



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนัสนิคม อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี โทร ๐-๓๘๔๖-๒๓๐๐

ที่ ขบ ๐๖๓๒/๕๒๘

วันที่ ๑๑ มีนาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอรายงานการประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

เรียน สาธารณสุขอำเภอพนัสนิคม

ตามที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ประกอบด้วย ๔ ประเด็นยุทธศาสตร์ ๑๑ กลยุทธ์ ๒๖ ตัวชี้วัด ที่สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาตามยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) และสภาพปัญหาสาธารณสุขในจังหวัดชลบุรี โดยผ่านการรับฟังความคิดเห็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและหน่วยงานเครือข่าย จัดทำเป็นแผนยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนขับเคลื่อนการพัฒนาทางด้านสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี และได้จัดทำเป็นคำรับรองการปฏิบัติราชการ ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่งและสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง แล้วนั้น


ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนัสนิคม ได้ดำเนินการตามตัวชี้วัดดังกล่าวแล้วเสร็จ จึงขอรายงานผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้จำนวน ๑ ฉบับ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาสั่งการต่อไป

๑๐ ชกน๒
(นางอุษา ชลวานิช)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ทราบ


(นายสมศักดิ์ กীরดีหัตถยากร)
สาธารณสุขอำเภอพนัสนิคม



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนัสนิคม อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี โทร.๐-๓๘๔๖-๒๓๐๐
ที่ ชบ ๐๖๓๒/๕๒๙ วันที่ ๑๑ มีนาคม ๒๕๖๒

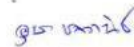
เรื่อง ขออนุมัติเผยแพร่ประกาศ

เรียน สาธารณสุขอำเภอพนัสนิคม

ตามที่รัฐบาลกำหนดให้หน่วยงานของรัฐดำเนินการตามหลักเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment -ITA) ประเด็นการเปิดเผยข้อมูลผ่าน เว็บไซต์ของหน่วยงาน เพื่อส่งเสริมการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี อำนวยความสะดวกแก่ประชาชนให้ได้รับประโยชน์สูงสุด สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้สะดวก และสามารถตรวจสอบการดำเนินงานของหน่วยงานเป็นประโยชน์ของประชาชน และเกิดความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ นั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนัสนิคม จึงขอประกาศเผยแพร่รายงานการประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการราชการประจำปี ๒๕๖๒ ขึ้นเว็บไซต์และปิดประกาศ ณ บอร์ดประชาสัมพันธ์ของหน่วยงาน

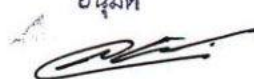
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและอนุมัติ



(นางอุษา ชลวานิช)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

อนุมัติ


(นายสมศักดิ์ กীরดีหัตถยากร)
สาธารณสุขอำเภอพนัสนิคม

แบบขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน
ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนสนิมคม อำเภอพนสนิมคม จังหวัดชลบุรี

ชื่อหน่วยงาน กลุ่มงานวิชาการและพัฒนาคุณภาพบริการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนสนิมคม

วัน/เดือน/ปี ๑๑ มีนาคม ๒๕๖๓

หัวข้อ...ประกาศเผยแพร่รายงานการประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติราชการประจำปี ๒๕๖๒

รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)

ประกาศรายงานการประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติราชการประจำปี ๒๕๖๒ จำนวน ๒๖ ตัวชี้วัด

Ling ภายนอก.....

หมายเหตุ.....

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล



(นางอุษา ชลวานิช.)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วันที่...๑๑...เดือน มีนาคม..พ.ศ...๒๕๖๓

ผู้อนุมัติรับรอง



(นายสมศักดิ์ กิริติหัตถยากร)

ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอพนสนิมคม

วันที่...๑๑ ..เดือน มีนาคม..พ.ศ...๒๕๖๓

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่



(นายสุชุม ศรีม่วง)

ตำแหน่ง...พนักงานธุรการ

วันที่...๑๑...เดือน มีนาคม..พ.ศ...๒๕๖๓



ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด
ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ
รอบ 12 เดือน | **ทปสอ.พนัสนิคม**
ปีงบประมาณ 2562 | **อ.พนัสนิคม จ.ชลบุรี**

คำนำ

เอกสารสรุปผลการดำเนินงานตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ของ คปสอ. พนัสนิคม ฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อประเมินคุณภาพงานและประเมินผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป สรุปผลการดำเนินงานตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานในปีงบประมาณ ต่อไป จำนวน ๒๖ ตัวชี้วัด

คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เอกสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนางานสาธารณสุขของ คปสอ. พนัสนิคม ในการนำผลการปฏิบัติงานตามนโยบายดังกล่าว ไปปรับปรุงและพัฒนางาน ให้ดียิ่งขึ้นในโอกาสต่อไป

คปสอ.พนัสนิคม

๙ ตุลาคม ๒๕๖๒

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
บทสรุปผู้บริหาร	ง
ข้อมูลทั่วไปอำเภอพนสนิคม	๑
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย	
ตัวชี้วัดที่ ๑) ร้อยละของโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	๑๗
ตัวชี้วัดที่ ๒) อัตราการคลอดมีชีพในหญิง อายุ ๑๕-๑๙ ปี	๒๑
ตัวชี้วัดที่ ๓) ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	๒๘
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ การจัดการภัยสุขภาพ	
ตัวชี้วัดที่ ๔) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ	๓๐
ตัวชี้วัดที่ ๕) จำนวนผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่	๓๓
ตัวชี้วัดที่ ๖) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	๓๗
ตัวชี้วัดที่ ๗) ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็ง (screening and Early Detection) (มะเร็งปากมดลูก, มะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง)	๔๒
ตัวชี้วัดที่ ๘) ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	๔๘
ตัวชี้วัดที่ ๙) ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหาร ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	๕๓
ตัวชี้วัดที่ ๑๐) ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้ตามเกณฑ์ GREEN and CLEAN Hospital	๕๘
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ การจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและบริการเป็นเลิศ	
ตัวชี้วัดที่ ๑๑) ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร	๖๓
ตัวชี้วัดที่ ๑๒) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	๖๖
ตัวชี้วัดที่ ๑๓) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ อัตราการลงข้อมูลกำกับการรับประทานยา (DOT) ในโปรแกรม TBCM Online	๖๙
ตัวชี้วัดที่ ๑๔) อัตราการค้นหาและคัดกรองวัณโรค ในกลุ่มผู้สัมผัสผู้สัมผัสวัณโรคปอด	๗๐
ตัวชี้วัดที่ ๑๕) ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล	๗๑
ตัวชี้วัดที่ ๑๖) ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๗๖
ตัวชี้วัดที่ ๑๗) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired	๗๘
ตัวชี้วัดที่ ๑๘) ระดับความสำเร็จของการป้องกันและลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง และจากการบาดเจ็บทางถนน	๘๐
ตัวชี้วัดที่ ๑๙) ระดับคะแนนการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการในโรงพยาบาล ๘ วิชาชีพ	๘๓
ตัวชี้วัดที่ ๒๐) ระดับความสำเร็จของการบริหารบุคลากรสาธารณสุขและการพัฒนาบุคลากรได้ตามเป้าหมายที่กำหนด	๘๔
ตัวชี้วัดที่ ๒๑) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมิน ITA	๘๗
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ	

ตัวชี้วัดที่ ๒๒)	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัด	๘๘
ตัวชี้วัดที่ ๒๓)	ร้อยละของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดิดดาว	๙๐
ตัวชี้วัดที่ ๒๔)	จังหวัดมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital	๙๒
ตัวชี้วัดที่ ๒๕)	ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง	๙๔
ตัวชี้วัดที่ ๒๖)	ร้อยละผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์	๙๖

สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปี งบประมาณ ๒๕๖๒

สรุปผลการดำเนินงานการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สาธารณสุข ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปี ๒๕๖๒ คปสอ.พนัสนิคม ประกอบด้วย ๔ ประเด็นยุทธศาสตร์ ๑๑ กลยุทธ์ ๒๖ ตัวชี้วัด คปสอ.พนัสนิคม ดังนี้

- ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด จำนวน ๒๑ ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ ๘๔.๐๐
- มีผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด จำนวน ๔ ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๐๐

ตัวชี้วัด ๒. อัตราการคลอดมีชีพในหญิง อายุ ๑๕-๑๙ ปี

ตัวชี้วัด ๕ : จำนวนผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่

ตัวชี้วัด ๖ : ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

ตัวชี้วัด ๑๑ : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร

ประเด็นยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ	เกณฑ์เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			เทียบเกณฑ์
			เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ/ระดับ	
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาสุขภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย						
แผนงาน : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย(ด้านสุขภาพ)						
โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย						
	๑. ร้อยละของโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	ระดับ ๔ (ร้อยละ๘๐)	๒๒ แห่ง	๒๑ แห่ง	ระดับ ๕ ร้อยละ ๙๕.๔๕	ผ่านเกณฑ์
	เชิงคุณภาพ (ประเมินกระบวนการ)					
	๑.๑ สสอ.พนัสนิคม	ระดับ ๔	๗๐ คะแนน	๖๙ คะแนน	ระดับ ๕	ผ่านเกณฑ์
	๑.๒ โรงพยาบาลพนัสนิคม	ระดับ ๔	๗๐ คะแนน	๗๐ คะแนน	ระดับ ๕	ผ่านเกณฑ์
	๑.๓ รพ.สต.	ระดับ ๔			ระดับ ๕	ผ่านเกณฑ์
	๒. อัตราการคลอดมีชีพในหญิง อายุ ๑๕-๑๙ ปี	ไม่เกิน ๓๘ ต่อพันการคลอดมีชีพ	๓,๐๑๒	๖๕	๕๖.๑๑	ไม่ผ่านเกณฑ์
	๓. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	ร้อยละ ๗๐	๒๐ ตำบล	๑๗ ตำบล	๘๕.๐๐	ผ่านเกณฑ์
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ						
แผนงาน : การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ						
	๔. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ	ระดับ ๓	ระดับ ๓		ระดับ ๔	ผ่านเกณฑ์
	๕. จำนวนผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่					
	๕.๑ ร้อยละของอสม.และประชาชนที่สูบบุหรี่สมัครใจเข้าร่วมโครงการบำบัดเลิกสูบบุหรี่	ร้อยละ ๑๐๐	๖,๕๑๓	๖,๕๐๙	๙๙.๙๔	ผ่านเกณฑ์

	๕.๒ ร้อยละของออสม.และประชาชนที่ สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้	ร้อยละ ๕๐	๖,๕๐๙	๑,๘๑๐	๒๗.๘๑	ไม่ผ่าน เกณฑ์
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ การจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและบริการเป็นเลิศ						
แผนงาน: การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan)						
	๖. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและ โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้					
	๖.๑ ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลได้ดี	≥ ๔๐ ระดับ ๕	๗,๔๑๙	๕,๑๐๒	๓๔.๖๙ ระดับ ๓	ไม่ผ่าน เกณฑ์
	๖.๒ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุม น้ำตาลได้ดี	≥ ๕๐ ระดับ ๕	๑๖,๖๓๕	๙,๙๑๑	๓๒.๔๐ ระดับ ๑	ไม่ผ่าน เกณฑ์
	๖.๓ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความ ดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการ ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและ หลอดเลือด(CVD Risk)	≥ ๙๐ ระดับ ๕	๖,๑๕๙	๕,๕๔๔	๙๐.๐๑ ระดับ ๕	ผ่านเกณฑ์
	๗. ระดับความสำเร็จของการนิยาม เฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็ง (screening and Early Detection) (มะเร็งปากมดลูก,มะเร็ง เต้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ ตรง)					
	๗.๑ ร้อยละประชากรสตรีอายุระหว่าง ๓๐-๖๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกรายใหม่สะสมในปี ๒๕๕๘-๒๕๖๒ ≥ ร้อยละ ๕๐	ระดับ ๓	๒๒,๓๑๕	๗,๗๖๑	ร้อยละ ๓๔.๗๘ ระดับ ๓	ผ่านเกณฑ์
	๗.๒ ร้อยละประชากรสตรีอายุระหว่าง ๓๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรอง มะเร็งเต้านมด้วยตนเองและตรวจเต้าน มด้วยเจ้าหน้าที่ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ≥ ร้อยละ ๕๐	ระดับ ๓	๒๗,๖๙๙	๒๑,๖๗๑	ร้อยละ ๗๘.๒๔ ระดับ ๕	ผ่านเกณฑ์
	๗.๓ ร้อยละประชากรทั่วไปทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง ๕๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ ใหญ่และลำไส้ตรง ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ≥ ร้อยละ ๕๐	ระดับ ๓	๒,๕๐๐	๒,๕๐๖	๑๐๐.๒๔ ระดับ ๕	ผ่านเกณฑ์
	๘. ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปีฟันดี ไม่มีผุ (cavity free)					
	เชิงปริมาณ					
	๑.๑. ร้อยละเด็กอายุ ๑๒ ปี ฟันดีไม่มี ผุปี ๒๕๖๒ มากกว่าหรือเท่ากับปี ๒๕๖๑	๘๑.๒๘		๘๗.๘๖	เพิ่ม ๖.๕๘	ผ่านเกณฑ์

	๑.๒ เด็ก ๑๒ ปี ได้รับการตรวจฟันมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๖๐	๑,๑๙๕	๘๗๓	๗๓.๐๕	ผ่านเกณฑ์
	เชิงคุณภาพ	ระดับ ๓			ระดับ ๕	ผ่านเกณฑ์
ยุทธศาสตร์ : การจัดการภัยสุขภาพ						
แผนงาน : การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ						
	๙. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหาร ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด					
	สสอ.พนัสนิคม	ระดับ ๔			ระดับ ๕	ผ่านเกณฑ์
	รพ.พนัสนิคม	ระดับ ๔			ระดับ ๔	ผ่านเกณฑ์
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ						
แผนงาน : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม						
	๑๐. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้ตามเกณฑ์ GREEN and CLEAN Hospital					
	สสอ.พนัสนิคม	๔ คะแนน			๔ คะแนน	ผ่านเกณฑ์
	รพ.พนัสนิคม	๔ คะแนน			๔ คะแนน	ผ่านเกณฑ์
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ การจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเป็นเลิศ						
แผนงาน : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ						
	๑๑. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร					
	เชิงปริมาณ	≤ร้อยละ ๗			๗.๑๔	ไม่ผ่านเกณฑ์
	เชิงคุณภาพ	ระดับ ๓			ระดับ ๓	ผ่านเกณฑ์
	๑๒. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ ๘๕	๒๕ ราย	๒๔ ราย	๙๖.๐๐	ผ่านเกณฑ์
	๑๓. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ อัตราการลงข้อมูลกำกับการรับประทานยา (DOT) ในโปรแกรม TBCM Online	ร้อยละ ๘๕	๒๕ ราย	๒๕ ราย	๑๐๐	ผ่านเกณฑ์
	๑๔. อัตราการค้นหาและคัดกรองวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสวัณโรคปอด	ร้อยละ ๘๕ (๔ ราย)	๑๒ ราย	๑๔ ราย	๑๑๖.๖๖	ผ่านเกณฑ์
	๑๕. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุสมผล					
	รพ.สต.	ระดับ ๔			ระดับ ๔	ผ่านเกณฑ์
	สสอ.พนัสนิคม	ระดับ ๓			ระดับ ๔	ผ่านเกณฑ์
	โรงพยาบาลพนัสนิคม	ระดับ ๓			ระดับ ๓	ผ่านเกณฑ์

	๑๖. ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ ๑๘.๕	๓๗๘,๒๐๘	๘๒,๔๖๙	๒๑.๘๑	ผ่านเกณฑ์
	๑๗. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired	<ร้อยละ ๓๐			๑๐.๙๘	ผ่านเกณฑ์
	๑๘. ระดับความสำเร็จของการป้องกันและลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง และจากการบาดเจ็บทางถนน					
	เชิงปริมาณ	< ร้อยละ ๑๒			๘.๑๖	ผ่านเกณฑ์
	เชิงคุณภาพ	ระดับ ๕			ระดับ ๕	
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ บริการเป็นเลิศ						
	๑๙. ระดับคะแนนการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการจัดบริการในโรงพยาบาล๘ (วิชาชีพ)	ร้อยละ ๒๕			๙๖.๓๙	ผ่านเกณฑ์
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ บุคลากรเป็นเลิศ						
แผนงาน การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ						
	๒๐. ระดับความสำเร็จการบริหารบุคลากรสาธารณสุขและการพัฒนาบุคลากร ได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด					
	รพ.สต.	ระดับ ๔			ระดับ ๕	ผ่านเกณฑ์
	สสอ.พนัสนิคม	ระดับ ๔			ระดับ ๕	ผ่านเกณฑ์
	รพ.พนัสนิคม	ระดับ ๔			ระดับ ๔	ผ่านเกณฑ์
	๒๑. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมิน ITA					
	สสอ.พนัสนิคม	ร้อยละ ๙๐			๙๒.๓๑	ผ่านเกณฑ์
	รพ.พนัสนิคม	ร้อยละ ๙๐			๙๒.๓๑	ผ่านเกณฑ์
	๒๒. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ระดับ ๕			ระดับ ๕	ผ่านเกณฑ์
	๒๓. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีตดาว	ร้อยละ ๗๐	๒๑ แห่ง	๑๗ แห่ง	๘๐.๙๕	ผ่านเกณฑ์

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล						
แผนงาน การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ						
	๒๔. ระดับความสำเร็จการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital	ระดับ ๒			ระดับ ๒	ผ่านเกณฑ์
	๒๕. ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง	ปกติ/ระดับ ๑			ปกติ/ระดับ ๑	ผ่านเกณฑ์
	๒๖. ร้อยละผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์					
	รพ.สต.	ระดับ ๔			ระดับ ๕	ผ่านเกณฑ์
	สสอ.พนัสนิคม	ระดับ ๔			ระดับ ๕	ผ่านเกณฑ์
	โรงพยาบาลพนัสนิคม	ระดับ ๔ (ร้อยละ ๙๐)			ระดับ ๕ ร้อยละ ๑๐๐	ผ่านเกณฑ์

ข้อมูลทั่วไป อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี

คำขวัญอำเภอพนัสนิคม

พระพนัสบดีคู่บ้าน จักสานคู่มือเมือง ลือเลื่องบุญกลางบ้าน
ตำนานพระรถเมรี ศักดิ์ศรีเมืองสะอาด เก่งกาจการทนายโจ๊ก



วิสัยทัศน์

เป็นเครือข่ายสุดยอดผู้นำในการสร้างสุขภาพและบริการสุขภาพเป็นเลิศระดับชาติ

ค่านิยม

MOPH & สามัคคี ดี เก่ง สุข

พันธกิจ

๑. ดำเนินการตามนโยบายมาตรฐาน กฎหมาย และการบริหารจัดการ รวมถึงการติดตาม กำกับ ประเมินผล บนฐานข้อมูลที่มีคุณภาพ มีธรรมาภิบาล และองค์กรมีความสุข
๒. จัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นเลิศที่มีคุณภาพ ครอบคลุม และไร้รอยต่อ
๓. อภิบาลระบบสุขภาพโดยให้ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพมีส่วนร่วม อย่างยั่งยืน

๑. ประวัติอำเภอพนสนนิคม

พนสนนิคมเป็นเมืองโบราณซึ่งเคยรุ่งเรืองเมื่อสมัยประมาณ ๑,๐๐๐ ปีมาแล้ว หรือสมัยที่ขอมยังเรืองอำนาจอยู่ในอาณาจักรสุวรมณภูมิ จากหลักฐานต่าง ๆ นำเชื่อกันว่าเมืองที่รุ่งเรืองดังกล่าวชื่อ "เมืองพระรถ"

พนสนนิคมตั้งขึ้นเป็นเมืองในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว เมื่อปี พ.ศ. ๒๔๔๐ ต่อมาในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวได้ทรงปฏิรูปการปกครองส่วนภูมิภาคและจัดระเบียบการปกครองใหม่เป็นมณฑล จังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน จึงโปรดเกล้าฯ ให้เมืองพนสนนิคม เมืองบางละมุง และเมืองบางปลาสร้อยรวมกัน และเมืองพนสนนิคมจึงเป็นอำเภอของชลบุรีเมื่อปี พ.ศ. ๒๔๔๗ ตั้งแต่นั้นมา

๒. สภาพทั่วไปและอาณาเขต

อำเภอพนสนนิคม ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกของจังหวัดชลบุรีตัวที่ว่าอำเภออยู่ในเขตเทศบาลเมืองพนสนนิคม ห่างจากจังหวัดชลบุรี ประมาณ ๒๒ กิโลเมตร ตามเส้นทางถนนสุขประยูร มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัด และอำเภอใกล้เคียง ดังนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ อำเภอบ้านโพธิ์ และอำเภอแปลงยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา
ทิศใต้	ติดต่อกับ อำเภอบ้านบึง และอำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ อำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี, อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี และอำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา

๓. ลักษณะภูมิประเทศ

อำเภอพนสนนิคม มีพื้นที่ประมาณ ๔๕๐.๙ ตารางกิโลเมตร มีลักษณะภูมิประเทศที่ราบสูงและพื้นที่ราบลุ่ม ทิศตะวันออกเป็นพื้นที่ไร่อ้อย ไร่มันสำปะหลัง ทิศเหนือ พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่มส่วนใหญ่ใช้ในการทำนา และบางส่วนใช้เลี้ยงปลา, กุ้ง ส่วนทิศใต้และทิศตะวันตกเป็นที่ราบสูง มีการทำไร่อ้อย ไร่มันสำปะหลังและพืชผักต่าง ๆ

๔. ภูมิอากาศ

มีลักษณะอากาศแบบฝนเมืองร้อน ในช่วงฤดูร้อน อากาศไม่ร้อนจัด ฤดูหนาวอากาศไม่หนาวจัดอุณหภูมิเฉลี่ยอยู่ระหว่าง ๒๑ - ๓๖ องศาเซลเซียส

๕. ทรัพยากรธรรมชาติ

แหล่งน้ำ อำเภอพนสนนิคม ไม่มีแม่น้ำไหลผ่านตัวอำเภอ มีเฉพาะลำคลอง เช่น คลองหลวงไหลมาจากอำเภอบ่อทอง ซึ่งเดิมเคยเป็นตำบลหนึ่งในอำเภอพนสนนิคม ผ่านอำเภอเกาะจันทร์ และเข้าสู่ตำบลนาเริก นาวังหิน หนองเหียง ไร่หลักทอง วัดหลวง และวัดโบสถ์ ไปลงคลองชลประทาน นอกนั้นจะเป็นคลองชลประทาน ลักษณะคลองฤดูแล้งน้ำแห้ง ฤดูฝนน้ำล้นคลองเอ่อท่วมสองฝั่ง

๖. ประชากร / การปกครอง

๖.๑ ประชากร อำเภอพนสนนิคม มีประชากรตามทะเบียนราษฎร ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๐ รวม ๑๒๔,๑๒๕ คน ชาย ๕๙,๙๙๙ คน หญิง ๖๔,๑๒๖ คน

๖.๒ การปกครอง มีรูปแบบเป็นลักษณะการปกครองท้องถิ่น ดังนี้

๖.๒.๑ การปกครองท้องถิ่น แบ่งเป็น ๒๐ ตำบล ๑๘๕ หมู่บ้าน ๑๒ ชุมชน

๖.๒.๒ การปกครองท้องถิ่น รูปแบบต่าง ๆ ดังนี้

- เทศบาลเมือง ๑ แห่ง คือ เทศบาลเมืองพนสนนิคม
- เทศบาลตำบล ๓ แห่ง คือ เทศบาลตำบลหมอนนาง, หัวถนน และกุฎโง้ง
- องค์การบริหารส่วนตำบล ๑๖ แห่ง คือ องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเข็ด หนองขยาด ทุ่งขวาง นามะตุน

นาเริก หนองเหียง นาวังหิน หนองปรือ สระสี่เหลี่ยม ท่าข้าม โคนเพลาะ วัดโบสถ์ วัดหลวง หน้าพระธาตุ ไร่หลักทอง และบ้านช้าง

๗. สภาพเศรษฐกิจ / สังคม

อำเภอพนัสนิคม เป็นเมืองด้านการเกษตรกรรม ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพด้านการเกษตร เช่น ทำนา ปลูกอ้อย มันสำปะหลัง ดังนั้นกิจกรรมทางเศรษฐกิจส่วนใหญ่จึงเป็นกิจกรรมทางด้านที่เกี่ยวกับการเกษตรเป็นส่วนมาก

๘. การคมนาคม

ทางรถยนต์

- ใช้เส้นทางถนนชลบุรี – พนัสนิคม ในการเดินทางจากชลบุรีมุ่งสู่อำเภอพนัสนิคม ตลอดจนสามารถเดินทางต่อไปยัง อำเภอบ่อทอง อำเภอเกาะจันทร์ และจังหวัดฉะเชิงเทรา

ทางรถยนต์โดยสารประจำทาง

- มีรถโดยสารประจำทางสายพนัสนิคม – ชลบุรี ในการเดินทางติดต่อระหว่างชลบุรีและอำเภอพนัสนิคม โดยวิ่งผ่านเส้นทางทุก ๑๕ นาที

๙. ศาสนา

อำเภอพนัสนิคม ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ ๙๐ ของจำนวนประชากรทั้งหมด รองลงมานับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ ๙ และนับถือศาสนาคริสต์ร้อยละ ๑ โดยสามารถจำแนกจำนวน ศาสนสถาน ได้ดังนี้

๑. วัดพุทธ	จำนวน	๗๔ แห่ง
๒. มัสยิด	จำนวน	๘ แห่ง
๓. โบสถ์คริสต์	จำนวน	๑ แห่ง

๑๐. การศึกษา

อำเภอพนัสนิคม มีสำนักงานเขตการศึกษาพื้นที่ชลบุรี เขต ๒ ดูแลด้านการศึกษาของประชากรในเขตอำเภอพนัสนิคม โดยมีโรงเรียนในสังกัด ดังนี้

๑. ศูนย์เด็กเล็ก	จำนวน	๔๔ แห่ง
๒. ระดับประถมศึกษา	จำนวน	๕๔ แห่ง
๓. ระดับมัธยมศึกษา	จำนวน	๕ แห่ง

๑๑. ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข

ภาครัฐ

- โรงพยาบาลชุมชน ประเภทM๒ ขนาด ๑๒๐ เตียง เปิดบริการจริง ๒๐๐ เตียง	จำนวน	๑ แห่ง
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	จำนวน	๑ แห่ง
- สถานีอนามัย/รพ.สต.	จำนวน	๒๑ แห่ง
- ศูนย์สุขภาพชุมชนในโรงพยาบาล	จำนวน	๑ แห่ง
- ศูนย์บริการสาธารณสุขเขตเทศบาล	จำนวน	๑ แห่ง

ภาคเอกชน

- คลินิกเวชกรรม	จำนวน	๑๒ แห่ง
- คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง	จำนวน	๑๕ แห่ง
- คลินิกทันตกรรม	จำนวน	๘ แห่ง
- เทคนิคการแพทย์	จำนวน	๑ แห่ง
- คลินิกวัตถุออกฤทธิ์	จำนวน	๗ แห่ง
- ร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย๑)	จำนวน	๒๔ แห่ง
- ร้านขายยาบรรจุน้ำยา (ขย๑)	จำนวน	๙ แห่ง
- ร้านขายยาแผนโบราณ	จำนวน	๗ แห่ง
- ร้านขายยาสัตว์	จำนวน	๗ แห่ง

- ร้านขายยาวัตตออกฤทธิ์ จำนวน ๑ แห่ง
- ผลิตยาแผนโบราณ จำนวน ๓ แห่ง
- คลินิกแพทย์แผนไทย จำนวน ๑ แห่ง
- สหคลินิก(แพทย์แผนไทยประยุกต์ แพทย์แผนปัจจุบัน) จำนวน ๑ แห่ง

บุคลากรภาครัฐ

ตารางที่ ๑ แสดงประเภทและจำนวนบุคลากรของ ร.พ.พนัสนิคมและ สสอ.พนัสนิคม

ประเภทบุคลากร	ร.พ.พนัสนิคม	สสอ.พนัสนิคม
แพทย์	๔๐	๐
ทันตแพทย์	๙	๐
เภสัชกร	๑๖	๐
พยาบาลวิชาชีพ	๒๐๕	๒๕
เทคนิคการแพทย์	๙	๐
นักรังสีการแพทย์	๒	๐
นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	๑	๐
นักวิชาการสาธารณสุข	๑๖	๕๕
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	๕(เวชกิจ)	๑๙(สาธารณสุข)
นักกายภาพบำบัด	๖	๐
แพทย์แผนไทย	๘	๐
จพ.วิทยาศาสตร์การแพทย์	๓	๐
เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์และรังสี	๒	๐
เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	๑๐	๐
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	๖	๓
นักวิชาการทันตสาธารณสุข	๐	๔
เจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู	๑	๐
นักจัดการงานทั่วไป	๑	๐
นักวิชาการคอมพิวเตอร์	๓	๐
นักวิชาการการเงินการบัญชี	๒	๐
นายช่างเทคนิค	๔	๐
โภชนากร	๑	๐
เจ้าพนักงานเวชสถิติ	๓	๐
พนักงานการเงินและบัญชี	๗	๐
เจ้าพนักงานธุรการ	๘	๐
เจ้าพนักงานพัสดุ	๖	๐
พนักงานอื่นๆ	๒๒๖	๒
รวม	๖๐๐	๑๐๘

โรงพยาบาลพนัสนิคม ณ วันที่ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๖๒

โรงพยาบาลพนัสนิคม ณ วันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๒

บุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
 แกนนำสุขภาพประจำหมู่บ้าน

จำนวน ๒,๑๗๐ คน

จำนวน ๓๓,๕๗๓ คน

พีระมิดประชากร



ตารางที่ ๒ แสดงจำนวนประชากรของอำเภอพนสนิมคม จังหวัดชลบุรี จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ						
กลุ่มอายุ (ปี)	ประชากร					
	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
๐-๔	๓,๕๓๐	๒.๘๔	๓,๓๐๐	๒.๖๖	๖,๘๓๐	๕.๕๐
๕-๙	๓,๗๗๒	๓.๐๔	๓,๔๑๑	๒.๗๕	๗,๑๘๓	๕.๗๙
๑๐-๑๔	๓,๗๓๔	๒.๐๑	๓,๕๖๘	๒.๘๗	๗,๓๐๒	๕.๘๘
๑๕-๑๙	๓,๗๒๑	๓.๐๐	๓,๖๒๗	๓.๙๒	๗,๓๔๘	๕.๙๒
๒๐-๒๔	๔,๒๑๑	๓.๓๙	๔,๐๘๔	๓.๒๔	๘,๒๙๕	๖.๖๘
๒๕-๒๙	๔,๑๒๒	๓.๓๒	๔,๑๒๒	๓.๓๒	๘,๒๔๔	๖.๖๔
๓๐-๓๔	๔,๔๖๙	๓.๖๐	๔,๔๕๑	๓.๕๙	๘,๙๒๐	๗.๑๙
๓๕-๓๙	๔,๘๗๐	๓.๙๒	๔,๘๒๒	๓.๘๘	๙,๖๙๒	๗.๘๑
๔๐-๔๔	๕,๐๔๓	๔.๐๖	๔,๙๘๙	๔.๐๒	๑๐,๐๓๒	๘.๐๘
๔๕-๔๙	๔,๘๔๕	๓.๙๐	๕,๒๘๕	๔.๒๖	๑๐,๑๓๐	๘.๑๖
๕๐-๕๔	๔,๕๓๖	๓.๖๕	๕,๒๐๓	๔.๑๙	๙,๗๓๙	๗.๘๕
๕๕-๕๙	๓,๘๘๕	๓.๑๓	๔,๔๘๐	๓.๖๑	๘,๓๖๕	๖.๗๔
๖๐-๖๔	๒,๖๖๒	๒.๑๔	๓,๔๕๑	๒.๗๘	๖,๑๑๓	๔.๙๓
๖๕-๖๙	๒,๒๓๔	๑.๘๐	๒,๘๘๖	๒.๓๖	๕,๑๒๐	๔.๑๒
๗๐-๗๔	๑,๕๘๙	๑.๒๘	๒,๑๐๖	๑.๗๐	๓,๖๙๕	๒.๙๘
๗๕-๗๙	๑,๑๙๘	๐.๙๗	๑,๗๗๑	๑.๔๒	๒,๙๖๙	๒.๓๙
๘๐+	๑,๕๗๘	๑.๒๗	๒,๕๗๐	๒.๒๗	๔,๑๔๘	๓.๓๔
รวม	๕๙,๙๙๙	๔๘.๓๔	๖๔,๑๒๖	๕๑.๖๖	๑๒๔,๑๒๕	๑๐๐

แหล่งข้อมูล ทะเบียนราษฎร ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๐

ตารางที่ ๓ แสดงจำนวนประชากรของอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี จำแนกตามรายตำบล				
ตำบล	หลังคาเรือน	รวม	ชาย	หญิง
บ้านเข็ด	๒,๘๗๕	๕,๗๖๑	๒,๗๗๘	๒,๙๘๓
หน้าพระธาตุ	๒,๐๗๔	๕,๓๒๐	๒,๕๘๖	๒,๗๓๔
หนองขยาด	๑,๒๙๓	๔,๑๑๕	๒,๐๔๖	๒,๐๖๘
นามะตูม	๑,๒๔๓	๓,๐๙๕	๑,๔๗๑	๑,๖๒๔
ทุ่งขวาง	๑,๑๗๖	๔,๔๓๙	๒,๑๕๐	๒,๒๘๙
หมอนนาง	๔,๑๑๓	๑๓,๖๕๗	๖,๖๐๖	๗,๐๕๑
นาเร็ก	๒,๗๖๕	๙,๕๐๘	๔,๖๘๔	๔,๘๒๔
วัดโบสถ์	๑,๐๗๓	๒,๙๗๕	๑,๔๒๘	๑,๕๔๗
วัดหลวง	๑,๐๑๑	๒,๖๘๖	๑,๒๔๖	๑,๔๔๐
ไร่หลักทอง	๑,๒๖๙	๓,๕๘๕	๑,๖๙๒	๑,๘๙๓
ท่าข้าม	๘๘๘	๓,๑๑๐	๑,๕๑๑	๑,๕๙๙
โคกเปลาะ	๘๐๒	๒,๗๙๐	๑,๓๓๗	๑,๔๕๓
หัวถนน	๑,๔๖๒	๕,๑๔๗	๒,๔๕๕	๒,๖๙๓
สระสี่เหลี่ยม	๑,๘๙๖	๗,๐๒๕	๓,๔๗๗	๓,๕๔๘
หนองปรือ	๑,๖๓๖	๕,๖๓๒	๒,๘๐๗	๒,๘๒๕
หนองเหียง	๔,๕๖๕	๑๔,๐๗๐	๖,๙๖๒	๗,๑๐๘
บ้านช้าง	๒,๕๐๗	๖,๓๘๐	๓,๐๑๒	๓,๓๖๘
นาวังหิน	๒,๐๓๙	๗,๕๕๐	๓,๗๑๘	๓,๘๓๒
กุฎโง้ง	๒,๘๑๑	๖,๕๗๘	๓,๑๑๓	๓,๔๖๕
เทศบาล	๔,๘๖๕	๑๐,๖๙๘	๔,๙๒๑	๕,๗๗๗
รวม	๔๒,๓๖๓	๑๒๔,๑๒๕	๕๙,๙๙๙	๖๔,๑๒๖

แหล่งข้อมูล ทะเบียนราษฎร ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๐

๑๒. ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ

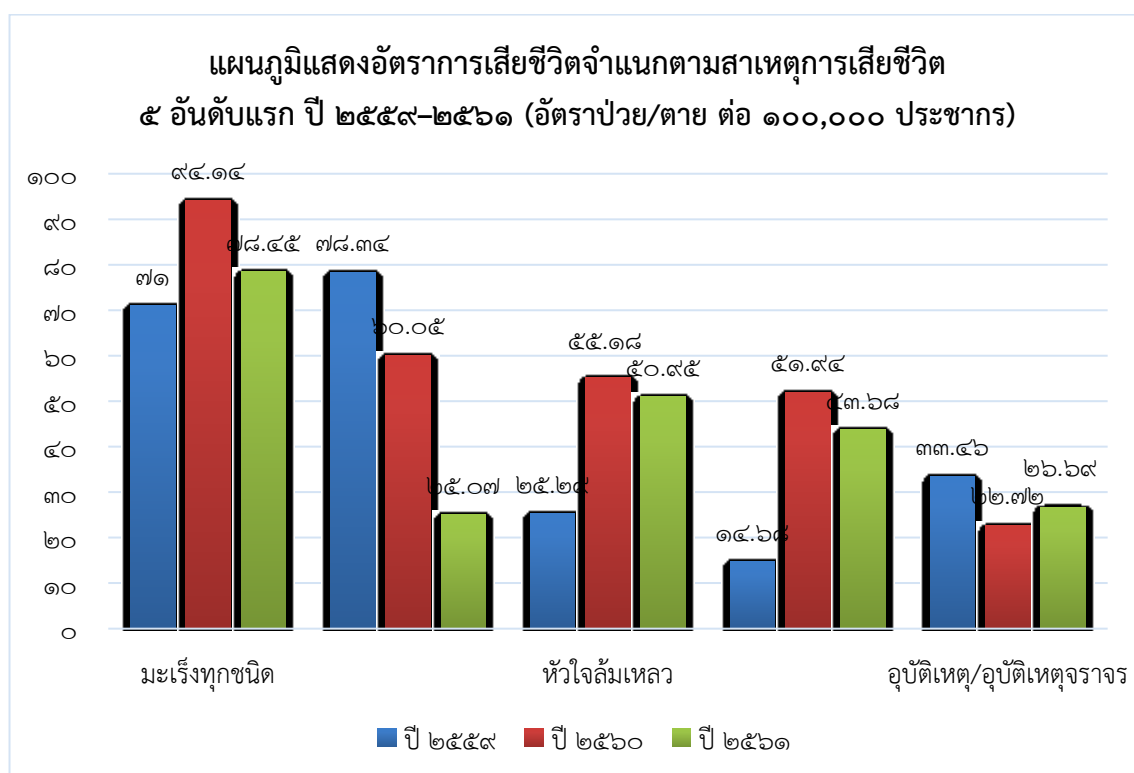
ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ

ตารางที่ ๔ แสดงจำนวนและอัตราการเสียชีวิตจำแนกตามสาเหตุการเสียชีวิต ๕ อันดับแรก

ลำดับ	สาเหตุการตาย	ปี ๒๕๕๙ (๑๒๒,๕๓๔)		ปี ๒๕๖๐ (๑๒๓,๒๒๒)		ปี ๒๕๖๑ (๑๒๓,๖๔๐)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
๑	มะเร็งทุกชนิด	๘๗	๗๑.๐๐	๑๑๖	๙๔.๑๔	๙๗	๗๘.๔๕
๒	ติดเชื้อในกระแสเลือด	๙๖	๗๘.๓๔	๗๔	๖๐.๐๕	๓๑	๒๕.๐๗
๔	หัวใจล้มเหลว	๓๑	๒๕.๒๙	๖๘	๕๕.๑๘	๖๓	๕๐.๙๕
๓	ปอดอักเสบ/ปอดติดเชื้อ	๑๘	๑๔.๖๘	๖๔	๕๑.๙๔	๕๔	๔๓.๖๘
๕	อุบัติเหตุ/อุบัติเหตุจากรถ	๔๑	๓๓.๔๖	๒๘	๒๒.๗๒	๓๓	๒๖.๖๙

ที่มา : รายงานการตาย ฐานข้อมูล ณ ที่ว่าการอำเภอพนสนิม

จากตารางพบว่า สาเหตุการตายที่สำคัญเรียงลำดับ ได้แก่ คือ ๑. มะเร็งทุกชนิด ๒. ติดเชื้อในกระแสเลือด ๓. ภาวะหัวใจล้มเหลว ๔. ปอดอักเสบ/ปอดติดเชื้อ ๕. อุบัติเหตุ/อุบัติเหตุจากรถ

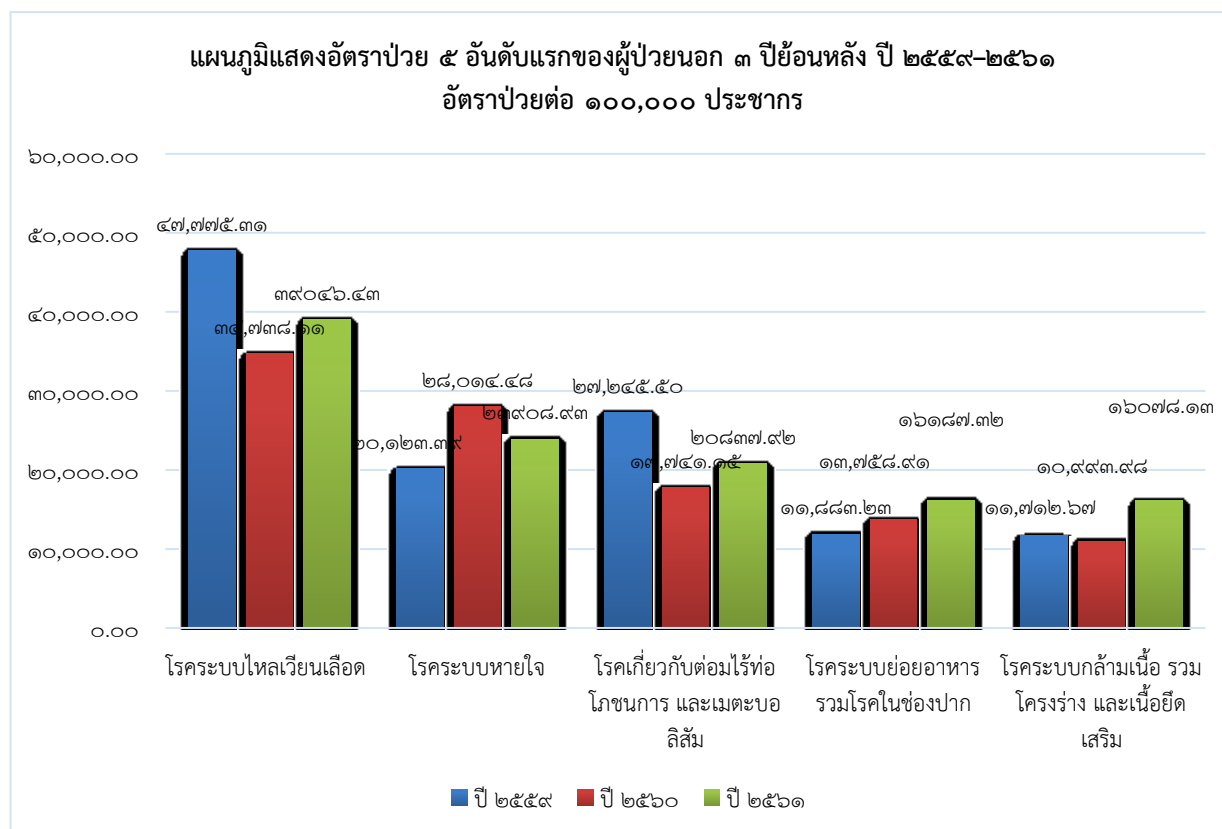


ตารางที่ ๕ แสดงจำนวนและอัตราป่วย ๕ อันดับแรกของผู้ป่วยนอก

ลำดับ	สาเหตุการป่วย ของผู้ป่วยนอก	ปี ๒๕๕๙ (๑๒๒,๕๓๔)		ปี ๒๕๖๐ (๑๒๓,๒๒๒)		ปี ๒๕๖๑ (๑๒๓,๖๔๐)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
๑	โรคระบบไหลเวียนเลือด	๕๘,๕๔๑	๔๗,๗๗๕.๓๑	๕๒,๘๐๕	๓๔,๗๓๘.๑๑	๔๘,๒๗๗	๓๙,๐๔๖.๔๓
๒	โรคระบบหายใจ	๒๔,๖๕๘	๒๐,๑๒๓.๓๙	๓๔,๕๒๐	๒๘,๐๑๔.๔๘	๒๙,๕๖๑	๒๓,๙๐๘.๙๓
๓	โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการ และเมตะบอลิซึม	๓๓,๓๘๕	๒๗,๒๔๕.๕๐	๒๑,๘๖๑	๑๗,๗๔๑.๑๕	๒๕,๗๖๔	๒๐,๘๓๗.๙๒
๔	โรคระบบย่อยอาหาร รวม โรคในช่องปาก	๑๔,๕๖๑	๑๑,๘๘๓.๒๓	๑๖,๙๕๔	๑๓,๗๕๘.๙๑	๒๐,๐๑๔	๑๖,๑๘๗.๓๒
๕	โรคระบบกล้ามเนื้อ รวม โครงร่าง และเนื้อเยื่อเสริม	๑๔,๓๕๒	๑๑,๗๑๒.๖๗	๑๓,๕๔๗	๑๐,๙๙๓.๙๘	๑๘,๘๗๙	๑๖,๐๗๘.๑๓

ที่มา : รายงาน ๕๐๔

จากตารางพบว่า สาเหตุการเจ็บป่วยของผู้ป่วยนอก ๕ อันดับแรก ได้แก่ ๑.โรคระบบไหลเวียนเลือด ๒.โรคระบบทางเดินหายใจ ๓.ความผิดปกติเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตะบอลิซึมอื่น ๆ ๔.โรคระบบย่อยอาหาร รวมโรคในช่องปาก ๕.โรคระบบกล้ามเนื้อ รวมโครงร่าง และเนื้อเยื่อเสริมตาม

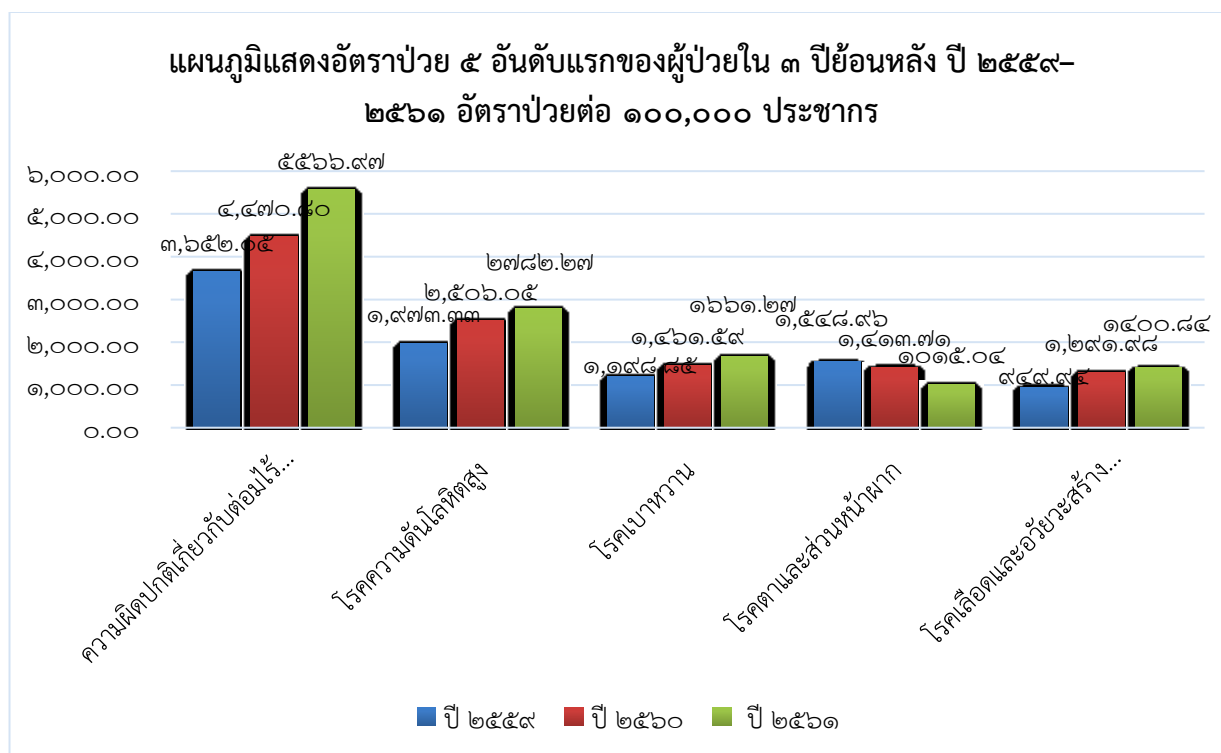


ตารางที่ ๖ แสดงจำนวนและอัตราป่วย ๕ อันดับแรกของผู้ป่วยในจำแนกตามรายโรค อำเภอพนัสนิคม

ลำดับ	สาเหตุการป่วย ของผู้ป่วยใน	ปี ๒๕๕๙ (๑๒๒,๕๓๔)		ปี ๒๕๖๐ (๑๒๓,๒๒๒)		ปี ๒๕๖๑ (๑๒๓,๖๔๐)	
		จำนวน	จำนวน	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
๑	ความผิดปกติเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึมอื่น ๆ	๔,๔๗๕	๓,๖๕๒.๐๕	๕,๕๐๙	๔,๔๗๐.๘	๖,๘๘๓	๕,๕๖๖.๙๗
๒	โรคความดันโลหิตสูง	๒,๔๑๘	๑,๙๗๓.๓๓	๓,๐๘๘	๒,๕๐๖.๐๕	๓,๔๓๙	๒,๗๘๒.๒๗
๓	โรคเบาหวาน	๑,๔๖๙	๑,๑๙๘.๘๕	๑,๘๐๑	๑,๔๖๑.๕๙	๒,๐๕๕	๑,๖๖๑.๒๗
๔	โรคตาและส่วนหน้าผาก	๑,๘๙๘	๑,๕๔๘.๙๖	๑,๗๔๒	๑,๔๑๓.๗๑	๑,๒๕๕	๑,๐๑๕.๐๔
๕	โรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ การเจ็บครรภ์ การคลอด ระยะเวลาหลังคลอด และภาวะอื่นๆ ทางสูติกรรมที่มีได้ระบุไว้ที่อื่น	๑,๘๕๕	๑,๕๑๗.๑๓	๑,๖๕๗	๑,๓๔๔.๗๓	๑,๗๓๒	๑,๔๐๐.๘๔

ที่มา : รายงาน ๕๐๕

จากตารางพบว่า สาเหตุการเจ็บป่วยของผู้ป่วยใน ๕ อันดับแรก ได้แก่ ๑. ความผิดปกติเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึมอื่น ๆ ๒. โรคความดันโลหิตสูง ๓. โรคเบาหวาน ๔. โรคตาและส่วนหน้าผาก ๕. โรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ การเจ็บครรภ์ การคลอด ระยะเวลาหลังคลอด และภาวะอื่นๆ ทางสูติกรรมที่มีได้ระบุไว้ที่อื่น

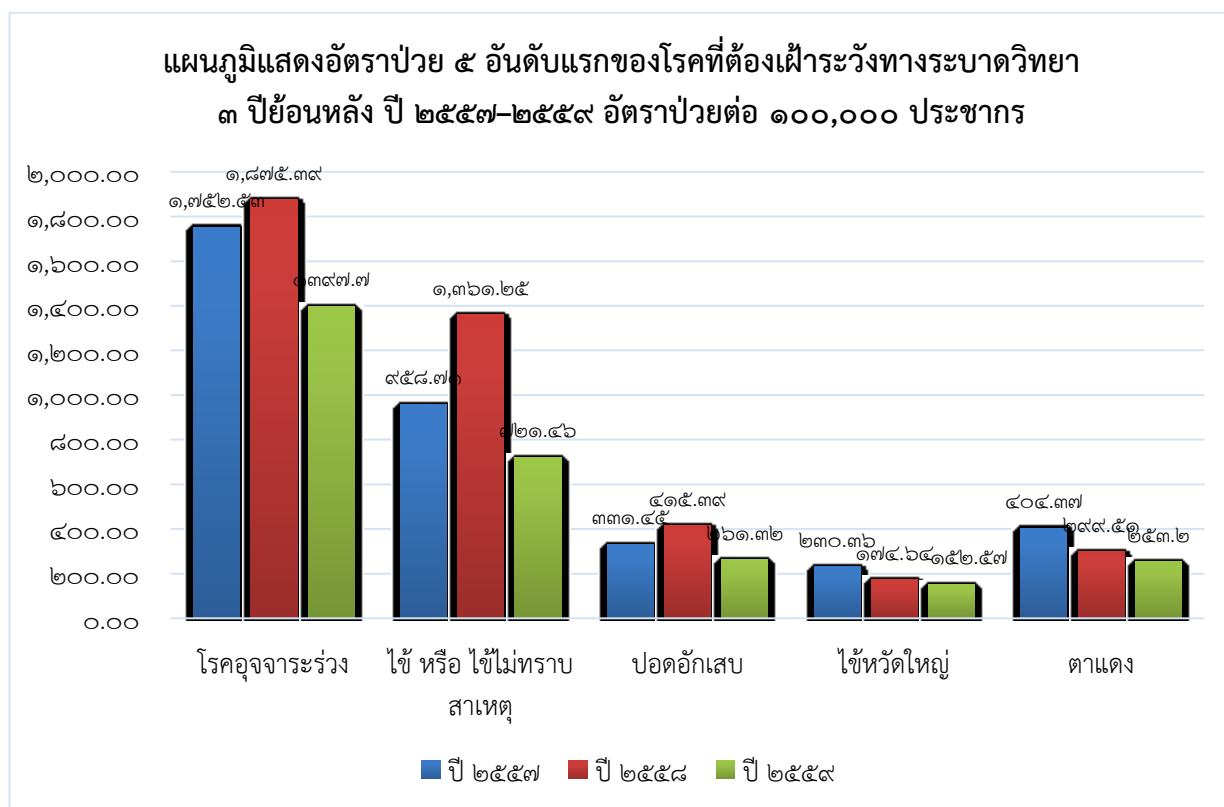


ตารางที่ ๗ แสดงจำนวนและอัตราป่วย ด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จำแนกตามรายโรค

ลำดับ	สาเหตุการป่วย ของผู้ป่วยใน	ปี ๒๕๕๗		ปี ๒๕๕๘		ปี ๒๕๕๙	
		จำนวน	จำนวน	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
๑	โรคอุจจาระร่วงชนิดเฉียบพลัน	๒,๑๑๕	๑,๗๕๒.๕๓	๒,๒๙๘	๑,๘๗๕.๓๙	๑,๖๘๙	๑,๓๙๗.๗๐
๒	ไข้ หรือ ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	๑,๑๕๗	๙๕๘.๗๑	๑,๖๖๘	๑,๓๖๑.๒๕	๘๘๙	๗๒๑.๔๖
๓	ปอดอักเสบ	๔๐๐	๓๓๑.๔๕	๕๐๙	๔๑๕.๓๙	๓๒๒	๒๖๑.๓๒
๔	ไข้หวัดใหญ่	๒๗๘	๒๓๐.๓๖	๒๑๔	๑๗๔.๖๔	๑๘๘	๑๕๒.๕๗
๕	ตาแดง	๔๘๘	๔๐๔.๓๗	๓๖๗	๒๙๙.๕๑	๓๑๒	๒๕๓.๒๐

ที่มา : รายงาน ๕๐๖

จากตารางพบว่า โรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ๕ อันดับแรก ได้แก่ คือ ๑.โรคอุจจาระร่วงชนิดเฉียบพลัน ๒. ไข้หรือ ไข้ไม่ทราบสาเหตุ ๓. ปอดอักเสบ ๔. ไข้หวัดใหญ่ ๕. ตาแดง



แบบรายงาน

ผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

รอบ ๑๒ เดือน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒)

ประเด็นยุทธศาสตร์ : พัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)

ชื่อแผนงาน : ๑.การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย(ด้านสุขภาพ)

ชื่อโครงการ : ๑.โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

ตัวชี้วัดที่ ๑ : ร้อยละของโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

๒. ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์

กิจกรรม	ปี ๒๕๕๗	ปี ๒๕๕๘	ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑
จำนวนรพ.สต.ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก	๒ แห่ง	๓ แห่ง	๘ แห่ง	๘ แห่ง	รักษาภาพ ผ่านเกณฑ์ ๓ แห่ง
ร้อยละที่ผ่านเกณฑ์	๙.๕๒	๑๔.๒๘	๓๘.๑๐	๓๘.๑๐	๑๐๐
ผลงานสะสม	๒ แห่ง	๕ แห่ง	๑๓ แห่ง	๒๑ แห่ง	๒๑ แห่ง
ร้อยละผลงานสะสม	๙.๕๒	๒๓.๘๑	๖๑.๙๐	๑๐๐	๑๐๐

๓. ผลการดำเนินงาน

๓.๑ เชิงปริมาณ (แสดงผลการดำเนินงานแยกรายหน่วยบริการและภาพรวมอำเภอ)

เป้าหมาย ผ่านเกณฑ์ระดับ ๔

จำนวนรพ.สต./รพ.	ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก	ร้อยละที่ผ่านเกณฑ์
๒๒	๒๑	๙๕.๔๕

จากตาราง พบว่า โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการดำเนินงานเชิงปริมาณ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก จำนวนทั้งสิ้น ๒๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๔๕ ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ระดับ ๕

๓.๒ เชิงคุณภาพ (แสดงขั้นตอนและกระบวนการทำงานตามเกณฑ์ที่กำหนดในตัวชี้วัด)

แสดงผลงานเชิงคุณภาพของโรงพยาบาล

เกณฑ์เป้าหมาย : ระดับ ๔

หน่วยงาน	ผลงานเชิงคุณภาพของโรงพยาบาล					คะแนน เต็ม	คะแนน เชิง คุณภาพ	การ ประเมินผล		ระดับ คะแนน
	หัวข้อ ๑	หัวข้อ ๒	หัวข้อ ๓	หัวข้อ ๔	หัวข้อ ๕			ผ่าน	ไม่ ผ่าน	
	๑๐ คะแนน	๑๕ คะแนน	๑๕ คะแนน	๑๕ คะแนน	๑๕ คะแนน					
โรงพยาบาลพนัสนิคม	๑๐	๑๕	๑๕	๑๕	๑๕	๗๐	๗๐	/		๕

จากตาราง พบว่า โรงพยาบาลพนัสนิคม มีการดำเนินงานตามกระบวนการเชิงคุณภาพ ๕ ข้อ คิดเป็น ร้อยละ ๑๐๐ ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ระดับ ๕

แหล่งข้อมูล จากผลงาน HDC ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒ และหลักฐานเชิงประจักษ์

๓. ผลการดำเนินงาน

๓.๑ เชิงปริมาณ (แสดงผลการดำเนินงานแยกรายหน่วยบริการและภาพรวมอำเภอ)

เป้าหมาย ผ่านเกณฑ์ระดับ ๔

หน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก	
	ผ่าน	ไม่ผ่าน
รพ.สต.บ้านเข็ด	/	
รพ.สต.หนองขยาด	/	
รพ.สต.นามะตูม		/
รพ.สต.ทุ่งขวาง	/	
รพ.สต.บ้านช้าง	/	
รพ.สต.วัดโบสถ์	/	
รพ.สต.วัดหลวง	/	
รพ.สต.ไร่หลักทอง	/	
รพ.สต.ท่าข้าม	/	
รพ.สต.โคกเพลาะ	/	
รพ.สต.หน้าพระธาตุ	/	
รพ.สต.หัวถนน	/	
รพ.สต.หนองปรือ	/	
รพ.สต.สระสี่เหลี่ยม	/	
รพ.สต.หนองเหียง	/	
รพ.สต.หนองเหียง (บ.ไร่เสธ)	/	
รพ.สต.หมอนนาง	/	
รพ.สต.หมอนนาง (บ.หนองไทร)	/	
รพ.สต.นาเร็ก	/	
รพ.สต.นาเร็ก (บ้านเนินแร่)	/	
รพ.สต.นาวังหิน	/	
รพ.พนัสนิคม	/	
รวม	๒๑	๑

๓.๒ เชิงคุณภาพ (แสดงขั้นตอนและกระบวนการทำงานตามเกณฑ์ที่กำหนดในตัวชี้วัด)

แสดงผลงานเชิงคุณภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนัสนิคม

เกณฑ์เป้าหมาย : ระดับ ๔

หน่วยงาน	ผลงานเชิงคุณภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ					คะแนนเต็ม	คะแนนเชิงคุณภาพ	การประเมินผล		ระดับคะแนน
	หัวข้อ ๑	หัวข้อ ๒	หัวข้อ ๓	หัวข้อ ๔	หัวข้อ ๕			ผ่าน	ไม่ผ่าน	
	๑๐ คะแนน	๑๐ คะแนน	๒๐ คะแนน	๑๕ คะแนน	๑๕ คะแนน					
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนัสนิคม	๑๐	๑๐	๑๙	๑๕	๑๕	๗๐	๖๙	/		๕

จากตาราง พบว่า สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนัสนิคม มีการดำเนินงานตามกระบวนการเชิงคุณภาพ ๕ ข้อ คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๕๗ ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ระดับ ๕

แสดงผลงานเชิงคุณภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เกณฑ์เป้าหมาย : ระดับ ๔

หน่วยงาน	ผลงานเชิงคุณภาพของรพ.สต.					คะแนนรวม	ประเมินผล		ระดับคะแนน
	หัวข้อ ๑	หัวข้อ ๒	หัวข้อ ๓	หัวข้อ ๔	หัวข้อ ๕		ผ่าน	ไม่ผ่าน	
	๑๐ คะแนน	๑๕ คะแนน	๒๐ คะแนน	๑๐ คะแนน	๑๕ คะแนน				
รพ.สต.บ้านเข็ด	๑๐	๑๔	๑๙	๑๐	๑๕	๖๘	/		๔
รพ.สต.หนองขยาด	๑๐	๑๕	๒๐	๑๐	๑๕	๗๐	/		๕
รพ.สต.นามะตูม	๑๐	๑๕	๒๐	๑๐	๑๕	๗๐	/		๕
รพ.สต.ทุ่งขวาง	๑๐	๑๒	๑๙	๙	๑๕	๖๕	/		๔
รพ.สต.บ้านช้าง	๑๐	๑๔	๑๙	๑๐	๑๕	๖๘	/		๔
รพ.สต.วัดโบสถ์	๑๐	๑๕	๒๐	๑๐	๑๕	๗๐	/		๕
รพ.สต.วัดหลวง	๑๐	๑๔	๒๐	๙	๑๕	๖๘	/		๔
รพ.สต.ไร่หลักทอง	๑๐	๑๔	๑๙	๑๐	๑๕	๖๘	/		๔
รพ.สต.ท่าข้าม	๑๐	๑๔	๑๙	๑๐	๑๕	๖๘	/		๔
รพ.สต.โคกเปลาะ	๑๐	๑๕	๒๐	๑๐	๑๕	๗๐	/		๕
รพ.สต.หน้าพระธาตุ	๑๐	๑๔	๑๙	๑๐	๑๕	๖๘	/		๔
รพ.สต.หัวถนน	๑๐	๑๓	๒๐	๑๐	๑๕	๖๘	/		๔
รพ.สต.หนองปรือ	๑๐	๑๔	๑๙	๑๐	๑๕	๖๘	/		๔
รพ.สต.สระสี่เหลี่ยม	๑๐	๑๒	๑๙	๑๐	๑๕	๖๖	/		๔
รพ.สต.หนองเหียง	๑๐	๑๕	๒๐	๑๐	๑๕	๗๐	/		๕
รพ.สต.หนองเหียง (บ.ไร่เสร์)	๑๐	๑๔	๑๙	๑๐	๑๕	๖๘	/		๔
รพ.สต.หมอนนาง	๑๐	๑๔	๑๙	๙	๑๕	๖๗	/		๔
รพ.สต.หมอนนาง (บ.หนองไทร)	๑๐	๑๓	๑๙	๑๐	๑๕	๖๗	/		๔
รพ.สต.นาเริก	๑๐	๑๕	๑๙	๑๐	๑๕	๖๙	/		๔
รพ.สต.นาเริก (บ.เนินแร่)	๑๐	๑๔	๒๐	๑๐	๑๕	๖๙	/		๔
รพ.สต.นาวังหิน	๑๐	๑๔	๑๙	๑๐	๑๕	๖๘	/		๔
รวม	๒๑๐	๒๙๔	๔๐๗	๒๐๗	๓๑๕	๑๔๓๓	๒๑		๕

จากตาราง อำเภอนี้สนิคม มีการดำเนินงานตามกระบวนการเชิงคุณภาพ ๕ ข้อ ส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์เชิงคุณภาพ ร้อยละ ๑๐๐ ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดระดับ ๕ แหล่งข้อมูล จากผลงาน HDC ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒ และจากหลักฐานเชิงประจักษ์

๔. นวัตกรรมหรือผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้

๔.๑.รพ.สต.มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก

รพ.สต.ในเขตอำเภอพนัสนิคม จำนวน ๒๑ แห่งมีการดำเนินการผ่านตามเกณฑ์รพ.สต.มาตรฐาน อนามัยแม่และเด็ก จำนวน ๒๐ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๒๔ โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ มีการดำเนินงาน รักษาสุขภาพซ้ำ จำนวน ๘ แห่ง ผ่านตามเกณฑ์รพ.สต.มาตรฐาน อนามัยแม่และเด็กจำนวน ๗ แห่ง

๔.๒ ตำบลบูรณาการงานกลุ่มวัย

ตำบลในเขตอำเภอพนัสนิคม จำนวน ๒๐ แห่ง มีการดำเนินการผ่านเกณฑ์ตำบลเด็กพัฒนาการดี เริ่ม ที่นมแม่ และตำบลบูรณาการกลุ่มวัย ครบทุกแห่งคิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ โดยมีตำบลที่ดำเนินการตำบลบูรณา การงานกลุ่มวัย รักษาสุขภาพใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จำนวน ๕ แห่ง ซึ่งผ่านเกณฑ์ตำบลเด็กพัฒนาการดี เริ่ม ที่นมแม่ และตำบลบูรณาการกลุ่มวัยทุกแห่ง

๕. ปัจจัยที่ทำให้ดำเนินการสำเร็จ

๑. การทำงานเป็นทีม มีการประชุมวางแผนการทำงานร่วมกันผ่านคณะกรรมการ MCH Board ระดับอำเภอเพื่อติดตามงานและดำเนินการแก้ไข ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

๒. มีกระบวนการพัฒนาระบบบริการงานอนามัยแม่และเด็ก ทั้งในด้าน ANC คุณภาพ ,WCC คุณภาพ,ชมรมจิตอาสาที่มีความเข้มแข็ง

๓. การรับส่งต่อข้อมูลงานอนามัยแม่และเด็กจากรพ.แม่ข่าย สสอ.ให้รพ.สต.อย่างเป็นระบบตลอดจนการกำกับติดตามงานอย่างต่อเนื่อง

๖. ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาต่อไป

มีการสร้างความรู้/ความเข้าใจในการฝากครรภ์เร็วอย่างต่อเนื่องและการจัดบริการ ANC รายใหม่ที่ รพ.สต.อย่างเป็นรูปธรรมและการเพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ให้มีทักษะในการดำเนินงานแม่และเด็ก

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด นางสาวศิริวิมล ทองกำ

ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข

โทร. ๐๘๔-๖๕๕๙๑๘๐ e-mail.dak-pp@hotmail.co.th

วัน/เดือน/ปี ที่รายงาน ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒

นางปัจจุมา หมื่นหน้า

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ประเด็นยุทธศาสตร์ : พัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย(ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครอง
ผู้บริโภคเป็นเลิศ)

ชื่อแผนงาน : ๑.การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย(ด้านสุขภาพ)

ชื่อโครงการ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๒ : อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี

๑.สถานการณ์

จากสถิติที่ผ่านมาพบว่า พบว่าอัตราการคลอดของหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี อำเภอพนัสนิคม มีอัตราค่อนข้างสูง แต่เมื่อพิจารณาภายในอำเภอพนัสนิคม พบว่า อัตราคลอดแม้ว่าจะสูงแต่แนวโน้มการคลอดลดลง จากสถิติย้อนหลังพบว่า สถานการณ์การคลอดของหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี จากปี ๒๕๕๘ ผลงาน ๗๐.๔๔/พัน ปี ๒๕๕๙ ผลงาน ๔๘.๒๗/พัน ปี ๒๕๖๐ ผลงาน ๔๔.๘๒/พัน และปี ๒๕๖๑ ผลงาน ๔๑.๐๗/พัน ทั้งนี้จากการสำรวจอัตราการใช้ถุงยางอนามัยกับแฟนหรือคนรัก เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๕ และ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นปีที่ ๒ จำนวน ๔๑๐ คน ปี ๒๕๖๑ พบว่า มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเฉลี่ยอายุ ๑๔ ปี เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วจำนวน ๗๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๘.๒๙ ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวน ๓๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๒ มีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคนรัก ในรอบ ๑๒ เดือนที่ผ่านมา จำนวน ๔๘ คน ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคนรักในรอบ ๑๒ เดือนที่ผ่านมา จำนวน ๑๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๓.๓๓ จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ทำให้ทราบว่าวัยรุ่นในอำเภอพนัสนิคม ยังมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยน้อยทำให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ในพื้นที่ ดังนั้นการให้ความรู้เรื่องการป้องกันตั้งครรภ์ควรดำเนินการตั้งแต่ระดับประถมศึกษา รวมทั้งการให้ความรู้เรื่องการดูแลครรภ์ที่ถูกต้องเมื่อมีการตั้งครรภ์กรณีเกิดความผิดพลาดท้องในวัยรุ่น

เกณฑ์เป้าหมายเชิงปริมาณ :ไม่เกิน ๓๘ ต่อพันการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี

หน่วยบริการ	หญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี (B)	เกิดมีชีพ(A)	อัตราต่อพัน (A/B)X๑,๐๐๐	คะแนนที่ได้	ผลการประเมิน	
					ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์
รพ.สต.หน้าพระธาตุ	๑๐๗	๓	๒๘.๐๔	๔๐	√	
รพ.สต.วัดหลวง	๕๒	๐	๐	๔๐	√	
รพ.สต.บ้านเข็ด	๙๕	๑	๑๐.๕๓	๔๐	√	
รพ.สต.นาเริก	๑๔๐	๔	๒๘.๕๗	๔๐	√	
รพ.สต.นาเริก (บ้านเนินแร่)	๙๘	๕	๕.๑๒	๕		√
รพ.สต.หมอนนาง (บ้านหนองไทร)	๑๕๐	๑	๖.๖๗	๔๐	√	
รพ.สต.หมอนนาง	๒๒๖	๔	๑๗.๗	๔๐	√	
รพ.สต.สระสี่เหลี่ยม	๑๔๑	๔	๒๘.๓๗	๔๐	√	
รพ.สต.วัดโบสถ์	๕๗	๐	๐	๔๐	√	
รพ.สต.หัวถนน	๑๓๗	๑	๗.๓	๔๐	√	
รพ.สต.ท่าข้าม	๗๔	๑	๑๓.๕๑	๔๐	√	
รพ.สต.หนองปรือ	๑๔๑	๕	๓๕.๔๖	๔๐	√	
รพ.สต.หนองขยาด	๙๓	๕	๕.๓.๗๖	๕		√
รพ.สต.ทุ่งขวาง	๙๒	๒	๒๑.๗๔	๔๐	√	
รพ.สต.หนองเหียง	๒๘๔	๑๓	๔๕.๗๗	๑๐		√
รพ.สต.หนองเหียง(บ้านไร่เสิร์)	๑๓๘	๓	๒๑.๗๔	๔๐	√	
รพ.สต.นาวังหิน	๒๐๓	๘	๓๙.๔๑	๔๐	√	
รพ.สต.บ้านช้าง	๒๒๕	๓	๑๓.๓๓	๔๐	√	
รพ.สต.โคกเปลาะ	๔๗	๐	๐	๔๐	√	
รพ.สต.ไร่หลักทอง	๗๒	๐	๐	๔๐	√	
รพ.สต.นามะตูม	๕๘	๐	๐	๔๐	√	
โรงพยาบาลพนัสนิคม	๓๘๒	๒	๕.๒๔	๔๐	√	
รวม	๓,๐๑๒	๖๕	๒๑.๕๘	๔๐	√	

แหล่งข้อมูล: โปรแกรม HDC ประมวลผล วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒

เกณฑ์เป้าหมายเชิงปริมาณ :ไม่เกิน ๓๘ ต่อพันการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี (คิดรายปี และคูณด้วยค่า Adjusted ๒.๖๐)

หน่วยบริการ	หญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี (B)	เกิดมีชีพ(A)	อัตราต่อพัน (A/B)X๑,๐๐๐	อัตราต่อพันค่าadjusted (กรัมอนามัยกำหนดของชลบุรี = ๒.๖)	คะแนนที่ได้	ผลการประเมิน	
						ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์
รพ.สต.หน้าพระธาตุ	๑๐๗	๓	๒๘.๐๔	๗๒.๙๐	๕		√
รพ.สต.วัดหลวง	๕๒	๐	๐	๐.๐๐	๔๐	√	
รพ.สต.บ้านเข็ด	๙๕	๑	๑๐.๕๓	๒๗.๓๘	๔๐	√	
รพ.สต.นาเริก	๑๔๐	๔	๒๘.๕๗	๗๔.๒๘	๕		√
รพ.สต.นาเริก(บ้านเนินแร)	๙๘	๕	๕๑.๐๒	๑๓๒.๖๕	๕		√
รพ.สต.หมอนนาง (บ้านหนองไทร)	๑๕๐	๑	๖.๖๗	๑๗.๓๔	๔๐	√	
รพ.สต.หมอนนาง	๒๒๖	๔	๑๗.๗	๔๖.๐๒	๕		√
รพ.สต.สระสี่เหลี่ยม	๑๔๑	๔	๒๘.๓๗	๗๓.๗๖	๕		√
รพ.สต.วัดโบสถ์	๕๗	๐	๐	๐.๐๐	๔๐	√	
รพ.สต.หัวถนน	๑๓๗	๑	๗.๓	๑๘.๙๘	๔๐	√	
รพ.สต.ท่าข้าม	๗๔	๑	๑๓.๕๑	๓๕.๑๓	๔๐	√	
รพ.สต.หนองปรือ	๑๔๑	๕	๓๕.๔๖	๙๒.๒๐	๕		√
รพ.สต.หนองขยาด	๙๓	๕	๕๓.๗๖	๑๓๙.๗๘	๕		√
รพ.สต.ทุ่งขวาง	๙๒	๒	๒๑.๗๔	๕๖.๕๒	๕		√
รพ.สต.หนองเหียง	๒๘๔	๑๓	๔๕.๗๗	๑๑๙.๐๐	๕		√
รพ.สต.หนองเหียง(บ้านไร่เสถ)	๑๓๘	๓	๒๑.๗๔	๕๖.๕๒	๕		√
รพ.สต.นาวังหิน	๒๐๓	๘	๓๙.๔๑	๑๐๒.๔๗	๕		√
รพ.สต.บ้านช้าง	๒๒๕	๓	๑๓.๓๓	๓๔.๖๖	๔๐	√	
รพ.สต.โคกเพลาะ	๔๗	๐	๐	๐.๐๐	๔๐	√	
รพ.สต.ไร่หลักทอง	๗๒	๐	๐	๐.๐๐	๔๐	√	
รพ.สต.นามะตูม	๕๘	๐	๐	๐.๐๐	๔๐	√	
โรงพยาบาลพนัสนิคม	๓๘๒	๒	๕.๒๔	๑๓.๖๒	๔๐	√	
รวม	๓,๐๑๒	๖๕	๒๑.๕๘	๕๖.๑๑	๕		√

แหล่งข้อมูล: โปรแกรม HDC ประมวลผล วันที่ 30 กันยายน 2562

ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ : ระดับ: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ ๖๐

หน่วยบริการ	เป้าหมาย	ผลงาน			รวมผลงาน (คะแนน)
		ข้อ๑. มีการวิเคราะห์สถานการณ์/ปัญหา การ ตั้งครุฑในวัยรุ่น อายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ในพื้นที่ (๑๐ คะแนน)	ข้อ๒. มีการขับเคลื่อนตำบลอนามัย เจริญพันธุ์ (๒๐ คะแนน)	ข้อ๓. มีการดำเนินการคลินิกวัยรุ่น (YFHS) (๓๐ คะแนน)	
รพ.สต.บ้านเข็ด	๖๐	๑๐	๒๐	๓๐	๖๐
รพ.สต.หนองขยาด	๖๐	๑๐	๒๐	๓๐	๖๐
รพ.สต.นามะตูม	๖๐	๑๐	๒๐	๓๐	๖๐
รพ.สต.ทุ่งขวาง	๖๐	๑๐	๒๐	๓๐	๖๐
รพ.สต.บ้านช้าง	๖๐	๑๐	๒๐	๓๐	๖๐
รพ.สต.วัดโบสถ์	๖๐	๑๐	๒๐	๓๐	๖๐
รพ.สต.วัดหลวง	๖๐	๑๐	๒๐	๓๐	๖๐
รพ.สต.ไร่หลักทอง	๖๐	๑๐	๒๐	๓๐	๖๐
รพ.สต.ท่าข้าม	๖๐	๘	๒๐	๒๔	๕๒
รพ.สต.โคกเพลาะ	๖๐	๑๐	๒๐	๓๐	๖๐
รพ.สต.หน้าพระธาตุ	๖๐	๑๐	๒๐	๓๐	๖๐
รพ.สต.หัวถนน	๖๐	๑๐	๒๐	๓๐	๖๐
รพ.สต.หนองปรือ	๖๐	๑๐	๒๐	๓๐	๖๐
รพ.สต.สระสี่เหลี่ยม	๖๐	๑๐	๒๐	๓๐	๖๐
รพ.สต.หนองเหียง	๖๐	๑๐	๒๐	๓๐	๖๐
รพ.สต.หนองเหียง(บ้านไร่เส้ง)	๖๐	๑๐	๒๐	๓๐	๖๐
รพ.สต.หมอนนาง	๖๐	๑๐	๒๐	๓๐	๖๐
รพ.สต.หมอนนาง(บ้านหนองไทร)	๖๐	๑๐	๒๐	๓๐	๖๐
รพ.สต.นาเร็ก	๖๐	๑๐	๒๐	๓๐	๖๐
รพ.สต.นาเร็ก(บ้านเนินแร่)	๖๐	๑๐	๒๐	๓๐	๖๐
รพ.สต.นาวังหิน	๖๐	๑๐	๒๐	๓๐	๖๐
รวม	๒๑	๒๐๘	๔๒๐	๖๒๔	๕๙.๖๒

ผลการดำเนินงานอำเภอพนัสนิคมพบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งมีการวิเคราะห์สถานการณ์/ปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอายุ ๑๕ – ๑๙ ปี มีการแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานดำเนินงานอำเภออนามัยเจริญพันธุ์อำเภอพนัสนิคมที่ ๗๕๙ / ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ โดยมีนายณรงค์ เทพเสนา นายอำเภอพนัสนิคมเป็นประธานกรรมการ และมีการดำเนินงานคลินิกวัยรุ่น ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง

ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพตามตัวชี้วัดที่ ๒ : อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕ – ๑๙ ปี

ระดับ: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนัสนิคม

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ ๖๐

หน่วยบริการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (คะแนน)	ผลงาน (คะแนน)
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พนัสนิคม	๑. มีการสรุป วิเคราะห์สถานการณ์/ปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อายุ ๑๕ – ๑๙ ปี ของหน่วยบริการ (รพ./รพ.สต.)	๑๐	๑๐
	๒. มีคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และขับเคลื่อนงาน	๑๐	๑๐
	๓. จัดทำแผนงาน/โครงการสอดคล้องกับปัญหาและแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙ (อำเภออนามัยเจริญพันธุ์หรือคลินิกวัยรุ่น) (ได้คะแนนข้อใดข้อหนึ่ง)	๑๐	๑๐
	๔. ดำเนินงานอำเภออนามัยเจริญพันธุ์และผ่านการรับรองมาตรฐานระดับจังหวัด	๑๕	๑๕
	๕. มีนวัตกรรมหรืองานวิจัยเพื่อป้องกันหรือแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์วัยรุ่นในพื้นที่ ไม่น้อยกว่า ๑ เรื่อง	๑๕	๑๕
	รวม	๖๐	๖๐

ผลการดำเนินงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนัสนิคมพบว่า มีการวิเคราะห์สถานการณ์/ปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อายุ ๑๕ – ๑๙ ปี จำแนกรายหน่วยบริการ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานดำเนินงานอำเภออนามัยเจริญพันธุ์ อำเภอพนัสนิคมที่ ๗๕๙/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ โดยมีนายณรงค์ เทพเสนา นายอำเภอพนัสนิคมเป็นประธานกรรมการ มีการจัดทำแผน/โครงการสอดคล้องกับปัญหาและแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ มีการดำเนินงานอำเภออนามัยเจริญพันธุ์และคลินิกวัยรุ่น (YFHS) ผ่านการรับรองระดับจังหวัด โดยรับการประเมินจากศูนย์อนามัยที่ ๖ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เมื่อวันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๑

สรุปผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพตามตัวชี้วัดที่ ๓ : อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี

เกณฑ์การประเมินผล : คะแนนเชิงปริมาณ ๔๐ คะแนน + คะแนนเชิงคุณภาพ (คะแนนเฉลี่ยจาก สสอ.+รพ.สต./๒) ๖๐ คะแนน = ๑๐๐ คะแนน (ผ่านเกณฑ์คะแนนต้องมากกว่า ๘๐)

คะแนนเชิงปริมาณ	คะแนนเชิงคุณภาพ		คะแนนเชิงคุณภาพ สสอ.+รพ.สต./๒	คะแนนเชิงปริมาณ+คะแนนเชิงคุณภาพ	ผลการประเมิน	
	สสอ.	รพ.สต.			ผ่าน	ไม่ผ่าน
๔๐	๖๐	๕๙.๖๒	๕๙.๘๑	๙๙.๘๑		√

สรุปจากตารางข้างต้นพบว่า อำเภอพนัสนิคมมีผลการดำเนินงานคะแนนเชิงปริมาณ ได้ ๕ คะแนน เนื่องจากต้องนำค่าอัตราต่อพัน x ค่าadjusted (กรมอนามัยกำหนดของชลบุรี = ๒.๖) และคะแนน เชิงคุณภาพเฉลี่ยจาก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนัสนิคมร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งแล้วหาร ๒ ได้ ๕๙.๘๑ คะแนน รวมทั้งสิ้น ๙๙.๘๑ คะแนน ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด นางสาวศิริวิมล ทองกำ

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

โทร. ๐๘๔-๖๕๕๙๑๘๐ e-mail : dak-pp@hotmail.co.th

วัน/เดือน/ปี ที่รายงาน ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒

นางปัจจุมา หมื่นหน้า

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ประเด็นยุทธศาสตร์ : พัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย

ชื่อแผนงาน : ๑. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย

ชื่อโครงการ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัดที่ ๓ : ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

๑. ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์

อำเภอพนสนธิคม มีองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน ๒๐ แห่ง และมีพื้นที่เข้าร่วมโครงการตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ตั้งแต่ปี ๒๕๕๙ จำนวน ๗ แห่ง ได้แก่ เทศบาลเมืองพนสนธิคม เทศบาลตำบลหัวถนน เทศบาลตำบลหมอนนาง องค์การบริหารส่วนตำบลหนองปรือ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองเหียง องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งขวาง และองค์การบริหารส่วนตำบลสระสี่เหลี่ยม โดยแต่ละพื้นที่มีการดำเนินงาน ครอบคลุมทุกองค์ประกอบ ทั้ง ๗ องค์ประกอบ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลได้ครอบคลุม

๒. ผลการดำเนินงาน

เชิงปริมาณ (แสดงผลการดำเนินงานแยกรายหน่วยบริการและภาพรวมอำเภอ)

หน่วยบริการ	อปท.	การเข้าร่วมโครงการฯ		การดำเนินงานองค์ประกอบ ๗ ข้อ							ผลการประเมิน		
		เข้าร่วม	ไม่ได้เข้าร่วม	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	ผ่าน	ไม่ผ่าน	
รพ.สต.หน้าพระธาตุ	อบต.หน้าพระธาตุ		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
รพ.สต.วัดหลวง	อบต.วัดหลวง		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
รพ.สต.บ้านเข็ด	อบต.บ้านเข็ด		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
รพ.สต.นาเว็ก	อบต.นาเว็ก		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
รพ.สต.บ้านเนินแร่		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
รพ.สต.บ้านหนองไทร	ทต.หมอนนาง	/		/	/	/	/	/	/	/	/	/	
รพ.สต.หมอนนาง		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
รพ.สต.สระสี่เหลี่ยม	อบต.สระสี่เหลี่ยม	/		/	/	/	/	/	/	/	/	/	
รพ.สต.วัดโบสถ์	อบต.วัดโบสถ์		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
รพ.สต.หัวถนน	ทต.หัวถนน	/		/	/	/	/	/	/	/	/	/	
รพ.สต.ท่าข้าม	อบต.ท่าข้าม		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
รพ.สต.หนองปรือ	อบต.หนองปรือ	/		/	/	/	/	/	/	/	/	/	
รพ.สต.หนองขยาด	อบต.หนองขยาด		/	/	x	/	/	/	/	/	/	/	x
รพ.สต.ทุ่งขวาง	อบต.ทุ่งขวาง	/		/	/	/	/	/	/	/	/	/	
รพ.สต.หนองเหียง	อบต.หนองเหียง	/		/	/	/	/	/	/	/	/	/	
รพ.สต.บ้านไร่เสี		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
รพ.สต.นาวังหิน	อบต.นาวังหิน		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
รพ.สต.บ้านช้าง	อบต.บ้านช้าง		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
รพ.สต.โคกเพลาะ	อบต.โคกเพลาะ		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
รพ.สต.ไร่หลักทอง	อบต.ไร่หลักทอง		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
รพ.สต.นามะตูม	อบต.นามะตูม		/	/	/	/	/	/	x	/	/	/	x
รพ.พนสนธิคม	ทต.พนสนธิคม	/		/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	ทต.กุฎโง้ง		/	/	/	x	/	/	x	/	/	/	x
ภาพรวม	๗	๑๓								๑๗	๓		

ผลการดำเนินงาน ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ มีตำบล จำนวน ๒๐ ตำบล ผ่านเกณฑ์การประเมิน ๗ ข้อ มีจำนวน ๑๗ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๘๕ ผ่านเกณฑ์

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรคหรือปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา
<ul style="list-style-type: none"> - CM ไม่ครอบคลุมทุกแห่ง - ชมรม ผสอ. บางพื้นที่ไม่เข้มแข็งพอ - ทัศนฯ มีไม่เพียงพอกับ ผสอ. ในแต่พื้นที่ - การเขียน CP ไม่ครอบคลุม 	<ul style="list-style-type: none"> - ทัศนฯ ในแต่ละโซนต้องเข้าไปร่วมดำเนินโครงการฯ เพื่อให้มีการบริการที่ครอบคลุม - สร้างเครือข่าย สร้างกระแสในการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุให้เข้มแข็ง - ให้ดำเนินการเขียน care plan ให้ครอบคลุม - มีการวางแผนส่งบุคลากรอบรมทดแทน cm

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด นายธนกฤต โชติสุภาพ

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

โทร ๐๘๘-๗๑๙๗๗๙๖ e-mail guy๐๐๓๗@hotmail.com

วัน/เดือน/ปี ที่รายงาน ๒ ตุลาคม ๒๕๖๒

ประเด็นยุทธศาสตร์ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ

ชื่อแผนงาน : การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ชื่อโครงการ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ตัวชี้วัดที่ ๔ : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีคุณภาพ

๑. ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์

อำเภอพนัสนิคม ขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)ตามองค์ประกอบ UCCARE ในปัจจุบัน และดำเนินการควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ครอบคลุมทุกมิติ (กาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ) เน้นกระบวนการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน พื้นฟูสุขภาพ อำเภอพนัสนิคม เข้าร่วมดำเนินงาน “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ” เป็นพื้นที่นำร่อง เน้นการจัดระบบสุขภาพพื้นที่ โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง และในวันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๑ มติคณะรัฐมนตรี ให้จัดทำระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่เป็นไปในทิศทางยุทธศาสตร์ และเป้าหมายอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างเป็นองค์รวม

๒. ผลการดำเนินงาน

เชิงคุณภาพ (แสดงขั้นตอนและกระบวนการทำงานตามเกณฑ์ที่กำหนดในตัวชี้วัด)

เกณฑ์เป้าหมาย

เกณฑ์เป้าหมาย	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
๑.ทุกอำเภอมีการทบทวน/แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑	ทุกอำเภอ	คำสั่ง อำเภอพนัสนิคม ที่ ๒๔๗/๒๕๖๑ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี
๒. อำเภอที่มีคุณภาพ คือ อำเภอที่มีการแก้ไขปัญหาตามประเด็นพื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคุณภาพชีวิต ตามองค์ประกอบ UCCARE โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือ ตั้งแต่ระดับ ๓ ขึ้นไป	ระดับ ๓ อย่างน้อย ๒ เรื่อง	การแก้ไขปัญหาในพื้นที่อำเภอพนัสนิคม ๓ เรื่อง ๑. การดูแลส่งเสริมคุณภาพชีวิตกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ๒.รณรงค์และส่งเสริมวิตามินเสริมธาตุเหล็กเด็กไทยอายุ ๖ เดือน - ๒ ปี ๓.อนามัยเจริญพันธุ์ แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

เกณฑ์เป้าหมาย ระดับ ๓

ขั้นตอนการดำเนินงาน	การดำเนินงาน	ผลการดำเนินงาน
ขั้นตอนที่ ๑	<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ - ประชุมคัดเลือกประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างน้อย ๒ ประเด็น - ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างน้อยไตรมาสละ ๑ ครั้ง 	<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนคำสั่ง อำเภอพนัสนิคม ที่ ๑๐๘/๒๕๖๒ - เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี - ประชุมคัดเลือกประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต ในวันพุธ ที่ ๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ ๑. การดูแลส่งเสริมคุณภาพชีวิตกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ๒. รณรงค์และส่งเสริมวิตามินเสริมธาตุเหล็กเด็กไทยอายุ ๖ เดือน - ๒ ปี ๓. อนามัยเจริญพันธุ์ แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
ขั้นตอนที่ ๒	<ul style="list-style-type: none"> - วางแผน กำหนดแนวทางและหน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบในกิจกรรมการแก้ไขปัญหาอย่างชัดเจน - แสดงให้เห็นถึงการบริหารจัดการทรัพยากรขอทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอโดยมีการกำหนดผู้รับผิดชอบงานแต่ละหน่วยงานอย่างชัดเจน
ขั้นตอนที่ ๓	<ul style="list-style-type: none"> - ดำเนินการตามแผนพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบบูรณาการและมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน จำนวน ๒ เรื่อง - มีการประชาสัมพันธ์การดำเนินงานของ พชอ.ทุกงานทางสื่อต่างๆอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ - ประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตในประเด็นที่คัดเลือกอย่างน้อย ๒ ประเด็น ตามแนวทาง UCCARE(ประเมินตนเอง) 	<ul style="list-style-type: none"> - ดำเนินการตามแผน ๓ เรื่อง ๑. การดูแลส่งเสริมคุณภาพชีวิตกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ๒. รณรงค์และส่งเสริมวิตามินเสริมธาตุเหล็กเด็กไทยอายุ ๖ เดือน - ๒ ปี ๓. อนามัยเจริญพันธุ์ แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น - มีการประชาสัมพันธ์ในกลุ่มไลน์เครือข่ายพชอ.จังหวัดและสื่อต่างๆเพื่อเผยแพร่การดำเนินงาน - องค์กรประกอบ UCCARE และแนวทาง DHS-PCA U อำเภอพนัสนิคม มีคำสั่ง พชอ. มีการประชุมนำไปสู่แผนการดำเนินงานตามบริบทพื้นที่ C ประชาชนได้รับการบริการและได้รับความรู้จากการลงพื้นที่ในแต่ละกิจกรรม เช่น กิจกรรมสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย

		C โดยมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนลงพื้นที่เยี่ยม บ้านและให้กำลังใจ A ทีม พขอ.และผู้รับบริการ มีรอยยิ้ม มีความสุข ให้อภัยใจ ไปด้วยรักเป็น แรงผลักดันให้ทีม พขอ.ทำงานอย่างมีความสุข R มีการพัฒนาทักษะและการดำเนินงาน แบบบูรณาการ อย่างเป็นองค์รวม E ได้ดำเนินงานตามบริบทพื้นที่เพื่อ ประชาชนมีสุขภาพที่ดีและยั่งยืน
ขั้นตอนที่ ๔	- สรุปผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตใน ประเด็นที่คัดเลือก ทั้งด้านกระบวนการและ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น - สรุปการดำเนินงานที่ พขอ. ได้ดำเนินในอำเภอ ทั้งหมด(นอกเหนือจากประเด็นที่เลือก - สรุปบทเรียนที่ได้รับจากการพัฒนาคุณภาพชีวิต	- มีการสรุปผลการดำเนินงานทั้งด้าน กระบวนการและผลลัพธ์ในแต่ละ ประเด็นปัญหาและนอกเหนือประเด็นที่ เลือกแต่ละไตรมาสเพื่อพัฒนาคุณภาพ ชีวิต
ขั้นตอนที่ ๕	มีนวัตกรรม,ผลงานวิชาการ,ผลงานวิจัย ที่เกิดจาก การพัฒนาคุณภาพชีวิตในประเด็นที่ดำเนินการ และมีการเผยแพร่ผลงานดังกล่าว	-

จากตารางผลการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอพนัสนิคม อยู่ในระดับที่ ๔ ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด

ปัญหา/อุปสรรค ต่อการดำเนินงาน

การประชาสัมพันธ์หรือการทำกิจกรรมเข้าไปไม่ถึงซึ่งเป็นปัญหาในการดำเนินงาน

พื้นที่อำเภอพนัสนิคมเป็นพื้นที่ที่มีประชากรเป็นจำนวนมากอยู่กับแบบกระจายการเข้าถึงประชาชนเป็นเรื่องยาก ต้องดำเนินงานไปที่ละก้าว พัฒนาคุณภาพชีวิตจากกลุ่มเล็กสู่กลุ่มใหญ่ให้คนพนัสนิคมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ผลงานเด่น/นวัตกรรม

อำเภอพนัสนิคมได้เป็นตัวแทนในการจัดบูธนิทรรศการและร่วมงาน มหกรรม “พลังคน พขอ” นำเสนอผลงานการดำเนินงานในปี ๒๕๖๑-๒๕๖๒

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี มีสิ่งที่ภาคภูมิใจคือ การร่วมมือกันของ ทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมกันบริหารจัดการรวมกันจนทำให้เกิดการแก้ปัญหาและการพัฒนาที่ตรงกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด นายวีรกร กุลสัมพันธ์ชัย

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

วัน/เดือน/ปี ที่รายงาน ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒

ประเด็นยุทธศาสตร์ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ

ชื่อแผนงาน : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

ชื่อโครงการ : โครงการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

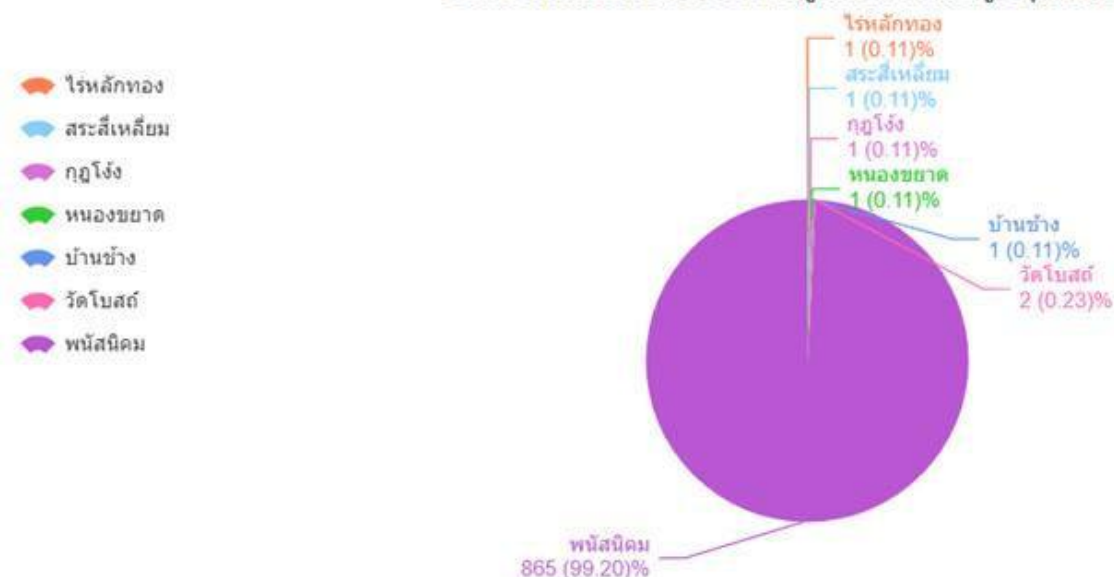
ชื่อตัวชี้วัดที่ ๕ : จำนวนผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่

๑. ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่ ๒ ครอบคลุมปี ๒๕๕๙-๒๕๖๒ โดยตั้งเป้าหมายลดอัตราการสูบบุหรี่ลง จากร้อยละ ๑๙.๙ ในปี ๒๕๕๘ เหลือร้อยละ ๑๖.๗ ในปี ๒๕๖๒ คือ ต้องลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ไม่น้อยกว่า ๑.๘ ล้านคน ด้วยการจัดทำโครงการ “๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน” โดยเน้นการชวน และช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ในชุมชน ซึ่งเป็นการทำงานเชิงรุก ในปีแรกเป็นปีของการจัดระบบสามารถชวนผู้เข้าร่วมโครงการฯ ได้ ๖๓๕,๙๑๕ คน จนถึงปัจจุบันมีผู้ลงทะเบียนสมัครใจเลิกบุหรี่ทั้งหมดเท่ากับ ๖๗๖,๕๖๑ คน มีผู้ที่เลิกบุหรี่สำเร็จ สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ติดต่อกันเกิน ๖ เดือนภายใต้โครงการร้อยละ ๑๗ หรือจำนวน ๑๑๕,๙๓๙ คน (ที่มา: รายงานผลการดำเนินงาน quitforking.com ณ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๑) ซึ่งเป็นตัวเลขการเลิกสูบบุหรี่ที่สูงกว่าระยะเวลา ๒๐ - ๓๐ ปี ที่ประเทศไทยสามารถทำให้คนเลิกสูบบุหรี่ได้เฉลี่ยปีละประมาณ ๓๐,๐๐๐ คน แต่อย่างไรก็ตามจำนวนผู้เลิกบุหรี่ยังไม่ถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ กระทรวงสาธารณสุขจึงต้องมีการเร่งรัดดำเนินการเพื่อชวน เชิญ หรือช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ให้สำเร็จ ควบคู่กับการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ รวมถึงหารูปแบบ แนวทาง หรือวิธีการที่เหมาะสมในการเพิ่มจำนวนผู้ที่เลิกบุหรี่ให้ได้ ๖ เดือน ด้วยกลไกการมีส่วนร่วมตั้งแต่การร่วมค้นหา และชักชวน เชิญชวน ผู้ติดบุหรี่เข้าร่วมกิจกรรม ร่วมสนับสนุนและให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ติดบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง และการติดตามประเมินผลในพื้นที่ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายอย่างยั่งยืนต่อไป

อำเภอพนสนิคม มีการดำเนินงานโครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน ในปี ๒๕๖๐-๒๕๖๑ โดยคัดกรองผู้สูบบุหรี่ และสมัครใจเลิกบุหรี่ พร้อมลงข้อมูลโปรแกรมผู้สูบบุหรี่ในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อสม., ประชาชนทั่วไป ตั้งแต่อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ผ่าน WEB [HTTP://QUITFORGING.COM/](http://QUITFORGING.COM/) ดังข้อมูลสถานการณ์ ดังนี้

อำเภอพนสนิคม มียอดรวมผู้สมัครใจเลิกสูบบุหรี่คือ 872



๓. ผลการดำเนินงาน

กลุ่มเป้าหมาย : ประชาชนและอสม.ที่สูบบุหรี่

๓.๑) เกณฑ์การประเมิน : ร้อยละของอสม.และประชาชนที่สูบบุหรี่สมัครใจเข้าร่วมโครงการบำบัดเลิกสูบบุหรี่

เกณฑ์การให้คะแนน : เชนจ์ปริมาณ (ร้อยละ ๗๐)

เกณฑ์ชี้วัด	หน่วยงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	คิดเป็นร้อยละ	ประเมินผลระดับ
อสม.และประชาชนที่สูบบุหรี่สมัครบำบัดเลิกสูบบุหรี่	รพ.สต.หน้าพระธาตุ	๒๕๕	๒๔๔	๙๕.๖๙	ระดับ ๔
	รพ.สต.วัดหลวง	๑๙๒	๑๙๑	๙๙.๔๘	ระดับ ๔
	รพ.สต.บ้านเข็ด	๒๖๗	๒๙๓	๑๐๙.๗๔	ระดับ ๕
	รพ.สต.นาเริก	๒๑๖	๒๓๔	๑๐๘.๓๓	ระดับ ๕
	รพ.สต.นาเริก (บ้านเนินแร่)	๒๓๑	๒๓๘	๑๐๓.๐๓	ระดับ ๕
	รพ.สต.หมอนนาง (บ้านหนองไทร)	๓๐๓	๓๓๙	๑๑๑.๘๘	ระดับ ๕
	รพ.สต.หมอนนาง	๔๙๒	๕๑๕	๑๐๔.๖๗	ระดับ ๔
	รพ.สต.สระสี่เหลี่ยม	๔๘๐	๔๘๓	๑๐๐.๖๓	ระดับ ๕
	รพ.สต.วัดโบสถ์	๒๐๗	๒๑๔	๑๐๓.๓๘	ระดับ ๕
	รพ.สต.หัวถนน	๓๐๙	๔๐๙	๑๓๒.๓๖	ระดับ ๕
	รพ.สต.ท่าข้าม	๑๘๐	๑๘๖	๑๐๓.๓๓	ระดับ ๕
	รพ.สต.หนองปรือ	๓๖๖	๓๗๒	๑๐๑.๖๔	ระดับ ๕
	รพ.สต.หนองขยาด	๒๑๙	๒๒๗	๑๐๓.๖๕	ระดับ ๕
	รพ.สต.ทุ่งขวาง	๒๗๖	๓๐๑	๑๐๙.๐๖	ระดับ ๕
	รพ.สต.หนองเหียง	๕๐๗	๖๑๔	๑๒๑.๑๐	ระดับ ๕
	รพ.สต.หนองเหียง (บ้านไร่เส้ง)	๑๘๐	๑๘๖	๑๐๓.๓๓	ระดับ ๕
	รพ.สต.นาวังหิน	๔๘๙	๔๙๗	๑๐๑.๖๔	ระดับ ๕
	รพ.สต.บ้านช้าง	๒๕๕	๒๖๒	๑๐๒.๗๕	ระดับ ๕
	รพ.สต.โคกเปลาะ	๒๑๓	๒๒๘	๑๐๗.๐๔	ระดับ ๕
	รพ.สต.ไร่หลักทอง	๒๒๒	๒๔๕	๑๑๐.๓๖	ระดับ ๕
รพ.สต.นามะตูม	๑๕๖	๑๖๓	๑๐๔.๔๙	ระดับ ๕	
โรงพยาบาลพนัสนิคม	๔๙๘	๖๘	๑๓.๖๕	ระดับ ๑	
รวม		๖,๕๑๓	๖,๕๐๙	๙๙.๙๔	ระดับ ๔

แหล่งที่มา : HDC ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาพยาบาล การคัดกรองและการบำบัดผู้ติดยาสูบ (special pp) ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒

ผลการดำเนินงาน อำเภอพนัสนิคม มีอสม.และประชาชนที่สูบบุหรี่สมัครใจเข้าร่วมโครงการบำบัดเลิกสูบบุหรี่จำนวน ๖,๕๐๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๙๔

๓.๒) เกณฑ์การประเมิน : ร้อยละของอสม.และประชาชนที่สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้

เกณฑ์การให้คะแนน : เชิงคุณภาพ (ร้อยละ ๓๐)

ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ : ประชาชนหรืออสม.ที่สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่เป็นระยะเวลาอย่างน้อย ๖ เดือน

เกณฑ์ชี้วัด	หน่วยงาน	เป้าหมาย	ผลงาน (ได้รับการ บำบัดเลิก บุหรี่)	ผลงาน (เลิกสูบบุหรี่ ได้ครบ ๖ เดือน)	คิดเป็น ร้อยละ	ประเมินผล ระดับ
อ ส ม .แ ล ะ ประชาชนที่ สูบบุหรี่เลิก สูบบุหรี่	รพ.สต.หน้าพระธาตุ	๒๕๕	๒๔๔	๑๒๕	๕๑.๒๓	ระดับ ๕
	รพ.สต.วัดหลวง	๑๙๒	๑๙๑	๑๓๖	๗๑.๒๐	ระดับ ๕
	รพ.สต.บ้านเข็ด	๒๖๗	๒๙๓	๓๙	๑๓.๓๑	ระดับ ๑
	รพ.สต.นาเริก	๒๑๖	๒๓๔	๑๒๓	๕๖.๕๖	ระดับ ๕
	รพ.สต.นาเริก (บ้านเนินแร่)	๒๓๑	๒๓๘	๑๗	๗.๑๔	ระดับ ๑
	รพ.สต.หมอนนาง (บ้านหนองไทร)	๓๐๓	๓๓๙	๑๘๒	๕๓.๖๙	ระดับ ๕
	รพ.สต.หมอนนาง	๔๙๒	๕๑๕	๑๒	๒.๓๓	ระดับ ๑
	รพ.สต.สระสี่เหลี่ยม	๔๘๐	๔๘๓	๗๕	๑๕.๕๓	ระดับ ๑
	รพ.สต.วัดโบสถ์	๒๐๗	๒๑๔	๓	๑.๔๐	ระดับ ๑
	รพ.สต.หัวถนน	๓๐๙	๔๐๙	๒๑๕	๕๖.๕๗	ระดับ ๕
	รพ.สต.ท่าข้าม	๑๘๐	๑๘๖	๑๓	๖.๙๙	ระดับ ๑
	รพ.สต.หนองปรือ	๓๖๖	๓๗๒	๑๖๓	๔๓.๘๒	ระดับ ๔
	รพ.สต.หนองขยาด	๒๑๙	๒๒๗	๕๘	๒๕.๕๕	ระดับ ๒
	รพ.สต.ทุ่งขวาง	๒๗๖	๓๐๑	๑๔	๕.๐๗	ระดับ ๑
	รพ.สต.หนองเหียง	๕๐๗	๖๑๔	๗๑	๑๓.๕๖	ระดับ ๑
	รพ.สต.หนองเหียง (บ้านไร่เสร์)	๑๘๐	๑๘๖	๑๘๐	๙๖.๗๗	ระดับ ๕
	รพ.สต.นาวังหิน	๔๘๙	๔๙๗	๕๗	๑๑.๔๗	ระดับ ๑
	รพ.สต.บ้านช้าง	๒๕๕	๒๖๒	๑๑๗	๔๕.๖๖	ระดับ ๔
	รพ.สต.โคกเพลาะ	๒๑๓	๒๒๘	๖	๒.๖๓	ระดับ ๑
	รพ.สต.ไร่หลักทอง	๒๒๒	๒๔๕	๘๒	๓๖.๔๗	ระดับ ๓
รพ.สต.นามะตูม	๑๕๖	๑๖๓	๑๒๑	๗๗.๕๐	ระดับ ๕	
โรงพยาบาลพนัสนิคม	๔๙๘	๖๘	๐	๐	ระดับ ๑	
รวม		๖,๕๑๓	๖,๕๐๙	๑,๘๑๐	๒๗.๘๑	ระดับ ๒

แหล่งที่มา : HDC ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาพยาบาล การคัดกรองและการบำบัดผู้ติดบุหรี่ (special pp) ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒

ผลการดำเนินงาน อำเภอพนัสนิคม มีอสม.และประชาชนที่สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ครบ ๖ เดือน จำนวน ๑,๘๑๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๗.๘๑

๔. นวัตกรรมหรือผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้

- ๔.๑ กิจกรรมบูรณาการร่วมกับงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๕ส. ๓อ. ๑น. ของรพ.สต.หนองปรือ
- จัดเวทีแลกเปลี่ยนบุคคลต้นแบบการเลิกบุหรี่
 - สมุนไพรอดบุหรี่ โดยใช้มะขามเปียกลดความอยากบุหรี่
- ๔.๒ กิจกรรม Smoking model : คนสูบบุหรี่เห็นโทษและพิษภัยของการสูบบุหรี่ ของรพ.สต.หมอนนาง (บ้านหนองไทร)
- ๔.๓ การผลิตชาชงหญ้าดอกขาว ลดการติดบุหรี่ ทำให้ไม่อยากบุหรี่ (รพ.พนัสนิคม)

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรคหรือปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา
๑.) อสม. ขาดทักษะการให้คำปรึกษาผู้ที่สมัครใจเลิกบุหรี่	๑.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรพ.สต. อบรมอสม.ในการให้คำปรึกษาผู้ที่สมัครใจเลิกบุหรี่
๒.) ข้อมูลการบันทึกคัดกรองสมัครเข้าร่วม และติดตามในระบบ HDC ผ่าน ๔๓ แฟ้ม (special pp) ยังมีความ ERROR	๒.) จัดอบรมการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้องในระบบ HDC ผ่าน ๔๓ แฟ้ม (special pp) ให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต.และสสอ.
๓.) รพ.สต. ยังไม่มีคลินิกอดบุหรี่	๓.) สำรวจความต้องการของรพ.สต.ที่จะเข้ารับการอบรมผู้บำบัดบุหรี่ เพื่อที่จะจัดตั้งคลินิกอดบุหรี่ในพื้นที่

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด นายธนภุต โชติสุภาพ

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

โทร ๐๘๘-๗๑๙๗๗๙๖ e-mail guy๐๐๓๗@hotmail.com

วัน/เดือน/ปี ที่รายงาน ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒

นางศราณี คำแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นายปรมินทร์ โคตรทอง แพทย์แผนไทย

ประเด็นยุทธศาสตร์ : การจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและบริการเป็นเลิศ

ชื่อแผนงาน : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

ชื่อโครงการ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตัวชี้วัดที่ ๖ : ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

๑. ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(non-communicable diseases) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ โดยมีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมาหลายประการจนถึงขั้นสูญเสียชีวิต นอกจากนี้ยังอาจเกิดทุพพลภาพตามมาและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยเองรวมถึงสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักควบคุมโรคไม่ได้ จากรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๔๗-๒๕๕๖ พบว่าอัตราตายต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และขณะที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ การที่ผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมน้ำตาล/ความดันโลหิตได้ ย่อมส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต หัวใจ หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง จากข้อมูลปี ๒๕๕๙ ปี๒๕๖๐ ปี ๒๕๖๑ ของอำเภอพนสนิมคม พบว่าคลินิกบริการผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้อย่างเหมาะสม ร้อยละ ๑๘.๘๓,๓๒.๖๗,๓๒.๗๐ และ ๓๓.๗๑,๓๑.๖๔,๓๕.๔ ตามลำดับ แหล่งอ้างอิงข้อมูล จาก HDC ซึ่งในเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพบริการของคลินิก NCD ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานควบคุมได้ ต้องมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๔๐ และร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมได้ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๐ ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ส่วนหนึ่งยังไม่เข้าถึงระบบบริการด้านสาธารณสุข/ขาดนัด/รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ/ไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนสนิมคม อำเภอพนสนิมคม จังหวัดชลบุรี จึงได้เล็งเห็นความสำคัญของงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้กลุ่มปกติไม่กลายเป็นกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มเสี่ยงไม่กลายเป็นกลุ่มป่วยและกลุ่มป่วยไม่กลายเป็นกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์และบรรลุตามแผนการดำเนินงาน โดยมีเป้าหมายในแต่ละปี ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลได้ร้อยละมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๔๐ และร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๐ หรือเพิ่มขึ้นในแต่ละปีอย่างน้อย ๕% และมุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการแบบสหสาขาและมีการพัฒนามาตรฐานการรักษาระดับที่เชื่อมโยงสถานบริการทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ มีการคัดกรองในระดับชุมชน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๓๐. ๒๕. ๑๖. เพื่อควบคุมต่อการเกิดโรค และป้องกันการเกิดโรครายใหม่โดยมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน หมอครอบครัว อสค. อสม. การค้นหาภาวะแทรกซ้อน และระบบการส่งต่อเพื่อการรักษาระดับที่สูงขึ้น ภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(DHB) ระดับหมู่บ้าน นั้น

๓.ผลการดำเนินงาน

๓.๑ เชิงปริมาณ

ตัวชี้วัดที่ ๖ ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้

เกณฑ์เป้าหมาย ๖.๑ ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ $\geq 40\%$ (HbA_{1c} ครั้งสุดท้ายน้อยกว่า ๗ mg%)

หน่วยงาน	จำนวนผู้ป่วย DM ทั้งหมด	ได้รับการตรวจ	จำนวนที่ควบคุมได้	ร้อยละ	ผลการประเมิน	
					ผ่าน	ไม่ผ่าน
รพ.สต.หน้าพระธาตุ	๓๓๐	๒๒๗	๑๐๔	๓๑.๕๒		/
รพ.สต.วัดหลวง	๒๒๖	๑๖๐	๘๗	๓๘.๕		/
รพ.สต.บ้านเซ็ด	๒๔๗	๑๖๕	๗๙	๓๑.๙๘		/
รพ.สต.นาเร็ก	๒๘๘	๑๘๗	๘๓	๒๘.๘๒		/
รพ.สต.เนินแร่	๓๓๔	๒๐๐	๘๗	๒๖.๐๕		/
รพ.สต.หนองไทร	๓๖๕	๒๒๓	๙๕	๒๖.๐๓		/
รพ.สต.หมอนนาง	๔๕๒	๒๔๗	๑๑๓	๒๕.๐๐		/
รพ.สต.สระสี่เหลี่ยม	๓๗๔	๒๔๙	๑๑๖	๓๑.๐๒		/
รพ.สต.วัดโบสถ์	๒๓๘	๑๗๗	๑๑๑	๔๖.๖๔	/	
รพ.สต.หัวถนน	๓๖๕	๒๘๙	๑๔๖	๔๐.๐๐	/	
รพ.สต.ท่าข้าม	๑๙๕	๑๒๕	๔๖	๒๓.๕๙		/
รพ.สต.หนองปรือ	๔๐๑	๓๕๒	๒๓๐	๕๗.๓๖	/	
รพ.สต.หนองขยาด	๒๔๘	๑๕๕	๗๗	๓๑.๐๕		/
รพ.สต.ทุ่งขวาง	๒๙๙	๒๐๙	๑๑๐	๓๖.๗๙		/
รพ.สต.หนองเหียง	๕๗๕	๓๗๓	๑๖๗	๒๙.๐๔		/
รพ.สต.ไร่เส้ง	๑๖๙	๑๒๔	๕๑	๓๐.๑๘		/
รพ.สต.นาวังหิน	๓๙๐	๓๑๗	๑๙๐	๔๘.๗๒	/	
รพ.สต.บ้านช้าง	๔๒๘	๒๖๓	๑๓๕	๓๑.๕๔		/
รพ.สต.โคกเปลาะ	๒๖๐	๑๙๐	๙๘	๓๗.๖๙		/
รพ.สต.ไร่หลักทอง	๒๑๗	๑๔๕	๗๑	๓๒.๗๒		/
รพ.สต.นามะตูม	๑๕๗	๑๑๐	๔๙	๓๑.๒๑		/
รพ.พนัสนิคม	๘๖๑	๖๑๕	๓๒๙	๓๘.๒๑		/
รวม	๗๔๑๙	๕๑๐๒	๒๕๗๔	๓๔.๖๙		/

ข้อมูลจาก HDC ประมวลผล ณ วันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๒

จากตารางพบว่า:จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด Type ๑ และ Type ๓ ในพื้นที่อำเภอพนัสนิคม จำนวน ๗,๔๑๙ คน ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี จำนวน ๒,๕๗๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๖๙ ยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด

๓.๒ เชิงคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๖.๑ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้

เกณฑ์เป้าหมาย:ผ่านระดับ ๕

คะแนน	ระดับ๑ <๒๕%	ระดับ๒ ๒๕-๒๙.๙๙%	ระดับ๓ ๓๐-๓๔.๙๙%	ระดับ๔ ๓๕-๓๙.๙๙%	ระดับ๕ $\geq 40\%$	ผลการประเมิน
ร้อยละผู้ป่วยDM ที่ควบคุมได้ดี			๓๔.๖๙ %			ไม่ผ่านเกณฑ์

จากตารางพบว่า:ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ผลการดำเนินงานอยู่ระดับ ๓ ได้ร้อยละ ๓๔.๖๙ ยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด

๓.๓ เชิงปริมาณ

ตัวชี้วัดที่ ๖ ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

เกณฑ์เป้าหมาย ๖.๒ ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ $\geq 50\%$ (ค่าระดับความดันโลหิต ๒ ครั้งสุดท้ายน้อยกว่า ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอท.)

หน่วยงาน	จำนวนผู้ป่วย HT ทั้งหมด	ได้รับการตรวจ	จำนวนที่ควบคุมได้	ร้อยละ	ผลการประเมิน	
					ผ่าน	ไม่ผ่าน
รพ.สต.หน้าพระธาตุ	๖๖๖	๕๔๘	๓๗๗	๕๖.๖๑	/	
รพ.สต.วัดหลวง	๕๐๘	๓๘๐	๑๙๑	๓๗.๖		/
รพ.สต.บ้านเข็ด	๔๘๔	๒๘๙	๑๓๐	๒๖.๘๖		/
รพ.สต.นาเร็ก	๖๖๐	๓๒๕	๑๕๘	๒๓.๙๔		/
รพ.สต.เนินแร่	๗๖๔	๓๒๕	๑๖๒	๒๑.๒		/
รพ.สต.หนองไทร	๗๓๖	๓๗๘	๑๖๕	๒๒.๔๒		/
รพ.สต.หมอนนาง	๙๐๔	๔๕๘	๒๒๑	๒๔.๔๕		/
รพ.สต.สระสี่เหลี่ยม	๗๘๔	๖๒๘	๓๘๑	๔๘.๖		/
รพ.สต.วัดโบสถ์	๕๐๙	๓๘๕	๒๗๖	๕๔.๒๒	/	
รพ.สต.หัวถนน	๘๙๔	๖๐๙	๒๘๖	๓๑.๙๙		/
รพ.สต.ท่าข้าม	๔๐๓	๒๐๙	๑๐๗	๒๖.๕๕		/
รพ.สต.หนองปรือ	๙๐๗	๖๗๓	๔๓๐	๔๗.๔๑		/
รพ.สต.หนองขยาด	๖๐๒	๕๐๖	๓๖๓	๖๐.๓	/	
รพ.สต.ทุ่งขวาง	๖๒๘	๓๔๙	๑๗๓	๒๗.๕๕		/
รพ.สต.หนองเหียง	๑๕๘๐	๗๖๓	๓๙๖	๒๕.๐๖		/
รพ.สต.ไร่เส้ง	๕๘๔	๒๖๖	๑๕๓	๒๖.๒		/
รพ.สต.นาวังหิน	๗๘๔	๔๕๕	๒๒๕	๒๘.๗		/
รพ.สต.บ้านช้าง	๙๕๐	๕๐๕	๒๔๙	๒๖.๒๑		/
รพ.สต.โคกเพลาะ	๔๖๔	๓๑๑	๑๗๔	๓๗.๕		/
รพ.สต.ไร่หลักทอง	๕๔๗	๓๐๘	๑๖๔	๒๙.๙๘		/
รพ.สต.นามะตูม	๓๔๑	๑๙๖	๙๔	๒๗.๕๗		/
รพ.พนัสนิคม	๑๙๓๖	๑๐๔๕	๕๒๘	๒๗.๒๗		/
รวม	๑๖๖๓๕	๙๙๑๑	๕๔๐๓	๓๒.๔๐		/

ข้อมูลจาก HDC ประมวลผล ณ วันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๒

จากตารางพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด Type ๑ และ Type ๓ ในพื้นที่อำเภอพนัสนิคม จำนวน ๑๖,๖๓๕ คน ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี จำนวน ๕,๔๐๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๒.๔๐ ยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด

๓.๔ เชิงคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๖.๒ ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

เกณฑ์เป้าหมาย:ผ่านระดับ ๕

คะแนน	ระดับ๑ <๓๕%	ระดับ๒ ๓๕-๓๙.๙๙%	ระดับ๓ ๔๐-๔๔.๙๙%	ระดับ๔ ๔๕-๔๙.๙๙%	ระดับ๕ $\geq 50\%$	ผลการประเมิน
ร้อยละผู้ป่วย HT ที่ควบคุมได้ดี	๓๒.๔๐					ไม่ผ่านเกณฑ์

จากตารางพบว่า:ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ผลการดำเนินงานอยู่ระดับ ๑ ได้ร้อยละ ๓๒.๔๐ยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด

๓.๕ เชิงปริมาณ

ตัวชี้วัดที่ ๖.๓ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD Risk) ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ \geq ๙๐%

หน่วยงาน	จำนวนผู้ป่วยDM/HT ทั้งหมดที่ยังไม่ป่วย CVD (โรคหัวใจและหลอดเลือด)	ได้รับการตรวจคัดกรองประเมิน CVD Risk	ร้อยละ	ผลการประเมิน	
				ผ่าน	ไม่ผ่าน
รพ.สต.หน้าพระธาตุ	๒๔๙	๒๓๕	๙๔.๓๘	/	
รพ.สต.วัดหลวง	๑๔๓	๑๓๔	๙๓.๗๑	/	
รพ.สต.บ้านเข็ด	๒๐๕	๑๙๕	๙๕.๑๒	/	
รพ.สต.นาเว็ก	๒๗๖	๒๖๑	๙๔.๕๗	/	
รพ.สต.เนินแร่	๓๑๙	๓๐๕	๙๕.๖๑	/	
รพ.สต.หนองไทร	๒๙๒	๒๗๓	๙๓.๔๙	/	
รพ.สต.หมอนนาง	๒๘๕	๒๖๙	๙๔.๓๙	/	
รพ.สต.สระสี่เหลี่ยม	๓๓๘	๓๑๖	๙๓.๔๙	/	
รพ.สต.วัดโบสถ์	๑๕๒	๑๔๒	๙๓.๔๒	/	
รพ.สต.หัวถนน	๓๒๒	๓๑๓	๙๗.๒	/	
รพ.สต.ท่าข้าม	๑๕๕	๑๕๒	๙๘.๐๖	/	
รพ.สต.หนองปรือ	๓๖๐	๓๓๕	๙๓.๐๖	/	
รพ.สต.หนองขยาด	๒๒๑	๒๑๕	๙๗.๒๙	/	
รพ.สต.ทุ่งขวาง	๑๙๙	๑๙๐	๙๕.๔๘	/	
รพ.สต.หนองเหียง	๖๕๓	๖๑๖	๙๔.๓๓	/	
รพ.สต.ไร่เสร์	๒๑๙	๒๑๕	๙๘.๑๗	/	
รพ.สต.นาวังหิน	๓๓๕	๓๑๔	๙๓.๗๓	/	
รพ.สต.บ้านช้าง	๓๘๖	๓๕๒	๙๑.๑๙	/	
รพ.สต.โคกเปลาะ	๑๓๕	๑๒๑	๘๙.๖๓	/	/
รพ.สต.ไร่หลักทอง	๑๙๔	๑๗๔	๘๙.๖๙	/	/
รพ.สต.นามะตูม	๙๗	๙๔	๙๖.๙๑	/	
รพ.พนัสนิคม	๖๒๔	๓๒๓	๕๑.๗๖	/	/
รวม	๖๑๕๙	๕๕๔๔	๙๐.๐๑	/	

ข้อมูลจาก HDC ประมวลผล ณ วันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๒

จากตารางพบว่า:จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD) ที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด Type ๑ และ Type ๓ ในพื้นที่อำเภอพนสนนิคม จำนวน ๖๑๕๙ คน ได้รับการตรวจคัดกรองประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD Risk) จำนวน ๕๕๔๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๐.๐๑ ซึ่งเกณฑ์จะต้องผ่านร้อยละ \geq ๙๐ ผลงานผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด

๓.๖ เชิงคุณภาพ ตัวชี้วัดที่ ๖.๓ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและ หลอดเลือด(CVD Risk)

เกณฑ์เป้าหมาย:ผ่านระดับ ๕

คะแนน	ระดับ๑ <๖๐%	ระดับ๒ ๖๐-๖๙%	ระดับ๓ ๗๐-๗๙%	ระดับ๔ ๘๐-๘๙%	ระดับ๕ \geq ๙๐%	ผลการประเมิน
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD Risk)					๙๐.๐๑ %	ผ่านเกณฑ์

จากตารางพบว่า:ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD Risk) ผลการดำเนินงานอยู่ระดับ ๕ ได้ร้อยละ ๙๐.๐๑ ซึ่งเกณฑ์ต้องผ่านระดับ ๕ \geq ๙๐% ผลงานผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน NCD ปี ๒๕๖๒	แนวทางในการแก้ไข/ปรับปรุงและพัฒนางานในปี ๒๕๖๓	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
๑.ฐานข้อมูลเป้าหมายผู้ป่วย DMและHT Type ๑และ Type ๓ มีจำนวนมากกว่าผู้รับบริการจริง	๑.สสอ.จัดทำแบบฟอร์มและให้หน่วยบริการสำรวจข้อมูลผู้ป่วยโรค DM อย่างเดียว,ผู้ป่วยโรคHT อย่างเดียวและผู้ป่วยเป็นทั้งโรค DMและHT ที่มารับบริการที่คลินิกNCD ที่ PCU และรพ.สต. ๒.สสอ.ประสาน รพ.พนัสนิคมให้สำรวจข้อมูลผู้ป่วย DM และผู้ป่วยHT ที่เป็นผู้ป่วย Type๑และType๓ของเขตพื้นที่ รพ.สต.และPCU ที่ไปขึ้นทะเบียนที่คลินิกNCD ที่รพ.พนัสนิคม	คปสอ.พนัสนิคม
๒.ผู้ป่วย DMและHT Type ๑และType ๓ ที่อยู่ในพื้นที่แต่ไปรับบริการ ที่ รพ.เอกชน,คลินิก,และ รพ.ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและอื่นๆ ทำให้เกิดความครอบคลุมยากในบางหน่วยบริการ	๑.สสอ.พนัสฯทำหนังสือโดยผ่านสาธารณสุขอำเภอ ขอ ความอนุเคราะห์ชื่อผู้ป่วย DMและHTที่ไปรับการรักษาและขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการข้างเคียง เช่น รพ.พานทอง,รพ.เกาะจันทร์,รพ.ฉะเชิงเทราและอื่นๆ ๒.เวลามีการประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับอำเภอ อยากรจะให้ประธาน NCD Broad เชิญคลินิกในพื้นที่ระดับอำเภอเข้าร่วมประชุมด้วยเพื่อวางแนวทางร่วมกันถ้าเป็นในกรณีภาพจังหวัดอยากให้ ประธาน NCD Broad ระดับจังหวัดเชิญรพ.เอกชนและกิ่งเอกชนหรือคลินิกทำ MOU ร่วมกันเพื่อการบริหารจัดการข้อมูลได้ง่ายขึ้น	คปสอ.พนัสนิคม สสอ.พนัสนิคม สสจ.ชลบุรี
๓.การบันทึกข้อมูลในระบบ Jhcis ยังไม่สมบูรณ์เวลานำเข้าข้อมูลและส่งออก ๔๓ แฟ้มทำให้ผลงานไม่ปรากฏใน HDC	๓.๑.ควรมีการจัดประชุมฟื้นฟูความรู้ในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติและมีการทดสอบความรู้ในเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานบันทึกข้อมูลและเจ้าหน้าที่ที่รับงาน NCD(มีการดำเนินการจัดประชุมไปแล้ว เมื่อวันที่ ๒๖ ก.พ.๖๒)	ผู้รับผิดชอบงาน NCD และ งาน IT ระดับ อำเภอและรพ.สต.ทุกแห่ง
๔.แพทย์จากโรงพยาบาลหรือใน PCU บางท่านไม่ปฏิบัติตามแนวทาง CPG ของงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น กรณี ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมาโรงพยาบาลครั้งแรกแล้วมาตรวจวัดความดันโลหิต พบว่า ความดันโลหิตสูง แพทย์จะต่อนัดประชาชนกลุ่มเสี่ยง มาตรวจซ้ำ แต่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น HT เลย ทำให้เป้าหมายผู้ป่วยเยอะกว่าความเป็นจริง	๔.๑ แพทย์ในโรงพยาบาลควรปฏิบัติตามแนวทาง CPG ของงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในปี ๒๕๖๒	รพ.พนัสนิคม
๕.ปัญหาระบบการเข้าถึงบริการผู้ป่วย DMและ HT ในหน่วยบริการหรือPCU ในเรื่องความรู้และทัศนคติ รวมถึงพฤติกรรมปฏิบัติตนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดย แบ่ง เป็น ๒ ลักษณะ - พฤติกรรมผู้ป่วยเองไม่รู้การปฏิบัติตน,กับรู้แต่ไม่ปฏิบัติตาม - ระบบการให้บริการ เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่น้อยภาระงานมากทำให้ไม่มีเวลาให้สุขศึกษารายบุคคล, รายกลุ่ม	๕.๑ ประเมินความรู้,ทัศนคติ,ความพึงพอใจผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ ๕.๒ ประเมินระบบการให้บริการ ใน PCU ๕.๓ ประสาน สสอ.ให้ความช่วยเหลือในเรื่องต่างๆในงาน NCD	สสอ.พนัสนิคม รพ.สต.ทุกแห่ง
๖.ผลงานR๒R/นวัตกรรม ยังมีน้อย	๗.๑ พัฒนางานประจำให้เกิดผลงาน R๒R/นวัตกรรม ในปี ๒๕๖๓ และนำมาใช้ประโยชน์ได้จริง	รพ.สต.ทุกแห่ง

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด นางชุตติกาญจน์ ฉิมพลีกุล
ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน
โทร๐๘๘-๒๒๑๓๕๖๘ email:nongmilechim@gmail.com

นางสาวอัจฉราพร ลีกุล
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.
วัน เดือน ปี ที่รายงาน ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒

ประเด็นยุทธศาสตร์ : การจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและบริการเป็นเลิศ

ชื่อแผนงาน : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

ชื่อโครงการ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตัวชี้วัดที่ ๗ : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็ง (screening and Early Detection) (มะเร็งปากมดลูก, มะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง)

๑. ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์

จากข้อมูลระบาดวิทยาในประเทศไทย ข้อมูลสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี พ.ศ.๒๕๕๙ และ พ.ศ.๒๕๖๐ พบว่ามะเร็งเต้านมมีอุบัติการณ์มากที่สุด รองลงมามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งลำไส้ใหญ่ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักพบในช่วงอายุ ๕๐-๖๐ ปี เมื่อเริ่มวินิจฉัยพบว่าร้อยละ ๘๐ เป็นมะเร็งระยะแรก(ระยะที่ ๑-๓) ร้อยละ ๑๐ เป็นมะเร็งในระยะกระจาย(ระยะที่ ๔)และจากการตรวจคัดกรองที่มากขึ้นในปัจจุบัน ในประเทศไทยทำให้พบมะเร็งเต้านมระยะแรกมากขึ้น เช่นกัน จากข้อมูลต่างๆพบว่าอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูก, มะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงเพิ่มมากขึ้น ส่วนหนึ่งมาจากสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น จึงส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงในเรื่องของการรับประทานอาหาร การดำเนินชีวิตประจำวันและสภาพแวดล้อมที่เป็นการเพิ่มปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดมะเร็งปากมดลูก, มะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ดังนั้นการรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพในประชาชนทั่วไปและสตรีเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก, มะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ครอบคลุมทั้งเรื่องโภชนาการ การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์และการกำจัดความเครียด จึงจะช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูก, มะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนัสนิคม อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี จึงได้เล็งเห็นความสำคัญของงานโรคไม่ติดต่อ (มะเร็งปากมดลูก, มะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง) โดยมีเป้าหมายให้สตรีอายุระหว่าง ๓๐-๖๐ ปีได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมให้ครอบคลุมทุกคน และสตรีอายุระหว่าง ๓๐-๗๐ ปีได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองและเจ้าหน้าที่ให้ครอบคลุมทุกราย และประชาชนทั่วไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง ๕๐-๗๐ ปี ต้องได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ เพื่อเป็นการตรวจคัดกรองเบื้องต้นและในรายที่มีความผิดปกติส่งต่อพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยยืนยันผล และบริการการรักษาตามมาตรฐาน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและระยะลุกลามได้นั้น โดยมุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการแบบสหสาขาและมีการพัฒนามาตรฐานการรักษาที่เชื่อมโยงสถานบริการทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ มีการคัดกรองในระดับชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน หมอครอบครัว อสม. อสม. การค้นหาภาวะแทรกซ้อน และระบบการส่งต่อเพื่อการรักษาระดับที่สูงขึ้น ภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(DHB) ระดับหมู่บ้าน นั้น

๓.๑ เชิงปริมาณ

ตัวชี้วัดที่ ๗ ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็ง(screening and Early Detection) (มะเร็งปากมดลูก,มะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง)

เกณฑ์เป้าหมาย ๗.๑ ร้อยละประชากรสตรีอายุระหว่าง ๓๐-๖๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกรายใหม่สะสมในปี ๒๕๕๘-๒๕๖๒ \geq ร้อยละ ๕๐

หน่วยงาน	เป้าหมายประชากรสตรีอายุระหว่าง ๓๐-๖๐ ปี	ผลงานการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามเป้าหมายสะสมปี ๒๕๕๘-๒๕๖๒	ร้อยละ	ผลการประเมิน	
				ผ่าน	ไม่ผ่าน
รพ.สต.หน้าพระธาตุ	๙๓๒	๔๙๑	๕๑.๙๖	/	
รพ.สต.วัดหลวง	๕๒๓	๒๐๐	๓๗.๑๑		/
รพ.สต.บ้านเข็ด	๘๗๙	๒๙๔	๓๓.๔๕		/
รพ.สต.นาเวียง	๙๒๗	๖๒๒	๖๗.๑	/	
รพ.สต.เนินแร่	๘๖๖	๒๙๖	๓๔.๑๘		/
รพ.สต.หนองไทร	๑๑๕๘	๓๔๕	๒๙.๗๙		/
รพ.สต.หมอนนาง	๑๒๕๒	๙๗๓	๗๗.๗๒	/	
รพ.สต.สระสี่เหลี่ยม	๑๐๐๖	๒๓๐	๒๒.๘๖		/
รพ.สต.วัดโบสถ์	๓๘๕	๑๙๕	๕๐.๖๕	/	
รพ.สต.หัวถนน	๙๒๕	๓๖๕	๓๙.๕๖		/
รพ.สต.ท่าข้าม	๕๖๔	๑๖๗	๒๙.๖๑		/
รพ.สต.หนองปรือ	๑๒๓๘	๙๕๐	๗๖.๗๔	/	
รพ.สต.หนองขยาด	๘๑๗	๒๗๘	๓๔.๐๓		/
รพ.สต.ทุ่งขวาง	๘๑๘	๒๐๗	๒๕.๓๑		/
รพ.สต.หนองเหียง	๑๙๖๒	๓๖๔	๑๘.๕๕		/
รพ.สต.ไร่เส้ง	๗๔๘	๒๒๓	๒๙.๘๑		/
รพ.สต.นาวังหิน	๑๑๗๓	๒๙๔	๒๕.๐๖		/
รพ.สต.บ้านช้าง	๑๕๖๙	๒๙๙	๑๙.๐๖		/
รพ.สต.โคกเปลาะ	๓๕๗	๑๔๘	๔๑.๕๖		/
รพ.สต.ไร่หลักทอง	๗๔๔	๓๕๔	๔๗.๕๘		/
รพ.สต.นามะตูม	๔๐๕	๑๑๓	๒๗.๙		/
รพ.พนัสนิคม	๓๐๖๗	๓๕๓	๑๑.๕๑		/
รวม	๒๒๓๑๕	๗๗๖๑	๓๔.๗๘		/

ข้อมูลจาก HDC ประมวลผล ณ วันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๒

จากรายการพบว่า:เป้าหมายกลุ่มสตรีอายุระหว่าง ๓๐-๖๐ ปี ที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด Type ๑ และ Type ๓ ในพื้นที่อำเภอพนัสนิคม จำนวน ๒๒๓๑๕ คน ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกรายใหม่สะสมในปี ๒๕๕๘-๒๕๖๒ จำนวน ๗๗๖๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๗๘ ซึ่งเกณฑ์ตัวชี้วัดต้องผ่าน \geq ร้อยละ ๕๐ ผลงานยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด

๓.๒ เชิงคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๗.๑ ร้อยละประชากรสตรีอายุระหว่าง ๓๐-๖๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกรายใหม่สะสมใน ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๒ \geq ร้อยละ ๕๐

เกณฑ์เป้าหมาย:ผ่านระดับ ๕

คะแนน	ระดับ๑ $\geq ๑๐\%$	ระดับ๒ ๒๐-๒๙ %	ระดับ๓ ๓๐-๓๙ %	ระดับ๔ ๔๐-๔๙ %	ระดับ๕ $\geq ๕๐\%$	ผลการประเมิน
ร้อยละประชากรสตรีอายุระหว่าง๓๐-๖๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกรายใหม่สะสมในปี ๒๕๕๘-๒๕๖๒			๓๔.๗๘%			ไม่ผ่านเกณฑ์

จากตารางพบว่า:ร้อยละประชากรสตรีอายุระหว่าง ๓๐-๖๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกรายใหม่สะสมใน ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๒ เกณฑ์เป้าหมายต้องผ่านระดับ ๕ ร้อยละ ≥ ๕๐ ผลการดำเนินงานอยู่ระดับ ๓ ได้ร้อยละ ๓๔.๗๘ ยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

๑.กลุ่มเป้าหมายสตรีที่มารับบริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่เป็นสตรีที่มีอายุ ๕๕ ปีขึ้นไป ส่วนที่เหลือจะไปทำงานโรงงานหรือรับจ้างทั่วไปจึงยากต่อการเข้าถึงบริการได้

๒.กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองไปแล้วภายใน ๕ ปี จะมาขอรับบริการตรวจคัดกรองใหม่เนื่องจากในฐานข้อมูล HDC ถ้ากลุ่มเป้าหมายคัดกรองไปแล้วภายในปี ๒๕๕๘-๒๕๖๒ จะสามารถลงข้อมูลผลงานใน HDC ได้เพียง ๑ ครั้ง ถ้ามารับบริการซ้ำในปี ๒๕๕๘-๒๕๖๒ จะนับเป็นข้อมูลซ้ำซ้อนจะไม่นำมาคิดเป็นผลงานและไม่ได้เงินค่าคัดกรอง

๓.กลุ่มเป้าหมายสตรีส่วนหนึ่งที่ยังมีความอายและยังไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก

แนวทางในการแก้ไข/และพัฒนางาน

๑.จัดทำแผนออกเชิงรุกในวันหยุดให้กับพนักงานหรือกลุ่มเป้าหมายที่มีอาชีพรับจ้าง เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับการให้บริการและการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้ได้มากที่สุด

๒.สสอ.พนัสนิคม ดึงข้อมูลกลุ่มเป้าหมายสตรีที่มีอายุระหว่าง ๓๐-๖๐ ปี ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ที่ยังไม่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยดึงข้อมูลจาก HDC ใน Data Exchange รายบุคคลให้กับหน่วยบริการเพื่อประชาสัมพันธ์และทำหนังสือเชิญตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อไป

๓.สร้างทีมงานและเครือข่ายในรูปแบบ คปสอ.พนัสนิคม โดยมีทีมแพทย์และเจ้าหน้าที่จาก รพ.พนัสนิคม ออกให้บริการร่วมด้วยพร้อมกับเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและลดความอายให้กับผู้รับบริการและมีการจัดทำแผนในการออกตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและให้ดำเนินงานควบคู่กับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมไปพร้อมกัน

๓.๓ เชิงปริมาณ

เกณฑ์เป้าหมาย ๗.๒ ร้อยละประชากรสตรีอายุระหว่าง ๓๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองและตรวจเต้านมด้วยเจ้าหน้าที่ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ \geq ร้อยละ ๕๐

หน่วยงาน	เป้าหมายประชากรสตรีอายุระหว่าง ๓๐-๗๐ ปี	ผลงานการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองและตรวจเต้านมด้วยเจ้าหน้าที่ ปี ๒๕๖๒	ร้อยละ	ผลการประเมิน	
				ผ่าน	ไม่ผ่าน
รพ.สต.หน้าพระธาตุ	๑๑๔๔	๑๐๗๐	๙๓.๕๓	/	
รพ.สต.วัดหลวง	๖๗๒	๖๑๔	๙๑.๓๗	/	
รพ.สต.บ้านเข็ด	๑๐๖๗	๙๔๔	๘๘.๔๗	/	

รพ.สต.นาเวจิก	๑๑๖๑	๑๑๕๓	๙๙.๓๑	/	
รพ.สต.เนินแร่	๑๐๘๓	๑๐๖๐	๙๗.๘๘	/	
รพ.สต.หนองไทร	๑๔๑๘	๑๓๔๗	๙๕.๙๙	/	
รพ.สต.หมอนนาง	๑๕๖๒	๑๔๘๘	๙๕.๒๖	/	
รพ.สต.สระสี่เหลี่ยม	๑๒๒๓	๑๐๑๑	๘๒.๖๗	/	
รพ.สต.วัดโบสถ์	๕๐๖	๔๒๑	๘๓.๒	/	
รพ.สต.หัวถนน	๑๑๔๖	๙๕๖	๘๓.๔๒	/	
รพ.สต.ท่าข้าม	๗๑๐	๖๕๖	๙๒.๓๙	/	
รพ.สต.หนองปรือ	๑๕๓๐	๑๒๔๐	๘๑.๐๕	/	
รพ.สต.หนองขยาด	๑๐๒๕	๙๑๐	๘๘.๗๘	/	
รพ.สต.ทุ่งขวาง	๑๐๐๗	๘๐๔	๗๙.๘๔	/	
รพ.สต.หนองเหียง	๒๔๒๑	๒๐๑๓	๘๓.๑๕	/	
รพ.สต.ไร่เสิร์	๙๕๘	๗๓๐	๗๖.๒	/	
รพ.สต.นาวังหิน	๑๔๒๓	๑๑๘๕	๘๓.๒๗	/	
รพ.สต.บ้านช้าง	๑๘๙๙	๑๐๒๗	๕๔.๐๘	/	
รพ.สต.โคกเพลาะ	๔๗๑	๔๓๕	๙๒.๓๖	/	
รพ.สต.ไร่หลักทอง	๙๒๗	๘๖๒	๙๒.๙๙	/	
รพ.สต.นามะตูม	๕๒๓	๔๓๖	๘๓.๓๗	/	
รพ.พนัสนิคม	๓๘๒๓	๑๓๐๙	๓๔.๒๔		/
รวม	๒๗๖๙๙	๒๑๖๗๑	๗๘.๒๔	/	

ข้อมูลจาก HDC ประมวลผล ณ วันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๒

จากตารางพบว่าเป้าหมายกลุ่มสตรีอายุระหว่าง ๓๐-๗๐ ปี ที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด Type ๑ และ Type ๓ ในพื้นที่อำเภอพนัสนิคม จำนวน ๒๗,๖๙๙ คน ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จำนวน ๒๑,๖๗๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๘.๒๔ ซึ่งเกณฑ์ตัวชี้วัดต้องผ่าน \geq ร้อยละ ๕๐ ผลงานผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด

๓.๔ เชิงคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๗.๒ ร้อยละประชากรสตรีอายุระหว่าง ๓๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ \geq ร้อยละ ๕๐

เกณฑ์เป้าหมาย:ผ่านระดับ ๕

คะแนน	ระดับ๑ $\geq ๑๐\%$	ระดับ๒ ๒๐-๒๙ %	ระดับ๓ ๓๐-๓๙ %	ระดับ๔ ๔๐-๔๙ %	ระดับ๕ $\geq ๕๐\%$	ผลการประเมิน
ร้อยละประชากรสตรีอายุระหว่าง๓๐-๗๐ ปีได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในปีงบประมาณ ๒๕๖๒					๗๘.๒๔%	ผ่านเกณฑ์

จากตารางพบว่า:ร้อยละประชากรสตรีอายุระหว่าง ๓๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ เกณฑ์เป้าหมายต้องผ่านระดับ ๕ ร้อยละ ≥ ๕๐ ผลการดำเนินงานอยู่ระดับ ๕ ได้ร้อยละ ๗๘.๒๔ ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

๑.วิธีการถ่ายทอดการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง โดย อสม.บางครั้งยังไม่ค่อยถูกต้อง

แนวทางในการแก้ไข/และพัฒนางาน

๑.จัดทำแผนการให้ความรู้แก่ อสม.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จบมาทำงานใหม่ ให้มีการพัฒนาศักยภาพหรือฟื้นฟูความรู้เพื่อนำไปถ่ายทอดให้กับกลุ่มเป้าหมายได้ถูกต้อง อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง(ดำเนินการแล้ว)

๓.๕ เชิงปริมาณ

เกณฑ์เป้าหมาย ๗.๓ ร้อยละประชากรทั่วไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง ๕๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ \geq ร้อยละ ๘๐(เกณฑ์ของ สปสช.เขต๖ระยอง)

หน่วยงาน	เป้าหมายประชากรทั่วไปที่มีอายุระหว่าง ๕๐-๗๐ ปี	ผลงานการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ปี ๒๕๖๒	ร้อยละ	ผลการประเมิน	
				ผ่าน	ไม่ผ่าน
รพ.สต.หน้าพระธาตุ	๑๒๐	๑๐๑	๘๔.๑๖	/	
รพ.สต.วัดหลวง	๘๔	๗๔	๘๘.๐๙	/	
รพ.สต.บ้านเข็ด	๘๔	๖๔	๗๖.๑๙		/
รพ.สต.นาเร็ก	๗๒	๗๔	๑๐๒.๗๗	/	
รพ.สต.เนินแร่	๑๐๘	๑๐๒	๙๔.๔๔	/	
รพ.สต.หนองไทร	๑๔๔	๑๒๒	๘๔.๗๒	/	
รพ.สต.หมอนนาง	๑๓๒	๑๑๗	๘๘.๖๓	/	
รพ.สต.สระสี่เหลี่ยม	๑๓๒	๑๑๗	๘๘.๖๓	/	
รพ.สต.วัดโบสถ์	๗๘	๗๓	๙๓.๕๘	/	
รพ.สต.หัวถนน	๑๐๔	๑๐๔	๑๐๐	/	
รพ.สต.ท่าข้าม	๗๒	๗๐	๙๗.๒๒		/
รพ.สต.หนองปรือ	๑๓๒	๑๓๒	๑๐๐	/	
รพ.สต.หนองขยาด	๙๖	๘๕	๘๘.๕๔	/	
รพ.สต.ทุ่งขวาง	๖๘	๖๗	๙๘.๕๒	/	
รพ.สต.หนองเหียง	๑๙๐	๑๙๖	๑๐๓.๑๕	/	
รพ.สต.ไร่เส้ง	๖๑	๘๘	๑๔๔.๒๖	/	
รพ.สต.นาวังหิน	๑๔๘	๑๔๐	๙๔.๕๙		/
รพ.สต.บ้านช้าง	๑๔๒	๑๒๖	๘๘.๗๓	/	
รพ.สต.โคกเพลาะ	๘๔	๘๖	๑๐๒.๓๘		/
รพ.สต.ไร่หลักทอง	๘๒	๘๑	๙๘.๗๘	/	
รพ.สต.นามะตูม	๖๒	๐	๐		/
รพ.พนัสนิคม	๓๐๕	๔๘๗	๑๕๙.๖๗	/	
รวม	๒๕๐๐	๒๕๐๖	๑๐๐.๒๔	/	

ข้อมูลจาก HDC ประมวลผล ณ วันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๒

จากตารางพบว่า: เป้าหมายกลุ่มประชากรอายุระหว่าง ๕๐-๗๐ ปี ที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด Type ๑ และ Type ๓(ยอดเป้าหมายคัดกรอง จังหวัดจัดสรรให้) ในพื้นที่อำเภอพนัสนิคม จำนวน ๒,๕๐๐ คน ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้

ใหญ่และลำไส้ตรง ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จำนวน ๒,๕๐๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐.๒๔ ซึ่งเกณฑ์ตัวชี้วัดต้องผ่าน \geq ร้อยละ ๘๐ ผลงานผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด

๓.๔ เชิงคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๗.๒ ร้อยละประชากรกลุ่มเป้าหมาย อายุระหว่าง ๕๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ \geq ร้อยละ ๘๐(หมายเหตุ:ไม่ได้กำหนดร้อยละความสำเร็จให้ดำเนินการคัดกรองให้ได้ตามเป้าหมาย ประชากรที่ได้รับมอบหมาย)

เกณฑ์เป้าหมาย:ผ่านระดับ ๕

คะแนน	ระดับ๑	ระดับ๒	ระดับ๓	ระดับ๔	ระดับ๕	ผลการประเมิน
	-	-	-	-	-	
ร้อยละประชากรสตรี อายุระหว่าง๕๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงปีงบประมาณ ๒๕๖๒	หมายเหตุ:ไม่ได้กำหนดร้อยละความสำเร็จให้ดำเนินการคัดกรองให้ได้ตามเป้าหมาย ประชากรที่ได้รับมอบหมาย เกณฑ์ตัวชี้วัดผ่าน \geq ๘๐ % (เป็นเกณฑ์ ของ สปสช.เขต๖ ระยอง) ผลงานทำได้ ๑๐๐.๒๔					ผ่านเกณฑ์

จากตารางพบว่า:ร้อยละประชากรกลุ่มเป้าหมายอายุระหว่าง ๕๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ เกณฑ์เป้าหมายไม่ได้กำหนดร้อยละความสำเร็จให้ดำเนินการคัดกรองให้ได้ตามเป้าหมายประชากรที่ได้รับมอบหมาย เกณฑ์ตัวชี้วัดผ่าน \geq ๘๐%(เป็นเกณฑ์ของ สปสช.เขต๖ ระยอง) ผลการดำเนินงาน ได้ร้อยละ ๑๐๐.๒๔ ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด

ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

๑.ประชากรกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่พบว่ามียุมากวิธีการเก็บอุจจาระบางครั้งยังไม่ถูกวิธีจึงทำให้ผลการตรวจคัดกรองครั้งแรกอาจมีข้อผิดพลาดได้

๒.แผนที่นัดเก็บอุจจาระในกลุ่มเป้าหมายบางครั้งไม่สามารถเก็บส่งตรวจได้ ในกรณีดังนี้ ๑.วันที่นัดติดภารกิจ ๒.ไม่ปวดอุจจาระ ๓.เข้ารับการรักษาอยู่ที่โรงพยาบาล ๔.เดินทางไปต่างจังหวัด

แนวทางในการแก้ไข/และพัฒนางาน

๑.มีอสม.เครือข่ายในการรับผิดชอบติดตามหลังจากที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต.ได้ชี้แจงและถ่ายทอดให้ความรู้และสอนวิธีเก็บอุจจาระ

๒.จัดทำแผนหลักและแผนรอง(เก็บตก)สำหรับกรณีในกลุ่มเป้าหมายที่ต้องติดภารกิจ และหรือไม่สามารถเก็บอุจจาระมาตรวจได้

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด นางชุตติกาญจน์ นิมพลีกุล

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

โทร ๐๘๙-๒๒๑๓๕๖๙ e-mail:nongmilechim@gmail.com

วันที่ เดือน ปี ที่รายงาน ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๒

นางทองพัต สุขพาณิชย์ยง.

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ประเด็นยุทธศาสตร์ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย

ชื่อแผนงาน : การส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กวัยเรียน

ชื่อโครงการ : โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กวัยเรียน

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๘ : ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)

เกณฑ์เป้าหมายเชิงปริมาณ ร้อยละ ๔๐ (ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓) :

๑. ร้อยละเด็กอายุ ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุปี ๒๕๖๒ มากกว่าหรือเท่ากับปี ๒๕๖๑
๒. เด็ก ๑๒ ปี ได้รับการตรวจฟัน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐

สถานการณ์

ตามที่เป้าหมายของประเทศไทยกำหนดให้เด็กอายุ ๑๒ ปี ปราศจากฟันผุมากกว่าร้อยละ ๕๒ จากผลการดำเนินงานทันตสาธารณสุข คปสอ.ม.พ.นส.นิคมปีงบประมาณ ๒๕๖๑ พบว่าเด็กอายุ ๑๒ ปี มีแนวโน้มอัตราการปราศจากฟันผุเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ร้อยละ ๖๙.๒๘ เป็นร้อยละ ๘๑.๒๘ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๔.๓๖ เนื่องจากอำเภอพสนนิคม เจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขหรือผู้รับผิดชอบงาน มีการวางแผนในการปฏิบัติงานเพื่อลดความซ้ำซ้อนของงาน ผู้ปกครองและครูให้ความสนใจกับปัญหาสุขภาพช่องปากในเด็ก มากขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้เด็ก ๐ - ๑๒ ปี มีอัตราการปราศจากฟันผุเพิ่มมากขึ้นในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ คปสอ.ม.พ.นส.นิคมจึงยังคงดำเนินการให้บริการทันตกรรมเคลื่อนที่ในสถานศึกษา ซึ่งให้บริการทันตกรรมกลุ่มประถมศึกษา ทาฟลูออไรด์วานิชในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน ผีกทักษะการแปรงฟันในเด็กประถมศึกษา และตรวจประสิทธิภาพการแปรงฟันโดยการย้อมเม็ดสีฟันในเด็กชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ ๓,๔ และในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งยังให้บริการตรวจสุขภาพช่องปาก,ทาฟลูออไรด์วานิชให้แก่เด็ก อายุ ๙ เดือน - ๓ ปี และให้คำแนะนำพร้อมฝึกทักษะการแปรงฟันผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กที่มารับวัคซีนในคลินิกเด็กดี นอกจากนี้ยังมีสร้างกระแสสังคม เช่น การให้สุศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก การป้องกันฟันผุ ประชาสัมพันธ์คลินิกทันตกรรม รวมถึงการเข้ารับบริการทางทันตกรรม ตามสิทธิ เมื่อพบปัญหาฟันผุ แก่ผู้ปกครองหรือญาติที่มารับบริการในวันคลินิก WBC คลินิก NCD วันประชุมผู้ปกครอง หอกระจายข่าวชุมชน เป็นต้น

เกณฑ์เป้าหมายเชิงปริมาณ ร้อยละ ๔๐ (ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓) :

๑. ร้อยละเด็กอายุ ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุปี ๒๕๖๒ มากกว่าหรือเท่ากับปี ๒๕๖๑
๒. เด็ก ๑๒ ปี ได้รับการตรวจฟัน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐

หน่วยงาน	เป้าหมายทั้งหมด	ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	ร้อยละ ร้อยละ	ผลงาน (ฟันดีไม่มีผุ)	ร้อยละ	ผลงานปี๖๑	ร้อยละ การเพิ่ม	ระดับคะแนน	ประเมินผล	
									ผ่าน	ไม่ผ่าน
รพ.สต.บ้านเข็ด	๓๔	๑๔	๑๔.๑ ๘	๘	๕๗.๑๔	๘๔	ลดลง	๑		✓
รพ.สต.หนองขลาด	๔๑	๓๔	๘๒.๙ ๓	๓๒	๙๔.๑๒	๗๖.๑ ๙	๑๗.๙๓	๕	✓	
รพ.สต.นามะตูม	๓๑	๒๐	๖๔.๕ ๒	๑๓	๖๕	๘๐	ลดลง	๑		✓
รพ.สต.ทุ่งขวาง	๓๖	๒๓	๖๓.๘ ๙	๑๖	๖๙.๕๗	๘๐.๗ ๗	ลดลง	๑		✓
รพ.สต.บ้านช้าง	๗๕	๖๐	๘๐	๕๕	๙๑.๖๗	๗๘.๙ ๕	๑๒.๗๒	๕	✓	
รพ.สต.วัดโบสถ์	๒๔	๒๒	๙๑.๖ ๗	๑๘	๘๑.๘๒	๗๘.๙ ๕	๒.๘๗	๕	✓	

รพ.สต.วัดหลวง	๒๔	๑๘	๗๕	๑๑	๖๑.๑๑	๗๑.๔ ๓	ลดลง	๑		✓
รพ.สต.ไร่หลักทอง	๒๕	๒๔	๙๖	๒๓	๙๕.๘๓	๑๐๐	ลดลง	๑		✓
รพ.สต.ท่าข้าม	๒๖	๒๕	๙๖.๑ ๕	๑๘	๗๒	๖๗.๔ ๔	๔.๕๖	๕	✓	
รพ.สต.โคกเปลาะ	๒๑	๒๐	๙๕.๒ ๔	๒๐	๑๐๐	๑๐๐	เท่าเดิม	๕	✓	
รพ.สต.หน้าพระธาตุ	๓๙	๓๖	๙๒.๓ ๑	๓๓	๙๑.๖๗	๙๑.๖ ๗	เท่าเดิม	๕	✓	
รพ.สต.หัวถนน	๕๒	๕๐	๙๖.๑ ๕	๔๘	๙๖	๑๐๐	ลดลง	๑		✓
รพ.สต.หนองปรือ	๕๙	๓๕	๕๙.๓ ๒	๓๔	๙๗.๑๔	๘๘.๑	๙.๐๔	๒		✓
รพ.สต.สระสี่เหลี่ยม	๙๑	๒๖	๒๘.๕ ๗	๒๒	๘๔.๖๒	๗๗.๐ ๓	๗.๕๙	๒		✓
รพ.สต.หนองเหียง	๑๑๒	๙๒	๘๒.๑ ๔	๗๗	๘๓.๗	๗๖.๑ ๔	๗.๕๖	๕	✓	
รพ.สต.หนองเหียง (บ.ไร่เสร์)	๖๕	๔๐	๖๑.๕ ๔	๓๙	๙๗.๕	๕๐	๔๗.๕	๓	✓	
รพ.สต.หมอนนาง	๗๖	๖๘	๘๙.๔ ๗	๕๖	๘๒.๓๕	๘๐.๓ ๓	๒.๐๒	๕	✓	
รพ.สต.หมอนนาง (บ.หนองไทร)	๕๑	๔๐	๗๘.๔ ๓	๓๗	๙๒.๕	๘๗.๕	๕	๔	✓	
รพ.สต.นาเริก	๕๐	๔๕	๙๐	๔๑	๙๑.๑๑	๙๑.๓	ลดลง	๑		✓
รพ.สต.นาเริก (บ้านเนินแร่)	๔๙	๓๗	๗๕.๕ ๑	๓๔	๙๑.๘๙	๘๙.๑ ๙	๒.๗	๔	✓	
รพ.สต.นาวังหิน	๘๙	๘๑	๙๑.๐ ๑	๗๙	๙๗.๕๓	๗๓.๙ ๑	๒๓.๖๒	๕	✓	
รพ.พนัสนิคม	๑๒๕	๖๓	๕๐.๔ ๐	๕๓	๘๔.๑๓	๗๖.๖ ๗	๗.๔๖	๒		✓
รวม	๑,๑๙๕	๘๗๓	๗๓.๐ ๕	๗๖๗	๘๗.๘๖	๘๑.๒ ๘	๖.๕๘	๔	✓	

แหล่งข้อมูล: HDC ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒

ระดับ: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เกณฑ์เป้าหมายเชิงคุณภาพ : ร้อยละ ๖๐ (ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓)

ตัวชี้วัด	หน่วยบริการ	เป้า หมาย ระดับ	ผล งาน ระดับ	ประเมินผล	
				ผ่าน	ไม่ผ่าน
๑. มีแผนงาน/โครงการในการดำเนินงาน กิจกรรมผู้ดูแลเด็ก อายุต่ำกว่า ๓ ปี ที่ได้รับการฝึกทักษะทำความสะอาดช่องปาก เด็ก ๑๒ ปี ได้รับการตรวจฟันและบริการอุดฟันแท้และเด็กวัย เรียนแปรงฟันสะอาด	รพ.สต.บ้านเข็ด	๓	๔	√	
	รพ.สต.หนองขยาด	๓	๔	√	
	รพ.สต.นามะตูม	๓	๔	√	
๒. มีข้อ ๑ และ * มีการฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปากผู้ดูแลเด็กอายุต่ำ กว่า ๓ ปี * มีการฝึกทักษะการแปรงฟันสะอาดแก่เด็ก ป.๑-ป.๖ * มีการตรวจฟันและบริการอุดฟันแท้ในเด็กนักเรียน ป.๕ และ ป.๖ * มีการติดตามกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน * มีการนำเข้าสู่ข้อมูลการจัดบริการทันตกรรมในฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม	รพ.สต.ทุ่งขวาง	๓	๓	√	
	รพ.สต.บ้านช้าง	๓	๔	√	
	รพ.สต.วัดโบสถ์	๓	๔	√	
	รพ.สต.วัดหลวง	๓	๔	√	
	รพ.สต.ไร่หลักทอง	๓	๔	√	
	รพ.สต.ท่าข้าม	๓	๕	√	
	รพ.สต.โคกเพลาะ	๓	๔	√	
๓. มีข้อ ๑-๒ และ * มีผลลัพธ์จากการประเมินผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า ๓ ปี ที่ได้รับ การ ฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ * มีผลลัพธ์จากการประเมินเด็กวัยเรียนแปรงฟันสะอาดไม่น้อย กว่าร้อยละ ๓๐	รพ.สต.หน้าพระธาตุ	๓	๔	√	
	รพ.สต.หัวถนน	๓	๔	√	
	รพ.สต.หนองปรือ	๓	๔	√	
๔. มีข้อ ๑-๓ และ * มีผลลัพธ์จากการประเมินผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า ๓ ปี ที่ได้รับ การ ฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๕ * มีผลลัพธ์จากการประเมินเด็กวัยเรียนแปรงฟันสะอาดไม่น้อย กว่าร้อยละ ๓๕	รพ.สต.สระสี่เหลี่ยม	๓	๓	√	
	รพ.สต.หนองเหียง	๓	๔	√	
	รพ.สต.หนองเหียง(บ้านไร่เสิร์)	๓	๓	√	
	รพ.สต.หมอนนาง	๓	๔	√	
๕. ๓. มีข้อ ๑-๔ และ * มีผลลัพธ์จากการประเมินผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า ๓ ปี ที่ได้รับ การ ฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ * มีผลลัพธ์จากการประเมินเด็กวัยเรียนแปรงฟันสะอาดไม่น้อย กว่าร้อยละ ๔๐ * มีนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการแปรงฟันในโรงเรียน	รพ.สต.หมองนาง(บ้านหนองไทร)	๓	๔	√	
	รพ.สต.นาเริก	๓	๔	√	
	รพ.สต.นาเริก(บ้านเนินแร่)	๓	๔	√	
	รพ.สต.นาวังหิน	๓	๔	√	

แหล่งข้อมูล: HDC ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒ และผลงานเชิงประจักษ์

ระดับ: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนัสนิคม

เกณฑ์เป้าหมายเชิงคุณภาพ : ร้อยละ ๖๐ (ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ระดับ)	ผลงาน	ระดับ	ประเมินผล
๑. มีแผนงาน/โครงการในการดำเนินงาน กิจกรรมผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า ๓ ปี ที่ได้รับการฝึกทักษะทำความสะอาดช่องปาก เด็ก ๑๒ ปี ได้รับการตรวจฟันและบริการอุดฟันแท้และเด็กวัยเรียนแปรงฟันสะอาด	๓	√	๕	ผ่านเกณฑ์
๒. มีข้อ ๑ และ * มีการฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปากผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า ๓ ปี * มีการฝึกทักษะการแปรงฟันสะอาดแก่เด็ก ป.๑-ป.๖ * มีการตรวจฟันและบริการอุดฟันแท้ในเด็กนักเรียน ป.๕ และ ป.๖ * มีการติดตามกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน * มีการนำเข้าสู่ข้อมูลการจัดบริการทันตกรรมในฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม		√		
๓. มีข้อ ๑-๒ และ * มีผลลัพธ์จากการประเมินผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า ๓ ปี ที่ได้รับการฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ * มีผลลัพธ์จากการประเมินเด็กวัยเรียนแปรงฟันสะอาดไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐		√		
๔. ๓. มีข้อ ๑-๓ และ * มีผลลัพธ์จากการประเมินผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า ๓ ปี ที่ได้รับการฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๕ * มีผลลัพธ์จากการประเมินเด็กวัยเรียนแปรงฟันสะอาดไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๕		√		
๕. ๓. มีข้อ ๑-๔ และ * มีผลลัพธ์จากการประเมินผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า ๓ ปี ที่ได้รับการฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ * มีผลลัพธ์จากการประเมินเด็กวัยเรียนแปรงฟันสะอาดไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ * มีนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการแปรงฟันในโรงเรียน		√		

ปัจจัยที่ทำให้ดำเนินการสำเร็จ

๑. เจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขหรือผู้รับผิดชอบงาน มีการวางแผนในการปฏิบัติงานเพื่อลดความซ้ำซ้อนของงาน
๒. เจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขหรือผู้รับผิดชอบงานมีความแม่นยำในการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง
๓. ผู้ปกครองเด็กอายุต่ำกว่า ๓ ปี ให้ความสนใจกับการฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปากในเด็กมากขึ้น
๔. โรงเรียนมีนโยบายแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน

ปัญหา/อุปสรรค

๑. กรณีตรวจช่องปากเด็กนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาพบมีปัญหาฟันผุ แต่เจ้าหน้าที่ไม่สามารถดำเนินการให้บริการทางทันตกรรมได้ เนื่องจากไม่ได้รับอนุญาตจากผู้ปกครอง
๒. การตรวจประสิทธิภาพการแปรงฟัน ยังพบปัญหาการติดสีอยู่ถึงแม้จะแปรงฟันสะอาดแล้วก็ตามซึ่งเกิดจากการมีคราบหินน้ำลายและการมีฟันผุในช่องปาก

แนวทางการแก้ไข

๑. สร้างกระแสสังคม เช่น การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก การป้องกันฟันผุ รวมถึงการเข้ารับบริการทางทันตกรรมตามสิทธิ เมื่อพบปัญหาฟันผุ แก่ผู้ปกครองหรือญาติที่มาใช้บริการในวันคลินิก WBC คลินิก NCD วันประชุมผู้ปกครอง หอกระจายข่าวชุมชน เฟสบุ๊ก เป็นต้น อย่างต่อเนื่อง

๒. การตรวจประสิทธิภาพการแปรงฟัน ยังพบปัญหาการติดสีอยู่ถึงแม้จะแปรงฟันสะอาดแล้วก็ตามซึ่งเกิดจาก การมีคราบหินน้ำลายและการมีฟันผุในช่องปาก

โอกาสในการพัฒนาต่อไป

๑. สนับสนุนส่งเสริมโรงเรียนให้จัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง
๒. จัดอบรมเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานทบทวนเทคนิคการให้บริการทันตกรรมในกลุ่มวัยต่างๆ

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด นางสาวศิริวิมล ทองกำ
ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข

นางประเสริฐศรี กาญจนปกรณ์ชัย
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญการ

โทร. ๐๘๔-๖๕๕๙๑๘๐ e-mail.dak-pp@hotmail.co.th

วัน/เดือน/ปี ที่รายงาน ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒

ประเด็นยุทธศาสตร์: การจัดการภัยสุขภาพ

ชื่อแผนงาน: การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

ชื่อโครงการ: อาหารปลอดภัย จังหวัดชลบุรี

ตัวชี้วัดที่ ๙ : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหาร ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์

อำเภอพนัสนิคมเป็นอำเภอที่มีสภาพสังคมในลักษณะของสังคมเกษตรกรรม สังคมหัตถกรรม และเป็นเมืองท่องเที่ยว รวมถึงอยู่ในพื้นที่เขตส่งเสริมระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก (EEC) ซึ่งปัจจุบันอำเภอพนัสนิคมมีสถานประกอบการด้านอาหาร และสถานที่จำหน่ายหรือสะสมอาหาร ดังนี้

๑. มีร้านจำหน่ายอาหารสด	จำนวน	๗๑	ร้าน
๒. ตลาดประเภทที่ ๑	จำนวน	๒	แห่ง
๓. ตลาดประเภทที่ ๒	จำนวน	๑๖	แห่ง
๔. ร้านอาหารและแผงลอย	จำนวน	๔๓๔	ร้าน
๕. โรงอาหารในโรงเรียนและศูนย์เด็กเล็ก	จำนวน	๑๐๗	แห่ง
๖. โรงอาหาร/โรงครัวในโรงพยาบาล	จำนวน	๑	แห่ง
๗. สถานที่ผลิตน้ำบริโภคและน้ำแข็ง	จำนวน	๔๐	แห่ง
๘. ร้านค้าชำ/สถานที่จำหน่ายน้ำบริโภคฯ	จำนวน	๔๙๓	แห่ง

ปัจจุบันยังคงพบปัญหาการเกิดพิษภัยในอาหารทั้งการปนเปื้อนจุลินทรีย์ที่ก่อให้เกิดโรค หรือการนำสารเคมีที่เป็นอันตรายมาใช้ในอาหาร ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพหากมีการใช้ในปริมาณที่สูง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนัสนิคม ได้ตระหนักถึงภาวะความรับผิดชอบที่มีความสำคัญยิ่ง จึงได้ดำเนินกิจกรรมความปลอดภัยด้านอาหาร ตรวจสอบเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านอาหารครอบคลุมพื้นที่ทั่วอำเภอพนัสนิคม ดังนั้นเพื่อความเข้มแข็งในการกำกับดูแลและการคุ้มครองผู้บริโภค จึงได้ดำเนินกิจกรรมสำรวจสถานการณ์ความปลอดภัยด้านอาหาร ณ สถานที่จำหน่าย มาอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความเชื่อมั่นด้านความปลอดภัยของอาหารและเสริมสร้างสุขภาพของประชาชนอย่างยั่งยืน

จากการดำเนินการตรวจสอบเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านอาหารของอำเภอพนัสนิคมในช่วง ๓ ปีล่าสุด ตั้งแต่ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๑ พบว่าสถานการณ์การปนเปื้อน ๖ ชนิด ได้แก่ สารบอแรกซ์ สารกันรา สารฟอกขาว สารเร่งเนื้อแดง และยาฆ่าแมลง ตกค้างในผักและผลไม้ สถานการณ์โดยรวม พบว่าในปี ๒๕๕๙ จำนวน ๓๙๓ ตัวอย่าง ผ่านเกณฑ์ จำนวน ๓๙๐ ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๒๔ ไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน ๓ ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ ๐.๗๖ และปี ๒๕๖๐ จำนวน ๖๔๙ ตัวอย่าง ผ่านเกณฑ์ จำนวน ๖๔๘ ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๘๕

ไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน ๑ ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ ๐.๕๕ ในปี ๒๕๖๑ จำนวน ๔๘๕ ตัวอย่าง ผ่านเกณฑ์ จำนวน ๔๗๙ ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๗๖ ไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน ๖ ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ ๐.๖๒ และจากสถานการณ์ผลการตรวจสอบการปนเปื้อนจังหวัดชลบุรี ปี ๒๕๖๑ พบปัญหาการปนเปื้อนสูงสุด ๓ ลำดับ ได้แก่ สารเร่งเนื้อแดง ร้อยละ ๑๐.๘๑ , น้ำมันทอดซ้ำ ร้อยละ ๑๐.๗๑ และ พอร์มาลิน ร้อยละ ๕.๖๖

ผลการดำเนินงาน

เชิงปริมาณ เกณฑ์เป้าหมาย : อาหารสดได้รับการตรวจสอบสารปนเปื้อน ๓ ชนิด ได้แก่ ฟอรัมาลิน สารเร่งเนื้อแดง และน้ำมันทอดซ้ำครอบคลุมเป้าหมายร้อยละ ๙๖

ลำดับ	หน่วยงาน	ฟอรัมาลิน				สารเร่งเนื้อแดง				สารโพลาร์				รวม เป้าหมาย (ร้าน/ แผง)	รวม ผลงาน (ร้าน/ แผง)	รวม ผ่าน (ตย.)	รวมไม่ ผ่าน (ตย.)	ผลงาน ร้อยละ
		เป้าหมาย (ร้าน/ แผง)	ผลงาน (ตย.)	ผ่าน (ตย.)	ไม่ผ่าน (ตย.)	เป้าหมาย (ร้าน/ แผง)	ผลงาน (ตย.)	ผ่าน (ตย.)	ไม่ผ่าน (ตย.)	เป้าหมาย (ร้าน/ แผง)	ผลงาน (ตย.)	ผ่าน (ตย.)	ไม่ผ่าน (ตย.)					
๑	รพ.สต.บ้านเจ็ด	๒	๒	๒	๐	๑	๑	๐	๑	๐	๐	๐	๐	๓	๓	๒	๑	๑๐๐
๒	รพ.สต.หนองขยาด	๓	๓	๓	๐	๐	๐	๐	๐	๒	๒	๒	๐	๕	๕	๕	๐	๑๐๐
๓	รพ.สต.นามะตูม	๔	๔	๔	๐	๒	๒	๒	๐	๒	๒	๒	๐	๘	๘	๘	๐	๑๐๐
๔	รพ.สต.ทุ่งขวาง	๐	๐	๐	๐	๑	๑	๑	๐	๒	๒	๑	๑	๓	๓	๒	๑	๑๐๐
๕	รพ.สต.บ้านช้าง	๒	๒	๒	๐	๑	๑	๑	๐	๑	๑	๑	๐	๔	๔	๔	๐	๑๐๐
๖	รพ.สต.วัดโบสถ์	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๑๐๐
๗	รพ.สต.วัดหลวง	๔	๔	๔	๐	๑	๑	๑	๐	๑	๑	๑	๐	๖	๖	๖	๐	๑๐๐
๘	รพ.สต.ไร่หลักทอง	๑	๑	๑	๐	๑	๑	๑	๐	๑	๑	๑	๐	๓	๓	๓	๐	๑๐๐
๙	รพ.สต.ท่าข้าม	๕	๕	๕	๐	๒	๒	๑	๑	๑	๑	๑	๐	๘	๘	๗	๑	๑๐๐
๑๐	รพ.สต.โคกเปลาะ	๓	๓	๓	๐	๐	๐	๐	๐	๑	๑	๑	๐	๔	๔	๔	๐	๑๐๐
๑๑	รพ.สต.หน้าพระธาตุ	๑	๑	๑	๐	๑	๑	๑	๐	๑	๑	๑	๐	๓	๓	๓	๐	๑๐๐
๑๒	รพ.สต.หัวถนน	๑๐	๑๐	๑๐	๐	๖	๖	๖	๐	๙	๙	๙	๐	๒๕	๒๕	๒๕	๐	๑๐๐
๑๓	รพ.สต.หนองปรือ	๕	๕	๕	๐	๖	๖	๖	๐	๒๖	๒๖	๒๒	๔	๓๗	๓๗	๓๓	๔	๑๐๐
๑๔	รพ.สต.สระสี่เหลี่ยม	๒	๒	๒	๐	๓	๓	๓	๐	๕	๕	๕	๐	๑๐	๑๐	๑๐	๐	๑๐๐
๑๕	รพ.สต.หนองเหียง	๒	๒	๒	๐	๔	๔	๔	๐	๒	๒	๒	๐	๘	๘	๘	๐	๑๐๐
๑๖	รพ.สต.หนองเหียง (ไร่เสร์)	๑	๑	๑	๐	๑	๑	๑	๐	๑	๑	๑	๐	๓	๓	๓	๐	๑๐๐
๑๗	รพ.สต.หมอนนาง	๖	๖	๖	๐	๓	๓	๓	๐	๘	๘	๘	๐	๑๗	๑๗	๑๗	๐	๑๐๐
๑๘	รพ.สต.หมอนนาง (หนองไทร)	๑๐	๑๐	๑๐	๐	๙	๙	๙	๐	๙	๙	๘	๑	๒๘	๒๘	๒๗	๑	๑๐๐
๑๙	รพ.สต.นาเร็ก	๕	๕	๕	๐	๒	๒	๒	๐	๒	๒	๒	๐	๙	๙	๙	๐	๑๐๐
๒๐	รพ.สต.นาเร็ก (เนินแร่)	๕	๕	๕	๐	๓	๓	๓	๐	๘	๘	๘	๐	๑๖	๑๖	๑๖	๐	๑๐๐
๒๑	รพ.สต.นาวังหิน	๓	๓	๓	๐	๓	๓	๓	๐	๐	๐	๐	๐	๖	๖	๖	๐	๑๐๐
๒๒	เทศบาลพนัสนิคม+กุฎโง้ง	๑๔	๑๔	๑๔	๐	๓๒	๓๒	๓๐	๒	๗	๗	๗	๐	๕๓	๕๓	๕๑	๒	๑๐๐
รวมอำเภอพนัสนิคม		๘๘	๘๘	๘๘	๐	๘๒	๘๒	๗๘	๔	๘๙	๘๙	๘๓	๖	๒๕๙	๒๕๙	๒๕๙	๑๐	๑๐๐

สรุปผลการดำเนินงาน

เชิงปริมาณ สรุปผลการตรวจวิเคราะห์สารปนเปื้อนในอาหารสดซ้ำ (กรณีครั้งแรกไม่ผ่านมาตรฐาน) ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ลำดับ	หน่วยงาน	ฟอร์มาลีน				สารเร่งเนื้อแดง				สารโพลาร์				รวม เป้าหมาย (ร้าน/ แผง)	รวม ผลงาน (ร้าน/ แผง)	รวม ผ่าน (ตย.)	รวมไม่ ผ่าน (ตย.)	ผลงาน ร้อยละ
		เป้าหมาย (ร้าน/ แผง)	ผลงาน (ตย.)	ผ่าน (ตย.)	ไม่ผ่าน (ตย.)	เป้าหมาย (ร้าน/ แผง)	ผลงาน (ตย.)	ผ่าน (ตย.)	ไม่ผ่าน (ตย.)	เป้าหมาย (ร้าน/ แผง)	ผลงาน (ตย.)	ผ่าน (ตย.)	ไม่ผ่าน (ตย.)					
๑	รพ.สต.บ้านเข็ด	-	-	-	-	๑	๑	๐	๑	-	-	-	-	๑	๑	๐	๑	๑๐๐
๒	รพ.สต.หนองขยาด	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
๓	รพ.สต.นามะตูม	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
๔	รพ.สต.ทุ่งขวาง	-	-	-	-	-	-	-	-	๑	๑	๑	๐	๑	๑	๑	๐	๑๐๐
๕	รพ.สต.บ้านช้าง	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
๖	รพ.สต.วัดโบสถ์	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
๗	รพ.สต.วัดหลวง	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
๘	รพ.สต.ไร่หลักทอง	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
๙	รพ.สต.ท่าข้าม	-	-	-	-	๑	๑	๑	๐	-	-	-	-	๑	๑	๑	๐	๑๐๐
๑๐	รพ.สต.โคกเปลาะ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
๑๑	รพ.สต.หน้าพระธาตุ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
๑๒	รพ.สต.หัวถนน	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
๑๓	รพ.สต.หนองปรือ	-	-	-	-	-	-	-	-	๔	๔	๔	๐	๔	๔	๔	๐	๑๐๐
๑๔	รพ.สต.สระสี่เหลี่ยม	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
๑๕	รพ.สต.หนองเหียง	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
๑๖	รพ.สต.หนองเหียง (ไร่เสร์)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
๑๗	รพ.สต.หมอนนาง	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
๑๘	รพ.สต.หมอนนาง (หนองไทร)	-	-	-	-	-	-	-	-	๑	๑	๑	๐	๑	๑	๑	๐	๑๐๐
๑๙	รพ.สต.นาเร็ก	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
๒๐	รพ.สต.นาเร็ก (เนินแร่)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
๒๑	รพ.สต.นาวังหิน	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
๒๒	เทศบาลพนสนธิคม+กุฏโง้ง	-	-	-	-	๒	๒	๒	๐	-	-	-	-	๒	๒	๒	๐	๑๐๐
รวมอำเภอพนสนธิคม		-	-	-	-	๔	๔	๔	๔	๖	๖	๖	๖	๑๐	๑๐	๑๐	๑๐	๑๐๐

ผลการดำเนินงาน

เชิงปริมาณ สรุปผลการตรวจวิเคราะห์สารปนเปื้อนในอาหารสดซ้ำ (กรณีครึ่งสองไม่ผ่านมาตรฐาน) ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ลำดับ	หน่วยงาน	ฟอร์มาลีน				สารเร่งเนื้อแดง				สารโพลาร์				รวม เป้าหมาย (ร้าน/ แผง)	รวม ผลงาน (ร้าน/ แผง)	รวม ผ่าน (ตย.)	รวมไม่ ผ่าน (ตย.)	ผลงาน ร้อยละ
		เป้าหมาย (ร้าน/ แผง)	ผลงาน (ตย.)	ผ่าน (ตย.)	ไม่ผ่าน (ตย.)	เป้าหมาย (ร้าน/ แผง)	ผลงาน (ตย.)	ผ่าน (ตย.)	ไม่ผ่าน (ตย.)	เป้าหมาย (ร้าน/ แผง)	ผลงาน (ตย.)	ผ่าน (ตย.)	ไม่ผ่าน (ตย.)					
๑	รพ.สต.บ้านเข็ด	-	-	-	-	๑	๑	๑	๐	-	-	-	-	๑	๑	๑	๐	๑๐๐
๒	รพ.สต.หนองขยาด	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
๓	รพ.สต.นามะตูม	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
๔	รพ.สต.ทุ่งขวาง	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
๕	รพ.สต.บ้านช้าง	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
๖	รพ.สต.วัดโบสถ์	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
๗	รพ.สต.วัดหลวง	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
๘	รพ.สต.ไร่หลักทอง	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
๙	รพ.สต.ท่าข้าม	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
๑๐	รพ.สต.โคกเพลาะ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
๑๑	รพ.สต.หน้าพระธาตุ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
๑๒	รพ.สต.หัวถนน	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
๑๓	รพ.สต.หนองปรือ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
๑๔	รพ.สต.สระสี่เหลี่ยม	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
๑๕	รพ.สต.หนองเหียง	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
๑๖	รพ.สต.หนองเหียง (ไร่เสร์)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
๑๗	รพ.สต.หมอนนาง	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
๑๘	รพ.สต.หมอนนาง (หนองไทร)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
๑๙	รพ.สต.นาเร็ก	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
๒๐	รพ.สต.นาเร็ก (เนินแร่)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
๒๑	รพ.สต.นาวังหิน	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
๒๒	เทศบาลพนัสนิคม+กุฎโง้ง	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
รวมอำเภอพนัสนิคม		-	-	-	-	๑	๑	๑	๐	-	-	-	-	๑	๑	๑	๐	๑๐๐

ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ เกณฑ์เป้าหมาย ระดับ ๔**สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนัสนิคม** ผลงานระดับ ๕

- (/) ขั้นตอนที่ ๑ มีแผนงาน/โครงการเกี่ยวกับความปลอดภัยด้านอาหาร
- (/) ขั้นตอนที่ ๒ มีสรุปผลการดำเนินงานทุก ๓ เดือน
- (/) ขั้นตอนที่ ๓ มีการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน/โครงการ
- (/) ขั้นตอนที่ ๔ มีข้อเสนอแนะ/แนวทาง หรือขั้นตอนในการพัฒนางาน/โครงการ
- (/) ขั้นตอนที่ ๕ มีนวัตกรรมในการดำเนินงาน หรือผ่านการนำเสนอผลการดำเนินงานระดับจังหวัด

โรงพยาบาลพนัสนิคม ผลงานระดับ ๔

- (/) ขั้นตอนที่ ๑ มีแผนงาน/โครงการเกี่ยวกับอาหารปลอดภัย
- (/) ขั้นตอนที่ ๒ มีการสรุปผลการดำเนินงานทุก ๓ เดือน
- (/) ขั้นตอนที่ ๓ มีการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน/โครงการ
- (/) ขั้นตอนที่ ๔ มีข้อเสนอแนะ/แนวทาง หรือขั้นตอนในการพัฒนางาน/โครงการ
- (/) ขั้นตอนที่ ๕ มีนวัตกรรมในการดำเนินงาน หรือผ่านการนำเสนอผลการดำเนินงานระดับจังหวัด

นวัตกรรมหรือผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้

ร้านกมลชนกคอฟฟี่พลัส (Kamolchanok coffee plus) ผ่านการตรวจประเมินเพื่อต่ออายุป้ายรับรองคุณภาพ ร้านอาหารไทยปลอดภัย สุขภาพดี (Clean Food Good Taste Plus) รวมถึงเป็นที่เลี้ยงร้านอาหารต้นแบบขยายผลยกระดับสู่ร้านอาหารไทยปลอดภัยสุขภาพดี (Clean Food Good Taste Plus) ให้กับร้านอาหารในพื้นที่อำเภอพนัสนิคม ได้แก่ ร้านเซแอมคอฟฟี่ ร้านบ้านลำน้ำ และร้านอาหารยั้งข้าว

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรคหรือปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา
๑. ผู้ประกอบการ ยังขาดความตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้บริโภค สืบเนื่องจากกรมไม่รักษามาตรฐานหลังผ่านการอบรมหรือประเมินตามมาตรฐานจากเจ้าหน้าที่แล้ว	อบรมและประเมินทุกปี แม้ร้านจะผ่านมาตรฐานแล้วก็ตาม โดยการอบรมกำหนดเป็น ๑ ครั้ง/ปี แต่การประเมินตามมาตรฐาน ให้กำหนดเป็น ๑ ครั้ง/ปี
๒. ผู้บริโภค บางส่วนมีความรู้แต่ไม่ปฏิบัติ แต่ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ในการบริโภคอย่างไรให้ปลอดภัยจากโรคอยู่	เพิ่มช่องทางการให้ข้อมูลข่าวสารด้านการบริโภคให้ถึงประชาชนในพื้นที่มากขึ้น โดยประชาสัมพันธ์ผ่านทางหอกระจายข่าวหมู่บ้าน ร่วมกับพลังเครือข่ายในชุมชน เช่น อย.น้อย แกนนำ อสม. ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ชมรมคุ้มครองผู้บริโภคระดับตำบล เป็นต้น ในการช่วยเป็นหูเป็นตาในการสอดส่องภัยอันตรายจากการบริโภคในชุมชนและช่วยให้ข้อมูลที่ถูกต้องกับชาวบ้าน รวมทั้งแจ้งเบาะแสให้เจ้าหน้าที่ทราบอีกด้วย
๓. การดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัย ขาดการบูรณาการของหน่วยงานที่รับผิดชอบทุกระดับและการดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง	สร้างแรงจูงใจให้ผู้ประกอบการ สนใจในการพัฒนาปรับปรุงสถานประกอบการของตนเองให้ผ่านมาตรฐาน เช่น มีมาตรการลดหย่อนภาษี ให้กับร้านอาหาร ตลาดสดที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด นายวัชรวุฒิ แสนทวีสุข
ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข
วัน/เดือน/ปี ที่รายงาน ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒

นางสาวดรณวรรณ สามารถ
เภสัชกรชำนาญการ

ประเด็นยุทธศาสตร์ : Prevention & Promotion Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)

ชื่อแผนงาน : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

ชื่อโครงการ : โครงการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม

ตัวชี้วัดที่ ๑๐ : ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้ตามเกณฑ์ GREEN and CLEAN Hospital

๑. ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์

อำเภอพนัสนิคม มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๒๑ แห่ง จากการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๑ ประเด็นอำเภอผ่านเกณฑ์ระบบบริหารจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพอย่างบูรณาการ และมีผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมินครบทั้ง ๖ ประเด็น โดยมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้แผนบูรณาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนได้รับการป้องกัน ดูแลสุขภาพจากปัจจัยเสี่ยงมลพิษด้านสิ่งแวดล้อม

๓. ผลการดำเนินงาน

๓.๑ เชิงคุณภาพ (ภาพรวมอำเภอ)

ประเด็น	คะแนนเต็ม	ผลงาน (คะแนนที่ได้)	หมายเหตุ
๑.) ร่วมส่งเสริมให้โรงพยาบาลทุกระดับ มีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ ตามเกณฑ์ GREEN and CLEAN Hospital ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป (ร้อยละของรพ.สต. ที่ ผ่าน เกณฑ์ GREEN and CLEAN Hospital ของรพ.สต.ตีดดาว ๘๐% ขึ้นไป)	๓	๓	Green & Clean ของ รพ.สต.ตีดดาว ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป
๒.) หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ มีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน (ร้อยละของ รพ.สต.ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการ อาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม)	๑	๑	การจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ผ่านเกณฑ์ระดับ เริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป
รวมคะแนน	๔	๔	

แบบสรุปรประเมินรพ.สต. ดิิดดาว (การจัดการสิ่งแวดล้อม) ปี ๒๕๖๒
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ _____ พนัสนิคม _____ จังหวัดชลบุรี

ลำดับ	หน่วยบริการ	หมวด ๑								หมวด ๔					สรุป	
		คะแนนรวม	ข้อ ๑ ๓ คะแนน	ข้อ ๒ ๖ คะแนน	ข้อ ๓ ๑๖ คะแนน	ข้อ ๔ ๒ คะแนน	ข้อ ๕ ๓ คะแนน	รวม	ผลลัพธ์ (%)	คะแนนรวม	ข้อ ๓ ๑ คะแนน	ข้อ ๔ ๒๑ คะแนน	รวม	ผลลัพธ์ (%)	หมวด ๑ + หมวด ๔	ผลลัพธ์ (%)
๑	รพ.สต.บ้านเข็ด	๓๐	๑	๖	๑๕	๒	๓	๒๗	๙๐%	๒๒	๑	๒๑	๒๒	๑๐๐%	๔๙	๙๔%
๒	รพ.สต.หนองขยาด	๓๐	๓	๖	๑๖	๒	๓	๓๐	๑๐๐%	๒๒	๑	๒๑	๒๒	๑๐๐%	๕๒	๑๐๐%
๓	รพ.สต.นามะตูม	๓๐	๑	๖	๑๕	๒	๓	๒๗	๙๐%	๒๒	๑	๒๑	๒๒	๑๐๐%	๔๙	๙๔%
๔	รพ.สต.ทุ่งขวาง	๓๐	๓	๖	๑๕	๒	๓	๒๙	๙๗%	๒๒	๑	๒๑	๒๒	๑๐๐%	๕๑	๙๘%
๕	รพ.สต.บ้านช้าง	๓๐	๑	๖	๑๔	๒	๓	๒๖	๘๗%	๒๒	๑	๒๑	๒๒	๑๐๐%	๔๘	๙๒%
๖	รพ.สต.หน้าพระธาตุ	๓๐	๓	๖	๑๖	๒	๓	๓๐	๑๐๐%	๒๒	๑	๒๑	๒๒	๑๐๐%	๕๒	๑๐๐%
๗	รพ.สต.วัดโบสถ์	๓๐	๓	๖	๑๖	๒	๓	๓๐	๑๐๐%	๒๒	๑	๒๑	๒๒	๑๐๐%	๕๒	๑๐๐%
๘	รพ.สต.วัดหลวง	๓๐	๓	๖	๑๖	๒	๓	๓๐	๑๐๐%	๒๒	๑	๒๑	๒๒	๑๐๐%	๕๒	๑๐๐%
๙	รพ.สต.ไร่หลักทอง	๓๐	๓	๖	๑๖	๒	๓	๓๐	๑๐๐%	๒๒	๑	๒๑	๒๒	๑๐๐%	๕๒	๑๐๐%
๑๐	รพ.สต.โคกเพลาะ	๓๐	๓	๖	๑๖	๒	๓	๓๐	๑๐๐%	๒๒	๑	๒๑	๒๒	๑๐๐%	๕๒	๑๐๐%
๑๑	รพ.สต.ท่าข้าม	๓๐	๑	๖	๑๖	๒	๓	๒๘	๙๓%	๒๒	๑	๒๑	๒๒	๑๐๐%	๕๐	๙๖%
๑๒	รพ.สต.หัวถนน	๓๐	๓	๖	๑๖	๒	๓	๓๐	๑๐๐%	๒๒	๑	๒๑	๒๒	๑๐๐%	๕๒	๑๐๐%
๑๓	รพ.สต.สระสี่เหลี่ยม	๓๐	๓	๖	๑๖	๒	๓	๓๐	๑๐๐%	๒๒	๑	๒๑	๒๒	๑๐๐%	๕๒	๑๐๐%
๑๔	รพ.สต.หนองปรือ	๓๐	๓	๖	๑๖	๒	๓	๓๐	๑๐๐%	๒๒	๑	๒๑	๒๒	๑๐๐%	๕๒	๑๐๐%
๑๕	รพ.สต.หนองเหียง	๓๐	๓	๖	๑๖	๒	๓	๓๐	๑๐๐%	๒๒	๑	๒๑	๒๒	๑๐๐%	๕๒	๑๐๐%
๑๖	รพ.สต.หนองเหียง (บ้านไร่เสรี)	๓๐	๓	๖	๑๖	๒	๓	๓๐	๑๐๐%	๒๒	๑	๒๑	๒๒	๑๐๐%	๕๒	๑๐๐%
๑๗	รพ.สต.นาเว็ก	๓๐	๒	๖	๑๖	๒	๓	๒๙	๙๗%	๒๒	๑	๒๑	๒๒	๑๐๐%	๕๑	๙๘%
๑๘	รพ.สต.นาเว็ก (บ้านเนินแร่)	๓๐	๓	๖	๑๖	๒	๓	๓๐	๑๐๐%	๒๒	๑	๒๑	๒๒	๑๐๐%	๕๒	๑๐๐%
๑๙	รพ.สต.หมองนาง	๓๐	๓	๖	๑๖	๒	๓	๓๐	๑๐๐%	๒๒	๑	๒๑	๒๒	๑๐๐%	๕๒	๑๐๐%
๒๐	รพ.สต.หมองนาง (บ้านหนองไทร)	๓๐	๑	๖	๑๕	๒	๓	๒๗	๙๐%	๒๒	๑	๒๑	๒๒	๑๐๐%	๔๙	๙๔%
๒๑	รพ.สต.นาวังหิน	๓๐	๓	๖	๑๖	๒	๓	๓๐	๑๐๐%	๒๒	๑	๒๑	๒๒	๑๐๐%	๕๒	๑๐๐%

หมายเหตุ

๑. คะแนนรวมทั้งหมด ๔๒ คะแนนขึ้นไป ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๘๐

ผลการดำเนินงาน อำเภอพนัสนิคม มีการพัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN and CLEAN Hospital จำนวน ๒๑ แห่ง ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป จำนวน ๒๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ปี ๒๕๖๒
อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี

ลำดับ	หน่วยบริการ	องค์ประกอบที่ ๑ ผลลัพธ์ (%)	องค์ประกอบที่ ๒ ผลลัพธ์ (%)	องค์ประกอบที่ ๓ ผลลัพธ์ (%)	องค์ประกอบที่ ๔ ผลลัพธ์ (%)	องค์ประกอบที่ ๕ ผลลัพธ์ (%)	ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๕๐				สรุปผล
							ผ่านองค์ ๑ และ ๓	ผ่านองค์ ๑-๓	ผ่านองค์ ๑-๔	ผ่านองค์ ๑-๕	
							ระดับเริ่มต้นพัฒนา	ระดับดี	ระดับดีมาก	ระดับดีเด่น	
๑	รพ.สต.บ้านเข็ด	๕๓.๓๓%	๖๖.๖๗%	๕๐.๐๐%	๕๓.๓๓%	๓๓.๓๓%		✓		ระดับดีมาก	
๒	รพ.สต.หนองขยาด	๕๓.๓๓%	๕๓.๓๓%	๕๐.๐๐%	๒๖.๖๗%	๒๕.๐๐%		✓		ระดับดี	
๓	รพ.สต.นามะตูม	๕๓.๓๓%	๕๓.๓๓%	๕๐.๐๐%	๕๓.๓๓%	๓๓.๓๓%			✓	ระดับดีมาก	
๔	รพ.สต.ทุ่งขวาง	๕๓.๓๓%	๕๓.๓๓%	๖๑.๑๑%	๖๐.๐๐%	๕๘.๓๓%			✓	ระดับดีเด่น	
๕	รพ.สต.บ้านช้าง	๕๓.๓๓%	๕๓.๓๓%	๘๓.๓๓%	๗๓.๓๓%	๖๖.๖๗%			✓	ระดับดีเด่น	
๖	รพ.สต.หน้าพระธาตุ	๕๓.๓๓%	๘๖.๖๗%	๗๒.๒๒%	๑๐๐.๐๐%	๘๓.๓๓%			✓	ระดับดีเด่น	
๗	รพ.สต.วัดโบสถ์	๖๐.๐๐%	๖๖.๖๗%	๘๘.๘๙%	๙๓.๓๓%	๘๓.๓๓%			✓	ระดับดีเด่น	
๘	รพ.สต.วัดหลวง	๕๓.๓๓%	๒๐.๐๐%	๕๕.๕๖%	๓๓.๓๓%	๒๕.๐๐%	✓			ระดับเริ่มต้นพัฒนา	
๙	รพ.สต.ไร่หลักทอง	๖๐.๐๐%	๙๓.๓๓%	๗๗.๗๘%	๗๓.๓๓%	๖๖.๖๗%			✓	ระดับดีเด่น	
๑๐	รพ.สต.โคกเพลาะ	๕๓.๓๓%	๔๐.๐๐%	๕๐.๐๐%	๓๓.๓๓%	๔๑.๖๗%	✓			ระดับเริ่มต้นพัฒนา	
๑๑	รพ.สต.ท่าข้าม	๖๐.๐๐%	๕๓.๓๓%	๗๗.๗๘%	๕๓.๓๓%	๔๑.๖๗%			✓	ระดับดีมาก	
๑๒	รพ.สต.หัวถนน	๕๓.๓๓%	๙๓.๓๓%	๘๘.๘๙%	๙๓.๓๓%	๘๓.๓๓%			✓	ระดับดีเด่น	
๑๓	รพ.สต.สระสี่เหลี่ยม	๕๓.๓๓%	๕๓.๓๓%	๕๕.๕๖%	๖๐.๐๐%	๓๓.๓๓%			✓	ระดับดีมาก	
๑๔	รพ.สต.หนองปรือ	๕๓.๓๓%	๕๓.๓๓%	๕๕.๕๖%	๖๐.๐๐%	๔๑.๖๗%			✓	ระดับดีมาก	
๑๕	รพ.สต.หนองเหียง	๗๓.๓๓%	๙๓.๓๓%	๗๒.๒๒%	๖๐.๐๐%	๕๘.๓๓%			✓	ระดับดีเด่น	
๑๖	รพ.สต.หนองเหียง (บ้านไร่เสร์)	๖๐.๐๐%	๒๖.๖๗%	๕๐.๐๐%	๓๓.๓๓%	๓๓.๓๓%	✓			ระดับเริ่มต้นพัฒนา	
๑๗	รพ.สต.นาเว็ก	๙๓.๓๓%	๙๓.๓๓%	๑๐๐.๐๐%	๑๐๐.๐๐%	๑๐๐.๐๐%			✓	ระดับดีเด่น	
๑๘	รพ.สต.นาเว็ก (บ้านเนินแร่)	๖๖.๖๗%	๖๖.๖๗%	๗๗.๗๘%	๕๓.๓๓%	๕๐.๐๐%			✓	ระดับดีเด่น	
๑๙	รพ.สต.หมองนาง	๕๓.๓๓%	๕๓.๓๓%	๕๐.๐๐%	๕๓.๓๓%	๒๕.๐๐%			✓	ระดับดีมาก	
๒๐	รพ.สต.หมองนาง (บ้านหนองไทร)	๕๓.๓๓%	๘๖.๖๗%	๖๑.๑๑%	๓๓.๓๓%	๓๓.๓๓%		✓		ระดับดี	
๒๑	รพ.สต.นาวังหิน	๕๓.๓๓%	๗๓.๓๓%	๗๒.๒๒%	๑๐๐.๐๐%	๕๘.๓๓%			✓	ระดับดีเด่น	
รวมทั้งหมด (แห่ง)							๓ แห่ง	๒ แห่ง	๖ แห่ง	๑๐ แห่ง	๒๑ แห่ง

หมายเหตุ

รพ.สต. ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป

ผลการดำเนินงาน อำเภอพนัสนิคม มีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๒๑ แห่ง ผ่านเกณฑ์ระดับเริ่มต้นพัฒนา จำนวน ๓ แห่ง ระดับดี จำนวน ๒ แห่ง ระดับดีมาก จำนวน ๖ แห่ง และระดับดีเด่น จำนวน ๑๐ แห่ง รวมผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน ๒๑ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๑๐๐

๒ ผลการดำเนินงาน : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

หน่วยบริการ	ประเด็นการดำเนินงาน		ผลงาน ประเด็น	ผลงาน
	๑.รพ.สต.มีการพัฒนาอนามัย สิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN and CLEAN Hospital ของรพ. สต.ติดตาม ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป	๒.รพ.สต.มีการจัดบริการ อาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป		
	(คะแนนเต็ม ๓)	(คะแนนเต็ม ๑)	(คะแนนเต็ม๔)	ผ่าน/ไม่ผ่าน
รพ.สต.บ้านเข็ด	๓	๑	๔	ผ่าน
รพ.สต.หนองขยาด	๓	๐.๗๕	๓.๗๕	ผ่าน
รพ.สต.นามะตูม	๓	๑	๔	ผ่าน
รพ.สต.ทุ่งขวาง	๓	๑	๔	ผ่าน
รพ.สต.บ้านช้าง	๓	๑	๔	ผ่าน
รพ.สต.หน้าพระธาตุ	๓	๑	๔	ผ่าน
รพ.สต.วัดโบสถ์	๓	๑	๔	ผ่าน
รพ.สต.วัดหลวง	๓	๐.๕	๓.๕	ผ่าน
รพ.สต.ไร่หลักทอง	๓	๑	๔	ผ่าน
รพ.สต.โคกเพลาะ	๓	๐.๕	๓.๕	ผ่าน
รพ.สต.ท่าข้าม	๓	๑	๔	ผ่าน
รพ.สต.หัวถนน	๓	๑	๔	ผ่าน
รพ.สต.สระสี่เหลี่ยม	๓	๑	๔	ผ่าน
รพ.สต.หนองปรือ	๓	๑	๔	ผ่าน
รพ.สต.หนองเหียง	๓	๑	๔	ผ่าน
รพ.สต.หนองเหียง (บ้านไร่เส้ง)	๓	๐.๕	๓.๕	ผ่าน
รพ.สต.นาเร็ก	๓	๑	๔	ผ่าน
รพ.สต.นาเร็ก (บ้านเนินแร่)	๓	๑	๔	ผ่าน
รพ.สต.หมองนาง	๓	๑	๔	ผ่าน
รพ.สต.หมอนนาง (บ้านหนองไทร)	๓	๐.๗๕	๓.๗๕	ผ่าน
รพ.สต.นาวังหิน	๓	๑	๔	ผ่าน

จากตาราง ตัวชี้วัดที่ ๑๐ ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้ตามเกณฑ์ GREEN and CLEAN Hospital นั้น อำเภอพนสนิมมีผลการดำเนินงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๒๑ แห่ง ผ่านเกณฑ์ ๒๑ แห่ง ผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๑๐๐

๔. นวัตกรรมหรือผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้

- นวัตกรรม “บัตรประจำตัวเกษตรกร” รพ.สต.นาเริก(บ้านเนินแร่) ต.นาเริก อ.พนัสนิคม จ.ชลบุรี

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อรายงานผลการเจาะเลือดปลายนิ้วเกษตรกร โดยตรวจคัดกรองเอนไซม์คลอรีนเอสเตอเรส
๒. เพื่อให้เกิดการเปรียบเทียบผลตรวจคัดกรองเอนไซม์คลอรีนเอสเตอเรสทั้งแบบรายครั้ง และรายปี
๓. เพื่อให้เกษตรกรลด ละ เลิกการใช้ การสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรคหรือปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไข้ปัญหา
๑.) การพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN and CLEAN Hospital ของรพ.สต.ตีดดาวนั้น จำเป็นต้องอาศัยงบประมาณและเวลาในการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐาน ซึ่งมีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ดังนี้ - โครงสร้างของรพ.สต.บางแห่ง เป็นโครงสร้างเก่า ซึ่งไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด - งบประมาณในการปรับปรุงส้วม และสภาพแวดล้อมภายนอกอาคารให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานนั้นจำเป็นต้องใช้งบประมาณในการลงทุน เช่น ทางขึ้นต้องเป็นทางลาด มีห้องผู้พิการอย่างน้อย ๑ ที่ การกำหนดจุดสำหรับจอดรถฉุกเฉิน และผู้พิการ/ผู้สูงอายุ ที่เหมาะสม เป็นต้น	๑.) รพ.สต.จัดทำแผนการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN and CLEAN Hospital ของรพ.สต.ตีดดาวเสนอผู้บริหาร เพื่อดำเนินการปรับปรุงแก้ไขให้ได้ตามเกณฑ์การพัฒนาซึ่งจะนำไปสู่ผลสำเร็จ
๒.) บุคลากรขาดความรู้ด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	๒.) จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานท้องถิ่นที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด นางสาวพิลัยพร แข็งแรง

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

โทร ๐๙๔-๔๒๘๓๗๔๘

E-mail Philaipornmalik@gmail.com

วัน/เดือน/ปี ที่รายงาน ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒

นส.วิลาสินี สัตยาทิตย์

เภสัชกรชำนาญการพิเศษ

ประเด็นยุทธศาสตร์ : ๓ การจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเป็นเลิศ

ชื่อแผนงาน ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

ชื่อโครงการ : พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ชื่อตัวชี้วัด ๑๑ : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร

วัตถุประสงค์ : เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ Fast track และลดอัตราการตายของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองน้อยกว่าร้อยละ ๗

๑. ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบบ่อย และเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยเนื่องจากเป็นสาเหตุของความพิการ ซึ่งต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันตลอดชีวิต จากสถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ พบว่าเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ ๒ ในประชากรไทย และจากการเก็บข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลพูนสิ นิคมปี ๒๕๖๑ พบว่ามีผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจำนวนทั้งหมด ๒๗๔ ราย ได้รับข้อมูลการวินิจฉัยโรคกรณีผู้ป่วยส่ง ต่อไปรักษาที่ รพ. ชลบุรี ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rTPA) ๑๑ ราย พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากการตามรอยในการดูแลพบว่า เจ้าหน้าที่, ผู้ดูแล, ผู้ป่วยยังขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและเฝ้าระวังในการเกิดอาการ Stroke ที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลเพื่อให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็วผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการ Stroke Fast Track จนถึงการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อลดภาวะ ภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการให้เหลือน้อยที่สุด ลดการกลับเป็นซ้ำ รวมถึงการลด อัตราตาย ดังนั้นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงจัดอบรมเพื่อพัฒนาความรู้ทักษะของทีมในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเพื่อให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็วขึ้น และเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนแล้วสามารถให้ การดูแลที่ ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพปี ๒๕๕๘-๒๕๖๑ อัตราผู้ป่วย Stroke เข้ารับการรักษาทันเวลาภายใน ๔.๕ ชั่วโมง ผ่านตามเกณฑ์ เป้าหมาย ปี ๒๕๕๙ พบว่าคนไข้ stroke ที่พบส่วนใหญ่เป็นในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยสูบบุหรี่ สาเหตุที่มาเข้าเพราะขาด ความรู้เรื่องอาการที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องมา รพ. ไม่มีพาหนะในการเดินทาง ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว ไม่รู้ระบบ การแพทย์ฉุกเฉิน จึงมีการประชาสัมพันธ์ รพ. ใน clinic NCD, CKD clinic ทั้งรายบุคคลหรือรายกลุ่ม ส่วนในชุมชนผ่านวิทยุ ชุมชน แจกสติ๊กเกอร์อาการโรคหลอดเลือดสมอง ขอความร่วมมือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดรถรับ-ส่ง ปี ๒๕๖๐ มี รถพยาบาลฉุกเฉินเพิ่ม ๒ อบต. ได้แก่ อบต.หนองเหียง และ อบต.นาวังหิน มีแผนในการประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เรื่องอาการ อาการแสดง และช่องทางที่สามารถเข้ารับบริการได้อย่างรวดเร็ว เพื่อปรับระบบการให้ ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ Fast track และลดอัตราการตายของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองน้อยกว่าร้อยละ ๗

๒. ผลการดำเนินงาน

๒.๑ เชิงปริมาณ

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้านิยาม ในข้อ ๒.๑ และเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์

ที่	รายการข้อมูล	หน่วยวัด	ผลงาน
๑	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดเข้ารับการรักษาในช่วงเวลา Golden period ๓ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลชุมชน	ราย	๖๗
๒	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดเข้ารับการรักษาในช่วงเวลา Golden period ๔.๕ ชั่วโมงในโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์	ราย	๔๒.๕๓ (๑๑๔/๒๖๘)
๓	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ใน Golden period ๔.๕ ชั่วโมง ได้รับการส่งต่อ door to refer ภายใน ๓๐ นาที	ราย	๗๑.๐๕ (๘๑/๑๑๔)
๔	ผู้ป่วย Ischemic Stroke (I๖๓) ที่มี Golden ๔.๕ ชม. ได้รับ rTPA ภายใน ๖๐ นาที เมื่อมาถึงโรงพยาบาล(OPD/ER)	ราย	๘
๕	ผู้ป่วย Hemorrhagic Stroke (I๖๐-I๖๒) ได้รับ door to OR ภายใน ๙๐ นาที เมื่อมาถึงโรงพยาบาล (นับเฉพาะที่ ER เท่านั้น)	เก็บข้อมูลที่ รพ.ชลบุรี	
๖	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (I๖๐-I๖๙)	ราย	๒๖๘
๗	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I๖๓)	ราย	๒๕๒
๘	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I๖๐-I๖๒)	ราย	๕๘
๙	จำนวนผู้ป่วย Stroke (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชม.ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	เก็บข้อมูลที่ รพ.ชลบุรี	
๑๐	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) (ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ ๑๐ตค.๒๕๖๒)	ร้อยละ	๗.๑๔ (๒๒/๓๐๘)
๑๑	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I๖๓)	ร้อยละ	๓.๑๗ (๘/๒๕๒)
๑๒	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I๖๐-I๖๒)	ร้อยละ	๒๔.๑๓(๑๔/๕๘)
๑๓	ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะกลางที่รับ Refer กลับ (คือ pt.ในทะเบียนrefer มี ตราIMCใน ทะเบียนrefer)	ราย	
๑๔	ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะกลางที่ได้รับการฟื้นฟู	ราย	
๑๕	แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะกลาง	เรื่อง	๑
๑๖	คณะกรรมการขับเคลื่อนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขา Intermediate care ระดับโรงพยาบาล	มีคำสั่งแต่งตั้งในระดับ โรงพยาบาล	

**ข้อ ๑๐ หมายถึง จำนวนครั้งของการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตายจากทุกหอผู้ป่วย หาดด้วย จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วย ในช่วงเวลาเดียวกัน คุณ ด้วย ๑๐๐ (ประมวลผลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข)

๒.๒ เชิงคุณภาพ ระดับ ๓

เกณฑ์	ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ โรงพยาบาลชุมชน
(.....)	ระดับที่ ๑ -มีข้อมูลการวิเคราะห์กลุ่มเสี่ยง และปัญหาการเข้าถึงบริการ fast track ในปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน -มีคณะกรรมการขับเคลื่อนระดับโรงพยาบาลและจัดทำข้อมูลผู้ป่วย stroke ที่ต้องได้รับการฟื้นฟูต่อเนื่องใน ระยะ Intermediate care ในปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน
(.....)	ระดับที่ ๒ -มี ข้อ ๑ และมีการวางแผนการเพิ่มการเข้าถึงของกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยที่สำคัญในพื้นที่อำเภอและมีแผนงาน โครงการประชาสัมพันธ์เชิงรุก (stroke alert, stroke awareness) รองรับบริการที่เชื่อมโยงชุมชนและ โรงพยาบาลในพื้นที่ -มีแผนการจัดบริการและแผนส่วนขาดการดูแลผู้ป่วย stroke ที่ต้องได้รับการฟื้นฟูต่อเนื่องในระยะ Intermediate care รองรับบริการที่เชื่อมโยงชุมชนและโรงพยาบาลในพื้นที่
(.....)	ระดับที่ ๓ -มีข้อ ๑ - ๒ และมีผลลัพธ์ของการเข้าถึงบริการในระบบ Fast track ตามเกณฑ์ (Golden period ภายใน ๔.๕ ชม, Door to rTPA ภายใน ๖๐ นาที หรือ Door to operation room time ภายใน ๙๐ นาที) <u>ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐</u> - มีระบบส่งต่อ-รับกลับการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วย stroke ที่ต้องได้รับการฟื้นฟูต่อเนื่องในระยะ Intermediate care
(.....)	ระดับที่ ๔ มีข้อ ๑ - ๓ และมีผลลัพธ์ของการเข้าถึงบริการในระบบ Fast track ตามเกณฑ์ (Golden period ภายใน ๔.๕ ชม, Door to rTPA ภายใน ๖๐ นาที หรือ Door to operation room time ภายใน ๙๐ นาที) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ -มีผลลัพธ์ข้อมูลการรับบริการหรือการส่งต่อ-รับกลับการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วย stroke ที่ต้องได้รับการฟื้นฟูต่อเนื่อง ในระยะ Intermediate care
(.....)	ระดับที่ ๕ มีข้อ ๑ - ๓ และมีผลลัพธ์ของการเข้าถึงบริการในระบบ Fast track ตามเกณฑ์ (Golden period ภายใน ๔.๕ ชม, Door to rTPA ภายใน ๖๐ นาที หรือ Door to operation room time ภายใน ๙๐ นาที) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ -มีผลลัพธ์ข้อมูลการรับบริการหรือการส่งต่อ-รับกลับการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วย stroke ที่ต้องได้รับการฟื้นฟูต่อเนื่อง ในระยะ Intermediate care

๓. นวัตกรรมหรือผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้

- แบบประเมิน Neurological observation chart โดยมีการเพิ่มการเก็บการประเมิน Motor power จากของเดิม ที่
ประเมิน โดยใช้GCS score total เพื่อเฝ้าระวังอาการ Progressive stroke ได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

- CQI เรื่อง ประเมิน ฉบับไว คนไข้ปลอดภัยใส่ใจ Stroke

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

- พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการยังมารพ.ช้าอยู่ โดยสาเหตุเกิดจากการขาดความรู้ในการประเมินอาการที่ต้องรีบมา รพ.

- ผู้สูงอายุ อยู่บ้านคนเดียว รอลูก หลานกลับมา

- อาการการเกิดขึ้นตอนกลางคืน - เข้า มา ญาติไปพบจึงนำส่ง รพ.

๕. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา

- ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ในโดยการให้ความรู้เรื่อง อาการ ที่ต้องรีบมา รพ.ของ หลอดเลือดสมอง
กับมูลนิธิและอสม.แจก แผ่นประชาสัมพันธ์ ในคลินิกโรคเรื้อรัง ถึงอาการของโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด นางสมจิตร รักจรรยาบรรณ

ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วัน/เดือน/ปี ที่รายงาน ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒

ประเด็นยุทธศาสตร์ : การจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและบริการเป็นเลิศ

ชื่อโครงการ : โครงการพัฒนาระบบการดำเนินงานควบคุมป้องกันและรักษาวัณโรค จังหวัดชลบุรี ปี ๒๕๖๒

ตัวชี้วัดที่ ๑๒ : อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เป้าหมายร้อยละ ๘๕

๑. ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์

ปี ๒๕๖๐ มีปัญหาอัตราผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคต่ำมากเนื่องมาจากระบบการลงบันทึกข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ สืบเนื่องมาจากขาดระบบการส่งต่อผู้ป่วยรายใหม่ในโรงพยาบาลและระหว่างพื้นที่ รวมถึงมี การหมุนเวียนของแพทย์ ผู้รักษาไม่มีแพทย์รับผิดชอบโดยตรง รวมทั้งระบบการส่งต่อและการติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัดและขาดยาอย่างขาดประสิทธิภาพ ปี ๒๕๖๐ ได้ปรับระบบใหม่โดยจัดให้มีอายุรแพทย์ประจำคลินิกวัณโรค มีการขึ้นทะเบียน และลงบันทึกข้อมูลในใบ TB๐๑ จัดทำ Guideline รวมถึงมีการลงข้อมูลในระบบ TBCM Online ให้แพทย์ทุกคนดูแลผู้ป่วยไปในแนวทางเดียวกันมี one-stop service ให้การดูแลผู้ป่วยด้วย ทีมสหสาขา(แพทย์ พยาบาล เภสัชกร) ประสานงานกับรพ.สต.ในพื้นที่เพื่อติดตามผู้ป่วยขาดนัดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและช่วยทำ DOT ในกลุ่มเสี่ยง มีเภสัชกรตรวจสอบการเก็บยาและการทานยาของผู้ป่วยส่งผลให้อัตราผลสำเร็จของการรักษาสูงขึ้นในปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ เน้นการการขึ้นทะเบียนในระบบ TBCM Online และการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงให้ครบร้อยละร้อย มีการจัดประชุม TB meeting ร่วมกับ รพ.สต.ทุก ๒ อาทิตย์ เดือนละ๒ครั้ง เพื่อติดตามผู้ป่วยขาดนัดให้รวดเร็ว เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบ patient-center approach โดยเฉพาะกลุ่มพิเศษที่มีโอกาสขาดยาสูงเช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการเดินทาง ดิสสุรา ให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่องโดยประสานให้รพ.สต. นำยาไปทำ DOT ประสานผู้นำชุมชนเพื่อช่วยเหลือด้านการเดินทางในผู้ป่วยที่ขาดยาและกลับเป็นซ้ำสาเหตุจากการขาดยา มีการจัด Family Meeting เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำกับการกินยาของผู้ป่วยร่วมกับพื้นที่ที่รับผิดชอบ การสร้างระบบรายงานเคส TB รายใหม่ในโรงพยาบาล จัดตั้งคณะกรรมการ TB ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและ ER ประชุมสร้างความเข้าใจในระบบส่งต่อ และตั้งกลุ่ม Line เพื่อสะดวกและรวดเร็วในการติดต่อสื่อสารและประสานงานกับ MR.TB สร้างแบบฟอร์มการซักประวัติผู้ป่วยรายใหม่โดยมีข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้เป็นข้อมูล ณ ปัจจุบัน เพื่อให้สามารถติดต่อผู้ป่วยได้หลายช่องทาง ส่งผลให้เกิดประโยชน์ในการส่งต่อข้อมูลให้กับพื้นที่และเป็นประโยชน์อย่างยิ่งเพื่อสะดวกในการติดตามผู้ป่วยที่ขาดขาดนัด

สร้างระบบการส่งต่อ รายงาน และตอบกลับการติดตามผู้ป่วย TB รายใหม่กับพื้นที่ทำความเข้าใจกับผู้ป่วย TB รายใหม่ทุกราย เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างปลอดภัยและมีความสุข พิมพ์เบอร์โทรศัพท์ของคลินิกวัณโรคไว้หลังใบนัดผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถติดต่อสอบถามข้อสงสัยหรือขอคำปรึกษาที่คลินิกวัณโรคโดยตรง และยังจัดกิจกรรมเนื่องในวันสำคัญต่างๆเช่นการ แจกของขวัญในวัน ขึ้นปีใหม่ เล่นเกมสตอบคำถามชิงรางวัลต่างๆเกี่ยวกับโรควัณโรคเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยอีกด้วย ทำให้ผลสำเร็จของการรักษาสูงถึง ๘๖%

**ปัจจุบันมีผู้ป่วยขึ้นทะเบียน(ตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๑)
รักษาวัณโรคปอดรายใหม่ไตรมาส ๑/๒๕๖๑ จำนวน ๒๘ ราย**



๓. ผลการดำเนินงาน เป้าหมายร้อยละ ๘๕

๓.๑ เชิงปริมาณ (แสดงผลการดำเนินงานภาพรวมอำเภอ)

ตัวชี้วัด	ผลงาน	ร้อยละ
A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๒(เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) รวมกับกำลังรักษา	๒๔ ราย	๘๖
B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๒(เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑)	๒๕ ราย	

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
๑.ระบบการค้นหาและScreen TBไม่ชัดเจน และขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการเสี่ยงต่อวัณโรคลงมาคลินิกวัณโรค ไม่เป็นไปตามแนวทางเดียวกัน	<ul style="list-style-type: none"> - สร้างใบคัดกรองอาการเพื่อให้พยาบาลคัดกรอง ชักประวัติผู้ป่วยได้รวดเร็ว ง่าย สะดวก และถูกต้อง (ตามใบที่แนบมา) - สร้างระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการเสี่ยงต่อวัณโรคลงมาตรวจที่คลินิกวัณโรค
๒.ระบบและขั้นตอนการแจ้งเคสTB รายใหม่ในโรงพยาบาลยังไม่สมบูรณ์ มีการLoss การรายงานCase TB รายใหม่	<ul style="list-style-type: none"> -สร้างระบบการแจ้งเคส TB รายใหม่ ในโรงพยาบาลให้เป็นระบบเดียวกัน -จัดตั้งคณะกรรมการTB ให้มีครบทุกตึก OPD ER IPD -ประชุมคณะกรรมการTB ทุกตึก OPD ER IPD เพื่อชี้แจงระบบและสร้างความเข้าใจในแนวทาง -จัดตั้งกลุ่มLineคณะกรรมการTB ตึก OPD ER IPD ในการติดต่อสื่อสารและแจ้งข้อมูลได้สะดวกและรวดเร็ว
๓.ระบบและขั้นตอนการแจ้งเคสTB รายใหม่ กับพื้นที่ ยังเข้าใจไม่ตรงกัน ไม่ชัดเจน	<ul style="list-style-type: none"> - สร้างระบบการแจ้งเคส TB รายใหม่กับพื้นที่ (แนวทางการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรครายใหม่) - ประชุมTB Meeting เดือนละ๒ครั้งเพื่อติดตามและแก้ไขปัญหาต่างๆและหาวิธีแก้ไขร่วมกัน - ประชุม Family Meeting ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำกับกรินยาผู้ป่วยในเคสที่มีปัญหา กลับเป็นซ้ำและขาดยาเป็นรายเคส
๔.ข้อมูลที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ของผู้ป่วยรายใหม่ไม่เป็นข้อมูลปัจจุบัน เมื่อผู้ป่วยขาดนัดจึงทำให้ไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้	<ul style="list-style-type: none"> - สร้างใบชักประวัติผู้ป่วยTBรายใหม่ ให้มีข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน และสามารถติดต่อได้ง่ายและหลายช่องทาง - ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาตามนัดจะสอบถามข้อมูล ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ที่เป็นปัจจุบันใหม่ทุกครั้ง
๕.ผู้ป่วยรายใหม่ขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ข้อมูล สร้างความเข้าใจกับผู้ป่วยรายใหม่ทุกรายเช่น แนะนำขั้นตอนการมารับบริการที่คลินิกวัณโรค กรินยาอย่างต่อเนื่อง ข้อควรปฏิบัติเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา โดยให้เบอร์ติดต่อคลินิกวัณโรคโดยตรง หากมีข้อสงสัยให้โทรมาสอบถามที่เบอร์๐๓๘-๔๖๑๒๖๓ได้เลย - สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยในคลินิกวัณโรค โดยจัดกิจกรรมเนื่องในวันสำคัญต่างๆเช่นการ แจกของขวัญในวันขึ้นปีใหม่

	เล่นเกมส์ตอบคำถามชิงรางวัลต่างๆเกี่ยวกับโรควัณโรค
<p>๖.ในปีที่ผ่านมาพบว่ามีผู้ป่วยขาดนัด-ขาดยา จากปัญหาต่างๆเช่นผู้ป่วย ลืมนัด ผู้ป่วยไม่มีรถมาโรงพยาบาล บ้านไกลผู้ป่วยลืมกินยา</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ก่อนวันนัดตรวจ๑วัน จะมีเจ้าหน้าที่โทรเตือนนัดล่วงหน้าก่อน๑วัน - กรณีเคสที่ไม่มีรถมาตรวจตามนัดจะประสานพื้นที่เพื่อนำรถมาส่งผู้ป่วยเป็นรายเคส หรือเจ้าหน้าที่แต่ละพื้นที่รับยาและนำยาไป DOT ให้ผู้ป่วยเป็นรายเคส - แพทย์ พยาบาล พยาบาลจิตเวชลงพื้นที่ติดตามผู้ป่วยMDR TB ขาดนัด ร่วมกับพื้นที่ - จัดทำปฏิทินDOT เพื่อให้พื้นที่จัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานสะดวก และง่ายต่อการมองเห็น ไม่ลืมกินยา

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด....นางสาวนันทวัน ชื่นคุ้ม

ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

โทร....๐๘๖-๐๓๓๒๘๘๗ e-mail farrendtar@gmail.com

วัน/เดือน/ปี ที่รายงาน ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒

ประเด็นยุทธศาสตร์ : การจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและบริการเป็นเลิศ

ชื่อโครงการ : โครงการพัฒนาระบบการดำเนินงานควบคุมป้องกันและรักษาวัณโรค จังหวัดชลบุรี ปี ๒๕๖๒

ตัวชี้วัดที่ ๑๓ : อัตราการลงข้อมูลกำกับการรับประทายยา (DOT) ในโปรแกรม TBCM Online ร้อยละ ๘๕

๑. ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์

DOT (Directly Observed Therapy) คือ การรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง หรือแบบมี ผู้กำกับกำกับการรับประทายยา หมายถึง การรักษาวัณโรคโดยมีบุคคลที่ได้รับการฝึกอบรมให้ทำหน้าที่สนับสนุนดูแล และกำกับให้ผู้ป่วยกินยาทุกขนาน ทุกมื้อ ต่อหน้าอย่างถูกต้องครบถ้วน จนครบกำหนดการรักษา การควบคุมกำกับการรับประทายยาของผู้ป่วยอย่างเต็มที่ เป็นวิธีเดียวที่ทำให้มั่นใจได้ในความสม่ำเสมอ ครบถ้วนของการรักษา ซึ่งนอกจากการกำกับการกินยาแล้วต้องมีการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม TBCM Online ทุกราย โดยเป้าหมายของข้อมูล คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ยื่นทะเบียนการรักษาไตรมาสที่ ๑ ปี ๒๕๖๒ (ตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑) ทั้งผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทยและผู้ป่วยใน เรือนจำได้รับการกำกับการรับประทายยา (DOT) จนครบกำหนดการรักษา

๒. ผลการดำเนินงาน

๒.๑ เจริญปริมาณ

ที่	หน่วยงาน/รายการข้อมูล	A=จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอด ได้รับการกำกับการรับประทายยา (DOT) (ราย)	B=จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มอบหมายให้หน่วยงานกำกับการกินยา (Assign) (ราย)	ร้อยละ (A/B)×๑๐๐
๑	รพ.พนัสสนิคม (กุฎโง้ง+พนัสสนิคม)	๒	๒	๑๐๐
๒	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนัสสนิคม	๒๕	๒๓	๙๒.๐๐
	รวม	๒๗	๒๕	๙๒.๕๙

สรุปผลการดำเนินงาน มียอดจำนวนผู้ป่วยที่ยื่นทะเบียนการรักษาไตรมาสที่ ๑ ปี ๒๕๖๒ (ตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑) ทั้งหมด ๒๗ ราย ระหว่างทำการรักษา ย้ายที่อยู่ไปอยู่นอกอำเภอ จำนวน ๒ ราย ดังนั้นผลการดำเนินงานการกำกับการกินยาแล้วต้องมีการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม TBCM Online คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๕๙ ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด...นางสาวนันท์วัน ชื่นคุ้ม นายกิตติชัย กาญจนบัตร
ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ นักวิชาการสาธารณสุข
โทร....๐๘๖-๐๓๓๒๘๘๗

e-mail farrendtar@gmail.com

วัน/เดือน/ปี ที่รายงาน ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒

ประเด็นยุทธศาสตร์ : การจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและบริการเป็นเลิศ

ชื่อโครงการ : โครงการพัฒนาระบบการดำเนินงานควบคุมป้องกันและรักษาวัณโรค จังหวัดชลบุรี ปี ๒๕๖๒

ตัวชี้วัดที่ ๑๔ : อัตราการค้นหาและคัดกรองวัณโรค ในกลุ่มผู้สัมผัสวัณโรคปอด ร้อยละ ๘๕

๑. ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์

การคัดกรองวัณโรค ในผู้สัมผัสวัณโรคปอด โดยคัดกรองครั้งแรกด้วยการเอกซเรย์ ทรวงอก ถ้าพบว่าปอดผิดปกติหรือมีอาการสงสัยแนะนำส่งตรวจเสมหะ ถ้าไม่พบวัณโรคนัดตรวจติดตาม ครั้งต่อไป เมื่อนัดติดตามครั้งต่อไป ทุก ๖ เดือน ด้วยการคัดกรองด้วยอาการถ้ามีอาการสงสัยวัณโรคจึงส่งเอกซเรย์ทรวงอกถ้าผิดปกติส่งตรวจเสมหะด้วย

๒. ผลการดำเนินงาน

เชิงปริมาณ

จำนวนผู้ป่วย วัณโรคปอด ที่มีผลAFBบวก (คน)	คัดกรองผู้สัมผัสผู้ป่วย วัณโรคปอด ที่มีผลAFBบวก		ร้อยละ	เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ ๕๐	
	เป้าหมายผู้ป่วย คุณด้วยสาม	ผลงาน		ผ่าน	ไม่ผ่าน
๔	๑๒	๑๔	๑๑๖.๖๖	/	

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด....นางสาวนันท์วัน ชื่นคุ้ม

ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

โทร....๐๘๖-๐๓๓๒๘๘๗

e-mail farrendtar@gmail.com

วัน/เดือน/ปี ที่รายงาน ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒

นายกิตติชัย กาญจนบัตร

นักวิชาการสาธารณสุข

ประเด็นยุทธศาสตร์ : Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)

ชื่อแผนงาน : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

ชื่อโครงการ : โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผลปี ๒๕๖๒

ตัวชี้วัดที่ ๑๕ : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล

๑. ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์

ตัวชี้วัด	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะปี ๒๕๖๒					ร้อยละ
	จำนวนผู้ป่วย	ผลงานการใช้ยาปฏิชีวนะ	ร้อยละ	จำนวนรพ.สต.ทั้งหมด	จำนวนรพ.สต.ผ่านเกณฑ์	
โรคระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	๑๗๕๘๑	๗๑๙	๔.๐๙	๒๑	๒๑	๑๐๐
โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	๑๒๕๔	๙๐	๗.๘๐	๒๑	๑๙	๙๐.๔๗

๒. ผลการดำเนินงาน

๒.๑ เชิงปริมาณ (แสดงผลการดำเนินงานแยกรายหน่วยบริการและภาพรวมอำเภอ)

ร้อยละของรพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในโรคURIและAD ในผู้ป่วยนอก ≤ 20
ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี

หน่วยบริการ	รวมทั้งปีงบประมาณ		ไตรมาส ๑		ไตรมาส ๒		ไตรมาส ๓		ไตรมาส ๔	
	URI	AD	URI	AD	URI	AD	URI	AD	URI	AD
๐๑๘๖๖ รพ.สต.หน้าพระธาตุ	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
๐๑๘๖๗ รพ.สต.วัดหลวง	๒.๒๘	๐	๐.๖๙	๐	๓.๐๗	๐	๑.๙๒	๐	๒.๑๖	๐
๐๑๘๖๘ รพ.สต.บ้านเข็ด	๑.๒๘	๐	๓.๓๙	๐	๑.๕๗	๐	๐	๐	๐	๐
๐๑๘๖๙ รพ.สต.นาเร็ก	๐.๑๓	๒.๐๐	๐	๐	๐	๑๑.๑๑	๐	๐	๐.๕๓	๐
๐๑๘๗๐ รพ.สต.นาเร็ก(บ้านเนินแร่)	๑.๓๔	๐	๒.๕๘	๐	๐.๕๖	๐	๐.๙	๐	๑.๕๓	๐
๐๑๘๗๑ รพ.สต.หมอนนาง(บ้านหนองไทร)	๒.๗๗	๘.๕๕	๐.๘๕	๔.๕๕	๓.๓๒	๘.๖๒	๓.๙๔	๔.๘๘	๓.๕๗	๑๑.๕๙
๐๑๘๗๒ รพ.สต.หมอนนาง	๙.๕๓	๑๙.๕๑	๘.๕๑	๑๔.๒๙	๗.๔๕	๑๓.๓๓	๑๖.๑๔	๑๖.๖๗	๗.๓๒	๒๘.๕๗
๐๑๘๗๓ รพ.สต.สระสี่เหลี่ยม	๐.๑๓	๕.๒๖	๐.๕๗	๑๐.๖๔	๐	๕.๗๑	๐	๔.๘๘	๐	๐
๐๑๘๗๔ รพ.สต.วัดโบสถ์	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
๐๑๘๗๕ รพ.สต.หัวถนน	๑๕.๑๕	๑๒.๓๕	๑๕.๙๙	๒๕	๑๘.๔๓	๑๐.๒	๒๑.๔๕	๐	๖.๗๗	๐
๐๑๘๗๖ รพ.สต.ท่าข้าม	๓.๖๙	๒๖.๙๒	๓.๒๕	๐	๓.๘๑	๐	๒.๗	๑๐๐	๔.๑๕	๕๐
๐๑๘๗๗ รพ.สต.หนองปรือ	๔.๗๖	๓.๘๒	๒.๗๘	๔.๓๕	๔.๓๕	๓.๓๓	๖.๑๗	๓.๗	๖.๓	๕.๖๖
๐๑๘๗๘ รพ.สต.หนองขยาด	๓.๐๔	๙.๓๘	๑.๔๔	๑๔.๗๑	๑.๖๑	๐	๔.๓๗	๐	๕.๓๑	๑๐๐
๐๑๘๗๙ รพ.สต.ทุ่งขวาง	๑.๗๙	๓.๗	๑.๕๘	๐	๓.๐๖	๑๒.๕	๐	๐	๑.๑๔	๐
๐๑๘๘๐ รพ.สต.หนองเหียง	๐.๐๙	๔๐	๐	๓๓.๓๓	๐.๓๓	๕๐	๐	๐	๐	๐
๐๑๘๘๑ รพ.สต.หนองเหียง(บ้านไร่เส้ง)	๐.๕๙	๐	๐	๐	๐.๖๘	๐	๐	๐	๑.๗๒	๐
๐๑๘๘๒ รพ.สต.นาวังหิน	๒.๘๔	๑๗.๓๙	๑.๖๖	๑๔.๒๙	๑.๙๓	๑๕.๓๘	๓.๓	๓๓.๓๓	๔.๖๙	๖.๒๕
๐๑๘๘๓ รพ.สต.บ้านช้าง	๒.๒๙	๐	๒.๕๒	๐	๑.๓๙	๐	๔.๔๙	๐	๑.๗๑	๐
๐๑๘๘๔ รพ.สต.โคกเปลาะ	๐.๗๕	๘.๓๓	๑.๕๕	๐	๐	๑๖.๖๗	๐	๐	๑.๕๓	๐
๐๑๘๘๕ รพ.สต.ไร่หลักทอง	๐.๓๒	๐	๐	๐	๑.๐๕	๐	๐	๐	๐	๐
๐๑๘๘๖ รพ.สต.นามะตูม	๑.๖๙	๔.๑๗	๐	๐	๑.๐๕	๙.๐๙	๐	๐	๒.๖๓	๐
จำนวน รพ.สต.ทั้งหมด	๒๑	๒๑	๒๑	๒๑	๒๑	๒๑	๒๑	๒๑	๒๑	๒๑
จำนวนรพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์	๒๑	๑๙	๒๑	๒๐	๒๑	๒๑	๒๐	๑๙	๒๑	๑๙
คิดเป็นร้อยละ	๑๐๐	๙๐.๔๗	๑๐๐	๙๕.๒	๑๐๐	๑๐๐	๙๕.๒๓	๙๐.๔	๑๐๐	๙๐.๔

วันที่ประมวลผล : ๒๗ กันยายน ๒๕๖๒

สรุป รพ.สต.มีการดำเนินงานพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ
ผ่านเกณฑ์ขั้นที่ ๑ จำนวน ๑๙ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๐.๔๗ ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด

๒.๒ เชิงคุณภาพ (แสดงขั้นตอนและกระบวนการทำงานตามเกณฑ์ที่กำหนดในตัวชี้วัด)

จำนวนหน่วย บริการทั้งหมด (แห่ง)	จำนวนหน่วย บริการ	ร้อยละ	ผลงาน (ระดับ)	เกณฑ์ประเมินระดับสสอ.
๒๑	๑๙	๙๐.๕๓	๔	<p>(/) ระดับ ๑ จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ ของรพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค</p> <p>(/) ระดับ ๒ จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ ของรพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค</p> <p>(/) ระดับ ๓ จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของรพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค</p> <p>(/) ระดับ ๔ จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของรพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค</p> <p>() ระดับ ๕ จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐๐ ของรพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค</p>

เกณฑ์เป้าหมาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เกณฑ์เป้าหมาย ระดับ ๔

หน่วยงาน	เป้าหมาย (ระดับ)	ผลงาน (ระดับ)	ผลการประเมิน	
			ผ่าน	ไม่ผ่าน
รพ.สต.บ้านเข็ด	๔	๔	/	
รพ.สต.หนองขยาด	๔	๔	/	
รพ.สต.นามะตูม	๔	๔	/	
รพ.สต.ทุ่งขวาง	๔	๔	/	
รพ.สต.บ้านช้าง	๔	๔	/	
รพ.สต.วัดโบสถ์	๔	๔	/	
รพ.สต.วัดหลวง	๔	๔	/	
รพ.สต.ไร่หลักทอง	๔	๔	/	
รพ.สต.ท่าข้าม	๔	๓		/
รพ.สต.โคกเพลาะ	๔	๔	/	
รพ.สต.หน้าพระธาตุ	๔	๔	/	
รพ.สต.หัวถนน	๔	๔	/	
รพ.สต.หนองปรือ	๔	๔	/	
รพ.สต.สระสี่เหลี่ยม	๔	๔	/	
รพ.สต.หนองเหียง	๔	๓		/
รพ.สต.หนองเหียง (บ้านไร่เสถ์)	๔	๔	/	
รพ.สต.หมอนนาง	๔	๔	/	
รพ.สต.หมอนนาง (บ้านหนองไทร)	๔	๔	/	
รพ.สต.นาเว็ก	๔	๔	/	
รพ.สต.นาเว็ก (บ้านเนินแร่)	๔	๔	/	
รพ.สต.นาวังหิน	๔	๔	/	
รวม	๒๑	๑๙	๑๙	๒

จากตาราง พบว่าผลงานเชิงคุณภาพ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ที่มีการดำเนินงานตามกระบวนการเชิงคุณภาพ ๕ ข้อ ซึ่งพบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์เชิงคุณภาพระดับ ๔ จำนวน ๑๙ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๐.๔๗ ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัจจัยที่ทำให้ดำเนินการสำเร็จ	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา
<p>๑. มีการบูรณาการ งานเภสัชกรรมและ RDU ร่วมกับการพัฒนาคุณภาพรพ.สต.ติดดาว โดยการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ พัฒนาศักยภาพของผู้รับผิดชอบงานเภสัชกรรมและRDU ใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๑</p> <p>๒. มีการกำกับติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยผ่านการประชุมประจำเดือนสำหรับผู้บริหารและการตรวจประเมินกำกับติดตามงานในการใช้ยาปฏิชีวนะผ่านการตรวจสอบภายในระดับอำเภอในรพ.สต.ทุกแห่ง</p> <p>๓. มีการสนับสนุนสื่อโปสเตอร์แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในโรค URI , AD และบาดแผลสดจากสสจ.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ควรมีการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้แก่ประชาชนเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลอย่างต่อเนื่องและขยายการดำเนินงานลงสู่ชุมชน - หน่วยบริการมีการใช้ยาสมุนไพรรักษาการจ่ายยาปฏิชีวนะ

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด นางชุตติกาญจน์ ฉิมพลีกุล
 ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน
 โทร๐๘๙-๒๒๑๓๕๖๙ e-mail nongmilechim@gmail.com
 วัน/เดือน/ปี ที่รายงาน ๒๗ กันยายน ๒๕๖๒

นางสาวดรุณวรรณ สามารถ

ประเด็นยุทธศาสตร์ : การจัดการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเป็นเลิศ (SERVICE EXCELLENCE)

ชื่อแผนงาน : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

ชื่อโครงการ : โครงการพัฒนางานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จังหวัดชลบุรี ปีงบประมาณ ๒๕๖๒.

ตัวชี้วัดที่ ๑๖ : ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก

๒. ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์

อำเภอนนทบุรี มีโรงพยาบาลชุมชน ๑ แห่ง,โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๒๑ แห่ง โดยมีโรงพยาบาลนนทบุรี มีบริการนวดไทยและผ่านมาตรฐาน รพ.สส.พท. ร้อยละ ๑๐๐ มีการจัดการบริการการแพทย์แผนไทยคู่ขนานกับแพทย์แผนปัจจุบันที่แผนกผู้ป่วยนอกและมีการจัดการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจร การให้บริการรักษาโรคทั่วไปและเฉพาะโรค ไ้มเกรน ข้อเข่าเสื่อม อัมพฤกษ์/อัมพาต ภูมิแพ้ทางเดินหายใจส่วนต้น มีกรอบรายการยาสมุนไพรที่ใช้สำหรับบริการ ไม่น้อยกว่า ๓๐ รายการ และมีการจัดการบริการการแพทย์ทางเลือก(ฝังเข็ม) ซึ่งทางโรงพยาบาลนนทบุรียังมีการจัดการบริการแพทย์แผนไทยแบบ One Stop Service เป็นแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพด้านการแพทย์แผนไทย เป็นศูนย์ทดสอบมาตรฐานฝีมือแรงงานแห่งชาติ ประเภทการแพทย์แผนไทย ศูนย์ต้นแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและการแพทย์พื้นบ้าน(คลินิก ลด ละ เลิก บุหรี่) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งหมด ๒๑ แห่ง มีการจัดการบริการการจ่ายยาสมุนไพร การให้สุศึกษา เช่น การออกกำลังกายด้วยท่า ฤาษีดัดตน การทำสมาธิบำบัด เป็นต้น รวมไปถึงการจัดสวนสมุนไพรใน รพ.สส. และมุมให้ความรู้การใช้ยาสมุนไพร

๓. ผลการดำเนินงาน

๓.๑ เสิ้งปริมาณ (แสดงผลการดำเนินงานแยกรายหน่วยบริการและภาพรวมอำเภอ)

ลำดับ	หน่วยบริการ	ผลการให้บริการ(ครั้ง)		
		จำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด	ผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ
๑	รพ.สส.หน้าพระธาตุ	๓,๑๑๐	๑,๕๐๒	๔๘.๓
๒	รพ.สส.วัดหลวง	๔,๖๗๕	๑,๔๔๘	๓๐.๙๗
๓	รพ.สส.บ้านเข็ด	๑,๕๗๒	๘๕๘	๕๔.๕๘
๔	รพ.สส.นาเร็ก	๓,๒๗๔	๑,๗๗๓	๕๔.๑๕
๕	รพ.สส.บ้านเนินแร่	๕,๘๖๔	๓,๗๙๒	๖๔.๖๗
๖	รพ.สส.บ้านหนองไทร	๖,๗๖๐	๓,๘๘๔	๕๗.๔๖
๗	รพ.สส.หมอนนาง	๘,๘๓๙	๓,๒๓๓	๓๖.๕๘
๘	รพ.สส.สระสี่เหลี่ยม	๙,๕๕๔	๔,๒๒๕	๔๔.๒๒
๙	รพ.สส.วัดโบสถ์	๓,๗๕๘	๒,๓๓๖	๖๒.๑๖
๑๐	รพ.สส.หัวถนน	๑๒,๙๕๘	๖,๓๘๙	๔๙.๓๑
๑๑	รพ.สส.ท่าข้าม	๒,๘๖๘	๓,๘๘๔	๑๓๕.๔๓

ลำดับ	หน่วยบริการ	ผลการให้บริการ(ครั้ง)		
		จำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด	ผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ
๑๒	รพ.สต.หนองปรือ	๑๐,๕๔๙	๓,๙๐๔	๓๗.๐๑
๑๓	รพ.สต.หนองขยาด	๖,๓๙๕	๓,๒๕๑	๕๐.๘๔
๑๔	รพ.สต.ทุ่งขวาง	๒,๙๑๘	๙๓๑	๓๑.๙๑
๑๕	รพ.สต.หนองเหียง	๖,๘๗๖	๓,๔๑๑	๔๙.๖๑
๑๖	รพ.สต.บ้านไร่เสธ	๒,๓๖๑	๘๕๘	๓๖.๓๔
๑๗	รพ.สต.นาวังหิน	๕,๓๐๒	๔,๔๖๑	๘๔.๑๔
๑๘	รพ.สต.บ้านช้าง	๔,๐๙๒	๑,๗๔๙	๔๒.๗๔
๑๙	รพ.สต.โคกเพลาะ	๑,๙๙๔	๑,๒๑๗	๖๑.๐๓
๒๐	รพ.สต.ไร่หลักทอง	๒,๑๑๖	๘๘๓	๔๑.๗๓
๒๑	รพ.สต.นามะตูม	๑,๖๗๑	๖๐๗	๓๖.๓๓
ภาพรวม รพ.สต.		๑๐๗,๕๐๖	๕๔,๕๙๖	๕๐.๗๘
๒๒	รพ.พณีสนิคม	๒๗๐,๗๐๒	๒๗,๘๗๓	๑๐.๓๐
ภาพรวม ระดับอำเภอ		๓๗๘,๒๐๘	๘๒,๔๖๙	๒๑.๘๑

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรคหรือปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา
<p>๑. การขาดแคลนบุคลากรทางด้าน การแพทย์แผนไทย</p> <p>๒. ไม่สามารถให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยได้ครอบคลุม นอกจากการจ่ายยาสมุนไพร และการให้ความรู้ เช่น การใช้ยาสมุนไพร การฝึกการบริหารด้วยท่าฤาษีตัดตน การฝึกสมาธิบำบัด</p> <p>๓. การใช้ยาสมุนไพรยังไม่สามารถทดแทนยาแผนปัจจุบันได้ตามเป้าหมาย</p>	<p>-ให้มีการจ่ายยาสมุนไพรเพิ่มมากขึ้น และต้องบันทึกข้อมูลควบคู่กันไป</p> <p>-จัดทำสื่อความรู้ด้านการใช้ยาสมุนไพร</p> <p>-อบรมให้ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยให้กับ อสม. และประชาชน</p> <p>-ควรใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาบัญชีหลักเพิ่มมากขึ้น</p> <p>-เน้นปลูกฝังให้ชาวบ้านมองเห็นคุณค่าของสมุนไพร</p> <p>-ควรเริ่มจากสิ่งที่ใกล้ตัวก่อน เช่น การปลูกสมุนไพรในบ้าน การทำน้ำสมุนไพร</p>

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด นายธนภุต โชติสุภาพ
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
โทร ๐๘๘-๗๑๙๗๗๙๖
e-mail guy๐๐๓๗@hotmail.com

นางสาวจิตรณิญาณ์ ฐิติปัญญรัตน์
แพทย์แผนไทยชำนาญการ
โทร....๐๘๑-๖๕๐๗๒๓๑...
e-mail...chitniyal๒๕๐๒@gmail.com...

วัน/เดือน/ปี ที่รายงาน ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒

ประเด็นยุทธศาสตร์ : การจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเป็นเลิศ

ชื่อแผนงาน : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)

ชื่อโครงการ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก

ตัวชี้วัดที่ ๑๗ : อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired

๑. ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๑ ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลของประเทศไทย และอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า ประเทศไทย มีผู้ป่วย Sepsis ประมาณ ๑๗๕,๐๐๐ ราย/ต่อปี และมีผู้ป่วย Sepsis เสียชีวิตประมาณ ๔๕,๐๐๐ ราย/ต่อปี ซึ่งเมื่อคิดแล้วพบว่า มีผู้ป่วย sepsis ๑ ราย เกิดขึ้นทุกๆ ๓ นาที และมีผู้ป่วย sepsis เสียชีวิต ๕ รายทุก ๑ ชั่วโมง ซึ่งนับว่าเป็นความสูญเสียอย่างมากมาย แม้ว่าปัจจุบันความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเกิดโรคเพิ่มขึ้น มีความก้าวหน้าในการรักษาโรคติดเชื้อคือมียาต้านจุลชีพที่ดีขึ้น มีความก้าวหน้าในเทคโนโลยีด้านการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตได้ดีขึ้น แต่อัตราตายของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดยังคงสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลพหุศูนิตในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๙ -๒๕๖๑ ได้แก่ ๙.๗ ๑๒.๐ ๑๒.๘๗ ตามลำดับ

ดังนั้นคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล จึงสร้างมาตรการที่สำคัญหากบุคลากรผู้ป่วย และญาติมีความรู้และเห็นความสำคัญ นำไปปฏิบัติอย่างถูกต้อง จะช่วยป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อดี้อย่างมาจากผู้ป่วยไปยังบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยรายอื่นๆ หรือจากบุคลากรทางการแพทย์ไปยังผู้ป่วยรวมถึงญาติที่ให้การดูแลผู้ป่วย และยังสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการป้องกัน โรคติดเชื้อต่าง ๆ เช่น อูจจาระร่วง ,ตาแดง , ไข้หวัดนก , ไข้หวัดใหญ่ โรงพยาบาลพหุศูนิตจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาความรู้ในการป้องกันควบคุมการติดเชื้อดีอย่างเพื่อให้บุคลากรมีความรู้และนำไปใช้ในการดูแลตนเองและผู้ป่วยได้ถูกต้องลดการแพร่กระจายเชื้อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : แบบรายงาน/รายงานการเสียชีวิต ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD๑๐ โดยการประเมินจาก HDC

แหล่งข้อมูล : แบบรายงาน/ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล ๔๓ แห่ง/ฐานข้อมูลจาก HDC

๒. ผลการดำเนินงาน

๒.๑ เเชิงปริมาณ

ภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis	ผลงาน
A= จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis ที่ลง ICD๑๐ รหัส R๖๕.๑และ ๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z๕๑.๕)	๓๔
B= จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis ที่ลง ICD๑๐ รหัส R๖๕.๑ และ ๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status)= ๒ ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type)= ๒ ดีขึ้น	๒
C= จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise)จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด	๓

แบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis ที่ลง ICD๑๐ รหัส R๖๕.๑และ๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z๕๑.๕) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status)= ๒ ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type)= ๓ ไม่ได้ขึ้น	
D= จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis ทั้งหมดที่ลง ICD๑๐ รหัส R๖๕.๑ และ ๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z๕๑.๕)	๓๓๗
สูตรคำนวณตัวชี้วัด A+C/D*๑๐๐	๑๐.๙๘

ข้อมูล ณ วันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๖๒

๓. นวัตกรรมหรือผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้

๑. ผลการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาโดยใช้ Bundle MDR
๒. ผลการใช้รหัส ICD ๑๐ ในการดักจับการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Hospital - associated Infection :HAI) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ sepsis
๓. Wrist Band แจ้งเตือน เชื้อดื้อยา
๔. จัดสัปดาห์ณรงค์การล้างมือโดยปฏิบัติในแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วย และเจ้าหน้าที่ตามหลักการล้างมือ ๕ Moment
๕. การทดสอบประสิทธิภาพการล้างมือโดยสารเรืองแสง

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๑. พัฒนาโดยการเพิ่มการใช้รหัสโรค ในกลุ่ม HAI อื่น ๆ เช่นแผลฝีเย็บติดเชื้อ / แผลผ่าตัดติดเชื้อ เพิ่มมาตรการในการเฝ้าระวัง และพัฒนาระบบการรายงาน
๒. การใช้รหัส ICD ๑๐ ในการดักจับการติดเชื้อในโรงพยาบาล ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อ สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
๓. ทำให้ได้ข้อมูลการติดเชื้อที่เป็นปัญหาของแต่ละหน่วยงานที่ถูกต้อง
๔. นำไปวางแผนลดการติดเชื้อที่เป็นปัญหาสำคัญได้ตรงประเด็น

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด นางนิตยา วงศ์สิริวิทยา

ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ....

วัน/เดือน/ปี ที่รายงาน..... ๘ ตุลาคม ๒๕๖๒

ประเด็นยุทธศาสตร์ : การจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและบริการเป็นเลิศ

ชื่อโครงการ : โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

ตัวชี้วัดที่ ๑๘ : ระดับความสำเร็จของการป้องกันและลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน

ภายใน ๒๔ ชั่วโมง และจากการบาดเจ็บทำสงถนน

๑. ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์

ระบบการบริการการดูแลผู้ป่วย Trauma & Non Trauma (Service Plan Trauma& Emergency) ที่มีมาตรฐานตามแผนพัฒนาบริการ และมีคุณภาพการให้บริการระดับแนวปฏิบัติที่ดี ให้ความสำคัญกับการยกระดับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลและเครือข่ายทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข ให้มี มาตรฐาน ปลอดภัย พร้อมทั้งการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถ (Pre-Hospital Standard)

๒. ผลการดำเนินงาน

เกณฑ์การประเมิน: อัตราการเสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Level ๑) ที่ Admit จากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ F๓ ขึ้นไป น้อยกว่าร้อยละ ๑๒

๒.๑ เชิงปริมาณ

รายการข้อมูล	ผลงาน
อัตราการเสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Level ๑)	
A=จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Level ๑) ที่เสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง	๗๐
B=จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Level ๑) ทั้งหมด	๘๕๘
สูตรคำนวณตัวชี้วัด(A/B) X ๑๐๐	๘.๑๖

คำเป้าหมายผ่านเกณฑ์

เชิงคุณภาพ ระดับ ๕

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
ขั้นตอนที่ ๑	(√) ๑.โรงพยาบาลระดับ F๓ ขึ้นไป มีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล และ TEA Unit ในโรงพยาบาลระดับ S ขึ้นไป (√) ๒.มีการประเมินและรายงานผลการประเมิน ECS คุณภาพ
ขั้นตอนที่ ๒	(√) ๑.มีการรวบรวมอัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน ๒๔ ชั่วโมง และรายงานข้อมูลรายเดือน ทุกเดือน ดังนี้ ๑.๑ อัตราการเสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Level ๑) ในโรงพยาบาลระดับ F๓ ขึ้นไป ๑.๒ อัตราของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Level ๑ และ ๒) อยู่ในห้องฉุกเฉิน < ๒ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F๓ ขึ้นไป ๑.๓ อัตราของผู้เจ็บป่วย Trauma level ๑ (ที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด) สามารถเข้าห้องผ่าตัดภายใน ๖๐ นาที ในโรงพยาบาลระดับ A และ S ๑.๔ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Severe traumatic brain injury ในโรงพยาบาลระดับ A และ S ๑.๕ อัตราการตายของผู้ป่วย PS score > ๐.๗๕ และได้รับ

	<p>การทํา RCA ในโรงพยาบาลทุกระดับ</p> <p>๑.๖ อัตรการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางทะเลในพื้นที่ที่มีชายฝั่งทะเล ได้แก่ อาเภอเมืองชลบุรี , อาเภอบางละมุง , อาเภอศรีราชา และอาเภอเกาะสีชัง</p> <p>(✓) ๒. วิเคราะห์โรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต</p> <p>(✓) ๓. Audit เพื่อค้นหาสาเหตุ</p>
ขั้นตอนที่ ๓	<p>(✓) ๑.วางแผนการพัฒนาเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต</p> <p>(✓) ๒.มีการปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาที่ได้วางแผน</p> <p>(✓) ๓. มีรายงานผลการปฏิบัติงานตามแผนเชิงประจักษ์</p>
ขั้นตอนที่ ๔	<p>(✓) ๑.มีผลการประเมินทุก ๑ เดือน</p> <p>(✓) ๒. มีการนำผลการประเมินมาวางแผนแก้ไขปัญหา</p>
ขั้นตอนที่ ๕	(✓) ๑. มีนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน

ผลการดำเนินงาน เครือข่าย คปสอ. _____ ระดับ ๔

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
ขั้นตอนที่ ๑	<p>๑.มีแผนการดำเนินงาน D-RTI โดยบูรณาการร่วมกับภาคีในพื้นที่</p> <p>๒.มีแผนการดำเนินการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางทะเลในพื้นที่ที่มีชายฝั่งทะเล ได้แก่ อาเภอเมืองชลบุรี , อาเภอบางละมุง , อาเภอศรีราชา และอาเภอเกาะสีชัง</p>
ขั้นตอนที่ ๒	<p>๑.มีกิจกรรมขับเคลื่อนการดำเนินงาน D-RTI และมีการดำเนินการประชุม</p> <p>๒.มีกิจกรรมขับเคลื่อนการดำเนินการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางทะเลในพื้นที่ที่มีชายฝั่งทะเล ได้แก่ อาเภอเมืองชลบุรี , อาเภอบางละมุง , อาเภอศรีราชา และอาเภอเกาะสีชัง</p>
ขั้นตอนที่ ๓	<p>๑.มีรายงานการดำเนินการป้องกันและลดการบาดเจ็บทางถนนอย่างต่อเนื่องตลอดทั้งปี</p> <p>๒.มีรายงานการดำเนินการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางทะเลในพื้นที่ที่มีชายฝั่งทะเล ได้แก่ อาเภอเมืองชลบุรี , อาเภอบางละมุง , อาเภอศรีราชา และอาเภอเกาะสีชัง</p>
ขั้นตอนที่ ๔	๑.ได้รับการประเมินผลการดำเนินงาน D-RTI อยู่ในระดับดีหรือดีมาก
ขั้นตอนที่ ๕	๑.ได้รับการประเมินผลการดำเนินงาน D-RTI อยู่ในระดับดีเยี่ยม

๓. นวัตกรรมหรือผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้

๑. Color memory เพื่อใช้ในการสื่อสารว่าผู้ป่วยรออยู่ในชั้นตอนใด
๒. Emergency gown : ชุดพลาสติกใสติดสีสะท้อนแสงมีกระเป๋าและอุปกรณ์ต่างๆ
๓. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการจัดการปัญหาอุบัติเหตุทางถนน อ.พนัสนิคม
๔. พัฒนาการคัดกรองแบบระดับเร่งด่วนผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินรพ.พนัสนิคม

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ข้อมูลบางอย่างไม่สามารถดึงจากระบบ IT ไม่ได้ ให้ผู้ปฏิบัติ เห็นความสำคัญของการลงข้อมูลได้ถูกต้อง

๕. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา

วางแผนนิเทศงาน ควบคุมกำกับ ผู้ปฏิบัติงานในการลงข้อมูล

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด.. นางสาวรัตน์ รัตน์ไพบุลย์

ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร...๐๘๑ ๖๓๖ ๕๗๓๐

วัน/เดือน/ปี ที่รายงาน..... ๘ ตุลาคม ๒๕๖๒

นายกิตติชัย กาญจนบัตร

นักวิชาการสาธารณสุข

ประเด็นยุทธศาสตร์ : การจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและบริการเป็นเลิศ

ชื่อแผนงาน : Service Excellence

ชื่อโครงการ : โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๑๙ : ระดับคะแนนการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการจัดบริการในโรงพยาบาล ๘ วิชาชีพ

.ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด (Baseline Data)	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
ระดับคะแนนการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการจัดบริการใน โรงพยาบาล ๘ วิชาชีพหมายเหตุ คัดสรรส่วนจากร้อยละ ของ คะแนนการประเมินตามคาร์รับรองการปฏิบัติราชการ (๑๐๐ คะแนน)	ร้อยละ ๒๕	ร้อยละ ๙๖.๓๙

ประเด็นยุทธศาสตร์ : People Excellence (ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ)

ชื่อแผนงาน : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

ชื่อโครงการ : Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข

ตัวชี้วัดที่ ๒๐ : ระดับความสำเร็จการบริหารบุคลากรสาธารณสุขและการพัฒนาบุคลากร ได้ตามเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด

เกณฑ์เป้าหมาย : ผ่านเกณฑ์คุณภาพระดับ ๔

โรงพยาบาลพณีสนิคม

๑. ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์

ตามยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลพณีสนิคม พัฒนาบุคลากรให้เชี่ยวชาญในงาน สามารถสร้างสรรค์นวัตกรรม สุขภาพดี มีความสุข การบริหารและการพัฒนาบุคลากรโดยเฉพาะบุคลากร มุ่งสร้างความเปลี่ยนแปลงในการจัดการทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลโดยเน้นการบริหารจัดการบุคลากรเป็นรายบุคคลต่อเนื่องจนถึงช่วงระยะเวลาการเกษียณ ให้มีความสำคัญกับบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะบุคลากรเฉพาะทางที่มุ่งเน้นการ สร้างความรัก ความผูกพัน และความภาคภูมิใจในงาน และการส่งเสริมให้บุคลากรที่มีศักยภาพได้นำเสนอผลงานเพื่อยกย่อง โดยความเชี่ยวชาญของโรงพยาบาล เน้น “ให้การดูแลด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์” เสริมสร้างขีดความสามารถในการนำองค์กรของผู้บริหาร การพัฒนาการขับเคลื่อนองค์กร ด้วยแผนยุทธศาสตร์ พัฒนาระบบคุณภาพต่อเนื่องทั่วทั้งองค์กร และพัฒนาระบบคุณภาพเฉพาะหน่วยงาน และพัฒนาระบบคุณภาพบริการเฉพาะด้านทุกหน่วยบริการ เน้นการสร้างสรรค์นวัตกรรมคุณภาพระดับหน่วยงานในทุกหน่วยงานให้เกิดแนวปฏิบัติที่ดี (Best Practice) และสมบูรณ์ในมาตรฐานเฉพาะทาง อัตราการคงอยู่เจ้าหน้าที่โดยนับจำนวนทั้งหมด ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ ทั้งหมด ๕๗๕ คน มีเจ้าหน้าที่เกษียณในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จำนวน ๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๑.๓๙ , เจ้าหน้าที่ย้ายจำนวน ๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๓๔เจ้าหน้าที่ลาออก จำนวน ๓ คน ร้อยละ ๐.๕๒

ผลการดำเนินงาน

๒.๑ เชิงคุณภาพ เกณฑ์เป้าหมาย :ระดับ ๔

เกณฑ์คุณภาพ

รอบ ๓ เดือน

- (...✓...) ๑. มีผลการวิเคราะห์อัตรากำลังและแผนการจ้างงานตามกรอบโครงสร้าง
- (...✓...) ๒. มีแผนกำลังคนด้านสุขภาพและแผนพัฒนาบุคลากร ครอบคลุมภารกิจ (PP&P และ SP)
- (...✓...) ๓. แผนสร้างสุขในองค์กรที่สอดคล้องกับสถานการณ์ของหน่วยงาน
- (...✓...) ๔. ร้อยละ ๘๐ ของบุคลากรในองค์กรประเมิน Happinometer
- (...✓...) ๕. มีฐานข้อมูลบุคลากรในหน่วยงานเป็นปัจจุบัน

รอบ ๖ เดือน

- (...✓...) ๑. มีการจัดสรรงบประมาณพัฒนาบุคลากรและกิจกรรมสร้างสุข ไม่น้อยกว่า ๕% ของงบดำเนินการ
- (...✓...) ๒. มีทีมงานพัฒนาแผนสร้างสุขในองค์กร (HPI) ดำเนินการตามแผนและรายงานตามไตรมาส
- (...✓...) ๓. มีผลดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๐ (ที่มาข้อมูลhttp://happinometer.moph.go.th/)
- (...✓...) ๔. มีแบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรในกิจกรรมสร้างสุข
- (...✓...) ๕. มีแผนสนับสนุนความก้าวหน้าทางวิชาการสำหรับบุคลากรในสังกัด

รอบ ๙ เดือน

- (...✓...) ๑. อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา
- (...✓...) ๒. ดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๑
- (...✓...) ๓. ร้อยละ ๑๐๐ ของบุคลากรได้รับการพัฒนาทักษะตามแผนพัฒนาบุคลากร

รอบ ๑๒ เดือน

- (...✓...) ๑. มี Best Practice กิจกรรมสร้างสุขในองค์กร
- (...✓...) ๒. มีการพัฒนาต่อยอด แผนเสริมสร้างสุข หรือได้คัดเลือกหน่วยงานดีเด่น Bright spot

สรุปผลการดำเนินงานระดับความสำเร็จการบริหารบุคลากรสาธารณสุขและการพัฒนาบุคลากร ได้ตามเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด ของหน่วยงานโรงพยาบาลพณีสนิคม ผ่านเกณฑ์การประเมินอยู่ในระดับ ๔

๓. นวัตกรรมหรือผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้

CQI การพัฒนาระบบการประเมินความผูกพันต่อองค์กรพยาบาลและการประเมินความผูกพันของบุคลากรต่อองค์กรโรงพยาบาลพนัสนิคม โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์

ตารางผลการดำเนินงาน

ผลการประเมิน

ตัวชี้วัดที่ ๒๐ : ระดับความสำเร็จการบริหารบุคลากรสาธารณสุขและการพัฒนาบุคลากร ได้ตามเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด

หน่วยงาน	จำนวน (แห่ง)	เป้าหมาย (ระดับ)	ผลงาน	คะแนนที่ได้	ผลการประเมิน	
					ผ่าน	ไม่ผ่าน
สสอ.พนัสนิคม	๑	ระดับ ๔	ระดับ ๕	๕	√	
รพ.สต.	๘	ระดับ ๔	ระดับ ๕	๕	√	

สรุปผลการดำเนินงานระดับความสำเร็จการบริหารบุคลากรสาธารณสุขและการพัฒนาบุคลากร ได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ของหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนัสนิคมและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านเกณฑ์การประเมินอยู่ในระดับ ๕

หมายเหตุ : - ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ผ่านการประเมิน รพ.สต.ติดตาม หมวดย ๓ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล จำนวน ๓ แห่ง

- ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ผ่านการประเมิน รพ.สต.ติดตาม หมวดย ๓ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล จำนวน ๑๐ แห่ง

หน่วยงาน	เป้าหมาย (ระดับ)	ผลงาน	คะแนนที่ได้	ผลการประเมิน		ขั้นตอนระดับความสำเร็จ
				ผ่าน	ไม่ผ่าน	
สสอ.พนัสนิคม	ระดับ ๕	ระดับ ๕	๕	√		(/) ๑.๑ มีผลการวิเคราะห์อัตรากำลังและแผนการจ้างงานตามกรอบโครงสร้าง (/) ๑.๒ มีแผนกำลังคนด้านสุขภาพและแผนพัฒนาบุคลากร ครอบคลุมภารกิจ (PP&P และ SP) (/) ๑.๓ แผนสร้างสุขในองค์กรที่สอดคล้องกับสถานการณ์ของหน่วยงาน (/) ๑.๔ ร้อยละ ๘๐ ของบุคลากรในองค์กรประเมิน Happinometer (/) ๑.๕ มีฐานข้อมูลบุคลากรที่เป็นปัจจุบัน (/) ๒.๑ มีการจัดสรรงบประมาณพัฒนาบุคลากรและกิจกรรมสร้างสุข ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕ ของงบดำเนินการ (/) ๒.๒ มีทีมงานพัฒนาและสร้างสุขในองค์กร (HPI) ดำเนินการตามแผนและรายงานตามไตรมาส (/) ๒.๓ มีผลดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๐ (ที่มาข้อมูล http://happinometer.moph.go.th) (/) ๒.๔ มีแบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรในกิจกรรมสร้างสุข

					(/) ๒.๕ มีแผนสนับสนุนความก้าวหน้าทางวิชาการสำหรับบุคลากรในสังกัด
					(/) ๓.๑ บุคลากรเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสุขขององค์กรเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๑ ร้อยละ ๕๐ (/) ๓.๒ มีการวัดและวิเคราะห์ความพึงพอใจของบุคลากรในกิจกรรมสร้างสุข (/) ๓.๓ ร้อยละ ๘๐ ของบุคลากรได้รับการพัฒนาทักษะตามแผนพัฒนาบุคลากร (/) ๓.๔ มีการกระจายกำลังคนเพียงพอและเหมาะสมตามกรอบโครงสร้างที่กำหนดมีผลลัพธ์ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
					(/) ๔.๑ อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา (/) ๔.๒ ดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา (/) ๔.๓ ร้อยละ ๑๐๐ ของบุคลากรได้รับการพัฒนาทักษะตามแผนพัฒนาบุคลากร
					(/) ๕.๑ มี Best Practice กิจกรรมสร้างสุขในองค์กร (/) ๕.๒ มีการพัฒนาต่อยอด แผนเสริมสร้างสุข หรือได้คัดเลือกหน่วยงานดีเด่น Bright spot

นวัตกรรมหรือผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้ โครงการแก๊งออมเงิน

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาแก้ไข

ปัญหา อุปสรรคหรือปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา
๑. มีหน่วยบริการหลายแห่ง มีลักษณะความพร้อมในการดำเนินงานของพื้นที่แตกต่างกันยากต่อการรวมกลุ่มในการทำกิจกรรมเป็นกลุ่มใหญ่	๑. สร้างรูปแบบในการจัดกิจกรรมในระดับหน่วยงานย่อยเพื่อเป็นรูปแบบและแนวทางในการดำเนินงานเดียวกัน
๒. มีภาระงานด้านบริการมาก เมื่อเทียบกับจำนวนผู้มารับบริการ ทำให้ขาดความร่วมมือในการร่วมกิจกรรม	๒. จัดทีมช่วยให้บริการเป็นภาพโซนเพื่อลดภาระงานในการบริการ

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสาวสุมาลี ลีประกายพร

ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุข

วัน/เดือน/ปี ที่รายงาน : ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด.....นางศิริอร วิสาละ

ตำแหน่ง .เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน.

ประเด็นยุทธศาสตร์ : Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)

ชื่อแผนงาน : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

ชื่อโครงการ : โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงานภาครัฐ

ตัวชี้วัดที่ ๒๑ : ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมิน ITA

๑. ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดมาตรการ ๓ ป. ๑ ค. ในการป้องกันการทุจริต ประกอบด้วย (๑) ปลุก/ปลุกจิตสำนึก (๒) ป้องกัน (๓)ปราบปราม และ (๔) เครือข่าย มุ่งเน้นกลยุทธ์การป้องกันตามแนวนโยบายรัฐบาลดำเนินงานผ่านกระบวนการประเมิน คุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐภายใต้แผนงานยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ยึดหลักการกิจการบ้านเมืองที่ดี ครอบคลุมการปฏิบัติราชการของหน่วยงานภาครัฐในทุกมิติ ตั้งแต่การบริหารงานของผู้บริหารและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ตลอดจนประเมิน “ระบบงาน” ที่มีลักษณะที่ดีตามหลักธรรมาภิบาลรวมถึงการประเมิน “วัฒนธรรม” ในหน่วยงานที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างวัฒนธรรมและานิยมสุจริต จุดเน้นหลักคือการประเมินตนเอง (Self-Assessment) จากข้อเท็จจริงที่สามารถตรวจสอบได้จากเอกสารเชิงประจักษ์ตามแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) สสอ.พนัสนิคม เป็นหน่วยงานเป้าหมาย ซึ่งมีการดำเนินงานตั้งแต่ ปี ๒๕๖๒

๒. ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ เกณฑ์เป้าหมาย : ระดับ ๓ (ร้อยละ ๘๐)

หน่วยงาน	เป้าหมาย (ระดับ)	ผลงาน	คะแนนที่ได้	ผลการประเมิน	
				ผ่าน	ไม่ผ่าน
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนัสนิคม	ระดับ ๓	ระดับ ๕	๙๒.๓๑	√	
โรงพยาบาลพนัสนิคม	ระดับ ๓	ระดับ ๕	๙๒.๓๑	√	

ผลการดำเนินงาน ในรอบ ๑๒ เดือน สำนักงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนัสนิคมและโรงพยาบาลพนัสนิคม ได้ประเมินตนเอง ตามแบบประเมินหลักฐาน เชิงประจักษ์(Evidence Base Integrity & Transparency Assessment : EBIT) EB ๑ - EB ๒๖ ได้ระดับคะแนน ร้อยละ ๙๒.๓๑ ผ่านเกณฑ์ ระดับ ๕

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรคหรือปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา
ขาดการพัฒนานวัตกรรมในการดำเนินงานด้านการป้องกันปราบปรามการทุจริตประพฤติผิดมิชอบ ด้านคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment: ITA)	มีต้นแบบนวัตกรรมในการดำเนินงานด้านการป้องกันปราบปรามการทุจริตประพฤติผิดมิชอบ ด้านคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment: ITA) เพื่อนำมาพัฒนาผลงานนวัตกรรมในหน่วยงาน

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด.....นางสาวปริศนา สุวรรณคำ
ตำแหน่ง. นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ

โทร : ๐๙๒-๖๙๗๙๙๗๑

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด นางสาวกิตติมา โพธิ์ชะปะ
ตำแหน่ง. นักวิชาการสาธารณสุข

โทร : ๐๓๘-๔๖๒๓๐๐

วัน/เดือน/ปี ที่รายงาน ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒

ประเด็นยุทธศาสตร์ : การจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและบริการเป็นเลิศ

ชื่อแผนงาน : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

ชื่อโครงการ : โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๒๒ : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตามที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพการบริหาร จัดการองค์กรโดยนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาใช้เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนการ พัฒนางค์กร ได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดในแผน ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ระยะ ๒๐ ปียุทธศาสตร์ที่ ๔ บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) แผนงานที่ ๑๑ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ โครงการที่ ๓๙ โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ ตัวชี้วัดที่ ๖๓ ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการของ ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีเป้าหมายความสำเร็จการดำเนินการในระดับ หน่วยงานส่วนกลางร้อยละ ๖๐ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร้อยละ ๖๐ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ร้อยละ ๒๐ ตามลำดับ และได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดในคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement : PA) ของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข นั้น

ในการดำเนินงานขับเคลื่อนการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.๒๕๕๘ (Public Sector Management Quality Award : PMQA) PMQA ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนัสนิคม โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ เน้น ดำเนินการในหมวดบังคับ คือ หมวด ๑ การนำองค์กร และ หมวด ๕ การมุ่งเน้นบุคลากร ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ ดำเนินการ หมวด ๒ กับ หมวด ๔ และคงรักษาสภาพ (Maintain) หมวด ๑ กับ หมวด ๕

เกณฑ์เป้าหมาย : ผ่านระดับ ๓

เป้าหมายการดำเนินงาน	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
ระดับ ๕	ระดับ ๕	√ (๑) ส่วนราชการจัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรครบถ้วนได้แล้วเสร็จภายในวันที่ ๒ ม.ค.๒๕๖๒
		√ (๒) ส่วนราชการประเมินองค์กร (Self Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.๒๕๕๘ หมวด ๒ กับ หมวด ๔ ครบถ้วนได้แล้วเสร็จภายในวันที่ ๒ ม.ค.๒๕๖๒
		√ (๓) ส่วนราชการจัดทำแผนพัฒนาองค์กรของหมวด ๒ กับ หมวด ๔ ครบถ้วนได้แล้วเสร็จภายในวันที่ ๒ ม.ค.๒๕๖๒
		√ (๔) ส่วนราชการจัดทำตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับ OFI ของหมวด ๒ กับ หมวด ๔ ครบถ้วนได้แล้วเสร็จภายในวันที่ ๒ ม.ค.๒๕๖๒
		√ (๕) ส่วนราชการจัดส่งเอกสารผลการดำเนินงานให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ครบถ้วนภายในระยะเวลาที่กำหนด

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๒ สำนักงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนัสนิคมได้ดำเนินการจัดทำ PMQA หมวด ๒ และหมวด ๔ และสามารถดำเนินการจัดทำเอกสารได้ครบและส่งได้ทันเวลาที่กำหนด ผลงานผ่านเกณฑ์อยู่ใน ระดับ ๕

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรคหรือปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา
แนวทางการปฏิบัติงานยังไม่ถูกถ่ายทอดมาถึงผู้ปฏิบัติยังเชื่อมโยงความเข้าใจไม่ตรงกัน	<ul style="list-style-type: none"> -ต้องพัฒนาบุคลากรของหน่วยงานให้รู้และเข้าใจการดำเนินงานพัฒนาระบบราชการ -การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของหน่วยงานต้องใช้เวลาในการศึกษาการดำเนินงานในแต่ละหมวด

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด นายบรรพต รวยสำราญ
ตำแหน่ง. เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน
วัน/เดือน/ปี ที่รายงาน ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒

ประเด็นยุทธศาสตร์ : Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)

ชื่อแผนงาน : การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ

ชื่อโครงการ : โครงการระดับการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.

ตัวชี้วัดที่ ๒๓ : ร้อยละของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ

ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์

จังหวัดชลบุรีได้ดำเนินการพัฒนาและยกระดับคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขับเคลื่อนและยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างทั่วถึงทั้งระบบ ประชาชนได้รับบริการจากสถานบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน บรรลุเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ผ่านแผนแม่บท การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (๔ Excellence Strategies) โดยการพัฒนากระบวนการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) พร้อมทั้งส่งเสริมและสร้างการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (DHB : District Health Broad) ให้เข้มแข็งครอบคลุมทุกอำเภอ พัฒนาสถานบริการให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน โดยเน้นการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพและกระบวนการบริการตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว โดยจังหวัดชลบุรี มีเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยมีการสร้างทีมพี่เลี้ยงในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ มีทีมพี่เลี้ยงและทีมประเมินการประเมินคุณภาพบริการระดับจังหวัดและระดับอำเภอในทั้ง ๕ หมวดย่อย คือ บริหารดี ประสานงานดีภาคีมีส่วนร่วม บุคลากรดี บริการดี และประชาชนมีสุขภาพดีเข้าด้วยกัน เพื่อ Coaching ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพครอบคลุม ได้มาตรฐาน

อำเภอพนัสนิคม มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๒๑ แห่ง ใน ๑๘ ตำบล โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๐-๒๕๖๒ ที่ผ่านมา อำเภอพนัสนิคมสามารถพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ให้ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาว (สะสม) จำนวน ๑๗ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๘๐.๙๕ ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

เกณฑ์เป้าหมาย

๑. รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาว ร้อยละ ๗๐
๒. รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๓ ดาว ขึ้นไป ร้อยละ ๑๐๐

หน่วยงาน	ผลงานเชิงคุณภาพของ รพ.สต.					คะแนน (ร้อยละ)	ระดับ			คะแนน ประเมินผล		ปีพ.ศ. ที่ผ่าน
	หมวด ๑ ร้อยละ	หมวด ๒ ร้อยละ	หมวด ๓ ร้อยละ	หมวด ๔ ร้อยละ	หมวด ๕ ร้อยละ		๕ ดาว	๔ ดาว	๓ ดาว	ผ่าน	ไม่ ผ่าน	
รพ.สต.วัดโบสถ์	๙๓.๓๓	๑๐๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๙๘.๖๖	๑๐๐.๐๐	๙๘.๐๔	✓			✓		๒๕๖๐
รพ.สต.หนองขยาด	๘๙.๘๑	๘๐.๐๐	๘๐.๐๐	๘๓.๖๗	๙๒.๓๑	๘๖.๓๓	✓			✓		๒๕๖๑
รพ.สต.วัดหลวง	๙๓.๕๒	๘๐.๐๐	๘๐.๐๐	๘๓.๙๘	๘๐.๗๗	๘๔.๒๙	✓			✓		๒๕๖๑
รพ.สต.ไร่หลักทอง	๙๐.๗๔	๘๐.๐๐	๘๐.๐๐	๘๑.๒๕	๘๒.๖๙	๘๓.๒๖	✓			✓		๒๕๖๑
รพ.สต.หน้าพระธาตุ	๙๕.๓๗	๑๐๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๙๑.๑๗	๙๒.๓๑	๙๔.๐๖	✓			✓		๒๕๖๑
รพ.สต.หัวถนน	๑๐๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๙๕.๙๙	๑๐๐.๐๐	๙๗.๐๗	✓			✓		๒๕๖๐
รพ.สต.หนองปรือ	๘๙.๘๑	๘๐.๐๐	๘๐.๐๐	๘๒.๙๗	๙๐.๓๖	๘๕.๖๐	✓			✓		๒๕๖๑
รพ.สต.สระสี่เหลี่ยม	๙๓.๕๒	๘๐.๐๐	๘๐.๐๐	๘๔.๖๑	๘๖.๕๔	๘๕.๙๕	✓			✓		๒๕๖๑
รพ.สต.หนองเหียง	๑๐๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๙๙.๓๓	๙๙.๐๒	๙๓.๔๑	✓			✓		๒๕๖๐

หน่วยงาน	ผลงานเชิงคุณภาพของ รพ.สต.					คะแนนรวม (ร้อยละ)	ระดับ			คะแนนประเมินผล		ปีพ.ศ. ที่ผ่าน
	หมวด ๑ ร้อยละ	หมวด ๒ ร้อยละ	หมวด ๓ ร้อยละ	หมวด ๔ ร้อยละ	หมวด ๕ ร้อยละ		๕ ดาว	๔ ดาว	๓ ดาว	ผ่าน	ไม่ผ่าน	
รพ.สต.วัดโบสถ์	๙๓.๓๓	๑๐๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๙๘.๖๖	๑๐๐.๐๐	๙๘.๐๔	✓			✓		๒๕๖๐
รพ.สต.หนองเหียง (บ.ไร่เสี)	๙๐.๗๔	๘๐.๐๐	๘๐.๐๐	๘๑.๒๕	๘๒.๖๙	๘๓.๒๖	✓			✓		๒๕๖๑
รพ.สต.นาเริก (บ.เนินแร่)	๙๕.๓๗	๘๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๘๖.๘๐	๘๐.๗๗	๘๗.๖๕	✓			✓		๒๕๖๑
รพ.สต.นาเริก	๘๗.๕๐	๖๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๖๗.๓๒	๘๐.๔๙	๗๑.๙๐		✓		✓		
รพ.สต.ท่าข้าม	๙๑.๖๗	๑๐๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๘๐.๖๗	๙๕.๑๒	๘๔.๒๐	✓			✓		๒๕๖๒
รพ.สต.โคกเพลาะ	๙๓.๐๐	๘๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๘๒.๑๑	๙๕.๑๒	๘๕.๒๐	✓			✓		๒๕๖๒
รพ.สต.นาวังหิน	๘๔.๐๐	๙๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๘๐.๗๐	๙๗.๕๖	๘๓.๒๒	✓			✓		๒๕๖๒
รพ.สต.บ้านเข็ด	๘๓.๖๗	๖๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๗๔.๗๘	๘๐.๔๙	๗๖.๗๘		✓		✓		
รพ.สต.นามะตูม	๘๔.๑๗	๙๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๕๗.๔๙	๗๕.๖๑	๖๔.๑๒			✓	✓		
รพ.สต.ทุ่งขวาง	๘๙.๑๗	๘๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๘๐.๓๓	๙๐.๒๔	๘๒.๘๕	✓			✓		๒๕๖๒
รพ.สต.บ้านช้าง	๘๒.๕๐	๖๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๖๖.๕๙	๗๘.๐๕	๗๐.๓๙		✓		✓		
รวม ๒๑ แห่ง							๑๗	๓	๑	๒๑	๐	

อำเภอพนัสนิคม มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน ๒๑ แห่ง ผ่านเกณฑ์พัฒนารพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาว (แบบสะสม) จำนวน ๑๗ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๘๐.๙๕ และรพ.สต.ที่เหลือผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ระดับ ๓ ดาว จำนวน ๔ แห่ง ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย\

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรคหรือปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา
๑. ความซ้ำซ้อนของการประเมินใน รพ.สต.และภาระงานที่หลากหลาย ๒. การปรับปรุงโครงสร้างอาคาร สถานที่และอุปกรณ์ที่จำเป็น ต่อการพัฒนาคุณภาพเพื่อให้ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน ต้องใช้งบประมาณและระยะเวลาในการจัดทำ	๑. บูรณาการการทำงานร่วมกันเพื่อการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว เป็นไปอย่างต่อเนื่อง และลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน ๒. ควรมีการวางแผนสนับสนุนงบประมาณ (งบค่าเสื่อม) ให้ รพ.สต. เพื่อพัฒนาตามเกณฑ์ รพ.สต

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด นางสาวอรุมา ยะภักดิ์
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
โทร. ๐๘๕-๕๕๐๘๔๓๑ e-mail : on-uma.ya๕๗@hotmail.com
วัน/เดือน/ปี ที่รายงาน ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ : การบริการจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

ชื่อแผนงาน : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

ชื่อโครงการ : โครงการ Smart Hospital

ตัวชี้วัดที่ ๒๔ : ระดับความสำเร็จการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital

๑. ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์

โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดชลบุรี มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี ดิจิทัล สนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอน และอำนวยความสะดวก ทั้งต่อผู้ให้และผู้รับบริการ โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ พิจารณาจากการดำเนินการ เป็น ๒ ระดับ ดังนี้

ระดับ ๑.(Smart Tools) : ทางโรงพยาบาลพนัสนิคม มีระบบให้บริการนัดหมายหรือจองคิวแบบออนไลน์แล้วสามารถจองคิวผ่านAPP MOPHมีระบบแจ้งเตือนผู้รับบริการแบบออนไลน์ (Queue Online) อีกทั้งยังมีระบบนัดหมายเหลืออมเวลา เพื่อลดระยะเวลาในการรอคอยของผู้รับบริการ และลดความแออัดของหน่วยบริการ โดยจัดบริการ ณ จุดคัดกรอง หรือคลินิกอื่นๆ ตามที่โรงพยาบาลกำหนด แสดงผลบนอุปกรณ์ขนาดเล็ก ของผู้รับบริการได้ และสามารถใช้งานได้ในระบบ Android และ IOS มีระบบการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลตามมาตรฐานโดยผ่านMOPH และใช้ระบบ Queue ของโรงพยาบาลปทุมธานี เข้าดำเนินการแล้วในทุกคลินิก

ระดับ ๒. (Smart Service) : โรงพยาบาลพนัสนิคมมีการดำเนินการอยู่ในแล้ว ในเรื่องของ Paperless

- การจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ แทนการใช้ OPD Card
- การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์
- ใช้ระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อจัดการเอกสารหรือหนังสือราชการ
- ใช้ระบบ E-Office เพื่อบริหารจัดการระบบงานบุคคลากร
- ใช้ระบบ E-payment, E-Donation เพื่อลดขั้นตอนด้านการเงิน

๒. ผลการดำเนินงาน

๒.๑ เชิงคุณภาพ เกณฑ์ประเมิน ระดับ ๒ (รพช.)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

๑. รพ. ทำแบบประเมินตนเองเพื่อรวบรวม
๒. การติดตามและรายงานผลการดำเนินงานผ่านระบบรายงาน Health KPI กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน

เกณฑ์ประเมินเชิงคุณภาพ	
(...✓.....) รอบ ๓ เดือน	รพ.ทุกแห่ง รับทราบแนวทางการดำเนินงาน และ การประเมินผลตามเกณฑ์Smart hospital
(...✓.....) รอบ ๖ เดือน	ร้อยละ ๓๐ของ รพ.ดำเนินการตามเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital และผ่านเกณฑ์ระดับ ๒ ขึ้นไป
(..✓..) รอบ ๙ เดือน	ร้อยละ ๖๐ของ รพ.ดำเนินการตามเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital และผ่านเกณฑ์ระดับ ๒ ขึ้นไป
(.....✓.....) รอบ ๑๒ เดือน	ร้อยละ ๙๐ของ รพ.ดำเนินการตามเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital และผ่านเกณฑ์ระดับ ๒ ขึ้นไป

๓. นวัตกรรมหรือผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้

๑. ระบบแจ้งซ่อมอุปกรณ์คอมพิวเตอร์และระบบงานอื่น ๆ (System for Repair and Others Management)

ผลลัพธ์ สามารถใช้ประโยชน์จากโปรแกรมในการเก็บข้อมูลปริมาณงานของศูนย์คอมพิวเตอร์ได้

ได้โปรแกรมสำเร็จรูปที่ใช้ได้จริงในองค์กรนำข้อมูล มาวิเคราะห์ ในการเก็บตัวชี้วัด ความรวดเร็ว ระยะเวลา ตามข้อประกาศ SLA (Service Level Agreement) สามารถนำมาประเมิน ประสิทธิภาพ คุณภาพ ของการบริการ ศูนย์คอมพิวเตอร์ได้ ลดการใช้กระดาษได้ปีละประมาณ ๖๐๓ แผ่น

๒. การพัฒนาระบบการประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพนสนิมคม โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ (QR code)

ผลลัพธ์ ในช่วงแรกผู้รับบริการยังสับสนกับระบบคิวอัตโนมัติและระบบนัดเลื่อนเวลาจึงได้ให้คำแนะนำโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ระบบคิวออนไลน์และการสแกน QR Code ยังมีผู้เข้าใช้บริการน้อยจึงได้ประชาสัมพันธ์และติดป้ายตามจุดต่างๆ เพื่อให้ผู้มารับบริการเข้าถึงข้อมูลมากขึ้น

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูล onlineได้และระบบเช็คสิทธิจากหน้าweb service ของ สปสช.และประกันสังคมล่ม ตู้Kiosk ก็ไม่สามารถเช็คสิทธิแล้วออกคิวให้บริการผู้ป่วยได้

๕. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา

โรงพยาบาลพนสนิมคมกำลังดำเนินพัฒนาการให้บริการจองคิวออนไลน์โดยที่ผู้ป่วยได้รับคิว ณ เวลาที่จองเลย เมื่อถึงวันรับบริการผู้ป่วยสามารถมานั่งรอเรียกคิวซักประวัติที่จุดรับบริการได้เลยไม่ต้องผ่านตู้ KIOSK กับห้องบัตร

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด.....นายอนุพล เหมริญเจริญศิริ

ตำแหน่ง..... นักวิชาการคอมพิวเตอร์

โทร ๐๓๘๕๖๐๓๓๓

e-mail : anuponhps@hotmail.com

วัน/เดือน/ปี ที่รายงาน ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ : การบริการจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

กลยุทธ์ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๒๕ : ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง

๑. ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์

การบริหารการเงินการคลังในโรงพยาบาลของรัฐ เป็นสิ่งที่ยากที่จะทำกำไรได้ ในสถานการณ์ปัจจุบัน เพราะโรงพยาบาลของรัฐจะมุ่งหารายได้ อย่างชัดเจนอย่างเดียวไม่ได้ รายได้ส่วนใหญ่จึงมาจากการ ให้บริการแล้วเรียกเก็บตามที่จ่ายจริง บางครั้งก็ไม่ได้ตามที่จ่ายไปจริง เนื่องจากข้อมูลไม่ครบถ้วน สมบูรณ์ ทำให้เรียกเก็บไม่ได้ แต่การสร้าง ความเข้มแข็งทางการเงินโดยมุ่งสร้างระบบเพื่อการพัฒนา ระบบบริหารการเงินในองค์กรในทุกหน่วยบริการด้วยมาตรา Unit Cost และการจัดการความเสี่ยง เพื่อลดการสูญเสียเพื่อป้องกันการรั่วไหลด้านการเงินการคลังในทุกหน่วยปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องทั้งในโรงพยาบาล สร้างระบบ เพื่อจัดหารายได้และลดรายจ่ายที่ฟุ่มเฟือยต่าง ๆ ลง

๑. เพิ่มรายได้

๑.๑ เพิ่มห้องพิเศษ

๑.๒ เพิ่มช่องทางการให้บริการเช่น คลินิกประกันสังคม,คลินิกพิเศษ, บริการนอกเวลา

- ใช้ระบบคิวออนไลน์

๑.๓ พัฒนางานเรียกเก็บ ๔กองทุน(ใช้โปรแกรม RCM)

๑.๔ บริหารจัดการลูกหนี้ค่ารักษาทุกสิทธิ

๑.๕ เพิ่มผู้ประกันตน

๑.๖ เพิ่มจำนวนเตียงIPD,เพิ่มจำนวนหัตถการ

๒.ลดรายจ่าย

๒.๑ เพิ่มประสิทธิภาพบริหารจัดการกำลังคน (ปัจจุบัน๕๒%)

๒.๒ เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรรักษาพยาบาล ลดรายจ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์ยา ,วัสดุการแพทย์ ให้ใช้ด้วยความประหยัด และจำเป็น (ปัจจุบัน OPD ๖๖๔.๓๖, IPD ๑๗,๔๒๐.๕๕๑๘:Quick Method ไตรมาส ๔ ปี๒๕๖๒)

๒. ผลการดำเนินงาน

๒.๑ เชิงปริมาณ

รายการข้อมูล	ผลงาน
๑.สถานการณ์ด้านการเงิน ๗ ระดับ	๐
๒. ร้อยละของผลต่างของแผน planfin	
๒.๑ ร้อยละของผลต่างของรายได้	๑๐.๕๒
๒.๒ ร้อยละของผลต่างของค่าใช้จ่าย	๗.๐๐

ตัวชี้วัด	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
คะแนน					
๒.๑ ร้อยละของรายได้สูงกว่าหรือ ต่ำกว่าแผน	มากกว่าร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๑๕.๐๑ -	ร้อยละ ๑๐.๐๑ -	ร้อยละ ๕.๐๑ -	ร้อยละ ๐.๐๐ -

ตัวชี้วัด	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
คะแนน					
๒.๒ ร้อยละของค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผน	มากกว่าร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๑๕.๐๑ - ๒๐.๐๐	ร้อยละ ๑๐.๐๑ - ๑๕.๐๐	ร้อยละ ๕.๐๑ - ๑๐.๐๐	ร้อยละ ๐.๐๐ - ๕.๐๐

รายการข้อมูล	เกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มบริการเดียวกัน	ผลงาน
๓. ต้นทุนบริการไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มบริการเดียวกัน		
ต้นทุน OPD	๗๙๙.๐๓	๖๖๔.๓๖
ต้นทุน IPD	๑๗,๘๑๐.๓๑๗๙	๑๗,๔๒๐.๕๕๑๘

ที่มา : www.hfo๖๒.cfo.in.th/ผลการประเมินต้นทุนหน่วยบริการ แบบ Quick Method ไตรมาส ๔ ปี๒๕๖๒

๓. นวัตกรรมหรือผลงานเด่นที่เป็นแบบอย่างได้ -

๔. ปัญหาที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

- ขาดแคลนบุคลากร และการย้ายของบุคลากรด้านการเงินและบัญชี
- ขาดองค์ความรู้ และทักษะของนักบัญชี
- ความร่วมมือภายในองค์กร และโปรแกรมบัญชี ในหน่วยบริการ ต้องการความร่วมมือจากทุกฝ่ายในหน่วยบริการ

๕. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา -

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด.....นางสาวณัชชา ป้อมสุวรรณ

ตำแหน่ง.....นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ

วัน/เดือน/ปี ที่รายงาน ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒

ประเด็นยุทธศาสตร์ : Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)

ชื่อแผนงาน : การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ

ชื่อโครงการ : โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์

ตัวชี้วัดที่ ๒๖ : ร้อยละผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์

ผลการดำเนินงาน

๑.โรงพยาบาลพนัสนิคม เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ ๙๐

จำนวนผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพหน่วยงานในปี ๒๕๖๐-๒๕๖๑	จำนวนผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพหน่วยงานนำไปใช้ประโยชน์	ร้อยละ	ระดับ	เกณฑ์การประเมิน	
				ผ่าน	ไม่ผ่าน
๔๔	๔๔	๑๐๐	๕	/	

สัดส่วนของผลงาน

ประเภทผลงาน	จำนวน	ร้อยละ
วิจัย	๔	๙.๑
CQI	๓๓	๗๕
นวัตกรรม	๗	๑๕.๙
รวม	๔๔	๑๐๐

๒ .สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนัสนิคม เกณฑ์เป้าหมาย : ระดับ ๔

ระดับ	เกณฑ์ ประเมิน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนัสนิคม
(.....)	๑. มีการวิเคราะห์ปัญหาที่สำคัญ เพื่อกำหนดจัดทำนวัตกรรม หรือ เค้าโครงการงานวิจัย R๒R ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
(.....)	๒ .มีผลลัพธ์ของงานวิจัย R๒R/นวัตกรรม/CQI อย่างน้อย ๑ ผลงาน
(.....)	๓.นำผลงานจากข้อ ๒ มาเผยแพร่ให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในอำเภอ
(.....)	๔.มีการจัดการความรู้ระดับอำเภอ และมีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็น ข้อ ๒ อย่างน้อย ๓ ครั้ง
(..../.....)	๕. มีการสรุปทเรียนในข้อ ๔ และนำไปสู่การปรับปรุงการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เกณฑ์เป้าหมาย : ระดับ ๔

หน่วยงาน	ผลงานวิจัย/R๒R	จำนวนผลงาน (เรื่อง)		ผลการนำไปใช้		เกณฑ์เป้าหมาย	คะแนนที่ได้	ผล การประเมิน	
		๖๑	๖๒	๖๑	๖๒			ผ่าน	ไม่ผ่าน
รพ.สต.บ้านเข็ด	Model บ้านเข็ด	๑	๑	๔	√	๔	๕	√	
รพ.สต.หนองขยาด	คู่มือปฏิบัติทิงกินยาวัณโรค (TB)	๑	๑	๔	√	๔	๕	√	
รพ.สต.นามะตูม	คลาสสิกทุกเวลา ปล่อยปลาไม่จ้อทราย	๑	๑	๔	√	๔	๕	√	
รพ.สต.ทุ่งขวาง	ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตอำเภอพนัสนิคม	๑	๑	๔	√	๔	๕	√	
รพ.สต.บ้านช้าง	สมุนไพรรูปหอม	๑	๑	๔	√	๔	๕	√	
รพ.สต.วัดโบสถ์	ไม้เซลฟี่กระจกทำเพื่อสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน	๑	๑	๔	√	๔	๕	√	
รพ.สต.วัดหลวง	บิงโก “คาถาป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า”	๑	๑	√	√	๔	๕	√	
รพ.สต.ไร่หลักทอง	ปฏิทินยาอัจฉริยะ	๑	๑	√	√	๔	๕	√	
รพ.สต.ท่าข้าม	ปรับพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวานให้เป็นเบาหวาน	๑	๑	√	√	๔	๕	√	
รพ.สต.โคกเปลาะ	CD น้อยคัดกรองเบาหวานความดัน	๑	๑	√	√	๔	๕	√	
รพ.สต.หน้าพระธาตุ	ฝ้ายันต์กัน Stroke	๑	๑	√	√	๔	๕	√	
รพ.สต.หัวถนน	ห่วงรัก ห่วงใย ใส่ใจพัฒนาการ	๑	๑	√	√	๔	๕	√	
รพ.สต.หนองปรือ	“เพื่อนช่วยเพื่อน” ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	๑	๑	√	√	๔	๕	√	
รพ.สต.สระสีเหลี่ยม	มือถือออนไลน์ ใส่ใจติดตามการกินยา	๑	๑	√	√	๔	๕	√	
รพ.สต.หนองเหียง	กองทุน ธนาคารอุปกรณ์เพื่อผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลหนองเหียง	๑	๑	√	√	๔	๕	√	
รพ.สต.หนองเหียง (บ้านไร่เส้ง)	Magic Bo	๑	๑	√	√	๔	๕	√	
รพ.สต.หมอนนาง	อุปกรณ์ทดสอบความรู้สึกขาเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน	๑	๑	√	√	๔	๕	√	

รพ.สต.หมอนนาง (บ.หนองไทร)	ปฏิทินเตือนภัย “ไข้เลือดออก”	๑	๑	√	√	๔	๕	√	
รพ.สต.นาเริก	สมุดนัดการใช้ทรายอะเบท ให้เหมาะสมกับขนาดภาชนะ	๑	๑	√	√	๔	๕	√	
รพ.สต.นาเริก (บ้านเนินแร่)	บัตรประจำตัวเกษตรกร	๑	๑	√	√	๔	๕	√	
รพ.สต.นาวังหิน	บัตรคิว เข็มซี ๗ สี	๑	๑	√	√	๔	๕	√	
สสอ.พนัสนิคม	๑. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ติดบ้านและติดเตียง ๒. แนวโน้มการเกิดวัณโรค จากผู้สัมผัสร่วมบ้าน ปี ๒๕๕๗ – ๒๕๖๐	๑	๒	√	√	๔	๕	√	
รวม		๒๒	๒๓	๒๒	๒๓				

แหล่งข้อมูล : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนัสนิคม

สรุปผลการดำเนินงาน ตัวชี้วัดที่ ๒๖ ร้อยละผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์ พบว่าหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนัสนิคม มีการจัดทำผลงานทางวิชาการ ด้านสุขภาพ (ผลงานวิจัย/นวัตกรรม/R๒R) จำนวน ๒ เรื่อง โดยกำหนดจากปัญหาสำคัญของพื้นที่จัดทำเป็นผลงานวิจัย ๑ เรื่อง คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงในเขตอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี และ R๒R ๑ เรื่อง คือ แนวโน้มการเกิดวัณโรคจากผู้สัมผัสร่วมบ้าน ปี ๒๕๕๗ – ๒๕๖๐ อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี นำมาเผยแพร่ จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้แก่ รพ.สต.ทุกแห่ง ได้เรียนรู้ร่วมกัน พร้อมทั้ง มีการถอดบทเรียนเพื่อนำไปพัฒนาสู่การจัดทำนวัตกรรมและ R๒R ในปี ๒๕๖๓ ต่อไป และรพ.สต. มีการจัดทำผลงานทางวิชาการด้านสุขภาพ (ผลงานวิจัย/นวัตกรรม/R๒R) ต่างๆ จำนวน ๒๑ เรื่อง และมีผลงานที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาของหน่วยงานและนำไปใช้ประโยชน์ จำนวน ๒๑ เรื่อง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๑. เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ ทักษะในการจัดทำผลงานทางวิชาการ (ผลงานวิจัย, นวัตกรรม, R๒R, CQI)
๒. บุคลากรของแต่ละหน่วยงานมีจำนวนน้อยประกอบกับภาระงานด้านการส่งเสริมและป้องกัน ควบคุมโรค ในพื้นที่อย่างต่อเนื่องส่งผลให้มีเวลาในการจัดทำผลงานทางวิชาการน้อย

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา

๑. จัดทำแผนพัฒนาความรู้ ทักษะการจัดทำผลงานทางวิชาการด้านสุขภาพ ให้กับเจ้าหน้าที่ให้ครอบคลุมและต่อเนื่อง
๒. จัดทีมช่วยให้บริการเป็นภาพโซนเพื่อลดภาระงานในการบริการและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในปฏิบัติงาน และแนวทางในการพัฒนาศักยภาพในการบริการ

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสาวสุมาลี ลีประกายพร

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

โทร : ๐๘๕ ๖๕๑๐๐๔๑

e-mail : sumalee๐๐๔๑@gmail.com

วัน/เดือน/ปี ที่รายงาน : ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒

นางบุษกร พงษ์ชวลิต

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๐๓๘-๔๖๐๓๓๓ ต่อ ๑๒๑๓

