ		การดำเนินการ ตามกิจกรรม
		ตามแผน (เดือน)	ทำจริง (เดือน)	ตามแผน	ทำจริง	
	จำนวน 3,000 ชุด x 7 บาท					
3	<u>ตรวจคัดกรองประจำปี</u> <u>โรคเบาหวาน และความดัน</u> <u>โลหิตสูงตามแนว ปฏิบัติของ</u> <u>เครือข่ายสุขภาพ อำเภอสาม</u> <u>ง่าม</u> -ค่าเอกสารแบบบันทึกการ ตรวจ คัดกรองภาวะแทรกซ้อนทาง ตาเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 2,500ชุดx 2.28 บาท เป็นเงิน 5,700 บาท -ค่าอุปกรณ์การตรวจ Monofilament จำนวน 3 ชุด x 1,800 บาท เป็นเงิน 5,400 บาท			11,100	11,100	อยู่ระหว่าง ดำเนินการ
4	<u>จัดกิจกรรมอบรมปรับเปลี่ยน</u> <u>พฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน</u> <u>เพื่อป้องกันความพิการจาก</u> <u>ภาวะแทรกซ้อนทางตา เท้า</u> <u>และหลอดเลือดส่วนปลาย</u> -ค่าอาหาร อาหารว่างและ เครื่องดื่ม จำนวน 360 คน x 75 บาท เป็นเงิน 27,000 บาท	ต.ค./ ม.ค.	ต.ค./ ม.ค.	27,000	27,000	ดำเนินการแล้ว
5	<u>จัดกิจกรรม Day camp เพื่อ</u> <u>อบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</u>	ก.พ.65	มิ.ย.65	28,800	24,000	ดำเนินการแล้ว

ลำดับ	กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ		งบประมาณ		การดำเนินการ ตามกิจกรรม
		ตามแผน (เดือน)	ทำจริง (เดือน)	ตามแผน	ทำจริง	
	<u>ผู้ป่วยเบาหวานและหรือ</u> <u>ความดันโลหิตสูงที่</u> <u>Uncintrol,_____ มี</u> <u>ภาวะแทรกซ้อน หรือซับซ้อน</u> <u>ดูแลยาก</u> -ค่าอาหาร อาหารว่างและ เครื่องดื่ม จัดกิจกรรม Day camp จำนวน 240 คน X 100 บาท เป็นเงิน 24,000 บาท -ค่าเอกสาร/อุปกรณ์ สื่อการเรียนการสอน 240 ชุด×20 บาท เป็นเงิน 4,800 บาท					
6	<u>จัดอบรมปรับเปลี่ยน</u> <u>พฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานและ</u> <u>หรือความดันโลหิตสูงที่ความ</u> <u>เสี่ยงระดับสูงมาก</u> <u>-สูงอันตรายต่อโรคหัวใจและ</u> <u>หลอดเลือดสมอง</u> -ค่าอาหาร อาหารว่างและ เครื่องดื่ม จำนวน 80 คน X 100 บาท เป็นเงิน 8,000 บาท -ค่าเอกสาร/อุปกรณ์ สื่อการเรียนการสอน จำนวน 80 ชุด × 50 บาท เป็นเงิน 4,000 บาท	พ.ค. 65	มิ.ย.65	12,000	8,000	ดำเนินการแล้ว

ลำดับ	กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ		งบประมาณ		การดำเนินการ ตามกิจกรรม
		ตามแผน (เดือน)	ทำจริง (เดือน)	ตามแผน	ทำจริง	
7	จัดประชุมคณะกรรมการ NCD broad เพื่อติดตามผล การดูแลผู้ป่วยในคลินิก ปัญหา อุปสรรค ทุก 3 เดือน -ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จัดประชุมคณะกรรมการ NCD broad ทุก 3 เดือน จำนวน 15 คน X 100 บาท X 4 ครั้ง เป็นเงิน 6,000 บาท	ธ.ค./ มี.ค./ มิ.ย./ ก.ย.	ต.ค.64 -ก.ย.65	6,000	0.00	ดำเนินการแต่ ไม่ได้ ใช้งบประมาณ
	รวมงบประมาณทั้งสิ้น			109,900	74,100	

กลวิธีการดำเนินงาน

ต้นน้ำ : กลุ่มปกติ/ยังไม่ป่วย

1. คัดกรอง DM/HT ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ผลงาน ร้อยละ 95.62 และ 95.83 ตามลำดับ
2. สืบหาข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ
3. คำนวณข้อมูลผลการคัดกรอง DM/HT ในระดับ ชุมชน/รพ.สต./อำเภอ
4. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยหลัก 3 อ 2 ส กลุ่มปกติ/กลุ่มเสี่ยง
5. ขับเคลื่อนชุมชนวิถีใหม่ทางไกล NCDs นำร่องที่ตำบลรังนก (บ้านวังชาหยั่ง)

กลางน้ำ : กลุ่มเสี่ยง/สงสัยป่วย DM/HT

1. จัดกิจกรรม/โครงการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
2. อบรม อสม.แกนนำ เรื่อง ดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน / ความดันโลหิตสูง
3. พัฒนาระบบการดูแล รักษาตาม Service plan และ CPG โรค DM/HT
4. ชุมชนจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อกลุ่มป่วย DM/HT ด้วยมาตรการ 3 อ 2 ส

ปลายน้ำ : กลุ่มป่วย/มีภาวะแทรกซ้อน

1. ติดตามกลุ่มผู้ป่วย DM ควบคุมระดับน้ำตาล HT ควบคุมระดับความดันโลหิต ให้ได้ตามเกณฑ์ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มป่วย DM HT ที่ควบคุมไม่ได้หรือดูแลยาก
2. พัฒนาระบบการดูแล รักษาตาม Service plan และ CPG โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปีและภาวะไตเสื่อม
3. ติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิกและที่บ้านต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ ทีม รพ.สต. และ CG
4. ส่งต่อผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายตามระบบ

4. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดปี 2565 (Performance)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน ปี 2565	การวิเคราะห์รายตัวชี้วัด	
				ผ่านตามเกณฑ์	ไม่ผ่านตาม เกณฑ์
1	NCD Clinic Plus คุณภาพ ผ่าน เกณฑ์มาตรฐาน	75 %	อยู่ระหว่าง ประเมินผล		
2	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับ การตรวจ HbA _{1c} อย่างน้อย 1 ครั้งปี	70%	77.85	✓	
3	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานตรวจ คัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา	60%	64.74	✓	
4	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานตรวจ คัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางเท้า	60%	64.37	✓	
5	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและ ความดันโลหิตสูงได้รับการค้นหา และคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	80%	69.77		×
6	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและ ความดันโลหิตสูงได้รับการประเมิน โอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	90%	93.92	✓	
7	ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อน เฉียบพลัน	2%	2.48		×
8	ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อน ทางตาลดลง	2%	0.22	✓	
9	ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อน ทางเท้าลดลง	2%	0.04	✓	
10	ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิต สูงมีภาวะแทรกซ้อนทางไตลดลง	20%	24.19	✓	
11	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานคุม น้ำตาลได้ดี	40%	36.14	✓	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน ปี 2565	การวิเคราะห์รายตัวชี้วัด	
				ผ่านตามเกณฑ์	ไม่ผ่านตาม เกณฑ์
12	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คุมความดันโลหิตได้ดี	60%	62.80	✓	
13	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและ ความดันโลหิตสูงเข้าร่วมกิจกรรม Day camp	80%	100	✓	
14	ร้อยละของทีมบุคลากรเข้าร่วม กิจกรรมพัฒนาทักษะการดูแล ผู้ป่วย	80%	100	✓	

5. ปัญหา/อุปสรรค/ข้อค้นพบและข้อเสนอแนะ

ลำดับ	ปัญหา/อุปสรรค/ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะที่จะดำเนินการในปี 2565
1	การดำเนินกิจกรรมในกลุ่มปกติ และกลุ่ม เสี่ยง ไม่มีความต่อเนื่องขาดการติดตามผล การเปลี่ยนแปลงรายบุคคล	1. คืบข้อมูลแก่ผู้รับผิดชอบงานระดับตำบล/อสม. 2. จัดทำ Line กลุ่มติดตามวัดความดันโลหิต ของกลุ่มเสี่ยง DM/HT เป็นรายเดือน
2	คุณภาพการลงข้อมูล ไม่ทันเวลาตามที่ Template ตัวชี้วัด กำหนด	1. พัฒนา กำกับ ติดตามทั้งผู้จัดเก็บข้อมูล และ ระบบข้อมูล ให้มีความเข้าใจถูกต้อง ตรงกัน System Manager ติดตามข้อมูลในระบบทุกระยะ ร่วมกับ Admin อำเภอ
3	เครื่องตรวจตามีไม่เพียงพอ และชำรุดทำให้ การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน มีระยะเวลา ตรวจคัดกรองอย่างจำกัด	1. เสนอในเวทีการประชุม Service Plan ระดับ จังหวัดเพื่อแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดซื้อ/ซ่อม บำรุงอุปกรณ์ ให้เพียงพอและพร้อมใช้งาน

6. นวัตกรรม/ผลงานเด่น/ผลสำเร็จที่สามารถเป็นแบบอย่างได้

-ไม่มี-

ประเด็นที่ 12 PCC/พชอ. (1 อำเภอ 1 พชต. ต้นแบบ)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ 2 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

โครงการที่ 3 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

1. บริบท / สถานการณ์ / ความเป็นมา (context)

ตารางผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี 2562-2564 (อธิบายถึงสภาพปัญหาตามตัวชี้วัดที่จังหวัดกำหนด และตัวชี้วัดที่กำหนดเอง ย้อนหลังอย่างน้อย 3 ปี อาจจะเพิ่มแผนภูมิ/กราฟได้ความเหมาะสม)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน ปี 2562	ผลงาน ปี 2563	ผลงาน ปี 2564	การวิเคราะห์ราย ตัวชี้วัด
1	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีการประชุมตามแผนและสามารถติดตามประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามประเด็น	ร้อยละ 100	100	100	100	มีการจัดประชุม มีผู้เข้าร่วมการประชุมไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
2	ได้แนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอประจำปีงบประมาณ 2565 อย่างน้อย 2 ประเด็น	2 ประเด็น			2 ประเด็น	มีการจัดประชุม นำเสนอประเด็นที่ต้องมีการพัฒนา ระดับ พชอ.พชต. แต่ละตำบล ๆ ละ 2 ประเด็น
3	มีเรื่องเล่า นวัตกรรมหรือพื้นที่ต้นแบบในอำเภอสามงาม	ตำบลละ 1 เรื่อง			ตำบลละ 1 เรื่อง	จัดเวทีนำเสนอผลการดำเนินงาน พร้อมมอบโล่เกียรตินิยม

การพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพของประชาชนในอำเภอ ด้วยการขับเคลื่อนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม อย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในแต่ละอำเภอ ใช้ประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีพื้นที่เป็นฐานเป็นกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชน ตามแนวคิด “คนไทย ใส่ใจดูแลกัน” เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม ของประชาชน นับเป็นมิติใหม่ของการปฏิรูปที่มีความเชื่อมโยงผสมผสานการดูแลความเป็นอยู่และการดูแลสุขภาพของประชาชน ที่สร้างเสริม ให้อุทิศ ครอบครัวยุคใหม่ มีความเป็นอยู่ทางสังคม มีสุขภาวะทางกายและจิตที่ดี เกิดความยั่งยืนสืบไป เป็นการปฏิรูปการแก้ไขปัญหาประชาชนที่ดี ที่จะส่งผลต่อความสุขกาย สุขใจของประชาชน

ดังนั้น เพื่อให้มีความสำคัญกับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 กำหนดให้มีคณะกรรมการพัฒนา

คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) การดำเนินงานระดับพื้นที่ให้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างเป็นรูปธรรมขยายผลไปสู่ระดับชุมชนมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล(พชต.) เป็นไปตามเป้าหมายและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิต จากมติที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่อำเภอสามง่าม จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาและติดตามการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)

2. วัตถุประสงค์/เป้าหมาย (Purpose)

- 2.1 เพื่อพัฒนาการดำเนินการขับเคลื่อนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
- 2.2 เพื่อพัฒนาการดำเนินการขับเคลื่อนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล
- 2.3 เพื่อแลกเปลี่ยนกระบวนการทำงานในการมีส่วนร่วมของชุมชน

3. กระบวนการดำเนินงาน / กิจกรรม (Process)

ลำดับ	กิจกรรม	ระยะเวลา ดำเนินการ		งบประมาณ		การดำเนินการ ตามกิจกรรม
		ตาม แผน (เดือน)	ทำจริง (เดือน)	ตาม แผน	ทำจริง	
โครงการ แผนงานโครงการการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส คปสอ.สามง่าม จังหวัดพิจิตร ปีงบประมาณ 2565						งบประมาณ 25,000 บาท
1	ประชุมคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) ทบทวนบทบาทคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตและประเด็นการ พัฒนา	ต.ค. 64 - ก.ย.65	ต.ค. 64 - ก.ย.65	0	0	ดำเนินการแล้ว
2	ประชุมคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับตำบล(พชต.) ทบทวนบทบาทคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตและประเด็นการ พัฒนา			0	0	ดำเนินการแล้ว
3	จัดกิจกรรมสนับสนุนให้มีการ ขับเคลื่อนรายประเด็นในระดับ ตำบล - ทบทวนคำสั่งพชต.ทุกตำบล - ประชุมพชต.อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี - นำเสนอผลการประชุมผ่าน เลขานุการพชอ./คณะทำงาน			0	0	ดำเนินการแล้ว 2 ครั้ง

ลำดับ	กิจกรรม	ระยะเวลา ดำเนินการ		งบประมาณ		การดำเนินการ ตามกิจกรรม
		ตาม แผน (เดือน)	ทำจริง (เดือน)	ตาม แผน	ทำจริง	
4	จัดกิจกรรมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอบทเรียนการพัฒนาของแต่ละตำบลที่ภาคภูมิใจ - เยี่ยมเสริมพลังพชต.เพื่อรับฟังสิ่ง ดีๆ ในแต่ละตำบล - จัดเวทีการนำเสนอเพื่อเชิดชูความ ดีงามของทุกตำบล			25,000	25,000	-เยี่ยมเสริมพลัง 2 ครั้ง - รอดำเนินการจัด เวทีนำเสนอเชิดชู เกียรติพร้อมมอบ โล่รางวัลเดือน ก.ย.65
5	ประชุมคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอเพื่อถอด บทเรียน สรุปและรายงานผลการ ดำเนินงาน			0	0	รอดำเนินการ ก.ย. 65
	รวมงบประมาณทั้งสิ้น			25,000	25,000	

เป้าหมายการขับเคลื่อน พชอ.สามง่าม ปีงบประมาณ 2565



ประเด็นมุ่งเน้น (ODOP) การขับเคลื่อน พชอ.สามง่าม

การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กลุ่มเปราะบาง

ขับเคลื่อน

- การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ
- ศูนย์ซ่อมบำรุงกายอุปกรณ์ (วัดบ้านไร่)
- การดูแลจากภาครัฐ/เอกชน
- เมืองที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ

ประเด็นมุ่งเน้น (OTOP) การขับเคลื่อน พชต.

- ต.สามง่าม : คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
- ต.กำแพงดิน : คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
- ต.รังนก : เกษตรปลอดภัย การจัดการสิ่งแวดล้อม
- ต.เนินปอ : การจัดการสิ่งแวดล้อม (PM 2.5)
- ต.หนองโสน : อุบัติเหตุทางถนนและตำบลปลอดภัย

กลวิธีการดำเนินงาน

1. ประชุม พชอ./พชต.
2. สนับสนุนให้ทุกตำบล มีการขับเคลื่อนประเด็นมุ่งเน้น
3. กำกับ ติดตาม ผลการดำเนินงาน

4. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี 2565 (Performance)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน ปี 2565	การวิเคราะห์รายตัวชี้วัด	
				ผ่าน ตาม เกณฑ์	ไม่ผ่านตาม เกณฑ์
1	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีการประชุมตามแผนและสามารถติดตามประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามประเด็น	ร้อยละ 100	100	100	-
2	ได้แนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ 2565 อย่างน้อย 2 ประเด็น	ร้อยละ 80			
3	มีเรื่องเล่า นวัตกรรมหรือพื้นที่ต้นแบบอำเภอสามง่าม	ตำบลละ 1 เรื่อง			

ประเด็นที่ 13 อำเภอมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมฯ (COVID-19 , PM 2.5)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ 4 : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

โครงการที่ 7 : โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

1. บริบท / สถานการณ์ / ความเป็นมา (context)

ตารางผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี 2562-2564 (อธิบายถึงสภาพปัญหาตามตัวชี้วัดที่จังหวัดกำหนด และตัวชี้วัดที่กำหนดเอง ย้อนหลังอย่างน้อย 3 ปี อาจจะเพิ่มแผนภูมิ/กราฟได้ความเหมาะสม)

ปัญหาสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยและความเป็นอยู่ของประชาชน สาเหตุเกิดจากการเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วของประเทศไทย การเพิ่มของจำนวนประชากร การขยายตัวของภาคอุตสาหกรรม ปริมาณขยะที่มากขึ้น มลพิษสิ่งแวดล้อมทั้งทางด้านกายภาพการใช้สารกำจัดศัตรูพืชในการผลิตพืชผลทางการเกษตร ล้วนส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ภาวะเรือนกระจก ภาวะโลกร้อน ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยและความเป็นอยู่ของประชาชนในวงกว้างกระทรวงสาธารณสุขกำหนดยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี ตามนโยบายการปฏิรูปประเทศภายใต้ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P Excellence) โดยได้มีการกำหนดการดำเนินงานให้มีการดูแลสิ่งแวดล้อม ภายใต้โครงการ GREEN & CLEAN Hospital และระบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม

ที่	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน ปี 2562	ผลงาน ปี 2563	ผลงาน ปี 2564	การ วิเคราะห์ รายตัวชี้วัด
1	อำเภอมีการขับเคลื่อนมาตรการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูงร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (PA)	1	N/A	1	1	
3	อำเภอมีการจัดทำฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ด้านเกษตรกรรม และมีการรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการเกษตร (รหัสโรค T60)	1	N/A	1	1	
4	ร้อยละ 2 ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเฝ้าระวังด้านสุขภาพจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	≥ ร้อย ละ 2.00	9.13	12.94	13.63	
5	โรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ระดับดีมาก Plus	1	ดีมาก Plus	ดีมาก Plus	ดีมาก Plus	
6	ร้อยละ 80 ของรพ.สต.ที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	ร้อยละ 80	N/A	100.00	100.00	

ที่	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน ปี 2562	ผลงาน ปี 2563	ผลงาน ปี 2564	การ วิเคราะห์ รายตัวชี้วัด
7	อำเภอมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน	1	N/A	1	1	
8	ร้อยละ คปสอ. สนับสนุนให้ อปท. ผ่านการรับรองมาตรฐานคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHA) (ทบ.ร้อยละ 65 /อบต. ร้อยละ 5)	ร้อยละ 65	N/A	57.14	85.71	

เหตุผลความจำเป็นในการจัดทำโครงการนี้เพื่อให้อำเภอมีระบบฐานข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจุบันและสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้หน่วยบริการมีการพัฒนางานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเฝ้าระวังด้านสุขภาพจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เพื่อขับเคลื่อนมาตรการยุติการใช้สารเคมีที่มีอันตราย พร้อมทั้งสนับสนุนให้เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสามง่ามได้เชิญชวนและเป็นที่ปรึกษา อปท. ให้ดำเนินการสมัครและผ่านการรับรองมาตรฐานคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHA) พร้อมกับสถานการณ์ปัจจุบันเกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จึงมีการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพและการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมของอำเภอสามง่าม โดยมีกิจกรรมหลักคือ กิจกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ของชุมชน และรายงานผลอำเภอจัดการปัจจัยเสี่ยง เรื่อง PM 2.5

2. วัตถุประสงค์/เป้าหมาย (Purpose)

1. เพื่อให้อำเภอมีระบบฐานข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจุบันและสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้
2. เพื่อให้หน่วยบริการมีการพัฒนางานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง
3. เพื่อให้ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสารเคมีตกค้างในร่างกาย
4. เพื่อขับเคลื่อนมาตรการยุติการใช้สารเคมีที่มีอันตรายสูง

3. กระบวนการดำเนินงาน / กิจกรรม (Process)

ลำดับ	กิจกรรม	ระยะเวลา ดำเนินการ		งบประมาณ		การ วิเคราะห์ ราย กิจกรรม
		ตาม แผน (เดือน)	ทำจริง (เดือน)	ตาม แผน	ทำ จริง	
โครงการ การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมปี 2565						งบประมาณ 37,000 บาท
1	ประชุมคณะทำงานด้านสิ่งแวดล้อมอำเภอ สามง่าม และเยี่ยมเสริมพลัง	ก.พ./ ส.ค.		3,000		รอ ดำเนินการ
2	พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ ด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม โดยการอบรมหลักสูตรการ ป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตราย และการคัดแยกมูลฝอยแต่ละประเภท (Online)	ม.ค.		3,000		รอ ดำเนินการ
3	ส่งเสริมให้เกิดการดำเนินงาน/กิจกรรมตาม นโยบาย Green & Clean Hospital ใน โรงพยาบาลและรพ.สต	ธ.ค./ ก.ค.	ก.ค.	5,000	5000	ดำเนินการ แล้ว
4	การเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบ การปนเปื้อนแบคทีเรีย (อ.11) ณ จุดที่ ให้บริการน้ำบริโภคและอุปโภค	ธ.ค./ มี.ค./ มี.ย./ ก.ย.	ก.ค.	4,000	4000	ดำเนินการ แล้ว
5	จัด Green Market ของโรงพยาบาลอย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	ต.ค.64 -ก.ย. 65	ก.ค.	8,000	8000	ดำเนินการ แล้ว
6	จัดประกวดนวัตกรรม GREEN (บูรณาการ ร่วมกับเวทีถนนสร้างคนคุณภาพ ยุทธ 3)	เม.ย.		10,500		รอ ดำเนินการ
7	ส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการ นำไปใช้ประโยชน์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับ เครือข่ายและชุมชน	ต.ค.64 -ก.ย. 65	ต.ค. 64- ก.ค.65	ไม่ใช่ งบฯ		ดำเนินการ แล้ว
8	ติดตาม/กำกับ การคัดแยก เก็บขน กำจัดมูลฝอย ติดเชื้อ ให้เป็นไปตามมาตรฐาน และการบันทึก ข้อมูล ที่ถูกต้อง ครบถ้วน	ต.ค.64 -ก.ย. 65	ต.ค. 64- ก.ค.65	ไม่ใช่ งบฯ		ดำเนินการ แล้ว

ลำดับ	กิจกรรม	ระยะเวลา ดำเนินการ		งบประมาณ		การ วิเคราะห์ ราย กิจกรรม
		ตาม แผน (เดือน)	ทำจริง (เดือน)	ตาม แผน	ทำ จริง	
9	ส่งเสริม พัฒนาสิ่งแวดล้อมสาธารณะให้มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน HAS และค้นหาสิ่งแวดล้อมที่มีคุณภาพตามเกณฑ์สุดยอดสิ่งแวดล้อม อย่างน้อย 1 แห่ง	ต.ค.64-ก.ย.65	ต.ค.64-ก.ค.65	ไม่ใช้งบฯ		ดำเนินการแล้ว
10	ขับเคลื่อนมาตรการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูงร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ต.ค.64-ก.ย.65	ต.ค.64-ก.ค.65	ไม่ใช้งบฯ		ดำเนินการแล้ว
11	มีการจัดทำฐานข้อมูลด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม(Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ด้านเกษตรกรรม และมีการรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการเกษตร (รหัสโรค T60)	ต.ค.64-ก.ย.65	ต.ค.64-ก.ค.65	ไม่ใช้งบฯ		ดำเนินการแล้ว
12	ตรวจคัดกรองสารเคมีตกค้างในร่างกาย ในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป	ต.ค.64-ก.ย.65	ต.ค.64-ก.ค.65	ไม่ใช้งบฯ		ดำเนินการแล้ว
13	จัดทำระบบฐานข้อมูล สถานการณ์และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	ต.ค.64-ก.ย.65	ต.ค.64-ก.ค.65	2,000		รอ ดำเนินการ
14	ประชุมส่งเสริม/สนับสนุน ให้ออปท. ผ่านการรับรองมาตรฐานคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHA)	ม.ค.		1,500		รอ ดำเนินการ
15	เฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม	ต.ค.64-ก.ย.65	ต.ค.64-ก.ค.65	ไม่ใช้งบฯ		ดำเนินการแล้ว

4. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี 2565 (Performance)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน ปี 2565	การวิเคราะห์ราย ตัวชี้วัด	
				ผ่าน ตาม เกณฑ์	ไม่ผ่าน ตาม เกณฑ์
1	อำเภอมีการเฝ้าระวังงานอาชีวอนามัยภาค เกษตรกรรม	ร้อยละ 100	100.00	/	
2	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ผ่าน เกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป	ร้อยละ 98	100.00	/	
4	ร้อยละ คปสอ. สนับสนุนให้ อปท.ผ่านการรับรอง มาตรฐานคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม ขององค์กรปกครองส่วน หรือ EHA อปท.	ร้อยละ 70	รักษา ระดับ 2 แห่ง สมัครเพิ่ม 1 แห่ง 42.85		/
5	อำเภอที่การพัฒนาและประเมินมาตรฐานงาน สุขาภิบาลอาหาร ; สถานที่จำหน่ายอาหาร	ร้อยละ 100	(2 แห่ง) 100.00	/	
6	อำเภอมีระบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้าน สิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมี ประสิทธิภาพและยั่งยืน	ร้อยละ 60	60.00	/	
7	อำเภอมีระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่มี มาตรฐานวิชาการ	ร้อยละ 100	100.00	/	
8	การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อมใน รพ.สต.	ร้อยละ 10 ของ รพ.สต.	(3 แห่ง) 42.85	/	
9	กิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการปฏิบัติตาม มาตรการความปลอดภัยในการป้องกันโรคโควิด 19	ร้อยละ 90	100.00	/	

กลวิธีการดำเนินงาน

1. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยการอบรมหลักสูตรการป้องกันและ
ระงับการแพร่เชื้อหรืออันตราย และการคัดแยกมูลฝอยแต่ละประเภท (Online)
2. ส่งเสริมให้เกิดการดำเนินงาน/กิจกรรมตามนโยบาย Green & Clean Hospital ในโรงพยาบาลและรพ.
สต
3. เฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนแบคทีเรีย (อ.11) ณ จุดที่ให้บริการน้ำบริโภคและ
อุปโภค
4. จัด Green Market ของโรงพยาบาลอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

5. ส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่าย และชุมชน
6. ติดตาม/กำกับ การคัดแยก เก็บขน กำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ให้เป็นไปตามมาตรฐาน และบันทึกข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน
7. ส่งเสริม พัฒนาสิ่งแวดล้อมให้มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน HAS และค้นหาสิ่งแวดล้อมที่มีคุณภาพตามเกณฑ์สุดยอดสิ่งแวดล้อม อย่างน้อย 1 แห่ง ที่วัดเทพสิทธิการาม (บ้านไร่) ต.สามง่าม อ.สามง่าม จ.พิจิตร
8. มีการจัดทำฐานข้อมูลด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม(Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ด้านเกษตรกรรม และมีการรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการเกษตร (รหัสโรค T60)
9. ตรวจคัดกรองสารเคมีตกค้างในร่างกาย ในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป
10. จัดทำระบบฐานข้อมูล สถานการณ์และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ร่วมกับ อปท.
11. เฝ้าระวังสุขภาพจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม (PM 2.5 / COVID-19)

การเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพและการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมของอำเภอสามง่าม กิจกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ของชุมชน ดำเนินการ ดังนี้

(1) มีการประชาสัมพันธ์ข่าวสาร ความรู้ ผ่านบอร์ด หรือป้ายประชาสัมพันธ์ในหมู่บ้านที่เห็นได้สะดวก รวมถึงใช้สื่อเสียงตามสาย ช่องทางออนไลน์ เช่น LINE FACEBOOK ของอำเภอ/หมู่บ้าน เพื่อแจ้งเตือน คนในชุมชน ผู้พักอาศัย และผู้มาติดต่อในชุมชน ถึงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 และปรับปรุงให้ ทันสถานการณ์ประจำวันตามข้อมูลที่รพ.สต. ในเขตรับผิดชอบแจ้ง รวมถึงประชาสัมพันธ์มาตรการป้องกันและเฝ้าระวัง โรคสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย

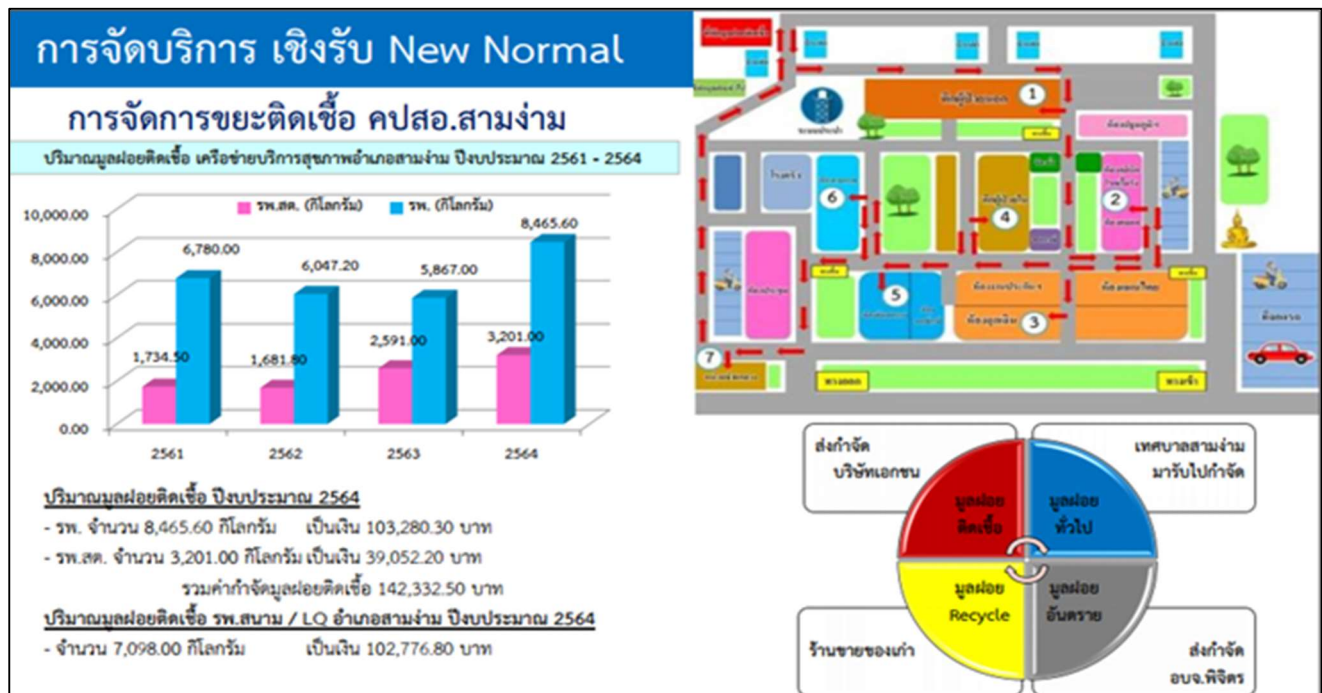
(2) แจ้งให้คนในชุมชนทราบว่า หากมีคนในครอบครัวรวมทั้งบุคคลใกล้ชิดทั้งที่พักอยู่ด้วยกันในชุมชน ห้องพัก หรือผู้มาเยี่ยม มีไข้หรืออาการไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก ให้สวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา ล้างมือด้วยน้ำ และสบู่ บ่อยๆ และรีบไปพบแพทย์ ทั้งนี้อำเภอสามง่ามให้ความสำคัญกับการกำจัดการขยะของผู้ป่วย เช่น หน้ากากอนามัย หรือกระดาษชำระที่ใช้แล้ว โดยรวบรวมกำจัดเป็นการเฉพาะ

(3) ในกรณีที่เป็นผู้ที่เพิ่งเดินทางกลับจากต่างประเทศหรือกลับจากพื้นที่เสี่ยง หรือมีญาติเดินทางกลับมาจากพื้นที่เสี่ยง ให้แจ้งให้เจ้าพนักงานควบคุมโรคหรือคณะกรรมการเฝ้าระวังโรคในชุมชนทราบโดยทันที เพื่อให้ชุมชนและครอบครัวร่วมกันสนับสนุนการกักกันตนเองเพื่อเฝ้าสังเกตอาการ 14 วัน

(4) สำหรับอาคารชุด หรือสถานที่สาธารณะในชุมชน เช่น วัด โรงเรียน สถานที่ราชการ ควรจัดให้มีแอลกอฮอล์เจลล้างมือไว้ในบริเวณพื้นที่ส่วนกลาง เช่น ประตูทางเข้าออก ห้องอาหาร นาลิพท์ เพื่อช่วยลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อระหว่างบุคคล

(5) จัดเจ้าหน้าที่หรือจิตอาสาทำหน้าที่ดูแลทำความสะอาดสิ่งของที่ใช้งานบ่อยๆ ในสถานที่ สาธารณะที่มีคนใช้ประโยชน์ร่วมกัน เช่น ศาลาประชาคม ห้องน้ำสาธารณะ เป็นต้น

(6) แจ้งพนักงานทำความสะอาดและเก็บขยะของชุมชน ให้ทราบถึงความเสี่ยงในการรับเชื้อ โดยให้ความสำคัญในการป้องกันตนเอง ได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัย แว่นตากันลม และถุงมืออย่างยาวขณะปฏิบัติงาน



(7) สถานที่เฉพาะต่างๆ ในชุมชน เช่น สถานที่ทำงาน สถานศึกษา ที่พักอาศัย ศาสนสถาน สถานที่ที่มีการรวมกันของคนหมู่มาก ชุมชนและเจ้าของสถานที่หรือผู้จัดงานต้องเน้นเรื่องการให้ความรู้ มาตรการรักษาระยะห่างจากคนอื่น (Social distancing) มาตรการคัดกรอง การวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อลดหรือเลื่อนการจัดกิจกรรมที่มีคนมารวมตัวกัน เกินไปจนเกิดความเสี่ยง การรักษาความสะอาด การเตรียมอุปกรณ์ป้องกัน การลดความแออัด ซึ่งการจัดงานต้องผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการ EOC/ICS ระดับอำเภอทุกงาน

รายงานผลอำเภोजัดการปัจจัยเสี่ยง เรื่อง PM 2.5

สถานการณ์

องค์การอนามัยโลก หรือ World Health Organization (WHO) กำหนดให้ฝุ่น PM2.5 จัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ของสารก่อมะเร็ง ประกอบกับรายงานของธนาคารโลก (World Bank) ที่ระบุว่า ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากมลพิษทางอากาศมากถึง 50,000 ราย ส่งผลไปถึงระบบเศรษฐกิจ รวมไปถึงค่าใช้จ่ายที่รัฐต้องสูญเสียเกี่ยวเนื่องกับค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยจากมลพิษทางอากาศนี้ ช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา ไทยเคยประสบปัญหาฝุ่นพิษเกินมาตรฐานสูง โดยเฉพาะในช่วงต้นปี มักจะพบปัญหาฝุ่น PM 2.5 ระดับรุนแรงที่ภาคเหนือ และภาคกลาง

ส่วนอำเภอสามง่าม สถานการณ์ฝุ่น PM 2.5 ปีงบประมาณ 2565 เกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่ช่วงเดือนมีนาคม และจะเบาบางลงเมื่อเข้าสู่เดือนมิถุนายน ฝุ่น PM 2.5 ของอำเภอสามง่าม มาจากหลายแหล่งกำเนิด เช่นควันจากท่อไอเสียรถยนต์ การเผาขยะ การเผาเพื่อเตรียมพื้นที่การทำการเกษตรกรรม การขุดดินในเขตชุมชน เป็นต้น เรื่องผลเสียต่อร่างกาย จากข้อมูลการเฝ้าระวังอำเภอสามง่ามยังไม่พบผู้ที่ได้รับผลกระทบรุนแรงต่อร่างกาย จากฝุ่น PM 2.5 การเฝ้าระวังค่าฝุ่นรายวัน ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) จากเครื่อง DUST BOY ติดตั้ง ณ รพ.สต.เนินปอ อ.สามง่าม จ.พิจิตร

การดำเนินการกิจกรรมอำเภोजัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม (PM 2.5)

- เฝ้าระวังสุขภาพโรคจากการประกอบอาชีพและมลพิษสิ่งแวดล้อม
- มีการติดตั้งเครื่องตรวจวัดปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็กในอากาศด้วยระบบเซนเซอร์ (Dust Boy) ณ รพ.สต. เนินปอ ใช้ประโยชน์ในการเฝ้าระวัง เตือนภัยสถานการณ์ฝุ่น PM 2.5 ลดผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว มีกลุ่ม LINE แจ้งเตือนสถานะฝุ่นละอองขนาดเล็ก

- ร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ “สร้างความรอบรู้ สื่อสารความเสี่ยงเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากมลพิษทางอากาศ”
- อบรมเชิงปฏิบัติการการป้องกันและดูแลสุขภาพจากภัยฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM 2.5) ในพื้นที่ตำบลวังนก โดยใช้กระบวนการสร้างความรอบรู้ Health Literacy : HL โดยมีเครือข่ายอาสาสมัครพิทักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมหมู่บ้าน (ทสม.) เข้าร่วมประชุม
- ประชาสัมพันธ์ความรู้และผลกระทบจากฝุ่น PM 2.5 ในช่องทางต่างๆ
- มีการกำหนดมาตรการป้องกัน เช่น สวมหน้ากากป้องกันฝุ่น โดยหน้ากากที่สามารถป้องกันฝุ่น PM 2.5 ได้ดีและมีประสิทธิภาพคือ หน้ากาก N95 หรือแนะนำให้พยายามหลีกเลี่ยงกิจกรรมกลางแจ้งทุกชนิดเมื่อคุณภาพอากาศอยู่ในระดับที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ หากจำเป็นต้องใส่หน้ากากป้องกันฝุ่นละอองเมื่ออยู่ข้างนอกบ้าน

5. ปัญหา/อุปสรรค/ข้อค้นพบและข้อเสนอแนะ

ลำดับ	ปัญหา/อุปสรรค/ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะที่จะดำเนินการปี 2565
1	สถานการณ์ COVID-19 ในจังหวัดพิจิตร	
2	การสนับสนุน ให้อปท. ผ่านการรับรองมาตรฐาน คุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHA) มี การเปลี่ยนผู้บริหาร ไม่มีความต่อเนื่อง	จัดทำข้อตกลง ร่วมกับ อปท.ในพื้นที่ และ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ตั้งคณะกรรมการ สนับสนุน EHA ระดับอำเภอ

6. นวัตกรรม/ผลงานเด่น/ผลสำเร็จที่สามารถเป็นแบบอย่างได้

- ไม่มี

ประเด็นที่ 14 การบริหารการเงินการคลัง (ศูนย์จัดเก็บรายได้)

ประเด็นที่ 6 Good governance

หัวข้อ : การเงินการคลังสุขภาพ

เป้าประสงค์ : ประสิทธิภาพของการบริหารการเงินสามารถควบคุมปัญหาการเงินระดับ 7 ของหน่วยบริการในพื้นที่ (เป้าหมายระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 2 และระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 4)

ตัวชี้วัดภายใต้ประเด็น/หัวข้อ :

1. หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 2, ระดับ 6 ไม่เกินร้อยละ 4)
2. หน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้มีคุณภาพ ระดับดีขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 90

1. สถานการณ์และสภาพปัญหาที่ผ่านมา

โรงพยาบาลสามง่าม จังหวัดพิจิตร มีการเฝ้าระวังสถานะทางการเงินของโรงพยาบาล โดยใช้ข้อมูลการรายงานทางการเงิน และนำมาวิเคราะห์สถานการณ์การเงินการคลังของโรงพยาบาล จากดัชนีชี้วัดทางการเงิน 7 ระดับ และมีการกำกับ ติดตามในเวทีประชุม CFO และคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเป็นประจำทุกเดือน และในปีงบประมาณ 2565 ไม่ได้ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ดังตาราง

ตารางแสดงการประเมินภาวะวิกฤติ รายไตรมาส 2 ปี 2561-2565

ปี 2562				ปี 2563				ปี 2564				ปี 2565			
Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
0	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0		

2. แผน/กิจกรรม /กระบวนการดำเนินงาน (เพื่อแก้ไขปัญหา/พัฒนาการดำเนินงาน)

มาตรการ/กิจกรรม ระดับอำเภอ

- 1) มีการเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลังของโรงพยาบาล โดย
 - เวทีคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) ทุก 3 เดือน
 - เวทีคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ทุกเดือน
- 2) การบริหารงบประมาณภายในเครือข่ายตามแนวทางของจังหวัด
- 3) พัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง
- 4) พัฒนาศูนย์จัดเก็บรายได้ให้มีประสิทธิภาพ

มาตรการ/กิจกรรม ระดับตำบล

- 1) เพิ่มประสิทธิภาพด้านรายได้โดยจังหวัดจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนในการหารายได้ของ รพ.สต.
- 2) จัดทำรายงานการเงินและวิเคราะห์ตนเอง

Small Success

ไตรมาส 1/2565	ไตรมาส 2/2565	ไตรมาส 3-4/2565
- รพ.สต.ได้รับจัดสรร Fixed Cost ล่วงหน้าอย่างน้อย 6 เดือน แรก	- รพ.ไม่มีวิกฤติระดับ 3-7 - รพ.สต.ได้รับจัดสรร Fixed Cost ล่วงหน้าครบปี	- รพ.ไม่มีวิกฤติระดับ 4-7 - รพ.มีคะแนน TPS ระดับ A - รพ.สต.มีเงินบำรุงคงเหลือไม่น้อยกว่า 3 เดือน

3. ผลการดำเนินงาน ไตรมาส ที่ 1 (1 ตุลาคม 2564 – 31 ธันวาคม 2564)

ตารางแสดงวิกฤติทางการเงินของหน่วยบริการจังหวัดพิจิตร ณ 31 ธันวาคม 2564

CR	QR	Cash	NWC	NI+Depreciation	Liquid Index	Status Index	Survival Index	Risk Scoring	เงินบำรุงคงเหลือ (หักหนี้แล้ว)	EBITDA
6.18	6.00	3.67	59,688,887	19,364,160	0	0	0	0	30,716,342	20,907,978

จากข้อมูลการประเมินภาวะวิกฤติของโรงพยาบาล ณ 31 ธันวาคม 2564 พบว่า โรงพยาบาลสามง่าม Risk Score ระดับ 0 ผลการดำเนินงานพบว่า มี NI , EBITDA และเงินบำรุงคงเหลือหลังหักหนี้สิน เป็นบวก

ตารางแสดงประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ณ 31 ธันวาคม 2564

Operating Margin	Return on Asset	A Payment Period	A Collection Period-UC	A Collection Period - CSMBS	A Collection Period-SSS	Inventory Management	Grade Plus	RG +
1	0	1	0	1	0	0	C	0C

ที่มา : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การประเมินประสิทธิภาพการเงินการคลัง ณ ไตรมาส 2 ปีงบประมาณ 2565 (31 ธันวาคม 2564) โรงพยาบาลสามง่ามอยู่ในระดับ 0C

ตาราง แสดงประสิทธิภาพในการบริหารจัดการการเงินการคลังเทียบกับค่ากลาง ณ 31 ธันวาคม 2564

Operating Margin		Return on Asset		A Payment Period	A Collection Period-UC	A Collection Period -CSMBS	A Collection Period-SSS	Inventory Management
>= ค่ากลาง	ค่ากลาง	>= ค่ากลาง	ค่ากลาง	Cash <.8 P >180 and Cash >.8 P >90	<= 60	<= 60	<= 120	<= 60
78.57	41.68	12.86	18.33	47.99	220.49	51.47	124.36	111.90

ที่มา : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

4. ผลการดำเนินงาน ไตรมาส ที่ 2 (1 มกราคม – 30 เมษายน 2565)

ตารางแสดงวิกฤติทางการเงินของหน่วยบริการจังหวัดพิจิตร ณ 30 เมษายน 2565

CR	QR	Cash	NWC	NI+Depreciation	Liquid Index	Status Index	Survival Index	Risk Scoring	เงินบำรุงคงเหลือ (หักหนี้แล้ว)	EBITDA
6.07	5.97	4.09	77,118,579	39,509,221	0	0	0	0	46,958,938	43,170,391

ตารางแสดงประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ณ 30 เมษายน 2565

Operating Margin	Return on Asset	A Payment Period	A Collection Period-UC	A Collection Period - CSMBS	A Collection Period-SSS	Inventory Management	GradePlus	RG + R
1	1	1	0	1	0	1	B-	0B-

ตาราง แสดงประสิทธิภาพในการบริหารจัดการการเงินการคลังเทียบกับค่ากลาง ณ 30 เมษายน 2565

Operating Margin		Return on Asset		A Payment Period	A Collection Period-UC	A Collection Period -CSMBS	A Collection Period-SSS	Inventory Management
>= ค่ากลาง	ค่ากลาง	>= ค่ากลาง	ค่ากลาง	Cash <.8 P >180 and Cash >.8 P >90	<= 60	<= 60	<= 90	<= 60
51.16	36.33	22.77	25.68	57.71	265	50.86	181	39.25

การจัดทำแผนรายได้ – ควบคุมค่าใช้จ่าย(Plan fin)ของหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2565

การจัดทำแผนทางการเงิน ปีงบประมาณ 2565 มีการจัดทำแผนทางการเงินแบบเกินดุล สรุปการจัดทำแผน Plan fin เป็นแบบ 1

ตารางแสดงการจัดทำแผนรายได้ - ค่าใช้จ่าย (Plan fin) ปีงบประมาณ 2565

แผนรายได้รวม ปี 2565	แผนค่าใช้จ่ายรวม ปี 2565	NI	EBITDA	วิเคราะห์ แผนแบบ
124,828,063.26	108,153,134.61	16,674,928.65	23,684,505.71	1

ตารางแสดงการควบคุมกำกับแผน Plan fin ปีงบประมาณ 2564 แผนรายได้ – ควบคุมค่าใช้จ่าย ณ ไตรมาส 2 วันที่ 31 มีนาคม 2565

รายได้ (ไม่รวมงบลงทุน)				ค่าใช้จ่าย (ไม่รวมค่าเสื่อมราคา)			
ประมาณการ ปี 65	ผลการ ดำเนินงาน	ส่วนต่าง	ร้อยละ	ประมาณการ ปี 65	ผลการ ดำเนินงาน	ส่วนต่าง	ร้อยละ
59,907,417.32	86,598,258.92	26,690,841.60	44.55	50,734,025.98	46,963,583.43	3,770,442.55	7.43

ตารางแสดงการติดตามแผน Planfin ประมาณการแผนรายได้ (รายได้ไม่รวมงบลงทุน , UC , รายได้อัตโนมัติ) ไตรมาส 2 วันที่ 31 มีนาคม 2565

รายได้ (ไม่รวมงบลงทุน) ไตรมาส 2 ปี 2565			
แผน	ผลดำเนินงาน	ส่วนต่าง	ร้อยละ
59,907,417.32	86,598,258.92	26,690,841.60	44.55

ตารางแสดงการติดตามแผน Planfin ประมาณการแผนการเงินด้านค่าใช้จ่าย (ไม่รวม งบลงทุน ไม่รวมค่าเสื่อมราคา และค่าตัดจำหน่าย) ไตรมาสที่ 2 ณ เดือน 31 มีนาคม 2565

ค่าใช้จ่าย (ไม่รวมค่าเสื่อมราคาและตัดจำหน่าย)ไตรมาส 2 ปี 2565			
แผน	ผลดำเนินงาน	ส่วนต่าง	ร้อยละ
50,734,025.98	46,963,583.43	3,770,442.55	7.43

ที่มา :กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

ตาราง ผลการประเมินต้นทุนหน่วยบริการแบบ Quick Method ไตรมาส 2/2565 ณ 31 มีนาคม 2565

ผู้ป่วยนอก		ผู้ป่วยใน		ประเมิน	
Unit Cost	Mean+1SD	Unit Cost	Mean+1SD	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน
460.62	580.07	14,596.36	41,392.99	ผ่าน	ผ่าน

ที่มา : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางสรุปผลการประเมินคุณภาพบัญชี ไตรมาส 2 ปีงบประมาณ 2565

แม่ข่าย(คะแนนเต็ม 600)		ลูกข่าย (คะแนนเต็ม 300)	
คะแนนที่ได้	ร้อยละ	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
600	100	300	100

ระบบการจัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S 4C)

1. สถานการณ์ความเป็นมา

จากการประเมินระบบการจัดเก็บรายได้คุณภาพของหน่วยบริการจากทีมพี่เลี้ยงจังหวัดพิจิตร รอบที่ 1 โรงพยาบาลสามง่ามมีคะแนน 94 คะแนน ระดับดีมาก (เกรด A) ข้อที่ต้องปรับปรุง คือ

- มีประสิทธิภาพในการเรียกเก็บทุกกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใน 60 วัน
- มีประสิทธิภาพในการเรียกเก็บทุกกองทุนประกันสังคม ภายใน 120 วัน
- การบริหารจัดการข้อมูลติด C ของกองทุน สปสช.

โดยโรงพยาบาลสามง่ามมีการใช้โปรแกรม R2M ซึ่งพัฒนาโดยบุคลากรทีมศูนย์จัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาลเอง และมีบุคลากรประจำในการจัดเก็บรายได้ 6 คน

จากการตรวจประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ พบว่าหน่วยบริการที่ประสิทธิภาพการเรียกเก็บกองทุนเกินเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจากการไม่ตัดส่วนต่างของลูกหนี้ และมีการสุ่มพบข้อมูลการติด C ติด Deny ของกองทุน สปสช. ไม่ได้รับการแก้ไข

2. การดำเนินงานที่ผ่านมา

- ปรับโครงสร้างบุคลากรที่รับผิดชอบกับการจัดเก็บรายได้ โดยมีทั้งหมด 3 ทีม คือ ทีมอำนวยการ ทีมปฏิบัติงานประจำและผู้รับผิดชอบกองทุนย่อย
- สื่อสารกับทีมผู้บริหารโรงพยาบาลในเรื่องแนวคิดและกระบวนการหลักในการจัดเก็บรายได้
- เวทีสัญจรทีมจัดเก็บรายได้พบหน่วยบริการเพื่อสื่อสารแนวคิดและกระบวนการหลักในการจัดเก็บรายได้กับผู้ปฏิบัติ
- ปรับอัตราค่าบริการของโรงพยาบาลแยกตามสิทธิโดยใช้คู่มืออัตราค่าบริการจาก กรมบัญชีกลางและประกาศของกระทรวงสาธารณสุข
- ทบทวนและปรับปรุง Flow chart ให้ครอบคลุมทั้ง 8 สิทธิ
- ทบทวนแนวทางการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน เช่น งานประกันกับการเงิน และบัญชี
- จัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อช่วยในการดำเนินการ เช่น การจัดการเวชระเบียนผู้ป่วยใน, การรายงานลูกหนี้ และการติดตามผลการเรียกเก็บ ฯ

3. ผลการดำเนินงาน

ตารางประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ โรงพยาบาลสามง่าม รอบที่ 1 และรอบที่ 2 ปี 2565

แนวทางในการประเมินระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ(4 S 4 C)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้อรอบ 1	คะแนนที่ได้อรอบ 2
เกณฑ์การประเมิน			
1. มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure)			
1.1 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดเก็บรายได้ค่า รักษาพยาบาล			

แนวทางในการประเมินระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ(4 S 4 C)	คะแนน	คะแนนที่	คะแนนที่
เกณฑ์การประเมิน	เต็ม	ได้รอบ 1	ได้รอบ 2
1) ตรวจสอบเวชระเบียนทุกสิทธิการรักษา	2	2	2
2) เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลทุกสิทธิการรักษา	2	2	2
3) ติดตามลูกหนี้ทุกสิทธิการรักษา	2	2	2
1.2 มีคำสั่ง/มอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบศูนย์จัดเก็บรายได้	2	2	2
1.3 มี Flow chart ของกระบวนการเรียกเก็บรายได้ทุกสิทธิ			
1) ขั้นตอนการประมวลผลผู้รับบริการของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในแต่ละสิทธิ	2	2	2
2) การบันทึกลูกหนี้จากใบเสร็จค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในแต่ละสิทธิ	2	2	2
3) มีการส่งข้อมูลที่ได้รับการบันทึกเพื่อเบิกจ่าย (Claim)	2	2	2
4) ตรวจสอบผลการเบิกจ่าย (Claim)	2	2	2
5) มีการบันทึกลูกหนี้ที่เป็นปัจจุบัน	2	2	2
1.4 คณะกรรมการจัดเก็บรายได้ทำการประชุมวิเคราะห์รายได้ค่ารักษาพยาบาลทุกสิทธิ เพื่อเสนอผลการดำเนินงานให้ผู้บริหารทราบ	2	2	2
รวม	20	20	20
2. ระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System)			
2.1 มีการปฏิบัติงานตาม Flow chart	2	2	2
2.2 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจำแนกตามรายสิทธิ			
1) ขั้นตอนการประมวลผลผู้รับบริการของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในแต่ละสิทธิ	2	2	2
2) การบันทึกลูกหนี้จากใบเสร็จค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในแต่ละสิทธิ	2	2	2
3) มีการส่งข้อมูลที่ได้รับการบันทึกเพื่อเบิกจ่าย (Claim)	2	2	2
4) ตรวจสอบผลการเบิกจ่าย (Claim)	2	2	2
5) มีการบันทึกลูกหนี้ที่เป็นปัจจุบัน	2	2	2
2.3 มีการใช้ Software ในการจัดเก็บรายได้	2	2	2
(โปรดระบุชื่อ Software ที่ใช้)		R2M	R2M
2.4 มีประสิทธิภาพในการเรียกเก็บทุกกองทุน			

แนวทางในการประเมินระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ(4 S 4 C)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ 1	คะแนนที่ได้รับ 2
เกณฑ์การประเมิน			
1) UC $\leq$ 60 วัน	2	0	0
2) ขรก $\leq$ 60 วัน	2	2	2
3) ปกส. $\leq$ 120 วัน	2	0	0
<i>*ผลงาน 7 plus efficiency ไตรมาสที่ผ่านมา (รอบ 2 Q 2/65)</i>			
รวม	20	16	16
3. มีระบบบุคลากรในศูนย์จัดเก็บรายได้ (Staff & skill) มีจำนวน และ ทักษะความสามารถของบุคลากรเหมาะสมตามระดับของ รพช. รพท. รพศ.			
3.1 มีรายชื่อตาม Flow chart ของกระบวนการเรียกเก็บรายได้ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทุกสิทธิ	2	2	2
3.2 มีบุคลากรที่รับผิดชอบศูนย์จัดเก็บรายได้ ตามFlowchartไม่น้อยกว่า. 5 คน ใน รพช. 10 คน ใน รพท. และ 15 คน ใน รพศ.	2	2	2
<u>โปรตรระบุ จำนวนบุคลากร</u>		6	6
3.3 บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ศูนย์จัดเก็บรายได้ได้รับค่าตอบแทนตามสิทธิ	2	2	2
3.4 บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ศูนย์จัดเก็บรายได้ได้รับการอบรมหรือพัฒนาศักยภาพ	2	2	2
รวม	8	8	8
4. มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษา ครบถ้วน (Care)			
4.1 มีคำสั่งมอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบกองทุนย่อย ในการบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาล	2	2	2
4.2 ผู้ป่วยนอก มีการบันทึกข้อมูลการรักษาในผู้รับบริการ เฉพาะกองทุนครบถ้วน	2	2	2
4.3 ผู้ป่วยใน มีการบันทึกข้อมูลการรักษาในผู้รับบริการ เฉพาะกองทุนครบถ้วน	2	2	2
4.4 การส่งข้อมูลการรักษาเพื่อบันทึกบัญชีก่อนวันที่ 10 ของเดือนถัดไป	2	2	2
รวม	8	8	8
5. มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาล ครบถ้วน และถูกต้อง (Code)			
5.1 มีคำสั่ง/มอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการให้รหัสการรักษาพยาบาล	2	2	2
5.2 มีการตรวจสอบ (Audit) การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน	2	2	2
5.3 มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ภายใน 30 วัน	2	2	0

แนวทางในการประเมินระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ(4 S 4 C)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ 1	คะแนนที่ได้รับ 2
เกณฑ์การประเมิน			
5.4 บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่บันทึกรหัส การรักษาพยาบาลได้รับการอบรมหรือพัฒนาศักยภาพ อย่างน้อย 1 คน ต่อ 1 ครั้งต่อ 1 ปี	2	2	2
รวม	8	8	6
6.ระบบเบิกจ่าย (Claim) ของแต่ละกองทุน			
6.1 มีรายชื่อบุคลากรใน Flow chart ของการเบิกจ่าย (Claim) ในทุกกองทุนย่อย	2	2	2
6.2 การบริหารจัดการข้อมูลติด C ของกองทุนสปสช.	2	0	2
6.3 การบริหารจัดการข้อมูลติด Deny ของกองทุนสปสช.	2	2	2
6.4 ไม่ได้รับการหัก 5 % เนื่องจากส่งเบิกจ่ายล่าช้า	2	2	2
รวม	8	6	8
รวม 4S4C	72	66	66

การสุ่มประเมินหน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ในสิทธิ
เบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง (On Site Survey)

1. มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure)			
1.1 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดเก็บรายได้ค่า รักษาพยาบาล สิทธิ เบิกจ่ายตรงข้าราชการ (CSMBS)			
1) มีผลการตรวจสอบความถูกต้องของการให้สิทธิ	2	2	2
2) มีผลการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนการเรียกเก็บค่า รักษาพยาบาล	2	2	2
3) มีผลรวมของลูกหนี้สุทธิตามทุกเดือน	2	2	2
รวม	6	6	6
2. ระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System)			
2.1 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจำแนกตามรายสิทธิ			
1) มีผลการตรวจสอบและการยืนยันการเสร็จสิ้นกระบวนการ รักษาพยาบาล (ปิด Visit) ของผู้ป่วยนอก	2	2	2
2) มีการบันทึกลูกหนี้ผู้ป่วยนอกในใบเสร็จค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการของ ผู้ป่วยใน ครบถ้วน	2	2	2
3) มีผลการบันทึกส่วนต่างของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก	2	2	2

แนวทางในการประเมินระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ(4 S 4 C)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ 1	คะแนนที่ได้รับ 2
เกณฑ์การประเมิน			
4) มีผลการบันทึกส่วนต่างของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน *ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	2	2	2
รวม	8	8	8
3. มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษา ครบถ้วน (Care)			
3.1 มีคำสั่งมอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบกองทุนย่อย ในการบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาล	2	2	2
3.2 ผู้ป่วยนอก มีการบันทึกข้อมูลการรักษาในผู้รับบริการ เฉพาะกองทุน ครบถ้วน	2	2	2
3.3 ผู้ป่วยใน มีการบันทึกข้อมูลการรักษาในผู้รับบริการ เฉพาะกองทุน ครบถ้วน	2	2	2
3.4 การส่งข้อมูลการรักษาเพื่อบันทึกบัญชีก่อนวันที่ 10 ของเดือนถัดไป	2	2	2
รวม	8	8	8
4. มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาล ครบถ้วน และถูกต้อง (Code)			
4.1 มีการตรวจสอบ (Audit) การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน	2	2	2
4.2 มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ภายใน 30 วัน	2	2	0
รวม	4	4	2
5. ระบบเบิกจ่าย (Claim) ของแต่ละกองทุน			
5.1 มีการทบทวนและแก้ไขข้อมูลที่ไม่ผ่านการอนุมัติการเบิกจ่าย ภายใน 5 วันทำการ	2	2	2
รวม	2	2	2
รวม สิทธิเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง (On Site Survey)	28	28	26
รวมคะแนนทั้งสิ้น	100	94	92

* สิทธิการรักษาอย่างน้อย 8 สิทธิ ดังนี้

1. สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)
2. เบิกจ่ายตรงข้าราชการ (CSMBS)
3. สิทธิประกันสังคม (SSS)
4. สิทธิพนักงานท้องถิ่น (LGO)
5. สิทธิประกันสุขภาพต่างด้าว (FSS)
6. ผู้มีปัญหาด้านสถานะสิทธิ (Stateless)
7. สิทธิชำระเงินเอง
8. สิทธิผู้ประสบภัยจากรถ (พรบ)

4. สิ่งที่ต้องดำเนินการต่อ

- ศูนย์จัดเก็บรายได้สื่อสารบทบาทหน้าที่และแนวทางดำเนินการจัดเก็บรายได้กับผู้รับผิดชอบกองทุนย่อยในหน่วยบริการ
- พัฒนาโปรแกรมในการดำเนินงานจัดเก็บรายได้ให้สมบูรณ์
- สรุปผลที่ได้จากเวทีสังเคราะห์ทีมจัดเก็บรายได้พบหน่วยบริการเสนองค์กรแพทย์และผู้บริหาร
- กำกับติดตามการดำเนินการตามเงื่อนไขเวลาในการเรียกเก็บของผู้ป่วยใน ในแต่ละขั้นตอน

ประเด็นที่ 15 ระบบควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง (แผนเงินบำรุง , ITA)

ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงาน ที่ 11 : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

แผนงาน แผนงานประเมินคุณธรรมความโปร่งใส คปสอ.สามง่าม

1. บริบท / สถานการณ์ / ความเป็นมา (context)

ตารางผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี 2562-2564 (อธิบายถึงสภาพปัญหาตามตัวชี้วัดที่จังหวัดกำหนดและตัวชี้วัดที่กำหนดเอง ย้อนหลังอย่างน้อย 3 ปี อาจจะเพิ่มแผนภูมิ/กราฟได้ความเหมาะสม)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน ปี 2562	ผลงาน ปี 2563	ผลงาน ปี 2564	การวิเคราะห์รายตัวชี้วัด
1	คปสอ.สามง่าม (รพ./สสอ.) ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส	ร้อยละ 92			100	

วิเคราะห์เพิ่มเติม สถานการณ์ / ความเป็นมา (context) ปัญหาที่ผ่านมา รวมทั้งเหตุผลความจำเป็นในการจัดทำแผนงาน/โครงการนี้

การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity & Transparency Assessment) เป็นการประยุกต์แนวคิดของการประเมินคุณธรรมการดำเนินงาน (Integrity Assessment) ขององค์กรต่างประเทศที่ประสบความสำเร็จ คือ องค์กรต่อต้านการทุจริต (Anti-Corruption and Civil Rights Commission: ACRC) จากสาธารณรัฐเกาหลีและบูรณาการเข้ากับดัชนีวัดความโปร่งใสของสำนักงาน ป.ป.ช. โดยได้กำหนดเป็นกรอบแนวคิดการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ โดยการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity & Transparency Assessment) แบ่งเป็น 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ความโปร่งใส (Transparency) ประเมินจากความคิดเห็นของประชาชนผู้รับบริการ หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตามประสบการณ์ในการรับบริการจากหน่วยงานภาครัฐ และจากข้อมูลเอกสาร/หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน

2. ความรับผิดชอบ (Accountability) ประเมินจากความคิดเห็นของประชาชนผู้รับบริการ หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตามประสบการณ์ในการรับบริการจากหน่วยงานภาครัฐ

3. การทุจริตคอร์รัปชัน (Corruption) ประเมินจากการรับรู้และประสบการณ์โดยตรงของประชาชนผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่มีต่อการให้บริการของหน่วยงานภาครัฐ

4. วัฒนธรรมคุณธรรม (Integrity Culture) ประเมินจากความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานภาครัฐ และจากข้อมูลเอกสาร/หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน

5. คุณธรรมในการทำงาน (Work Integrity) ประเมินจากความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานภาครัฐที่มีต่อการดำเนินงานของหน่วยงาน เพื่อให้เป็นการประเมินระดับการดำเนินงานตามเงื่อนไข หรือขั้นตอนในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ภาครัฐที่แสดงถึงการดำเนินงานที่มีความโปร่งใส เป็นธรรม ได้มาตรฐานที่หน่วยงานกำหนดตามอำนาจหน้าที่ และความรับผิดชอบของหน่วยงาน รวมถึง การตอบสนองและจัดการเกี่ยวกับระบบข้อร้องเรียน โดยประเมินจากมุมมองความคิดเห็นของประชาชนผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

2. วัตถุประสงค์/เป้าหมาย (Purpose)

2.1 เพื่อให้หน่วยงานได้รับทราบแนวทางในการปรับปรุงหรือพัฒนาในเรื่องคุณธรรมและความโปร่งใสในการทำงาน

2.2 เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานเรื่องการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนในการปฏิบัติงานของหน่วยงานในทุกระดับ

2.3 เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับมีความรู้และตระหนักถึงการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนในการปฏิบัติงาน

3. กระบวนการดำเนินงาน / กิจกรรม (Process)

ลำดับ	กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ		งบประมาณ		การดำเนินการ ตามกิจกรรม
		ตามแผน (เดือน)	ทำจริง (เดือน)	ตาม แผน	ทำ จริง	
โครงการ แผนงานโครงการการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส คปสอ.สามง่าม จังหวัดพิจิตร ปีงบประมาณ 2565						งบประมาณ 0 บาท
1	ทบทวนคณะทำงานคุณธรรม คปสอ.สามง่าม	ต.ค.64 - ก.ย.65	ต.ค.64 - ก.ย.65	0	0	ดำเนินการแล้ว
2	จัดประชุม/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่องการ ป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนสำหรับเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข คปสอ.สามง่าม					ดำเนินการแล้ว
3	นิเทศ/ติดตามการดำเนินงาน ทุก 3 เดือน (รวม 4 ครั้ง)					ดำเนินการแล้ว 3 ครั้ง
4	สรุปผลการดำเนินงาน					รอดำเนินการ ก.ย.65
	รวมงบประมาณทั้งสิ้น			0	0	

วิเคราะห์การดำเนินงานกิจกรรมในปี 2565 ว่าทำได้หรือไม่ได้ตามที่วางแผนไว้ เพราะอะไรการปรับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานในระดับอำเภอ ทำให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผนงาน ต้องมีการเรียนรู้และทำเอกสาร

4. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี 2565 (Performance)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน ปี 2565	การวิเคราะห์รายตัวชี้วัด	
				ผ่านตามเกณฑ์	ไม่ผ่านตาม เกณฑ์
1	คปสอ.สามง่าม(รพ./สสอ.)ผ่านเกณฑ์ การประเมินคุณธรรมและความ โปร่งใส ระดับคะแนนมากกว่า	ร้อยละ 92	100	100	-

5. ปัญหา/อุปสรรค/ข้อค้นพบและข้อเสนอแนะ

ลำดับ	ปัญหา/อุปสรรค/ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะที่จะดำเนินการในปี 2566
1	การเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน ITA สสอ.	ถ่ายทอดความรู้ มีผู้รับผิดชอบงานร่วมกันหลายคน

ประเด็นที่ 16 การลดภาระงานสนับสนุน รพ.สต. IMM

โครงการลดภาระงานสนับสนุนใน รพ.สต. (Back office)

(Innovative Management Model : IMM) อำเภอสามง่าม

1. บริบท / สถานการณ์ / ความเป็นมา (context)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน ปี 2562	ผลงาน ปี 2563	ผลงาน ปี 2564	การ วิเคราะห์ ราย ตัวชี้วัด
1	ร้อยละของขั้นตอนและระยะเวลา กระบวนการงานด้านการเงินการบัญชี และ กระบวนการงานพัสดุลดลงอย่างน้อย	ร้อยละ 80				
2	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล ประจำอำเภอ เป็นศูนย์บริการระบบ สนับสนุนอำเภอ โดยเฉพาะงานการและ บัญชี งานการพัสดุ และระบบเติมยา (Drug Refill)					
3	ความสามารถบริหารจัดการระบบเติมยา ให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดย มีอัตราการสำรองยาที่เหมาะสม พอเพียง และทันเวลา และลดขั้นตอน/ระยะเวลาใน การปฏิบัติงานคลัง (ชั่วโมง/สัปดาห์)					
4	การสร้างนวัตกรรมระบบบริหารจัดการ (Innovative Health Care Management)					
5	ความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ผลงาน บริการเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ)	ร้อยละ 80				

ปัจจุบันเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องมีภาระงานสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ ทำให้เป็นภาระ เป็นอุปสรรค ต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดตามระเบียบ และข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง รวมถึง เวลาเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 10 ถูกใช้ในภาระงานสนับสนุน ในหน่วยบริการสุขภาพการจัดทำเอกสารต่างๆ ด้านการเงิน พัสดุ และการเบิกจ่ายยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอสามง่าม เป็นอำเภอที่ดำเนินการตามนโยบายของจังหวัดพิจิตร ซึ่งเป็นจังหวัดนาร่อง ในการดำเนินงานด้านนวัตกรรมการบริหารจัดการ (Innovative Management Model : IMM) เพื่อเสริมสร้างศูนย์บริการสนับสนุนระดับอำเภอ มุ่งเน้นการลดภาระงานสนับสนุนในหน่วยบริการปฐมภูมิ ครอบคลุมงานการเงิน-การบัญชี การพัสดุ ในระยะแรก ระยะต่อมา ได้มีการขยายขอบเขตกระบวนการลดภาระงานด้านระบบเติมยา (Refill) ในพื้นที่ดำเนินงานทั้ง 12 อำเภอ และระดับอำเภอ ดำเนินการในหน่วยบริการสาธารณสุขจำนวน 7 หน่วยบริการ ดังนั้น อำเภอสามง่ามจึง จึงได้กำหนดเป้าหมาย/ขยายผลการลด

ภาระงานสนับสนุนในหน่วยงานบริการปฐมภูมิทั้งด้านกระบวนการงานการเงิน-บัญชี การพัสดุ และระบบเติมยาในปี 2565 ตามนโยบายของจังหวัดพิจิตร ครอบคลุมทั้งอำเภอ และมุ่งปรับปรุงให้เกิดผลลัพธ์ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

2. วัตถุประสงค์/เป้าหมาย (Purpose)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพื้นที่เป้าหมายสามารถลดภาระงานสนับสนุนได้อย่างมีประสิทธิภาพและนำเวลาที่เหลือไปให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน

3. กระบวนการดำเนินงาน / กิจกรรม (Process)

ลำดับ	กิจกรรม	ระยะเวลา ดำเนินการ		งบประมาณ		การ ดำเนินการ ตาม กิจกรรม
		ตาม แผน (เดือน)	ทำจริง (เดือน)	ตาม แผน	ทำ จริง	
โครงการ แผนงานโครงการลดภาระงานสนับสนุน (Back Office) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดพิจิตร (Innovative Management Model : IMM)						ไม่ใช้ งบประมาณ
1	ประชุมชี้แจงหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม ทุก โรงพยาบาล เพื่อชี้แจง แนวทางพัฒนาระบบการ refill ยา กำหนดแนวทางการดำเนินงานของ จังหวัด และเป้าหมายการดำเนินงานของจังหวัด	ต.ค. 64 - ก.ย. 65	ต.ค. 64 - ก.ย. 65	0	0	ดำเนินการ แล้ว
2	ประชุมหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม หรือ ผู้รับผิดชอบงานระบบการ refill ยา และ เจ้าหน้าที่สนับสนุนและบริการสารสนเทศ (IT) ทุก โรงพยาบาล เพื่อประสานความร่วมมือในการ พัฒนาโปรแกรมเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเครือข่ายบริการ โดยให้โรงพยาบาลโพธิ์ประทับ ช้าง และโรงพยาบาลสากเหล็ก เป็นที่ปรึกษา ให้กับโรงพยาบาลต่างๆ					ดำเนินการ แล้ว
3	สำรวจข้อมูลขั้นตอนการดำเนินการระบบการ refill ยา และระยะเวลาที่ใช้ดำเนินการ ของ โรงพยาบาล และ รพ.สต. เพื่อใช้เป็นข้อมูล พื้นฐานของการดำเนินการของ รพ. และ รพ.สต.					ดำเนินการ แล้ว

ลำดับ	กิจกรรม	ระยะเวลา ดำเนินการ		งบประมาณ		การ ดำเนินการ ตาม กิจกรรม
		ตาม แผน (เดือน)	ทำจริง (เดือน)	ตาม แผน	ทำ จริง	
4	ติดตามการดำเนินการของแต่ละโรงพยาบาล โดย ติดตามการพัฒนาโปรแกรมเชื่อมโยงและแผนการ ดำเนินการ					ดำเนินการ แล้ว
5	ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ ปัญหาที่เกิดจากการดำเนินการ ระบบการ refill ยา	ต.ค. 64 - ก.ย. 65	ต.ค. 64 - ก.ย. 65			ดำเนินการ แล้ว
	รวมงบประมาณทั้งสิ้น			0	0	

กลวิธีการดำเนินการ

1. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน ลดภาระงาน Back Office ใน รพ.สต. (Initiative Management Model : IMM) แก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการ 7 แห่ง
2. ขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดยการติดตั้งโปรแกรมการเงิน และพัสดุ และกำกับติดตาม จากทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัด และอำเภอ
3. พัฒนาระบบสนับสนุน โดยจัดจ้างเจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี ปฏิบัติงาน สสอ. จำนวน 1 อัตรา
4. มีการประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ในเจ้าหน้าที่ ที่ใช้โปรแกรม
5. พัฒนาระบบการเติมยา (Refill)

วิเคราะห์การดำเนินงานกิจกรรมในปี 2565 ว่าทำได้หรือไม่ได้ตามที่วางแผนไว้ เพราะอะไร

1. การดำเนินการลดภาระงานของอำเภอสามง่าม มีการจัดจ้างเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีเพื่อจัดตั้งเป็นศูนย์บริการระบบสนับสนุน รพ.สต. โดยเฉพาะงานการเงินและบัญชี งานการพัสดุ และระบบเติมยา(Drug Refill) เพื่อช่วยกรอกข้อมูลของ รพ.สต.ทุกหน่วยบริการรวมทั้งสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามง่าม
2. รพ.สามง่าม ดำเนินการจัดจ้าง ให้หน่วยบริการ ไตรมาสที่ 3 ของงบประมาณ ทำให้การดำเนินงานล่าช้าหลังจากการจัดจ้างสามารถลดภาระงานในการลงข้อมูลการเงิน พักตร์ ของอำเภอได้เร็วมากขึ้น ท้นเวลา
3. การใช้โปรแกรมทางการเงินของอำเภอสามง่าม ใช้โปรแกรมเดียวกับโรงพยาบาลแม่ข่าย โปรแกรม Express เพื่อให้เป็นการการปฏิบัติงานเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับของจังหวัด จึงให้ รพ.สต. กรอกข้อมูลโปรแกรมการเงินและพัสดุ โดยใช้โปรแกรม Anirutt ย้อนหลัง เพื่อให้เป็นข้อมูลของปีงบประมาณ 2565 เพื่อให้การดำเนินงานต่อเนื่องเป็นปัจจุบัน

4. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี 2565 (Performance)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน ปี 2565	การวิเคราะห์รายตัวชี้วัด	
				ผ่านตามเกณฑ์	ไม่ผ่านตาม เกณฑ์
1	ร้อยละของขั้นตอนและระยะเวลา กระบวนการงานด้านการเงินการบัญชี และกระบวนการงานพัสดุลดลงอย่าง น้อย	ร้อยละ 80	100	100	-
2	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/ โรงพยาบาลประจำอำเภอ เป็น ศูนย์บริการระบบสนับสนุนอำเภอ โดยเฉพาะงานการและบัญชี งานการ พัสดุ และระบบเติมยา (Drug Refill)			ผ่านเกณฑ์	
3	ความสามารถบริหารจัดการระบบ เติมยาให้กับโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล โดยมีอัตราการสำรอง ยาที่เหมาะสม พอเพียง และทันเวลา และลดขั้นตอน/ระยะเวลาในการ ปฏิบัติงานคลัง (ชั่วโมง/สัปดาห์)			คงคลัง 1 เดือน/ รพ.สต.	
4	การสร้างนวัตกรรมระบบบริหาร จัดการ (Innovative Health Care Management)			-	
5	ความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ผลงานบริการเชิงปริมาณ และเชิง คุณภาพ)	ร้อยละ 80		90	

5. ปัญหา/อุปสรรค/ข้อค้นพบและข้อเสนอแนะ

ลำดับ	ปัญหา/อุปสรรค/ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะที่จะดำเนินการในปี 2565
1	ระบบการกรอกข้อมูล โปรแกรม Anirutt หน่วยบริการยังกรอกไม่ถูกต้อง ต้องมีการ ปรับแก้บ่อย	อบรมให้หน่วยบริการ ฟันฟู เพิ่มองค์ความรู้ใหม่ๆ เพื่อให้ทำงานได้ชำนาญมากขึ้น



เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร