

สรุปข้อมูลการดำเนินงาน

ด้านสาธารณสุข

ตามยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านสาธารณสุขระดับ

CUP

ครั้งที่ 2/2566

วันที่ 8 สิงหาคม 2566

เครือข่ายบริการสุขภาพเป็อยน้อย

อำเภอเป็อยน้อย จังหวัดขอนแก่น

คำนำ

เครือข่ายบริการสุขภาพเป็ยน้อยได้มีการดำเนินงานทั้งทางด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยได้ยึดแนวทางการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เพื่อการบรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัด ทั้งนี้ในการดำเนินการดังกล่าวได้มีการมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดเพื่อเป็นผู้ประสานงานโครงการและร่วมดำเนินการ รวมทั้งเป็นผู้รายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่รับผิดชอบต่อ CUP Board ในวาระการประชุม CUP ซึ่งผลการดำเนินงานได้สรุปและรวบรวมไว้ในเล่มนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ต้องขอขอบคุณคณะกรรมการCUP Boardเครือข่ายบริการสุขภาพเป็ยน้อย และผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดระดับ CUP รวมถึงบุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพเป็ยน้อยทุกท่าน ที่ได้ร่วมดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัด ส่งผลดีต่อประชาชนในพื้นที่ รวมทั้งให้ความร่วมมือในการสนับสนุนข้อมูลเพื่อจัดทำรายงานเล่มนี้

CUP Board อำเภอเป็ยน้อย

สิงหาคม 2566

สารบัญ

| | หน้า |
|--|------|
| คำนำ | ก |
| สารบัญ | ข |
| ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป | 1 |
| ส่วนที่ 2 สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขที่สำคัญ | 18 |
| 1. วิเคราะห์สถานการณ์การเงินการคลัง | 18 |
| 2. สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขที่สำคัญ | 23 |
| ส่วนที่ 3 ตารางสรุปคะแนนตามตัวชี้วัดในการนิเทศ ติดตาม และประเมินผล | 38 |
| ส่วนที่ 4 แบบสรุปรายงานการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน สาธารณสุขระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) รอบที่ 1 (รายตัวชี้วัด) | 45 |
| ส่วนที่ 5 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ | 120 |
| ส่วนที่ 6 ผลงานเด่น/ความภาคภูมิใจในปีที่ผ่านมา | 121 |
| ภาคผนวก | 125 |
| คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการผู้รับผิดชอบงานตามตัวชี้วัดการนิเทศ ติดตาม ประเมินผล การดำเนินงานสาธารณสุข ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2566 | |

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปอำเภอเป็อยน้อย

1. ประวัติความเป็นมา

อำเภอเป็อยน้อยเดิมมีฐานะเป็นกิ่งอำเภอ ตั้งแต่วันที่ 17 มกราคม 2520 เป็นต้นมา และได้มีพระราชกฤษฎีกา ยกฐานะขึ้นเป็นอำเภอ ตั้งแต่วันที่ 4 กรกฎาคม 2537 มีพื้นที่ 172 ตารางกิโลเมตร หรือ 107,500 ไร่ แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 4 ตำบล 32 หมู่บ้าน 2 เทศบาล 2 องค์การบริหารส่วนตำบล

2. พื้นที่รับผิดชอบ จำนวน 4 ตำบล 32 หมู่บ้าน 2 เทศบาล 2 อบต. ดังนี้

2.1 เทศบาลตำบลเป็อยน้อย ประกอบด้วย 10 หมู่บ้าน ดังนี้

- 2.1.1 บ้านหัวขัว หมู่ที่ 1 ตำบลเป็อยน้อย
- 2.1.2 บ้านเป็อยน้อย หมู่ที่ 2 ตำบลเป็อยน้อย
- 2.1.3 บ้านหัวฝาย หมู่ที่ 3 ตำบลเป็อยน้อย
- 2.1.4 บ้านโนนเหลียม หมู่ที่ 4 ตำบลเป็อยน้อย
- 2.1.5 บ้านขอนแก่นน้อย หมู่ที่ 5 ตำบลเป็อยน้อย
- 2.1.6 บ้านดอนนาโน หมู่ที่ 6 ตำบลเป็อยน้อย
- 2.1.7 บ้านหัวขัว หมู่ที่ 7 ตำบลเป็อยน้อย
- 2.1.8 บ้านหัวขัว หมู่ที่ 1 ตำบลเป็อยน้อย (พื้นที่บางส่วน)
- 2.1.9 บ้านหัวฝาย หมู่ที่ 3 ตำบลเป็อยน้อย (พื้นที่บางส่วน)
- 2.1.10 บ้านโนนเหลียม หมู่ที่ 4 ตำบลเป็อยน้อย (พื้นที่บางส่วน)

2.2 เทศบาลตำบลสระแก้ว ประกอบด้วย 7 หมู่บ้าน ดังนี้

- 2.2.1 บ้านสระแก้ว หมู่ที่ 1 ตำบลสระแก้ว
- 2.2.2 บ้านวังหิน หมู่ 2 ตำบลสระแก้ว
- 2.2.3 บ้านเก่าค้อ หมู่ที่ 3 ตำบลสระแก้ว
- 2.2.4 บ้านหนองบัวน้อย หมู่ที่ 3 ตำบลสระแก้ว
- 2.2.5 บ้านนาเสียว หมู่ที่ 5 ตำบลสระแก้ว
- 2.2.6 บ้านโคกสว่าง หมู่ที่ 6 ตำบลสระแก้ว
- 2.2.7 บ้านวังหิน หมู่ 7 ตำบลสระแก้ว
- 2.2.8 บ้านหัวขัว หมู่ที่ 1 ตำบลเป็อยน้อย (พื้นที่บางส่วน)
- 2.2.9 บ้านหัวฝาย หมู่ที่ 3 ตำบลเป็อยน้อย (พื้นที่บางส่วน)
- 2.2.10 บ้านโนนเหลียม หมู่ที่ 4 ตำบลเป็อยน้อย (พื้นที่บางส่วน)

2.3 องค์การบริหารส่วนตำบลวังม่วง ประกอบด้วย 8 หมู่บ้าน ดังนี้

- 2.3.1 บ้านวังม่วง หมู่ที่ 1 ตำบลวังม่วง
- 2.3.2 บ้านวังม่วง หมู่ที่ 2 ตำบลวังม่วง
- 2.3.3 บ้านห้วยแร่ หมู่ที่ 3 ตำบลวังม่วง
- 2.3.4 บ้านโนนสว่าง หมู่ที่ 4 ตำบลวังม่วง
- 2.3.5 บ้านห้วยโป่ง หมู่ที่ 5 ตำบลวังม่วง
- 2.3.6 บ้านโสกนาค หมู่ที่ 6 ตำบลวังม่วง
- 2.3.7 บ้านห้วยแร่ หมู่ที่ 7 ตำบลวังม่วง
- 2.3.8 บ้านโสกนาค หมู่ที่ 8 ตำบลวังม่วง
- 2.4 องค์การบริหารส่วนตำบลขามป้อม ประกอบด้วย 10 หมู่บ้าน ดังนี้
 - 2.4.1 บ้านขามป้อม หมู่ที่ 1 ตำบลขามป้อม
 - 2.4.2 บ้านส้มป่อยใหญ่ หมู่ที่ 2 ตำบลขามป้อม
 - 2.4.3 บ้านส้มป่อยน้อย หมู่ที่ 3 ตำบลขามป้อม
 - 2.4.4 บ้านวังฝื่อ หมู่ที่ 4 ตำบลขามป้อม
 - 2.4.5 บ้านหนองนกเขียน หมู่ที่ 5 ตำบลขามป้อม
 - 2.4.6 บ้านหนองโก หมู่ที่ 6 ตำบลขามป้อม
 - 2.4.7 บ้านหินฮาว หมู่ที่ 7 ตำบลขามป้อม
 - 2.4.8 บ้านนาเสถียร หมู่ที่ 8 ตำบลขามป้อม
 - 2.4.9 บ้านวังฝื่อ หมู่ที่ 9 ตำบลขามป้อม
 - 2.4.10 บ้านหนองนกเขียน หมู่ที่ 10 ตำบลขามป้อม

3. สถานที่ท่องเที่ยวอำเภอเปือยน้อย

อำเภอเปือยน้อยมีสถานที่ท่องเที่ยวที่สำคัญ คือ ปราสาทเปือยน้อยเป็นโบราณสถานที่เก่าแก่ งดงาม และมีความสมบูรณ์ที่สุดทางด้านสถาปัตยกรรมในแถบดินแดนอีสานตอนบนมีคุณค่าแก่การอนุรักษ์เผยแพร่ ศึกษาค้นคว้าของนักเรียนนิสิตนักศึกษาและประชาชนทั่วไปและยังเป็นถิ่นกำเนิดประเพณีผูกเสี่ยวของจังหวัดขอนแก่น โดยมีคำขวัญประจำอำเภอ ที่ว่า "เมืองปราสาทหิน ถิ่นกำเนิดผูกเสี่ยว เทียบงานบุญคู่ ไหว้ปู่อุปฮาด" ปราสาทเปือยน้อย ตั้งอยู่บ้านหัวขัว หมู่ที่ 1 ตำบลเปือยน้อย อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น เป็นเทวสถานในศาสนาฮินดู มีอายุราว 800 ปี สันนิษฐานว่าก่อสร้างในศตวรรษที่ 16-17 จึงเป็นศิลปะที่ผสมผสานกันระหว่าง ปาปวน นครวัด บายน องค์ประกอบที่สำคัญคือมีนารายณ์บรรทมสินธุ์ ซึ่งนับว่าเป็นทับหลังที่มีความสมบูรณ์อย่างมากแห่งหนึ่งปราสาทเปือยน้อยแห่งนี้เป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่บุคคลทั่วไปในท้องถิ่นและบริเวณใกล้เคียงเคารพบูชาและจัดประเพณีนมัสการเป็นประจำ ในวันเพ็ญขึ้น 15 ค่ำ เดือน 5 ของทุกปี (ตามจันทรคติ)



4. ที่ตั้ง/พิกัดทางภูมิศาสตร์

อำเภอเป็ยน้อย เดิมมีฐานะเป็นกิ่งอำเภอ โดยขึ้นกับอำเภอบ้านไผ่ จนถึง พ.ศ. 2537 ได้ยกฐานะเป็นอำเภอตั้งอยู่ที่ทิศใต้ของจังหวัดขอนแก่น สภาพภูมิอากาศร้อน แห้งแล้ง ฝนตกน้อย สภาพพื้นที่ทั่วไปเป็นแบบลูกฟูกลักษณะป่าโปร่งสลับทุ่งนา ดินเป็นดินร่วนปนทราย พื้นที่ป่าสงวนปัจจุบันมอบให้สำนักงานการปฏิรูปที่ดินเพื่อการเกษตร ไปดำเนินการ พื้นที่ทำการเกษตร 63,450 ไร่ โดยมีอาณาเขตติดต่อกับอำเภอและจังหวัดอื่นดังนี้

| | |
|-----------------------|---|
| ทิศเหนือและทิศตะวันตก | ติดกับอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น |
| ทิศใต้ | ติดกับอำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น |
| ทิศตะวันออก | ติดกับอำเภอกุดรังและอำเภอ นาเชือก จังหวัดมหาสารคาม |



ภาพประกอบที่ 1 แผนที่อำเภอเป็ยน้อย จังหวัดขอนแก่น

5. การคมนาคม

ห่างจากตัวจังหวัดขอนแก่น 80 กิโลเมตร ทางหลวงแผ่นดิน 1 สาย แยกจากทางหลวงสายบ้านไผ่ - หนองสองห้อง ช่วงหลักกิโลเมตรที่ 20 ระยะถึงที่ว่าการอำเภอ 16 กิโลเมตร ถนนระหว่างตำบล หมู่บ้านเป็นถนนคอนกรีตเสริมเหล็กในบางช่วง และถนนลูกรัง ซึ่งในฤดูฝนการสัญจรไปมา ไม่สะดวก

6. อาชีพ

6.1 การเกษตร ราษฎรประกอบอาชีพทำนา ประมาณ ร้อยละ 90 อาชีพรองลงมาคือ ทำไร่ ในทุก ๆ ปี ที่ผ่านมาราษฎรประสบปัญหาสภาวะฝนแล้ง ฝนทิ้งช่วง อัตราการผลิตและรายได้ค่อนข้างต่ำพื้นที่ทำการเกษตร ทำนา 49,421 ไร่, ทำไร่ 34,030 ไร่ แบ่งเป็นการปลูกพืช ดังนี้ มันสำปะหลัง, อ้อย, แตงโม, ข้าวโพด, ถั่วลิสง, มันแกวและพืชผักต่าง ๆ

6.2 การปลูกสัตว์การเลี้ยงสัตว์ เมื่อพิจารณาจากสภาพภูมิประเทศภูมิอากาศ เห็นว่าอาชีพเลี้ยงโคกระบือ และสุกรเป็นอาชีพที่สอดคล้องและเหมาะสมต่อการส่งเสริมให้เป็นอาชีพหลักซึ่งราชการต้องเข้ามาช่วยเหลือหลายฝ่ายให้เป็นแบบครบวงจร เริ่มตั้งแต่การปลูกหญ้า การเก็บหญ้าแห้งไว้ในฤดูแล้งการพัฒนาแหล่งน้ำการพัฒนาสุขภาพสัตว์และประการสำคัญคือการส่งเสริมให้มีโรงงานแปรรูปเนื้อสัตว์ เพื่อให้เกษตรกรนำสัตว์มาขายได้ตลอดเวลา

6.3 การประมง ปล่อยปลาในแหล่งน้ำ 23 แห่ง ทำนาปลา 4 แห่ง

6.4 การอุตสาหกรรม โรงสีข้าวขนาดเล็ก 75 โรง ส่วนใหญ่สีข้าวบริโภคในหมู่บ้าน และมีการทอผ้าเพียงเล็กน้อย ไร่ใช้สอยในครัวเรือน

7. การศึกษา

7.1 โรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา จำนวน 2 โรงเรียน

7.2 โรงเรียนประถมศึกษาขยายโอกาส จำนวน 5 โรงเรียน

7.3 ศูนย์บริการการศึกษานอกโรงเรียน จำนวน 1 ศูนย์

7.4 โรงเรียนระดับประถมศึกษา 10 โรงเรียน

7.5 ห้องสมุดประชาชน จำนวน 1 แห่ง

7.6 ศูนย์การเรียนรู้ชุมชน จำนวน 5 แห่ง

8. ศาสนา

ประชาชนนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ศาสนสถานประกอบไปด้วยวัดพระพุทธศาสนา 6 แห่ง สำนักสงฆ์ 17 แห่ง และที่พักสงฆ์ 4 แห่ง

9. ส่วนราชการ ประกอบด้วย

9.1 ที่ทำการปกครองอำเภอเป็อยน้อย

9.2 สำนักงานเทศบาลตำบลเป็อยน้อย

9.3 หน่วยสวัสดิ์อำเภอเป็อยน้อย

9.4 สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอเป็อยน้อย

9.5 ศูนย์บริการการศึกษานอกโรงเรียน อำเภอเป็อยน้อย

9.6 สำนักงานเกษตรอำเภอเป็อยน้อย

9.7 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็อยน้อย

9.8 โรงพยาบาลเป็อยน้อย

9.9 สถานีตำรวจภูธรอำเภอเป็อยน้อย

9.10 ที่ทำการไปรษณีย์โทรเลขอำเภอเป็อยน้อย

9.11 สำนักงานการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคอำเภอเป็อยน้อย

- 9.12 ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตรอำเภอเปือยน้อย
- 9.13 สำนักงานที่ดินอำเภอเปือยน้อย
- 9.14 สำนักงานชุมสายโทรศัพท์อำเภอเปือยน้อย
- 9.15 เทศบาลตำบลเปือยน้อย
- 9.16 เทศบาลตำบลสระแก้ว
- 9.17 องค์การบริหารส่วนตำบลวังม่วง
- 9.18 องค์การบริหารส่วนตำบลขามป้อม

10. ข้อมูลประชากรอำเภอเปือยน้อย

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรกลางปี 2565 จำแนกตามรายตำบล

| ตำบล | หลังคาเรือน | ประชากร | | | หมายเหตุ |
|------------|--------------|--------------|---------------|---------------|----------|
| | | ชาย | หญิง | รวม | |
| เปือยน้อย | 1,386 | 2,186 | 2,224 | 4,410 | |
| วังม่วง | 1,583 | 2,945 | 3,036 | 5,981 | |
| ขามป้อม | 1,294 | 2,674 | 2,709 | 5,383 | |
| สระแก้ว | 994 | 2,158 | 2,189 | 4,347 | |
| รวม | 5,263 | 9,963 | 10,158 | 20,121 | |

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนประชากรกลางปี 2565 จำแนกตามกลุ่มอายุ

| ประชากร | | | | | | |
|----------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|---------------|
| กลุ่มอายุ (ปี) | ชาย | | หญิง | | รวม | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| 0 | 79 | 0.39 | 66 | 0.33 | 145 | 0.72 |
| 01 - 04 | 333 | 1.65 | 309 | 1.54 | 642 | 3.19 |
| 05 - 09 | 565 | 2.81 | 502 | 2.50 | 1,068 | 5.31 |
| 10 - 14 | 613 | 3.05 | 585 | 2.91 | 1,199 | 5.96 |
| 15 - 19 | 656 | 3.26 | 594 | 2.95 | 1,250 | 6.21 |
| 20 - 24 | 614 | 3.05 | 620 | 3.08 | 1,235 | 6.14 |
| 25 - 29 | 750 | 3.73 | 733 | 3.64 | 1,483 | 7.37 |
| 30 - 34 | 727 | 3.61 | 689 | 3.43 | 1,416 | 7.04 |
| 35 - 39 | 789 | 3.92 | 714 | 3.55 | 1,503 | 7.47 |
| 40 - 44 | 852 | 4.23 | 831 | 4.13 | 1,683 | 8.37 |
| 45 - 49 | 844 | 4.19 | 895 | 4.45 | 1,739 | 8.64 |
| 50 - 54 | 860 | 4.27 | 884 | 4.40 | 1,744 | 8.67 |
| 55 - 59 | 720 | 3.58 | 750 | 3.73 | 1,470 | 7.31 |
| 60 - 64 | 571 | 2.84 | 588 | 2.92 | 1,160 | 5.76 |
| 65 - 69 | 441 | 2.19 | 444 | 2.21 | 885 | 4.40 |
| 70 - 74 | 317 | 1.57 | 401 | 1.99 | 718 | 3.57 |
| 75 - 79 | 190 | 0.95 | 239 | 1.19 | 430 | 2.13 |
| 80 - 84 | 81 | 0.40 | 109 | 0.54 | 190 | 0.95 |
| 85+ | 61 | 0.30 | 100 | 0.50 | 161 | 0.80 |
| รวม | 10,064 | 50.02 | 10,057 | 49.98 | 20,121 | 100.00 |

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลการวิเคราะห์ตามประเภทกลุ่มวัย

| วิเคราะห์ตามประเภทกลุ่มวัย | | | | | | | | สัดส่วน ชาย : หญิง 100 คน |
|----------------------------|-------|-------|--------|--------|-------|-------|----------------------|---------------------------------|
| อายุ | จำนวน | | | ร้อยละ | | | กลุ่มวัย | |
| | ชาย | หญิง | รวม | ชาย | หญิง | รวม | | |
| 0 - 4 ปี | 412 | 375 | 787 | 4.09 | 3.73 | 3.91 | วัยเด็กปฐมวัย | 110 |
| 5 - 14 ปี | 1,179 | 1,087 | 2,266 | 11.71 | 10.81 | 11.26 | วัยเรียน | 108 |
| 15 - 21 ปี | 896 | 811 | 1,707 | 8.90 | 8.07 | 8.49 | วัยรุ่น | 110 |
| 15 - 59 ปี | 6,811 | 6,713 | 13,524 | 67.68 | 66.75 | 67.21 | วัยทำงาน | 101 |
| 60 ปี + | 1,662 | 1,882 | 3,544 | 16.51 | 18.71 | 17.61 | วัยผู้สูงอายุ | 88 |
| 60 - 69 ปี | 1,012 | 1,032 | 2,045 | 10.06 | 10.27 | 10.16 | วัยผู้สูงอายุตอนต้น | 98 |
| 70 - 79 ปี | 507 | 640 | 1,147 | 5.04 | 6.37 | 5.70 | วัยผู้สูงอายุตอนกลาง | 79 |
| 80 ปี + | 142 | 209 | 351 | 1.41 | 2.08 | 1.75 | วัยผู้สูงอายุตอนปลาย | 68 |

ตารางที่ 4 อายุขัยเฉลี่ย (อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด) ปี 2565

Males

| Age | n | nPx | nDx | nMx | nax | nqx | npx | lx | ndx | nLx | nTx | ex |
|-------|---|-----|-----|---------|-----|---------|---------|---------|--------|-----------|-----------|-------|
| <1 | 1 | 79 | 0 | 0.00000 | 0.1 | 0.00000 | 1.00000 | 100,000 | 0 | 100,000 | 8,762,113 | 87.62 |
| 1-4 | 4 | 333 | 0 | 0.00000 | 0.4 | 0.00000 | 1.00000 | 100,000 | 0 | 400,000 | 8,662,113 | 86.62 |
| 5-9 | 5 | 565 | 0 | 0.00000 | 0.5 | 0.00000 | 1.00000 | 100,000 | 0 | 500,000 | 8,262,113 | 82.62 |
| 10-14 | 5 | 613 | 0 | 0.00000 | 0.5 | 0.00000 | 1.00000 | 100,000 | 0 | 500,000 | 7,762,113 | 77.62 |
| 15-19 | 5 | 656 | 1 | 0.00152 | 0.5 | 0.00759 | 0.99241 | 100,000 | 759 | 498,102 | 7,262,113 | 72.62 |
| 20-24 | 5 | 614 | 1 | 0.00163 | 0.5 | 0.00811 | 0.99189 | 99,241 | 805 | 494,191 | 6,764,011 | 68.16 |
| 25-29 | 5 | 750 | 0 | 0.00000 | 0.5 | 0.00000 | 1.00000 | 98,436 | 0 | 492,179 | 6,269,820 | 63.69 |
| 30-34 | 5 | 727 | 0 | 0.00000 | 0.5 | 0.00000 | 1.00000 | 98,436 | 0 | 492,179 | 5,777,641 | 58.69 |
| 35-39 | 5 | 789 | 2 | 0.00253 | 0.5 | 0.01259 | 0.98741 | 98,436 | 1,240 | 489,080 | 5,285,462 | 53.69 |
| 40-44 | 5 | 852 | 0 | 0.00000 | 0.5 | 0.00000 | 1.00000 | 97,196 | 0 | 485,980 | 4,796,382 | 49.35 |
| 45-49 | 5 | 844 | 3 | 0.00355 | 0.5 | 0.01762 | 0.98238 | 97,196 | 1,712 | 481,700 | 4,310,402 | 44.35 |
| 50-54 | 5 | 860 | 2 | 0.00233 | 0.5 | 0.01156 | 0.98844 | 95,484 | 1,104 | 474,660 | 3,828,702 | 40.10 |
| 55-59 | 5 | 720 | 6 | 0.00833 | 0.5 | 0.04082 | 0.95918 | 94,380 | 3,852 | 462,269 | 3,354,042 | 35.54 |
| 60-64 | 5 | 571 | 4 | 0.00701 | 0.5 | 0.03442 | 0.96558 | 90,528 | 3,116 | 444,848 | 2,891,773 | 31.94 |
| 65-69 | 5 | 441 | 1 | 0.00227 | 0.5 | 0.01127 | 0.98873 | 87,411 | 985 | 434,594 | 2,446,924 | 27.99 |
| 70-74 | 5 | 317 | 2 | 0.00631 | 0.5 | 0.03106 | 0.96894 | 86,426 | 2,684 | 425,420 | 2,012,331 | 23.28 |
| 75-79 | 5 | 190 | 4 | 0.02105 | 0.5 | 0.10000 | 0.90000 | 83,742 | 8,374 | 397,774 | 1,586,911 | 18.95 |
| >80 | | 142 | 9 | 0.06338 | | 1.00000 | 0.00000 | 75,368 | 75,368 | 1,189,136 | 1,189,136 | 15.78 |

Female

| Age | n | nPx | nDx | nMx | nax | nqx | npx | lx | ndx | nLx | nTx | ex |
|-------|---|-----|-----|---------|-----|---------|---------|---------|--------|-----------|-----------|-------|
| <1 | 1 | 66 | 1 | 0.01515 | 0.1 | 0.01495 | 0.98505 | 100,000 | 1,495 | 98,655 | 9,621,219 | 96.21 |
| 1-4 | 4 | 309 | 0 | 0.00000 | 0.4 | 0.00000 | 1.00000 | 98,505 | 0 | 394,021 | 9,522,565 | 96.67 |
| 5-9 | 5 | 502 | 0 | 0.00000 | 0.5 | 0.00000 | 1.00000 | 98,505 | 0 | 492,526 | 9,128,544 | 92.67 |
| 10-14 | 5 | 585 | 0 | 0.00000 | 0.5 | 0.00000 | 1.00000 | 98,505 | 0 | 492,526 | 8,636,017 | 87.67 |
| 15-19 | 5 | 594 | 0 | 0.00000 | 0.5 | 0.00000 | 1.00000 | 98,505 | 0 | 492,526 | 8,143,491 | 82.67 |
| 20-24 | 5 | 620 | 0 | 0.00000 | 0.5 | 0.00000 | 1.00000 | 98,505 | 0 | 492,526 | 7,650,965 | 77.67 |
| 25-29 | 5 | 733 | 0 | 0.00000 | 0.5 | 0.00000 | 1.00000 | 98,505 | 0 | 492,526 | 7,158,439 | 72.67 |
| 30-34 | 5 | 689 | 0 | 0.00000 | 0.5 | 0.00000 | 1.00000 | 98,505 | 0 | 492,526 | 6,665,913 | 67.67 |
| 35-39 | 5 | 714 | 0 | 0.00000 | 0.5 | 0.00000 | 1.00000 | 98,505 | 0 | 492,526 | 6,173,387 | 62.67 |
| 40-44 | 5 | 831 | 2 | 0.00241 | 0.5 | 0.01196 | 0.98804 | 98,505 | 1,178 | 489,580 | 5,680,861 | 57.67 |
| 45-49 | 5 | 895 | 1 | 0.00112 | 0.5 | 0.00557 | 0.99443 | 97,327 | 542 | 485,279 | 5,191,280 | 53.34 |
| 50-54 | 5 | 884 | 1 | 0.00113 | 0.5 | 0.00564 | 0.99436 | 96,785 | 546 | 482,559 | 4,706,001 | 48.62 |
| 55-59 | 5 | 750 | 2 | 0.00267 | 0.5 | 0.01325 | 0.98675 | 96,239 | 1,275 | 478,008 | 4,223,442 | 43.89 |
| 60-64 | 5 | 588 | 1 | 0.00170 | 0.5 | 0.00847 | 0.99153 | 94,964 | 804 | 472,811 | 3,745,434 | 39.44 |
| 65-69 | 5 | 444 | 3 | 0.00676 | 0.5 | 0.03322 | 0.96678 | 94,160 | 3,128 | 462,980 | 3,272,624 | 34.76 |
| 70-74 | 5 | 401 | 5 | 0.01247 | 0.5 | 0.06046 | 0.93954 | 91,032 | 5,504 | 441,400 | 2,809,644 | 30.86 |
| 75-79 | 5 | 239 | 1 | 0.00418 | 0.5 | 0.02070 | 0.97930 | 85,528 | 1,771 | 423,213 | 2,368,244 | 27.69 |
| >80 | | 209 | 9 | 0.04306 | | 1.00000 | 0.00000 | 83,757 | 83,757 | 1,945,031 | 1,945,031 | 23.22 |

ที่มา: จากสำนักทะเบียนราษฎรผ่าน สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

11. ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข

| | | |
|------|---|--------|
| 11.1 | โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง | 1 แห่ง |
| 11.2 | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ | 1 แห่ง |
| 11.3 | ศูนย์สุขภาพชุมชน (ในโรงพยาบาล) | 1 แห่ง |
| 11.4 | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สังกัด อบจ.) | 3 แห่ง |
| 11.5 | สถานพยาบาลผดุงครรภ์ | 3 แห่ง |

12. ข้อมูลบุคลากร

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนบุคลากร โรงพยาบาลเป็อยน้อย ปี 2566

| ประเภทบุคลากร | จำนวน | บุคลากร:ประชากร | หมายเหตุ |
|--|------------|-----------------|----------|
| 1. แพทย์ | 4 | 5,025.75 | |
| 2. ทันตแพทย์ | 2 | 10,051.50 | |
| 3. เภสัชกร | 4 | 5,025.75 | |
| 4. พยาบาลวิชาชีพ | 32 | 628.21 | |
| 5. นักวิชาการสาธารณสุข | 1 | 20,121 | |
| 6. นักเทคนิคการแพทย์ | 3 | 6,701 | |
| 7. นักกายภาพบำบัด | 1 | 20,121 | |
| 8. นักวิชาการทันตสาธารณสุข | 1 | 20,121 | |
| 9. แพทย์แผนไทย | 2 | 10,051.50 | |
| 10. นักจัดการงานทั่วไป | 1 | - | |
| 11. นักวิชาการคอมพิวเตอร์ | 2 | - | |
| 12. นักวิชาการเงินและบัญชี | 1 | - | |
| 13. จพ.พัสดุ | 1 | - | |
| 14. จพ.การเงินและบัญชี | 3 | - | |
| 15. จพ.สาธารณสุข | 3 | - | |
| 16. จพ.ทันตสาธารณสุข | 1 | - | |
| 17. จพ.เภสัชกรรม | 2 | - | |
| 18. จพ.เวชกิจฉุกเฉิน | 3 | - | |
| 19. จพ.เวชสถิติ | 2 | - | |
| 20. จพ.ธุรการ | 4 | - | |
| 21. พนักงานกระทรวงสาธารณสุข (ไม่ใช่สายวิชาชีพ) | 29 | - | |
| 22. ลูกจ้างประจำ | 5 | - | |
| 23. ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน | 1 | - | |
| 24. ลูกจ้างชั่วคราวรายวัน | 12 | - | |
| รวม | 120 | - | |

ที่มา: งานการเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลเป็อยน้อย ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2566

13. ข้อมูลจำแนกตามสิทธิ

ตารางที่ 6 แสดงข้อมูลจำแนกตามสิทธิ ปีงบประมาณ 2566

| ประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า | ประกัน สังคม | ข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ | อปท. | สิทธิ อื่นๆ | สิทธิ ว่าง | แรงงานต่างด้าว ที่ขึ้นทะเบียน | ลงทะเบียน จังหวัดอื่น |
|--------------------------|-----------------|----------------------------------|------|----------------|---------------|----------------------------------|--------------------------|
| 14,784 | 3,615 | 1,178 | 300 | - | - | 5 | 1,159 |

ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพ 100 %

ที่มา; กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2566

14. ข้อมูลสถานะสุขภาพ

14.1 สถิติเปรียบเทียบผลการดำเนินงานด้านการรักษาพยาบาล ปี 2561-2566

ตารางที่ 7 สถิติเปรียบเทียบผลการดำเนินงานด้านการพยาบาล ปี 2561-2566

| ประเภทบริการ | หน่วยนับ | ปี 2561 | ปี 2562 | ปี 2563 | ปี 2564 | ปี 2565 | ปี 2566 (ต.ค.65- มิ.ย.66) |
|----------------------------------|----------|---------|---------|---------|---------|---------|------------------------------|
| 1. ผู้ป่วยนอก | | | | | | | |
| - จำนวนผู้ป่วยนอก | ครั้ง | 55,150 | 65,311 | 48,657 | 49,475 | 69,922 | 40,391 |
| - จำนวนเฉลี่ยการมารับบริการต่อคน | ครั้ง | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| - จำนวนเฉลี่ยผู้รับบริการต่อวัน | คน/วัน | 151 | 179 | 133 | 136 | 192 | 224 |
| 2. ผู้ป่วยใน | | | | | | | |
| - จำนวนผู้ป่วยใน | คน | 2,289 | 2,555 | 2,517 | 2,660 | 2,401 | 2,357 |
| - จำนวนวันนอน | วันนอน | 6,362 | 7,418 | 8315 | 7,752 | 7,696 | 6,667 |
| - จำนวนเฉลี่ยผู้ป่วยในต่อวัน | คน/วัน | 17 | 20 | 22 | 21 | 22 | 25 |
| - จำนวนวันนอนเฉลี่ยต่อคน | วัน | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 | 13 |
| - อัตราการครองเตียง | ร้อยละ | 60.69 | 66.47 | 75.94 | 70.79 | 70.48 | 81.70 |
| - จำนวนผู้ป่วยในตาย | คน | 4 | 8 | 4 | 5 | 5 | 2 |
| - อัตราผู้ป่วยในตาย | ร้อยละ | 1.74 | 3.13 | 1.59 | 1.88 | 2.08 | 0.84 |
| - CMI | | 0.66 | 0.63 | 0.71 | 0.80 | 0.70 | 0.67 |
| - สัดส่วนผู้ป่วยนอกต่อผู้ป่วยใน | | 24.09 | 25.56 | 19.33 | 18.59 | 29.12 | 17.1 |

ตารางที่ 7 สถิติเปรียบเทียบผลการดำเนินงานด้านการพยาบาล ปี 2561-2566 (ต่อ)

| ประเภทบริการ | หน่วยนับ | ปี 2561 | ปี 2562 | ปี 2563 | ปี 2564 | ปี 2565 | ปี 2566 (ต.ค.65- มิ.ย.66) |
|---|---------------|---------|---------|---------|---------|---------|------------------------------|
| 3. จำนวน รับ-ส่งต่อ ผู้ป่วย | | | | | | | |
| - จำนวนรับ Refer ผู้ป่วยนอก | คน | 305 | 153 | 151 | 172 | 164 | 193 |
| - จำนวนส่ง Refer ผู้ป่วยนอก | คน | 1,214 | 1,262 | 1,207 | 1,210 | 1,198 | 399 |
| - จำนวนส่ง Refer ผู้ป่วยใน | คน | 236 | 286 | 229 | 231 | 300 | 271 |
| 4. ผ่าตัด | คน | 29 | 24 | 72 | 111 | 87 | 56 |
| 5. ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน | | | | | | | |
| - จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน | คน | 20,960 | 21,446 | 20,147 | 18,066 | 18,655 | 14,497 |
| - เฉลี่ยผู้ป่วยอุบัติเหตุ/ฉุกเฉินต่อวัน | คน | 57 | 59 | 55 | 49 | 51 | 81 |
| - ผู้ป่วยอุบัติเหตุ | คน | 1,668 | 1,789 | 1,173 | 977 | 1,330 | 876 |
| - เฉลี่ยผู้ป่วยอุบัติเหตุต่อวัน | คน | 4 | 5 | 3 | 3 | 3.6 | 4.8 |
| - จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉิน | คน | 1,967 | 3,060 | 2,766 | 2,650 | 3,739 | 4,263 |
| - เฉลี่ยผู้ป่วยฉุกเฉินต่อวัน | คน | 5 | 8 | 7 | 7 | 10 | 23 |
| 6. งานวางแผนครอบครัว | ครั้ง | 175 | 858 | 407 | 151 | 140 | 97 |
| 7. งานอนามัยแม่และเด็ก | | | | | | | |
| - คลอดปกติ | คน | 83 | 69 | 85 | 60 | 37 | 33 |
| - คลอดผิดปกติ | คน | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - แท้ง | คน | 4 | 5 | 4 | 3 | 1 | 0 |
| - เกิดไร้ชีพ | คน | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - อัตราการเกิดไร้ชีพ | ต่อพันการเกิด | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - อัตราทารก 0-7 วันตาย | ต่อพันการเกิด | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - คลินิกเด็กดี | ครั้ง | 700 | 596 | 652 | 974 | 383 | 172 |
| 8. งานเวชกรรมฟื้นฟู | ครั้ง | 2,251 | 1,051 | 1,150 | 1,543 | 848 | 855 |

ที่มา; กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2566

14.2 รายงานสาเหตุการตายปี 2566

ตารางที่ 8 รายงาน 5 อันดับโรคสาเหตุการตาย ปี 2566

| ลำดับที่ | รหัส | สาเหตุการตาย | จำนวน |
|----------|------|----------------------------------|-------|
| 1 | I469 | Cardiac arrest, unspecified | 20 |
| 2 | J189 | Pneumonia, unspecified | 14 |
| 3 | N185 | Chronic kidney disease, stage 5 | 13 |
| 4 | I500 | Congestive heart failure | 4 |
| 5 | C221 | Intrahepatic bile duct carcinoma | 3 |

ที่มา; กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2566

14.3 อัตราเกิด อัตราตาย อัตราเพิ่มประชากรและอัตรามารดาและทารกตาย อำเภอเป็ยน้อย

ตารางที่ 9 แสดงอัตราเกิด อัตราตาย อัตราเพิ่มประชากร และอัตรามารดาทารกตาย

| สถิติชีพ | ปี 2561 | | ปี 2562 | | ปี 2563 | | ปี 2564 | | ปี 2565 | | ปี 2566 (มิ.ย.) | |
|---|---------|-------|---------|-------|------------------|-------|---------|-------|---------|-------|-----------------|-------|
| | จำนวน | อัตรา | จำนวน | อัตรา | จำนวน | อัตรา | จำนวน | อัตรา | จำนวน | อัตรา | จำนวน | อัตรา |
| อัตราเกิด (ต่อ1,000 ประชากร) | 100 | 4.9 | 96 | 4.7 | 78 | 3.7 | 43 | 2.13 | 38 | 1.89 | 20 | 0.99 |
| อัตราตาย (ต่อ1,000 ประชากร) | 73 | 3.6 | 83 | 4.1 | 62 | 2.9 | 120 | 5.95 | 176 | 8.75 | 80 | 3.97 |
| อัตราเพิ่ม (ร้อยละ) | 27 | 0.13 | 13 | 0.06 | 16 | 0.07 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| อัตราทารกตาย (ต่อ 1,000การ เกิดมีชีพ) | 0 | 0 | 0 | 0 | 11.76 (1 ราย) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| อัตรามารดา (:100,000 การ เกิดมีชีพ) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

ที่มา; กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2566

14.4 จำนวนและร้อยละของผู้มารับบริการในสถานบริการและอัตรการครองเตียง

ตารางที่ 10 แสดงจำนวนและอัตราเฉลี่ยของผู้มารับบริการในสถานบริการ ปีงบประมาณ 2566

| ลำดับ | ชื่อสถานบริการ | ผู้ป่วยนอก | | | ผู้ป่วยใน | | | |
|-------|----------------|------------|--------|-------------------------|-----------|--------|-----------------------|-----------------------------------|
| | | คน | ครั้ง | เฉลี่ย(ครั้ง)/ เดือน | คน | วันนอน | เฉลี่ย (คน) /เดือน | อัตรการครองเตียง /1,000 วันนอน |
| 1 | รพ. เป็ยน้อย | 24,635 | 40,391 | 6,731 | 2,357 | 6,667 | 392 | 81.70 |
| 2 | PCU เป็ยน้อย | 2764 | 5090 | 565 | - | - | - | - |

ที่มา; กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2566

14.5 จำนวนการมารับบริการ ปีงบประมาณ 2566

ตารางที่ 11 แสดงจำนวนการมารับบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2566

| ประเภทบริการ | หน่วยนับ | ปี 2566 (ต.ค. 65- มิ.ย. 66) |
|----------------------------------|-----------|-----------------------------|
| 1. ผู้ป่วยนอก | | |
| - จำนวนผู้ป่วยนอก | ครั้ง | 40,391 |
| - จำนวนเฉลี่ยการมารับบริการต่อคน | ครั้ง | 4 |
| - จำนวนเฉลี่ยผู้รับบริการต่อวัน | ครั้ง/วัน | 224 |
| 2. ผู้ป่วยใน | | |
| - จำนวนผู้ป่วยใน | คน | 2,357 |
| - จำนวนวันนอน | วันนอน | 6,667 |
| - จำนวนเฉลี่ยผู้ป่วยในต่อวัน | คน/วัน | 25 |
| - จำนวนวันนอนเฉลี่ยต่อคน | วัน | 13 |
| - อัตราการครองเตียง | ร้อยละ | 81.70 |
| - จำนวนผู้ป่วยในตาย | คน | 2 |
| - อัตราผู้ป่วยในตาย | ร้อยละ | 0.84 |
| - CMI | | 0.67 |

ที่มา: กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2566

14.6 กลุ่มโรคที่ป่วยของผู้ป่วยนอก 10 อันดับแรก CUP เป็ยน้อย ปีงบประมาณ 2566

ตารางที่ 12 แสดงกลุ่มโรคที่ป่วยของผู้ป่วยนอก 10 อันดับแรก CUP เป็ยน้อย ปีงบประมาณ 2566

| อันดับ | รายละเอียดโรค | จำนวนครั้ง | อัตราป่วย/แสน ปชก. |
|--------|-------------------------------------|------------|--------------------|
| 1 | DM | 2,698 | 13408.88 |
| 2 | HT | 2,375 | 11803.59 |
| 3 | Acute nasopharyngitis [common cold] | 2,140 | 10635.65 |
| 4 | Dyspepsia | 917 | 4557.42 |
| 5 | Fever | 550 | 2733.46 |
| 6 | Acute bronchitis | 488 | 2425.32 |
| 7 | Dizziness | 441 | 2191.74 |
| 8 | Asthma | 359 | 1784.20 |
| 9 | Acute pharyngitis | 352 | 1749.41 |
| 10 | UTI | 291 | 1446.25 |

ที่มา; กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2566

14.7 กลุ่มโรคที่ป่วยของผู้ป่วยใน 10 อันดับแรก ปีงบประมาณ 2566

ตารางที่ 13 กลุ่มโรคที่ป่วยของผู้ป่วยใน 10 อันดับแรก ปีงบประมาณ 2566

| อันดับ | รายละเอียดโรค | จำนวน | อัตราป่วย/แสน ปชก |
|--------|--|-------|-------------------|
| 1 | AGE | 276 | 1371.70 |
| 2 | Pneumonia | 274 | 1361.76 |
| 3 | Acute tubulo-interstitial nephritis | 114 | 566.57 |
| 4 | Hypokalemia | 74 | 367.77 |
| 5 | Fever | 67 | 332.98 |
| 6 | Chronic obstructive pulmonary disease with acute lower respiratory infection | 66 | 328.01 |
| 7 | NIDM Without complications | 65 | 323.04 |
| 8 | Acute bronchitis | 58 | 288.25 |
| 9 | Congestive heart failure | 51 | 253.46 |
| 10 | Acute pharyngitis due to other specified organisms | 45 | 223.64 |

ที่มา; กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2566

14.8 กลุ่มโรคที่ส่งต่อผู้ป่วย 10 อันดับแรก ปีงบประมาณ 2566

ตารางที่ 14 กลุ่มโรคที่ส่งต่อผู้ป่วย 10 อันดับแรก ปีงบประมาณ 2566

| อันดับ | รายละเอียดโรค | จำนวน | อัตราป่วย/แสน ปชก. |
|--------|--|-------|--------------------|
| 1 | Stroke, not specified as haemorrhage or infarction | 47 | 233.58 |
| 2 | Gastrointestinal haemorrhage, unspecified | 21 | 104.36 |
| 3 | Pneumonia, organism unspecified | 18 | 89.45 |
| 4 | Concussion | 18 | 89.45 |
| 5 | Abdominal pain | 11 | 54.66 |
| 6 | Acute myocardial infarction | 9 | 44.72 |
| 7 | Acute appendicitis | 7 | 34.78 |
| 8 | Anemia | 6 | 29.81 |
| 9 | Cardiac arrest | 4 | 19.87 |
| 10 | Chronic kidney disease, stage 5 | 4 | 19.87 |

ที่มา; กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2566

14.9 กลุ่มโรคที่ป่วยของผู้ป่วยมารับบริการที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 10 อันดับแรก

ปีงบประมาณ 2566

ตารางที่ 15 กลุ่มโรคที่ป่วยของผู้ป่วยมารับบริการที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 10 อันดับแรกปี 2566

| อันดับ | รายละเอียดโรค | จำนวน | อัตราป่วย/แสน ปชก. |
|--------|--|-------|--------------------|
| 1 | Acute nasopharyngitis [common cold] | 980 | 4870.53 |
| 2 | Dyspepsia | 638 | 3170.81 |
| 3 | Fever of unknown origin | 430 | 2137.07 |
| 4 | Dizziness and giddiness | 350 | 1739.47 |
| 5 | Acute bronchitis | 347 | 1724.56 |
| 6 | Essential (primary) hypertension | 220 | 1093.38 |
| 7 | Urinary tract infection, site not specified | 219 | 1088.41 |
| 8 | Non-insulin-dependent diabetes mellitus | 207 | 1028.77 |
| 9 | Other noninfective gastroenteritis and colitis | 202 | 1003.92 |
| 10 | Pneumonia | 199 | 989.01 |

ที่มา; กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2566

14.10 โรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ปี พ.ศ. 2566

ตารางที่ 16 แสดงจำนวนและอัตราป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ปี พ.ศ. 2566

| ลำดับ | โรค | ราย | อัตราป่วย/แสน ปชก. | death |
|-------|--------------------------------|-----|--------------------|-------|
| 1 | Acute Diarrhea | 126 | 626.21 | 0 |
| 2 | Fever of unknowns Origin : FUO | 71 | 352.86 | 0 |
| 3 | Food Poisoning | 45 | 223.64 | 0 |
| 4 | Pneumonia | 36 | 178.91 | 0 |
| 5 | Dengue fever | 5 | 24.84 | 0 |
| 6 | Gonorrhoea | 4 | 19.87 | 0 |
| 7 | Hand foot and mouth disease | 3 | 14.90 | 0 |
| 8 | Varicella, Chickenpox | 2 | 9.93 | 0 |
| 9 | Viral conjunctivitis | 2 | 9.93 | 0 |
| 10 | Syphilis, Congenital Syphilis | 1 | 4.96 | 0 |

ที่มา: โปรแกรม R506 ข้อมูล ณ วันที่ 1 มกราคม - 30 มิถุนายน 2566

15. ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่

- 1) การควบคุม DM/HT ให้อยู่ในเกณฑ์ ปกติ
- 2) ภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์
- 3) การให้บริการผู้ป่วย Stroke/MI ได้ทันเวลา
- 4) ลดอัตราตายจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต

ส่วนที่ 2 สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขที่สำคัญ

1. แผนรับ-จ่ายเงินบำรุง และวิเคราะห์สถานการณ์การเงินการคลัง

1.1 แผนรับ-จ่าย เงินบำรุง โรงพยาบาลเป็อยน้อย ปีงบประมาณ 2566

ตารางที่ 17 แผนรับ-จ่าย เงินบำรุง โรงพยาบาลเป็อยน้อย ปีงบประมาณ 2566 (ปรับแผนรอบ 6 เดือน)

หน่วย : บาท

| รายการ | ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปีงบประมาณ | | | แผนปี 2566 | แผนปี 2567 | แผนปี 2568 |
|---|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | 2563 | 2564 | 2565 | | | |
| รายรับ | | | | | | |
| รายรับจากการดำเนินงาน | | | | | | |
| รายรับคำรักษาพยาบาลสำหรับโครงการสุขภาพถ้วนหน้า UC | 30,213,734.82 | 32,851,652.13 | 32,117,753.47 | 33,000,000.00 | 34,000,000.00 | 34,500,000.00 |
| รายรับคำรักษาพยาบาลสำหรับโครงการสุขภาพถ้วนหน้า UC งบลงทุน | 2,763,340.70 | 2,615,212.84 | 2,477,654.55 | 1,976,613.50 | 1,500,000.00 | 1,500,000.00 |
| รายรับจากระบบปฏิบัติการฉุกเฉิน (EMS) | 44,300.00 | 94,800.00 | 138,250.00 | 150,000.00 | 200,000.00 | 250,000.00 |
| รายรับคำรักษาพยาบาลเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง | 3,181,238.62 | 2,982,697.96 | 3,220,588.13 | 3,850,000.00 | 4,000,000.00 | 4,100,000.00 |
| รายรับคำรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบิกต้นสังกัด | 125,143.05 | 6,260.00 | 3,130.00 | 3,150.00 | 3,150.00 | 3,150.00 |
| รายรับคำรักษาพยาบาลเบิกจาก อปท. | 645,064.24 | 597,063.63 | 589,782.61 | 590,500.00 | 598,600.00 | 598,900.00 |
| รายรับคำรักษาพยาบาลจากกองทุนประกันสังคม | 510,209.84 | 686,209.56 | 763,610.72 | 795,680.00 | 795,056.00 | 799,525.00 |
| รายรับคำรักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าว | 0.00 | 0.00 | 8,600.00 | 4,500.00 | 4,500.00 | 4,500.00 |
| รายรับคำรักษาพยาบาลและการบริการอื่น | 1,289,682.00 | 1,423,326.75 | 1,251,778.00 | 2,200,000.00 | 2,400,000.00 | 2,500,000.00 |
| รายรับอื่น | | | | | | |
| รายรับเงินช่วยเหลือ | 70,000.00 | 20,000.00 | 196,000.00 | 70,000.00 | 70,000.00 | 70,000.00 |
| รายรับเงินอุดหนุน | 958.04 | 25,803.11 | 702.16 | 1,250.00 | 2,500.00 | 2,500.00 |
| รายรับจากการบริจาค | 403,283.55 | 415,473.06 | 109,575.00 | 500,000.00 | 500,000.00 | 500,000.00 |
| รายรับดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร | 53,414.73 | 34,158.85 | 42,167.14 | 42,535.00 | 42,564.00 | 46,230.00 |
| รายรับอื่น | 33,237.00 | 76,539.41 | 270.00 | 100,000.00 | 100,000.00 | 100,000.00 |
| รวมรายรับ | 39,333,606.59 | 41,829,197.30 | 40,919,861.78 | 43,284,228.50 | 44,216,370.00 | 44,974,805.00 |

| รายจ่าย | | | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--|
| รายจ่ายบุคลากร | | | | | | | |
| ค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราว / พนักงาน กระทรวง | 7,179,887.30 | 7,347,392.20 | 7,369,350.00 | 7,384,350.00 | 7,659,650.00 | 7,834,500.00 | |
| ค่าล่วงเวลาบริการ / งานสนับสนุน | 18,000.00 | 20,000.00 | 25,000.00 | 30,000.00 | 30,000.00 | 30,000.00 | |
| ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานเวรผลัดบ่าย หรือผลัดดึกของเจ้าหน้าที่ | 3,564,020.00 | 3,645,103.00 | 3,523,295.00 | 7,652,950.00 | 7,756,650.00 | 7,865,560.00 | |
| ค่าตอบแทนเงินพิเศษไม่ทำเวช ปฏิบัติส่วนตัว หรือปฏิบัติงาน รพ. เอกชน | 550,000.00 | 610,000.00 | 690,000.00 | 690,000.00 | 690,000.00 | 690,000.00 | |
| ค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย (ฉ.11) | 4,050,800.00 | 3,762,800.00 | 4,193,100.00 | 2,435,000.00 | 4,335,000.00 | 4,435,000.00 | |
| ค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (ฉ. 12) | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | |
| เงินเพิ่ม (พ.ต.ส) | 33,236.00 | 22,258.00 | 13,500.00 | 36,000.00 | 36,000.00 | 36,000.00 | |
| ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานของ เจ้าหน้าที่ (นอกเวลา) ฉ5 | 1,050,007.50 | 845,494.00 | 1,049,116.00 | 1,000,000.00 | 1,000,000.00 | 1,000,000.00 | |
| ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานใน คลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ (SMC) | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | |
| ค่าตอบแทนอื่น | 60,000.00 | 66,160.00 | 76,580.00 | 70,000.00 | 70,000.00 | 70,000.00 | |
| เงินค่าใช้จ่ายบุคลากรอื่น | 177,797.87 | 246,516.00 | 368,776.10 | 425,000.00 | 435,600.00 | 445,330.00 | |
| รายจ่ายจากการดำเนินงาน | | | | | | | |
| ค่ายา | 4,500,732.19 | 5,638,848.58 | 4,921,116.82 | 4,856,250.00 | 4,865,780.00 | 4,898,560.00 | |
| ค่าเวชภัณฑ์มีโซยา | | | | | | | |
| ค่าวัสดุการแพทย์ | 1,355,965.74 | 1,858,855.83 | 1,894,600.31 | 1,195,600.00 | 1,256,000.00 | 1,205,600.00 | |
| ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ | 2,164,005.79 | 2,979,395.07 | 3,090,641.11 | 2,879,560.00 | 2,787,800.00 | 2,687,850.00 | |
| ค่าวัสดุเภสัช | 101,600.00 | 152,000.00 | 105,000.00 | 184,000.00 | 180,000.00 | 180,000.00 | |
| ค่าวัสดุทันตกรรม | 316,548.78 | 260,867.91 | 262,315.95 | 252,650.00 | 253,500.00 | 245,650.00 | |
| ค่าวัสดุอิเล็กทรอนิกส์ | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | |
| ค่าวัสดุ | 1,802,913.98 | 2,546,724.96 | 2,250,390.15 | 2,025,650.00 | 2,152,625.00 | 2,156,522.00 | |
| ค่าสาธารณูปโภค | 1,692,361.86 | 1,965,773.30 | 1,990,193.79 | 1,958,500.00 | 1,500,000.00 | 1,500,000.00 | |
| ค่าใช้จ่ายอื่น | 2,910,897.50 | 2,572,067.23 | 3,078,761.51 | 3,000,000.00 | 3,000,000.00 | 3,000,000.00 | |

| | | | | | | |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| ค่าใช้จ่ายดำเนินงานอื่น | 1,117,868.24 | 1,225,537.98 | 1,007,599.07 | 985,680.00 | 989,550.00 | 985,610.00 |
| รายจ่ายลงทุน | | | | | | |
| ค่าครุภัณฑ์ | | | | | | |
| ค่าครุภัณฑ์งบค่าเสื่อม | 813,400.00 | 786,400.00 | 510,000.00 | 1,160,000.00 | 950,000.00 | 0.00 |
| ค่าครุภัณฑ์เงินบริจาค | 0.00 | 462,110.00 | 34,000.00 | 749,000 | 120,000.00 | 350,000.00 |
| ค่าครุภัณฑ์เงินบำรุง | 1,053,073.00 | 1,622,600.61 | 1,544,318.29 | 150,000.00 | 200,000.00 | 450,000.00 |
| ค่าที่ดินและสิ่งก่อสร้าง | | | | | | |
| ค่าที่ดินและสิ่งก่อสร้างงบค่าเสื่อม | 1,262,000.00 | 1,264,368.00 | 1,604,400.00 | 816,614.00 | 0.00 | 816,614.00 |
| ค่าที่ดินและสิ่งก่อสร้างเงินบริจาค | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| ค่าที่ดินและสิ่งก่อสร้างเงินบำรุง | 373,000.00 | 279,000.00 | 390,000.00 | 470,000.00 | 750,000.00 | |
| รายจ่ายอื่น | | | | | | |
| รายจ่ายสนับสนุน รพ.สต. รพช. รพพ. รพศ. สสอ. สสจ. | 1,504,362.04 | 1,534,362.04 | 1,650,000.00 | xx | xx | xx |
| รายจ่ายอื่นๆ | 1,059,979.07 | 1,613,365.89 | 4,922,006.26 | xx | xx | xx |
| งบกลาง (ไม่เกินร้อยละ 2-3.5 ของ ประมาณการรายจ่าย) | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 400,000.00 | 400,000.00 | 400,000.00 |
| รวมรายจ่าย | 38,712,456.86 | 43,328,000.60 | 46,564,060.36 | 40,806,804.00 | 41,418,155.00 | 41,282,796.00 |
| รายรับสูง(ต่ำกว่า)รายจ่ายสุทธิ | 621,149.73 | -1,498,803.30 | -5,644,198.58 | 2,477,424.50 | 2,798,215.00 | 3,692,009.00 |
| บวกเงินคงเหลือ สะสมยกมา | 10,555,781.29 | 11,176,931.02 | 9,678,127.72 | 4,033,929.14 | 5,285,754.64 | 6,637,356.64 |
| เงินคงเหลือ ทั้งสิ้น(1) | 11,176,931.02 | 9,678,127.72 | 4,033,929.14 | 6,511,353.64 | 8,083,969.64 | 10,329,365.64 |
| หักเงินกองทุน รอกการจัดสรร(4) | 1,167,665.89 | 2,522,028.68 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| หักภาระผูกพัน (5) | 6,991,635.55 | 6,999,348.02 | 6,353,037.31 | 6,000,000.00 | 6,300,000.00 | 6,500,000.00 |
| เงินคงเหลือหลัง หักตามข้อ (4) ข้อ(5) | 3,017,629.58 | 156,751.02 | -2,319,108.17 | 511,353.64 | 1,783,969.64 | 3,829,365.64 |
| เงินคงเหลือทั้งสิ้น ประกอบด้วย | | | | | | |
| เงินสด | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| เงินฝากคลัง | 0.00 | 0.00 | 93,800.00 | 120,000.00 | 120,000.00 | 120,000.00 |
| เงินฝากธนาคาร | | | | | | |

| | | | | | | |
|----------------------------------|----------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|----------------------|
| ประเภทประจำ | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| ประเภทออมทรัพย์ | 11,176,931.02 | 9,678,127.72 | 4,033,929.14 | 6,511,353.64 | 8,083,969.64 | 10,329,365.64 |
| ประเภทกระแสรายวัน | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| รวมเงินคงเหลือทั้งสิ้น(2) | 11,176,931.02 | 9,678,127.72 | 4,127,729.14 | 6,631,353.64 | 8,203,969.64 | 10,449,365.64 |

สมมติฐานในการจัดทำแผน

รายรับแต่ละหมวด % เพิ่มใน
แต่ละปี (%)

รายจ่ายแต่ละหมวด % เพิ่มใน
แต่ละปี (%)

การลงทุน สัดส่วน % ต่อ
รายจ่าย (%)

แผนปี 2566 แผนปี 2567 แผนปี 2568

| | | |
|------|-----|-----|
| 7% | 3% | 2% |
| -15% | -3% | -1% |
| 8% | 5% | 4% |

1.2 ข้อมูลการเงินการคลัง ณ ไตรมาส 3 ปีงบประมาณ 2566

ตารางที่ 18 ข้อมูลการเงินการคลัง ณ ไตรมาส 3 ปีงบประมาณ 2566



กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ
Division of Health Economics and Health Security

ผลการประเมินประสิทธิภาพ Total
Performance Score
ไตรมาส 3 ปี 2566

รพ.เป็อยน้อย

1100

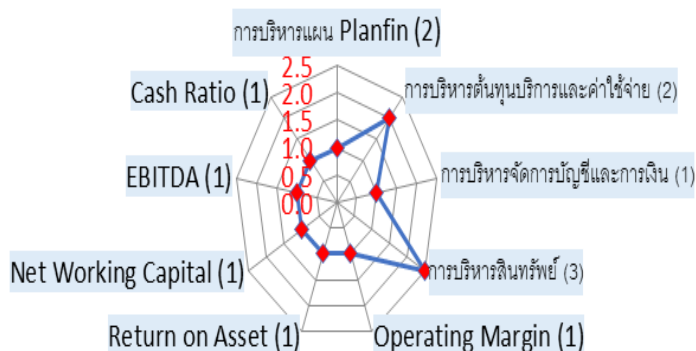
3

| 1. ข้อมูลการเงินการคลัง ณ ไตรมาส 3/2566 | | |
|--|---|--------------|
| 1.1 | Risk score | 0 |
| 1.2 | เงินทุนสำรองสุทธิ (NWC) | 9,939,696.52 |
| 1.3 | เงินบำรุงคงเหลือ (หลังหักหนี้สิน) | 1,940,326.43 |
| 1.4 | รายได้ (ไม่รวมงบลงทุน) หัก ค่าใช้จ่าย (ไม่รวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย) EBITDA | 6,983,394.29 |
| 1.5 | รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ (NI) | 6,085,102.58 |
| 2. ผลการประเมินประสิทธิภาพ ณ ไตรมาส 3/2566 | | |
| ผลคะแนนจาก 15 คะแนน | | 12.5 |
| ระดับการประเมิน | | A |
| เกณฑ์ประสิทธิภาพ | | เต็ม ได้ |
| รวม | | 15.0 12.5 |
| 1.ตัวชี้วัดกระบวนการ (Process Indicators) | | |

| | | |
|--|------------|------------|
| 1.1 การบริหารแผนทางการเงินเปรียบเทียบผลการดำเนินงานผลต่าง บวกหรือลบไม่เกิน 5% | 2.0 | 1.0 |
| 1.1.1 มิติรายได้ | 1.0 | 1.0 |
| 1.1.2 มิติค่าใช้จ่าย | 1.0 | 0.0 |
| 1.2 การบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน (3 คะแนน) | 3.0 | 1.5 |
| 1.2.1 ระยะเวลาชำระเจ้าหนี้การค้า&เวชภัณฑ์มีชียา ≤ 90 วัน หรือ ≤ 180 วัน | 1.0 | 0.0 |
| 1.2.2 ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิ UC ≤ 60 วัน | 0.5 | 0.5 |
| 1.2.3 ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิข้าราชการ ≤ 60 วัน | 0.5 | 0.0 |
| 1.2.4 การบริหารสินค้าคงคลัง (Inventory Management) ≤ 60 วัน ยกเว้น รพ.พื้นที่เกาะ ≤ 90 วัน | 1.0 | 1.0 |
| 1.3 การบริหารจัดการ | 5.0 | 5.0 |
| 1.3.1 การบริหารต้นทุนและค่าใช้จ่าย(2 คะแนน) | 2.0 | 2.0 |
| 1.3.1.1 Unit Cost for OP | 1.0 | 1 |
| 1.3.1.2 Unit Cost for IP | 1.0 | 1 |
| 1.3.1.3 LC ค่าแรงบุคลากร | 0.5 | 0.5 |
| 1.3.1.4 MC ค่ายา | 0.5 | 0.5 |
| 1.3.1.5 MC ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์และการแพทย์ | 0.5 | 0.5 |
| 1.3.1.6 MC ค่าเวชภัณฑ์มีชียาและวัสดุการแพทย์ | 0.5 | 0.5 |
| 1.3.2 คะแนนตรวจสอบงบทดลองเบื้องต้น | 1.0 | 1.0 |
| 1.3.3 ผลผลิต (Productivity) เป็นที่ยอมรับ (2 คะแนน) | 2.0 | 2.0 |
| 1.3.3.1 อัตราครองเตียงผู้ป่วยใน ≥ 80 % | 1.0 | 1.0 |
| 1.3.3.2 Sum of AdjRW เกินค่ากลางกลุ่ม รพ. หรือ เพิ่มขึ้น 5 % | 1.0 | 1.0 |
| 2. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงาน | 5.0 | 5.0 |
| 2.1 ความสามารถในการทำกำไร | 3.0 | 3.0 |
| 2.1.1 ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน (Operating Margin) | 1.0 | 1.0 |
| 2.1.2 อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Asset) | 1.0 | 1.0 |
| 2.1.3 ผลกำไรขาดทุนก่อนหักค่าเสื่อม (EBITDA) ≥ 0 (1 คะแนน) | 1.0 | 1.0 |
| 2.2 การวัดสภาพคล่องทางการเงิน | 2.0 | 2.0 |
| 2.2.1 ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital) ≥ 0 (1 คะแนน) | 1.0 | 1.0 |
| 2.2.2 Cash Ratio ≥ 0.8 (1 คะแนน) | 1.0 | 1.0 |

กราฟแสดงผลการประเมินประสิทธิภาพ Total Performance

Score ไตรมาส 3 ปี 2566



> 12 คะแนน A ดีมาก

> 10.5 คะแนน แต่ < 12 คะแนน B ดี

> 9 คะแนน แต่ < 10.5 คะแนน C พอใช้

> 7.5 คะแนน แต่ < 9 คะแนน D ต้องปรับปรุง

< 7.5 คะแนน F ไม่ผ่าน

2.1 งานตามโครงการพระราชดำริ/โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการที่เกี่ยวข้องกับพระบรมวงศานุวงศ์

1) โครงการฟันเทียมพระราชทาน

(1) การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM3)

การพัฒนาโครงสร้างกลไกการทำงาน (Structure):

- ให้บริการใส่ฟันเทียมแก่ผู้สูงอายุทุกสิทธิ โดยเบิกค่าใช้จ่ายตามสิทธิบัตรทอง หรือสิทธิสวัสดิการโรงพยาบาลข้าราชการ ทำให้ผู้รับบริการไม่เสียค่าใช้จ่ายในการทำฟันเทียม

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น กำหนดกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานตามโครงการบริการฟันเทียมพระราชทานในแต่ละปี โดยพิจารณาผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นลำดับแรก หากไม่มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเข้ารับบริการ ให้พิจารณากลุ่มก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้มีอายุ 40 ปีขึ้นไป เป็นลำดับต่อไป ซึ่งเป้าหมายของอำเภอเป็ยน้อย ปีงบประมาณ 2566 มีจำนวน 13 คน

การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information) :

- มีการประชาสัมพันธ์การให้บริการใส่ฟันเทียมแก่ผู้สูงอายุทางเฟสบุ๊คและเว็บไซต์ของโรงพยาบาล และโปสเตอร์ที่กลุ่มงานทันตกรรม

- มีแผ่นพับให้คำแนะนำและความรู้เกี่ยวกับการให้บริการใส่ฟันเทียม

- จัดเก็บข้อมูลและสรุปผู้ได้รับบริการฟันเทียมทุกเดือน

การพัฒนากระบวนการดำเนินงานและนวัตกรรม (Intervention and Innovation) :

- ทันทบุคลากรให้คำปรึกษาและแนะนำการรับบริการใส่ฟันเทียมแก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลและ รพ.สต. เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจจึงทำการวางแผนการรักษาและส่งต่อไปรับบริการเตรียมช่องปากที่ รพ.สต. ใกล้บ้าน เพื่อให้เข้าสู่กระบวนการทำฟันเทียมได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

- ออกหน่วยทันตกรรมเชิงรุกเพื่อตรวจสุขภาพช่องปากและประชาสัมพันธ์การให้บริการใส่ฟันเทียมแก่ผู้สูงอายุในตำบลต่างๆ ของอำเภอเป็ยน้อย

การบูรณาการ (Integration) :

- บูรณาการโรคติดต่อไม่เรื้อรัง (NCD) ในการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากผู้มารับบริการและให้คำแนะนำ เพื่อให้เข้ารับบริการใส่ฟันเทียม

- ประสาน รพ.สต. เพื่อส่งต่อผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการใส่ฟันเทียมเข้ามาบริการที่โรงพยาบาล

การติดตามประเมินผล (Monitoring and Evaluation) :

- การควบคุมและกำกับการดำเนินงานตามเป้าหมายที่ สสจ. กำหนดและเพิ่มจำนวนให้มากขึ้นกว่าเป้าหมายที่กำหนด

- ประเมินผลจากปัญหาและข้อเสนอแนะจากผู้ป่วยที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียมไปแล้วในขั้นตอนการตรวจซ้ำภายหลังการใส่ฟัน (recheck)

ตารางที่ 19 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการใส่ฟันเทียมในโครงการฟันเทียมพระราชทาน (คน)

| ปีงบประมาณ | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 | 2566 (1 ต.ค.65 – 30 มิ.ย.66) |
|------------|------|------|------|------|------------------------------|
| จำนวน | 52 | 44 | 58 | 51 | 87 |

(2) ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยที่มารับบริการบางรายยังไม่เข้าใจในขั้นตอนการเตรียมช่องปากก่อนรับบริการใส่ฟันเทียม จึงใช้วิธีการอธิบายร่วมกับแผ่นพับให้คำแนะนำและความรู้เกี่ยวกับการให้บริการใส่ฟันเทียม

2)โครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้านม ด้านภัยมะเร็งเต้านม

(1) การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM3)

อำเภอเป็อยน้อยยังพบผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งการดำเนินงานของคณะกรรมการในการรณรงค์และคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยได้รับความร่วมมือจากสหวิชาชีพ ในการประเมินและตรวจคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงเพื่อจะได้รับการรักษาต่อและการดูแลที่ดีต่อไป

การพัฒนาโครงสร้างกลไกการทำงาน (Structure):

อำเภอเป็อยน้อยได้มีการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งเต้านมทุกปี ดังนี้

- 1.มีการจัดตั้งคณะกรรมการผู้รับผิดชอบระดับโรงพยาบาล รพ.สต. ผู้รับผิดชอบในแต่ละพื้นที่
- 2.ประชุมชี้แจงในการร่วมกันรณรงค์คัดกรองการตรวจมะเร็งเต้านมครอบคลุมพื้นที่ 4 ตำบลในอำเภอ

เป็อยน้อย

3.กรณีในพื้นที่พบความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองจะส่งต่อผู้ป่วยมารับการตรวจกับแพทย์ที่โรงพยาบาลเป็อยน้อย

4.กรณีที่แพทย์ตรวจพบความผิดปกติจะทำการตรวจรักษาและส่งต่อเพื่อรับการรักษาตามแนวทาง

พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information) :

การพัฒนาด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม อำเภอเป็อยน้อย มีการจัดระบบการสื่อสารโดย

1.มีแนวทางการสื่อสารโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล / รพ.สต. อสม. ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อให้ อสม. ได้ดูแลสตรีที่อยู่ในชุมชน

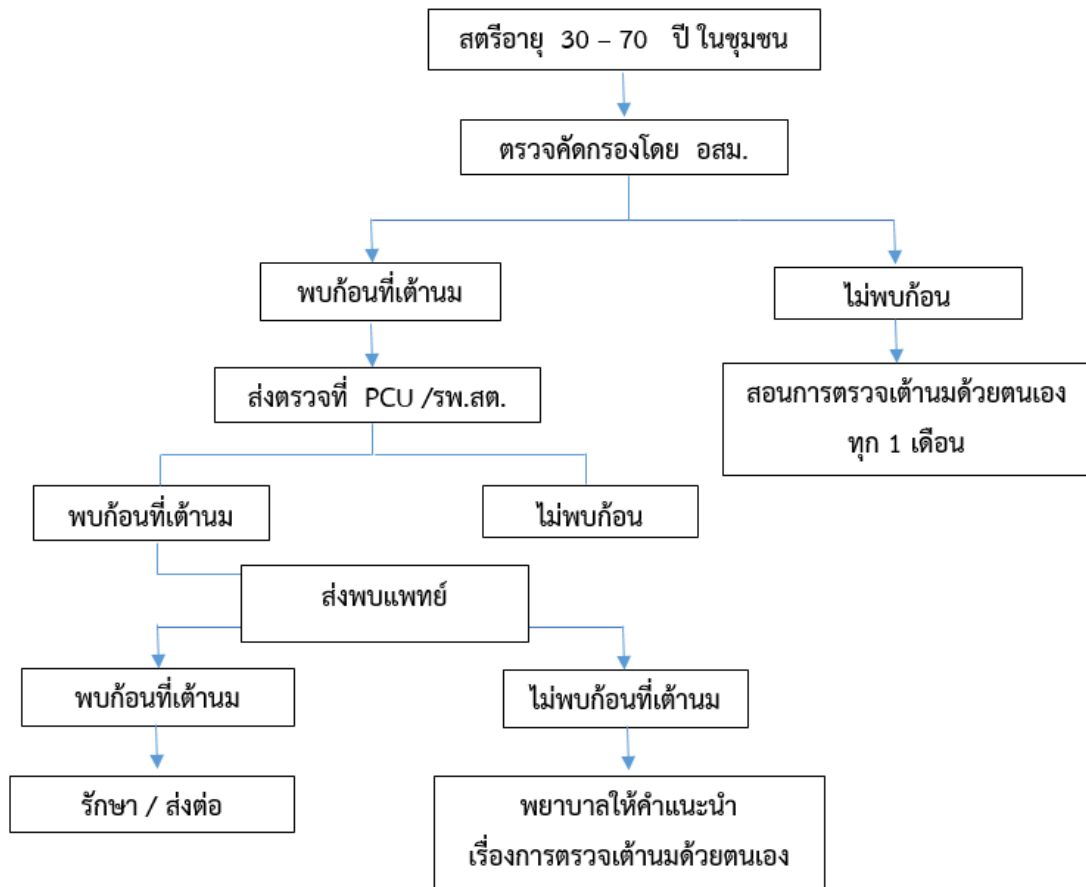
2.มีการลงบันทึกข้อมูลในโปรแกรมเพื่อเป็นหลักฐานในการดูแลผู้ป่วย

3.มีการแจกเอกสารความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองให้กับสตรีที่สนใจและให้ความรู้ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองในคลินิกต่างๆของโรงพยาบาลเพื่อให้ประชาชนมีความรู้ในการดูแลตนเอง

พัฒนากระบวนการดำเนินงานและนวัตกรรม (Intervention and Innovation) :

การดำเนินงานคัดกรองมะเร็งเต้านม ของอำเภอเป็อยน้อยได้พัฒนาการดำเนินงานในส่วน อสม. สำหรับสตรีที่อาศัยอยู่ในชุมชนเพื่อให้ตรวจเบื้องต้นกับสตรีอายุ 30 – 70 ปี

แผนผังที่ 2 แสดงการตรวจคัดกรองเต้านม อำเภอเป็ยน้อย



การบูรณาการ (Integration) :

1. การดำเนินงานของอำเภอเป็ยน้อยบูรณาการงานคัดกรองเต้านม โดยมีการสอนให้นักเรียนหญิงในโรงเรียนมัธยมของอำเภอเป็ยน้อยรู้วิธีการตรวจเต้านมและสังเกตอาการผิดปกติด้วยตนเอง ทำให้สามารถดูแลตนเองได้

2. มีการประชาสัมพันธ์ตรวจคัดกรองเต้านมให้กับบุคลากรที่สนใจมารับการตรวจเต้านมโรงพยาบาลเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับบุคคลที่สนใจ

การติดตามประเมินผล (Monitoring and Evaluation) :

1. การกำกับติดตามคัดกรองมะเร็งเต้านมผู้ประสานงานได้ติดตามโดยติดต่อประสานงาน รพ.สต. ผ่าน Line Application เพื่อเป็นการติดตามผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง

2. มีการติดต่อประสานงานกรณีที่เกิดการตรวจคัดกรองผิดปกติเพื่อส่งพบแพทย์ทุกราย

(2) ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ

ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในกลุ่มประชากรหญิงอายุ 30 - 50 ปี ส่วนใหญ่จะเดินทางไปทำงานต่างจังหวัด อยู่นอกพื้นที่ทำให้ไม่ได้รับการตรวจคัดกรอง บางรายพบว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลามจึงได้กลับมาเข้ารับการรักษา

ข้อเสนอแนะ ต้องการสื่อที่เป็นโปสเตอร์ที่มีภาพประกอบติดในชุมชน เพื่อให้ประชาชนได้ตระหนัก และให้ความสำคัญในการตรวจเต้านม

3)โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธาน ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพะเจ้าลูกเธอเจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี

(1) การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM3)

การพัฒนาโครงสร้างกลไกการทำงาน (Structure) :

การดำเนินงานของโรงพยาบาลเป็อยน้อย ในการเตรียมความพร้อม

- มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ EOC จัดตั้งทีม SRRT
- เฝ้าระวัง สอบสวน ควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าร่วมกับหน่วยงานด้านปศุสัตว์ เทศบาล

องค์การบริหารส่วนตำบล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- ประสานงานให้มีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information) :

มีการดำเนินงาน เมื่อพบคนหรือสัตว์เป็นโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ โดย อสม. ทำการแจ้งข่าว เมื่อเกิดเหตุการณ์ผิดปกติ คล้ายโรคพิษสุนัขบ้า

- ระบบรายงาน HOSxP และรายงาน 506
- ระบบรายงาน R36
- มีกลุ่ม Line สำหรับประสานงานและสั่งการ
- มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และแก้ไขปัญหาในการดำเนินงาน

การพัฒนากระบวนการดำเนินงานและนวัตกรรม (Intervention and Innovation) :

- มีการติดตามบุคลากรกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ และฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า
- มีการเฝ้าระวังความเสี่ยงในชุมชน

การบูรณาการ (Integration) :

มีการเชื่อมโยงบูรณาการร่วมกับคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ รพ.สต. อสม. ปศุสัตว์ เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ติดตาม แก้ไขปัญหาร่วมกัน

การติดตามประเมินผล (Monitoring and Evaluation) :

รายงานสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ ปัจจุบันไม่พบโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ โดยโรงพยาบาลเป็อยน้อยมีการบูรณาการร่วมกับสำนักงานปศุสัตว์อำเภอเป็อยน้อย ด้านเฝ้าระวัง สอบสวน ควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ประสานงานให้มีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า สำนักงานปศุสัตว์อำเภอเป็อยน้อย ได้ดำเนินกิจกรรมฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสุนัขและแมว ในเขตพื้นที่ ดังนี้

ตารางที่ 20 แสดงข้อมูลการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ให้แก่ สุนัขและแมว

| เทศบาล/อบต. | ผลการฉีดวัคซีน | รวมทั้งสิ้น |
|-------------|----------------|-------------|
|-------------|----------------|-------------|

| | สุนัข | แมว | |
|--------------------|-------|-----|-------|
| เทศบาลตำบลเป็ยน้อย | 750 | 50 | 800 |
| เทศบาลตำบลสระแก้ว | 356 | 44 | 400 |
| อบต.ขามป้อม | 760 | 45 | 805 |
| อบต.วังม่วง | 875 | 125 | 1,000 |
| รวม | 2,741 | 264 | 3,005 |

(2) ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ

อยากให้ผู้ที่เกี่ยวข้องของรพ.เป็ยน้อย ที่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายสำคัญ “ โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธาน ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จเจ้าลูกเธอเจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี ” หรือรับนโยบายมา ระบุและแจ้งผู้ปฏิบัติงานให้ชัดเจน เพื่อที่จะได้ดำเนินการให้แล้วเสร็จบรรลุตามวัตถุประสงค์ เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อการทำงาน

ภาพกิจกรรม โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธาน ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จเจ้าลูกเธอเจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี ประจำปี 2566



4)โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีในโอกาสฉลองพระชนมายุ ๖๐ พรรษา ๕ รอบ

(1) การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM3)

การพัฒนาโครงสร้างกลไกการทำงาน (Structure) : การดำเนินงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเป็ยน้อยขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้คณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็กเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเป็ยน้อยทั้ง 4 แห่งประกอบด้วย กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเป็ยน้อย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังม่วง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสระแก้ว ในรูปแบบคณะกรรมการทำงาน แม่และเด็กในระดับ CUP มีการชี้แจงแนวทางการดำเนินงานในระดับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน เมื่อมีการเปลี่ยนแปลง หรือปรับระบบการปฏิบัติงานในระดับ CUP ในรูปแบบคลินิกเด็กดีเพื่อประเมินพัฒนาการตามช่วงวัย (อายุ 9 18 30 42 และ 60 เดือน) โดยกำหนดเป็นวันอังคารที่ 2 และ 3 ของทุกเดือน และคลินิกกระตุ้นพัฒนาการวันอังคารที่ 1 และ 4 ของทุกเดือน

การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information): การลงบันทึกข้อมูลหน้า Special pp. โปรแกรม Hos Xp และมีการดึงข้อมูลรายงานผ่านโปรแกรม HDC สสจ.ขอนแก่น

การพัฒนากระบวนการดำเนินงานและนวัตกรรม (Intervention and Innovation) : งานพัฒนาการเด็กปฐมวัยเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเป็ยน้อย ได้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้แผนบูรณาการยุทธศาสตร์สุขภาพ 15 ด้าน โดยเฉพาะด้านพัฒนาสุขภาพ กลุ่มสตรี และเด็กปฐมวัย เป็นประเด็นที่ตอบสนอง ต่อการพัฒนางานสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริและโครงการเฉลิมพระเกียรติ ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป็นประเด็นสำคัญ ที่ต้องการลดปัจจัยเสี่ยงของสุขภาพตามกลุ่มวัย โดยเฉพาะเด็กปฐมวัยให้มีพัฒนาการที่สมวัย เต็มใหญ่อย่างมีคุณภาพ โดยเน้นบูรณาการกับหน่วยงานภายในที่เกี่ยวข้องและหน่วยงานภายนอก อาทิ ภาครัฐ ท้องถิ่น เอกชนและประชาชน เพื่อให้การขับเคลื่อนนโยบายมีประสิทธิภาพ การปฏิบัติราชการสนองพระราชดำริ เป็นไปอย่างเข้มแข็งและมีความยั่งยืน ตอบสนองแผนงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กมีการวางแผนการดำเนินงานตามนโยบาย โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย อสม.เทศบาล อปท.โดยได้จัดประชุมชี้แจงการดำเนินงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย และอบรมความรู้ เพิ่มพูนทักษะการส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยแก่ ผู้ปกครอง ครูพี่เลี้ยง และ อสม.เชี่ยวชาญพัฒนาการเด็ก

การบูรณาการ (Integration): โดยได้บูรณาการ การทำงานร่วมกับอปท.ทั้ง 4 แห่งในการจัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อเป็นแหล่งงบประมาณในการดำเนินงาน

การติดตามประเมินผล (Monitoring and Evaluation): ในชุมชนดำเนินการติดตามส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการที่บ้านโดย อสม.เชี่ยวชาญพัฒนาการเด็ก และในโรงพยาบาล ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลสุขภาพจิตเด็ก และวัยรุ่น หลักสูตร 4 เดือน และมีระบบประมวลผลผ่านโปรแกรม HDC สสจ.ขอนแก่น

ตารางที่ 21 แสดงผลลัพธ์การดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566

| ลำดับที่ | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
|----------|-----------|----------|-------|--------|
|----------|-----------|----------|-------|--------|

| | | | | |
|---|---|-----|-----|-------|
| 1 | ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการประเมินพัฒนาการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 (ตรวจครั้งแรก) | 727 | 484 | 66.57 |
| 2 | ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 (ตรวจครั้งแรก) | 484 | 148 | 30.58 |
| 3 | ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 | 148 | 109 | 74.15 |
| 4 | ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 | 1 | 1 | 100 |

(2) สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นปัญหา / อุปสรรค

1. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของหน่วยงาน ระบบงาน ผู้รับผิดชอบ จึงทำให้ปฏิบัติงานไม่ได้ตามแผนที่ตั้งไว้
2. ภาระงานที่ทับซ้อนในกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ซึ่งนอกจากให้บริการงานตามกรอบโครงสร้างของงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมแล้ว ยังให้บริการคลินิก ARV การตรวจรักษาผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วย DM, HT ของตำบลสระแก้ว ด้วย จึงทำให้ไม่สามารถดำเนินงานได้ตามแผนที่ตั้งไว้

ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

1. ประสานงานผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรง และประสานงานตามสายบังคับบัญชาเพื่อขอความร่วมมือในการวางแผนการดำเนินงานเด็กปฐมวัย
2. ในการปฏิบัติงานควรจัดให้เป็นไปตามกรอบของการให้บริการของงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม เพื่อลดการแบกรับภาระงาน และเกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพในการทำงาน

5) โครงการจิตอาสาพระราชทาน

มีการดำเนินกิจกรรมจิตอาสาพระราชทานเคาะประตูบ้านเชิญชวนประชาชนในพื้นที่ออกมาฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 โดยดำเนินการดังนี้

(1) การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM3)

การพัฒนาโครงสร้างกลไกการทำงาน (Structure):

มีการสั่งการดำเนินงานผ่านเวทีประชุมประจำเดือนของหัวหน้าส่วนราชการ และกำนันผู้ใหญ่บ้าน มีการรับสมัครจิตอาสาพระราชทาน ณ ที่ว่าการอำเภอเป็ยน้อย

การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information) :

ปีงบประมาณ 2566 ได้ดำเนินงานจิตอาสาพัฒนาสิ่งแวดล้อมอำเภอเป็ยน้อย ร่วมกับ ส่วนราชการ
อื่นๆ ในอำเภอเป็ยน้อย จัดกิจกรรมจิตอาสา “เราทำความดีด้วยหัวใจ” ภายใต้ชื่อ “จิตอาสาพระราชทาน
เคาะประตูบ้านรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19” พื้นที่เป้าหมาย คือ ทุกตำบลในอำเภอเป็ยน้อย

การพัฒนากระบวนการดำเนินงานและนวัตกรรม (Intervention and Innovation) :

โครงการจิตอาสาพระราชทานเคาะประตูบ้านรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19

การบูรณาการ (Integration) : มีการบูรณาการการทำงานดังนี้

- ประสานหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อชี้แจงการดำเนินงาน ได้แก่ หัวหน้าส่วนราชการ ผู้นำชุมชน อสม.ทุก
หมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำความเข้าใจเป็นแนวทางปฏิบัติเดียวกัน

- รับฟังชี้แจงการดำเนินงาน ผ่านเวทีประชุมประจำเดือน ประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้าน ประชุม หัวหน้า
ส่วนราชการ

การติดตามประเมินผล (Monitoring and Evaluation) :

ประสานงานและควบคุมกำกับอย่างเป็นระบบ ผ่านที่ประชุมหัวหน้าส่วนราชการ และกำนัน
ผู้ใหญ่บ้าน

(2) ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ จำนวนผู้มาเข้ารับบริการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นน้อย

6) โครงการ 10 ล้านครอบครัวไทย ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพเฉลิมพระเกียรติ เนื่องในโอกาสมหามงคล
พระราชพิธีราชาภิเษก

(1) การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM3)

การพัฒนาโครงสร้างกลไกการทำงาน (Structure):

- ประชุมหัวหน้าส่วนราชการทุกภาคส่วน /กำนัน/ ผู้ใหญ่บ้าน/อสม. เพื่อแสดงความคิดเห็น รูปแบบ
การจัดกิจกรรม

- จัดทำแผนและโครงการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพประชาชน

- จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งตามความพร้อม และความเหมาะสม เช่น
กลุ่มแล็ก เปลี่ยนเรียนรู้ กลุ่มออกกำลังกาย ศูนย์ข้อมูลให้คำปรึกษา และสาธิต

การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information) :

การรวบรวมข้อมูล/สถานการณ์ด้านโรคภัยที่เกิดจากการที่มีดัชนีมวลกายผิดปกติทุกกลุ่มวัยและ
นำเสนอการออกกำลังกายในรูปแบบต่าง ๆ โดยมีภาพกิจกรรมการออกกำลังกายในสถานบริการสาธารณสุข

การพัฒนากระบวนการดำเนินงานและนวัตกรรม (Intervention and Innovation) :

- มีการพัฒนาความรู้ อสม.ในการเป็นผู้นำการออกกำลังกายทุกหมู่บ้าน และเชิญกลุ่มเสี่ยงที่เป็น
เป้าหมายมาออกกำลังกาย เทียบค่า BMI ก่อนและหลังการออกกำลังกายอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง สถาน
บริการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งตามความพร้อม และความเหมาะสม เช่น กลุ่ม
แล็ก เปลี่ยนเรียนรู้ มีกลุ่มและชมรมออกกำลังกายประจำตำบล ศูนย์ข้อมูลให้คำปรึกษา

- จัดมหกรรมการคนเป็ยน้อยร่วมใจใส่ใจการออกกำลังกาย ประจำปีงบประมาณ 2566

การบูรณาการ (Integration) :

มีการเชื่อมโยงบูรณาการทั้งการวางแผนร่วมกับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ติดตามแก้ไข ปัญหาพร้อมกันทุกภาคส่วน รวมถึงการวางแผนร่วมกับผู้นำชุมชนในการออกกำลังกายทุกหมู่บ้าน ให้มีความยั่งยืนและปราศจากโรคภัยสุขภาพต่าง ๆ

การติดตามประเมินผล (Monitoring and Evaluation) :

การควบคุม กำกับการดำเนินงาน ตามเป้าหมายที่ รายงานผลการดำเนินงานโครงการต่อที่ประชุม หัวหน้าส่วนราชการ

(2) ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ -

2.2 นโยบายมุ่งเน้นกระทรวงสาธารณสุข ปี 2566 ด้วยนโยบาย " สุขภาพคนไทยเพื่อสุขภาพประเทศไทย" โดยมุ่งเน้น 6 ประเด็นหลัก

1) เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร ยกกระดับการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในทุกมิติประชาชน

(1) การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM3)

เพื่อให้ผู้รับบริการและประชาชนสามารถข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง รวดเร็ว เกิดความไว้วางใจในการเข้ารับบริการ โรงพยาบาลได้ดำเนินการเปิดเผยข้อมูลตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) บนเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน รวมถึงการสื่อสารประชาสัมพันธ์ข้อมูลด้านสุขภาพบริการประชาชน พร้อมเปิดช่องทางผ่านสื่อสังคมออนไลน์เพื่อรับฟังเรื่องร้องเรียน และข้อเสนอต่อการให้บริการของโรงพยาบาล

การพัฒนาโครงสร้างกลไกการทำงาน (Structure):

- จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลเป็ยน้อย เพื่อให้ข้อมูลข่าวสารของหน่วยงานรัฐตามกฎหมายว่าด้วยข้อมูลข่าวสารราชการเป็นข้อมูลข่าวสารที่หน่วยงานรัฐต้องจัดให้มีไว้ให้ประชาชนเข้าตรวจสอบดูตามมาตรา ๙ วรรคหนึ่ง (๘) แห่งพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. ๒๕๔๐

- จัดทำ Flow chart พร้อมแนวทางปฏิบัติงานเพื่อดำเนินการ
- ดำเนินการเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสาร ประชาสัมพันธ์ ข้อมูลด้านสุขภาพบริการประชาชน
- สรุป ประเมินผล

การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information) :

- ข้อมูล สารสนเทศทั่วไปประกาศขึ้นบนเว็บไซต์โรงพยาบาล เพื่อให้เป็นไปตาม มาตรา ๙ วรรคหนึ่ง (๘) แห่งพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. ๒๕๔๐

- ระบบการรับเรื่องร้องเรียน แจ้งเตือนสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ รับฟังข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ผ่านระบบ Line official

การพัฒนากระบวนการดำเนินงานและนวัตกรรม (Intervention and Innovation) :

มีการจัดทำคลังความรู้โรงพยาบาลในระบบ อินทราเน็ต (PN Support) สำหรับการบริการข้อมูลข่าวสารแก่บุคลากร เพื่อการนำไปพัฒนางาน เช่น ข้อมูล สถิติ รายงาน สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพที่สำคัญ เพื่อการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการสื่อสารความเสี่ยง ตัวอย่างที่มีการดำเนินการ การสื่อสารความเสี่ยง เพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นต้น

การบูรณาการ (Integration) :

- บุคลากรผู้ปฏิบัติงานบูรณาการผ่านงานประจำ
- ร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่ม อสม. กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มคนพิการ ฯ

การติดตามประเมินผล (Monitoring and Evaluation) :

- การดำเนินการตามตามมาตรา ๙ วรรคหนึ่ง (๘) แห่งพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. ๒๕๔๐ เป็นไปด้วยความถูกต้อง ครบถ้วน
- มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เช่น เว็บไซต์ อย่างต่อเนื่อง
- ชี้อรงเรียน ได้รับการจัดการภายในเวลาที่กำหนด

(2) ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ. ไม่มี

2) ยกระดับบริการ รองรับสังคมสูงวัย และลดอัตราการตายโรคสำคัญ

(1) การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM3)

อำเภอเป็ยน้อยมีสัดส่วนของผู้สูงอายุหรือประชากรที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป เพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ขณะที่สัดส่วนของอัตราการเกิด และจำนวนประชากรในวัยทำงานลดน้อยลง โดยจากข้อมูลประชากรกลางปี 2565 ร้อยละของผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปมีมากถึงร้อยละ 17.61 ซึ่งถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging society) และในกลุ่มผู้สูงวัยมักป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

การพัฒนาโครงสร้างกลไกการทำงาน (Structure):

- จัดทำยุทธศาสตร์โรงพยาบาล 4 ปี (ปี 2566-2569) เพื่อรองรับการขยายงาน และการแก้ไขปัญหา
- ทบทวนคำสั่งคณะกรรมการ มอบหมายให้ผู้รับผิดชอบงานเป็นปัจจุบัน

การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information) :

- ออกคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน ทั้งเชิงรุก และคัดกรองในหน่วยบริการ และบันทึกผลการคัดกรองในระบบ Bluebook
- จัดทำ / บันทึกแผนการดูแล wellness plan แผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงหกล้ม และสมองเสื่อมในระบบ Bluebook
- จัดบริการคลินิกผู้สูงในหน่วยปฐมภูมิ แบบสหสาขาวิชาชีพ พร้อมทั้งมีการประสานงานกันระหว่างหน่วยงานเทศบาลส่วนท้องถิ่น และโรงพยาบาลเป็ยน้อยอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนากระบวนการดำเนินงานและนวัตกรรม (Intervention and Innovation) :

โครงการส่งเสริมสมรรถนะของผู้สูงอายุ ตำบลเป็อยน้อย อำเภอเป็อยน้อย จังหวัดขอนแก่น กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุจำนวน 350 คน ได้จัดบริการส่งเสริมสุขภาพและรณรงค์ให้ความรู้การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผู้สูงอายุ ในเรื่องป้องกันการ падตกหกล้ม ป้องกันภาวะสมองเสื่อม ป้องกันภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียด ส่งเสริมภาวะโภชนาการ ประเมินสภาวะช่องปากและความจำเป็นในการใส่ฟันเทียม/สภาวะการใส่ฟันเทียม

การบูรณาการ (Integration) :

บูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายหน่วยงานรัฐ (เทศบาลตำบลเป็อยน้อย) เพื่อขับเคลื่อนงาน เช่น กลุ่มผู้สูงอายุผ่านโรงเรียนผู้สูงอายุ หรือ กลุ่มผู้นำชุมชน อสม. คัดกรองและประชาสัมพันธ์ให้ผู้มีภาวะเสี่ยง STROKE ให้สามารถเข้ารับบริการอย่างรวดเร็วหากเกิดอาการ เป็นต้น

การติดตามประเมินผล (Monitoring and Evaluation) :

รายงานผลการดำเนินการผ่านที่ประชุมคณะกรรมการบริหาร

(2) ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ ไม่มี

3) ผลักดันการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสู่ยุคดิจิทัล

(1) การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM3)

ในปีงบประมาณ 2566 โรงพยาบาลเป็อยน้อยได้บรรจุแผนการลงทุนด้วยเงินบำรุง ประเภทครุภัณฑ์ และสิ่งก่อสร้าง เพื่อให้เป็นไปตามนโยบาย EMS (Environment , Modernization and Smart Service) เพื่อพัฒนาสถานบริการให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมาใช้บริการ เช่น ปรับปรุงห้องงานประกันสุขภาพ ปรับปรุงห้องนั่งงานผู้ป่วยใน วางท่อระบายน้ำโซนบ้านพัก ติดตั้งระบบโซล่าเซลล์ เป็นต้น ในด้านความทันสมัย ได้มีการนำระบบ Telemedicine ในการดูแลผู้ป่วย และมีแผนจัดซื้อเครื่องวัดสัญญาณชีพและดัชนีมวลกายอัตโนมัติสามารถเชื่อมต่อบริการ HIS

การพัฒนาโครงสร้างกลไกการทำงาน (Structure):

- จัดประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเพื่อขอมติในการอนุมัติแผนการลงทุนด้วยเงินบำรุง ในการสนับสนุนงานตามนโยบาย เพื่อผลักดันให้เกิดการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสู่ยุคดิจิทัลในโรงพยาบาล

- พัฒนาระบบงานการให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home ward) ที่มีมาตรฐานการดูแลเทียบเคียงกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล (IPD) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centered care)

- พัฒนาระบบการให้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หรือระบบบริการทางการแพทย์ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ด้วยรูปแบบการให้บริการทางการแพทย์ที่ทันสมัยด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล

- การดำเนินงานจัดบริการดิจิทัลทางการแพทย์(Digital ID) เป็นการนำเทคโนโลยีบนสมาร์ตโฟนด้วยแอปพลิเคชันพร้อมเพื่อดูประวัติสุขภาพด้วยตัวเอง สำหรับบุคลากรทางการแพทย์

และประชาชนทั่วไป โรงพยาบาลเป็ยน้อยได้จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานและจัดตั้งทีมปฏิบัติงานเชิงรุก เพื่อพัฒนาระบบการพิสูจน์ยืนยันตัวตน สื่อสารประชาสัมพันธ์สร้างความเข้าใจ ให้บุคลากร ผู้รับบริการ ประชาชนทั่วไป ทั้งในหน่วยบริการและนอกหน่วยบริการในเขตพื้นที่อำเภอเป็ยน้อย

การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information) :

- พัฒนาฐานข้อมูลสำหรับการให้บริการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward)
- พัฒนาระบบฐานข้อมูลการให้บริการระบบโทรเวชกรรม(Telemedicine)
- การดำเนินงานจัดบริการดิจิทัลทางการแพทย์ (Digital ID)

การพัฒนากระบวนการดำเนินงานและนวัตกรรม (Intervention and Innovation) :

- จัดทำแนวทางปฏิบัติ Guideline WI WP เพื่อจัดบริการประเภทผู้ป่วยใน ให้สามารถดูแลผู้ป่วย ในที่บ้าน (Home ward) และการให้บริการระบบโทรเวชกรรม(Telemedicine) ในประเภทผู้ป่วยนอก
- มอบหมายผู้รับผิดชอบเพื่อดำเนินการ
- ติดตาม กำกับ นิเทศงาน เพื่อสามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง

การบูรณาการ (Integration) :

บูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน สนับสนุนการดำเนินการ เช่น อสม.ในการประสาน ข้อมูล การติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

การติดตามประเมินผล (Monitoring and Evaluation) :

- การรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานในที่ประชุมกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุกเดือน
- การเข้ารับบริการในระบบดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) จำนวน 79 ราย และการให้บริการ ระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) จำนวน 619 ครั้ง
- การจัดบริการดิจิทัลทางการแพทย์ (Digital ID) ในกลุ่มประชาชนทั่วไป ร้อยละ 45 และใน บุคลากรร้อยละ 96

(2) ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ

- ผู้รับบริการบางส่วนยังขาดความพร้อมในการใช้อุปกรณ์สื่อสารเพื่อรับบริการ Telemedicine

4) ยกระดับความมั่นคงทางสุขภาพ

(1) การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM3)

ในปี 2566 โรงพยาบาลเป็ยน้อยได้กำหนดประเด็นการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขของพื้นที่

การพัฒนาโครงสร้างกลไกการทำงาน (Structure):

- ทบทวนคำสั่งคณะกรรมการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินให้เป็นปัจจุบัน
- ทบทวนแนวทางการดำเนินเงินแต่ละด้าน ถอดบทเรียนจากการดำเนินงานของปีที่ผ่านมา
- ทำการฝึกซ้อมแผนบนโต๊ะ Table Top Exercise. การตอบโต้สาธารณสุขและระบบบัญชาการของ เหตุการณ์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข

การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information) :

- เก็บรวบรวมข้อมูลสถานการณ์เพื่อการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เกิดขึ้นในพื้นที่
- สรุป วิเคราะห์ จัดทำรายงานสถานการณ์ของโรคฯ เสนอต่อที่ประชุมกรรมการบริหารทุกเดือน

การพัฒนากระบวนการดำเนินงานและนวัตกรรม (Intervention and Innovation) :

การบูรณาการ (Integration) :

- บูรณาการร่วมกับหน่วยงานรัฐอื่นในพื้นที่
- แจ้งข่าวสาร สถานการณ์การระบาดของโรคอย่างต่อเนื่อง เช่น แจ้งในที่ประชุมหัวหน้าส่วนราชการ และผ่านกลุ่ม line official ของโรงพยาบาล

การติดตามประเมินผล (Monitoring and Evaluation) :

ผู้รับผิดชอบงาน สรุปข้อมูล รายงาน วิเคราะห์สถานการณ์ต่อที่ประชุมกรรมการบริหารทุกเดือน

(2) ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ –ไม่มี

5) ส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพนานาชาติ เพิ่มทางเศรษฐกิจ บริการ และผลิตภัณฑ์สุขภาพ สมุนไพร ภูมิปัญญาไทย และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

(1) การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM3)

ในปี 2566 มีการดำเนินงานคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ให้เข้าถึงการรักษาด้วยตำรับยากัญชาแผนไทย เช่น น้ำมันกัญชาสูตรหมอเดชา ตำรับยาสุขไสยาสน์ นอกจากนี้มีการส่งเสริมให้ความรู้แก่ประชาชนที่สนใจปลูกกัญชาได้รับทราบแนวทาง

การพัฒนาโครงสร้างกลไกการทำงาน (Structure):

- มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานผู้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทยระดับอำเภอ
- มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการกัญชาทางการแพทย์ มีผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับการรับรองจากกรมการแพทย์ (แผนปัจจุบัน) และกรมการแพทย์แผนไทย (แผนไทย) พยาบาล และเภสัชกร เพื่อให้คำปรึกษาแนะนำด้านการรักษาแก่ผู้รับบริการการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information)

- การประชาสัมพันธ์ ใช้แอปพลิเคชัน 3 หมอ+แพทย์แผนไทย โดยประชาชนสามารถ สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการใช้บริการข้อมูลเกี่ยวกับสมุนไพร โดยการสแกนคิวอาร์โค้ดผ่านแอปพลิเคชันไลน์

- คู่มือ/แนวทางให้บริการกัญชาทางการแพทย์ของสถานบริการและสถานบริการภายในเครือข่าย บันทึกข้อมูลการใช้กัญชา รายงานการจ่ายยา และรายงานปัญหาการใช้กัญชา ผ่านทางเว็บไซต์ <http://drug.nhso.go.th>

การพัฒนากระบวนการดำเนินงานและนวัตกรรม (Intervention and Innovation):

- มีแผนพัฒนาทำนวัตกรรมถุงผ้าพอกเข้า ในกลุ่มผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมและผู้สูงอายุ
- ใช้ข้อมูลการฝากครรภ์ในการวางแผนการให้บริการที่หม้อเกลือ และเตรียมยากระตุ้นน้ำนมในหญิงหลังคลอด ในอำเภอเป็อยน้อย

- มีคลินิกกัญชาทางการแพทย์ เปิดบริการทุกวันพุธ เวลา 13.00-16.00 น. ในรูปแบบ one stop service ในการให้คำปรึกษาและจ่ายยาที่มีส่วนผสมของกัญชาโดยแพทย์ แพทย์แผนไทย พยาบาลและเภสัชกร และมีการประชาสัมพันธ์และมีช่องทางการเข้าถึงการใช้ยากัญชาสำหรับประชาชนทั่วไปและผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้ยากัญชา

- ศูนย์เวลเนส ประเภทสถานพยาบาล

การบูรณาการ (Integration) :

- มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยคู่ขนานที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD คู่ขนาน)
- บูรณาการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ร่วมกับคลินิกแพทย์แผนไทยและคลินิกการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ให้ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ได้รับการรักษาด้วยยา/สารสกัดกัญชา
- ประสาน รพสต./PCU เพื่อกำกับติดตามดูแลผู้ป่วย หรือส่งต่อผู้ป่วยที่เข้า criteria ที่ต้องได้รับยา/สารสกัดกัญชาเข้ามารับการรักษา
- ส่งเสริมให้มีการพืชสมุนไพร รวมถึงการปลูกกัญชาโดยกลุ่มวิสาหกิจชุมชนเพื่อใช้เป็นยาในชุมชนและผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่

การติดตามประเมินผล (Monitoring and Evaluation):

- ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์ ทั้งประชาชนทั่วไปและประชาชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายเช่น ผู้ป่วย palliative care ผลการดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ปี 2565 มีจำนวนผู้รับบริการที่ได้รับยากัญชาจำนวน 93 คน (เพิ่มขึ้นร้อยละ 132.5 เมื่อเทียบกับปี 2565) และมีผู้ป่วย palliative care ที่ได้รับกัญชาคิดเป็นร้อยละ 6.52
- ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานของโรงพยาบาล ร้อยละ 18.53

(2) ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ ไม่มี

6) พัฒนาสู่องค์กรสมรรถนะสูง และบุคลากรมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดี

(1) การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM3)

ในทุกปีงบประมาณโรงพยาบาลเป็ยน้อยได้มีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรที่สอดคล้องไปตามยุทธศาสตร์องค์กร และพัฒนาบุคลากรให้รองรับการพัฒนาในแต่ละสาขาตาม Service Plan โดยในปี 2566 โรงพยาบาลมีเข็มมุ่ง 5 ด้าน ประกอบไปด้วย

- 1) การให้บริการผู้ป่วยStroke/MI ได้ทันเวลา
- 2) ผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เข้าถึงการรักษาอย่างรวดเร็ว
- 3) ควบคุม DM/HT ให้อยู่ในเกณฑ์ ปกติ
- 4) ลดภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์
- 5) ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง

ผู้รับผิดชอบในแต่ละเรื่องได้จัดทำ Action Plan เพื่อการพัฒนาบุคลากรโดยโรงพยาบาลจัดอบรมให้ความรู้ แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งที่ได้ดำเนินการไปแล้ว คือ โครงการพัฒนาการจัดเก็บรายได้ ฯ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังตามประเด็นเชิงมุ่งข้อที่ 5 ส่วนประเด็นเชิงมุ่งอื่นๆ อยู่ระหว่างดำเนินการ สำหรับการพัฒนาบุคลากรสอดคล้องตามนโยบายแต่ละสาขาตาม Service Plan ได้มีการจัดทำแผน HR เพื่อส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมจากหน่วยงานภายนอก

การพัฒนาโครงสร้างกลไกการทำงาน (Structure):

- ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ HR
- รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล ตามแบบประเมิน Happinometer
- จัดทำแผนพัฒนาตามส่วนขาดตามข้อมูลสรุปผลการประเมิน
- จัดทำแผนแผน HR เพื่อพัฒนาอัตรากำลังคน สอดคล้องไปตาม Service plan
- จัดทำ Action plan /โครงการเพื่อพัฒนาบุคลากรไปตามเชิงมุ่งองค์กรในแต่ละปี
- การมอบหมายตัวชี้วัดรายบุคคลเพื่อการวัด ประเมินผลงาน ประกอบการพิจารณาความดี

ความชอบ

การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information) :

- การประเมินตนเองตามแบบประเมิน Happinometer และนำเสนอข้อมูลต่อผู้บริหารและคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง

- การนำยุทธศาสตร์องค์กรเป็นแนวทางเพื่อพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องเพื่อการบรรลุเป้าหมาย
- สนับสนุนให้บุคลากรเข้าถึงคลังความรู้องค์กรในระบบอินทราเน็ต (ระบบ PN Support)

การพัฒนากระบวนการดำเนินงานและนวัตกรรม (Intervention and Innovation) :

- วางแผนและดำเนินการตามแผนพัฒนากำลังคน

- นำปัญหาจากรายงานความเสี่ยงด้านสมรรถนะหรือการปฏิบัติงานมาดำเนินการแก้ไขโดยการให้ความรู้และฝึกทักษะเพื่อเพิ่มสมรรถนะในการปฏิบัติงาน

การบูรณาการ (Integration) :

บูรณาการร่วมกับกิจกรรมพัฒนาอัตรากำลังคน, ระบบงาน, ในกิจกรรมพัฒนาองค์กรประจำปี ให้ผู้ปฏิบัติงานเสนอปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองต่อผู้บริหาร ผู้บริหารสนับสนุนกิจกรรมพัฒนากำลังคน

การติดตามประเมินผล (Monitoring and Evaluation) :

- มีการกำกับติดตามการดำเนินงานตามแผน
- สรุปวิเคราะห์ปัญหา ส่วนขาด เพื่อการนำไปพัฒนา ปรับปรุงในปีต่อไป
- นำผลการประเมินการปฏิบัติ ตามตัวชี้วัดรายบุคคล ประกอบการพิจารณาความดีความชอบ

(2) ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ –ไม่มี

แบบรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี 2566

ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วม

ตารางที่ 22 แสดงผลการดำเนินงานรายตัวชี้วัด ตามยุทธศาสตร์ที่ 1

| รหัส | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน | อัตรา | คะแนน | |
|------|---|-----------|----------|--------|-------|---|
| K101 | คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการดำเนินงานอนามัยมารดาและทารก | | | | | 5 |
| | 1. ร้อยละโรงพยาบาลที่เข้าร่วมการฝึกอบรมพัฒนาสมรรถนะด้านการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินทางสูติกรรมที่เกิดในระยะก่อนคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด ในรอบปีงบประมาณ 2566 | - | - | 100% | | |
| | 2. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง GDM/Twin/Heart/PIH/Anemia/เสี่ยงpreterm) ได้รับการดูแลตาม Care plan ร้อยละ 80 | ≥80% | 20/21 คน | 95.23% | | |
| | 3. โรงพยาบาลประเมินตนเองผ่านเกณฑ์มาตรฐานงาน ANC และ LR คุณภาพ ร้อยละ 100 | ผ่าน | ผ่าน | - | | |
| | 4. อัตราทารกคลอดก่อนกำหนด < ร้อยละ 10 | 10 | 1 | 10% | | |
| | 5. อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม < ร้อยละ 7 | 46 | 3 | 6.52% | | |
| | 6. อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนระหว่างคลอด < 25 ต่อพันการเกิดมีชีพ | < 25:1000 | 0 | 0 | | |
| K102 | คะแนนเฉลี่ยของหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลตามเกณฑ์คุณภาพ | | | | | 3 |
| | 1. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 80 | ≥80% | 38/53 คน | 71.70% | | |
| | 2. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ 8 ครั้งคุณภาพ ร้อยละ 80 | ≥80% | 31/53 คน | 58.49% | | |
| | 3. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 | ≥90% | 62/65 คน | 95.38% | | |
| | 4. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางครั้งที่ 1 < ร้อยละ 14 | <14% | 6/44 คน | 13.63% | | |
| | 5. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางครั้งที่ 2 < ร้อยละ 10 | <14% | 6/36 คน | 8.33% | | |
| | 6. ร้อยละหญิงหลังคลอดได้รับการเยี่ยมหลังคลอด 3 ครั้งคุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 | ≥75% | 14/61 คน | 22.95% | | |
| K103 | คะแนนเฉลี่ยเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย | | | | | 3 |
| | 1) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการประเมินพัฒนาการ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 95 (ตรวจครั้งแรก) | ≥95% | 450/536 | 83.96% | | |
| | 2) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 25 (ตรวจครั้งแรก) | ≥25% | 140/450 | 31.11% | | |
| | 3) ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 | ≥95% | 103/140 | 73.57% | | |
| | 4) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 | ≥80% | 1/1 คน | 100% | | |

ตารางที่ 22 แสดงผลการดำเนินงานรายตัวชี้วัด ตามยุทธศาสตร์ที่ 1(ต่อ)

| รหัส | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน | อัตรา | คะแนน |
|------|--|----------|---------------------|--------|-------|
| K104 | คะแนนเฉลี่ยของการเฝ้าระวังและการติดตามการเจริญเติบโต 0 - 5 ปี | | | | 4 |
| | 1. ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 | ≥95% | 343/876คน | 39.16% | |
| | 2. ร้อยละของเด็กอายุ 6 เดือน-5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 | ≥90% | 75/102 คน | 73.53% | |
| | 3. ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 76 | ≥76% | 158/343 คน | 46.06% | |
| | 4. ร้อยละเด็กอายุ 9-12 เดือน ได้รับการประเมินภาวะโลหิตจางไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 | ≥80% | 49/123 คน | 39.80% | |
| K105 | คะแนนเฉลี่ยของการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน | | | | 2 |
| | 1. เด็ก 6-14 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 82 | ≥82% | 677/ 1165 คน | 58.11% | |
| | 2. เด็ก 6-12 ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 | ≥75% | 2/1,165 คน | 0.17% | |
| | 3. นักเรียนชั้น ป.1 ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจาง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 | ≥80% | 0/58 คน | 0 | |
| | 4. นักเรียนชั้น ป.1 ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพบภาวะโลหิตจาง ได้รับการรักษาร้อยละ 100 | 100% | 0/58 คน | 0 | |
| | 5. เด็ก 6-14 ปี เริ่มอ้วนและอ้วน ไม่เกินร้อยละ 8 | <8% | 122/677 คน | 18.02% | |
| | 6. เด็ก 6-14 ปี เตี้ยไม่เกินร้อยละ 5 | <5% | 80/677 คน | 11.82% | |
| | 7. เด็ก 6-14 ปี มีส่วนสูงตีรูปร่างสมส่วน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 72 | ≥72% | 292/677 คน | 43.13% | |
| K106 | คะแนนเฉลี่ยของการเฝ้าระวังและป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น | | | | 4 |
| | 1. มีแผนงานโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ระดับอำเภอ และประเมินตนเองตามมาตรฐานที่เป็นมิตรต่อเด็กและเยาวชนYFHS Application ร้อยละ 40 | 100% | 91.21% | 91.21% | |
| | 2. ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัย (Modern Methods) หลังคลอดหรือหลังแท้ง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 | ≥60% | 2/2 คน | 100% | |
| | 3. ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี ไม่เกินร้อยละ 13 | ≤13% | 1/35 คน | 2.85% | |
| K107 | ร้อยละของวัยทำงานอายุ 18-59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ | | | | 2 |
| | 1. ร้อยละกลุ่มวัยทำงาน 18-59 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง มากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ 70 | ≥70% | 3,659/ 10,472 คน | 34.94% | |
| | 2. ประชาชนวัยทำงานอายุ 18 -59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (18.5-22.9กก./ตม.) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 56 | ≥56% | 951/ 1,832 คน | 50.07% | |

ตารางที่ 22 แสดงผลการดำเนินงานรายตัวชี้วัด ตามยุทธศาสตร์ที่ 1(ต่อ)

| รหัส | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน | อัตรา | คะแนน |
|--|---|----------|--------------------|--------|-------|
| K108 | ระดับคะแนนเฉลี่ยการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง Geriatric Syndromes ได้รับการส่งต่อ ดูแลรักษาในระบบบริการคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาล และวางแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) | | | | 5 |
| | 1. โรงพยาบาลทุกระดับมีการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ที่กำหนด | ผ่าน | ผ่าน | - | |
| | 2. คลินิกผู้สูงอายุมีการจัดบริการคัดกรองผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในระบบบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลได้รับการประเมินคัดกรองความเสี่ยงกลุ่ม Geriatric Syndromes > ร้อยละ 10 | >10% | 3,191/ 3,321 | 96.09% | |
| | 3. ผู้สูงอายุที่คัดกรองพบว่าเสี่ยงกลุ่ม Geriatric Syndromes อย่างน้อย 1 ประเด็น ได้รับการวางแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) แก้ไขปัญหาปัจจัยเสี่ยง >ร้อยละ 50 | >50% | 39/39 | 100% | |
| | 4. ผู้สูงอายุที่คัดกรองพบว่าเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมได้รับการส่งต่อดูแลรักษาในระบบบริการคลินิกผู้สูงอายุ > ร้อยละ 50 | >50% | 39/39 | 100% | |
| 5. ผู้สูงอายุที่คัดกรองพบว่าเสี่ยงภาวะพลัดตกหกล้มได้รับการส่งต่อดูแลรักษาในระบบบริการคลินิกผู้สูงอายุ >ร้อยละ 50 | >50% | 39/39 | 100% | | |
| K109 | อำเภอผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ | 5 คะแนน | 5 คะแนน | - | 5 |
| K110 | ระดับความสำเร็จของการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต | | | | - |
| K111 | ร้อยละของสตรีอายุ 30-<60 ปีได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ≥ ร้อยละ 80 (สะสม 5 ปีงบประมาณ 2563-2567 ≥ ร้อยละ 85) | ≥80% | 2,305/ 4,168 คน | 55.30% | 2 |
| K112 | ประชากรอายุ 50-70 ปี กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test | ≥80% | 383/603 คน | 63.50% | 4 |
| K113 | ร้อยละประชากร 35 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง | | | | 1 |
| | 1. ร้อยละประชากร 35 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน | ≥90% | 2,588/ 8,800 คน | 29.41% | |
| | 2. ร้อยละประชากร 35 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง | ≥90% | 2,290/ 8,846 คน | 28.46% | |
| K114 | ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง | | | | |
| | (1) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน | ≥70% | 14/33 คน | 42.42% | 1 |
| | (2) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง | ≥93% | 27/29 คน | 93.10% | 5 |
| K115 | ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วมระดับอำเภอ | 5 คะแนน | 5 คะแนน | - | 5 |
| K116 | โรงพยาบาลยกระดับการพัฒนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ (GREEN & CLEAN Hospital Challenge) | 5 คะแนน | 4 คะแนน | - | 4 |

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพมีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทัวถึง ไร้รอยต่อ และเป็นธรรม

ตารางที่ 23 แสดงผลการดำเนินงานรายตัวชี้วัด ตามยุทธศาสตร์ที่ 2

| รหัส | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน | อัตรา | คะแนน |
|------|---|----------|--------------------|---------|-------|
| K201 | จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตาม พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 | 5 คะแนน | 5 คะแนน | - | 5 |
| K202 | ร้อยละของประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน และมีทะเบียนรายชื่อแพทย์คู่กับประชาชน | ≥57% | 6,261/ 17,243 | 36.08% | 2 |
| K203 | ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี | | | | |
| | (1) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี | ≥40% | 486/ 1,457 คน | 33.36% | 4 |
| | (2) ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี | ≥60% | 1,155/ 2,280 คน | 50.66% | 3 |
| K204 | ระดับความสำเร็จของอำเภอผ่านคุณลักษณะอำเภอป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายที่เข้มแข็ง ระดับ 5 ร้อยละ 70 | 5 ข้อ | 3 ข้อ | 60% | 3 |
| K205 | ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.73m ² /yr | ≥66% | 119/276 | 43.12% | 2 |
| K206 | ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม(Retention Rate) | >60% | 5/7 คน | 71.43% | 5 |
| K207 | ระดับความสำเร็จการดำเนินการลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage Level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง (ทั้งที่ ER และ Admit) | 5 คะแนน | 5 คะแนน | - | 5 |
| K208 | ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค | | | | 5 |
| | 1. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) ร้อยละ 88 | >88% | 4/4 คน | 100% | |
| | 2. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ร้อยละ 90 | >90% | 36/29 คน | 124.13% | |
| K209 | ระดับความสำเร็จของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ในการเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของการระบาดโรคติดต่อที่สำคัญและภัยสุขภาพ | 5 คะแนน | 5 คะแนน | - | 5 |
| K210 | ระดับคะแนนความสำเร็จในการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลระดับอำเภอ | 5 คะแนน | 5 คะแนน | - | 5 |
| K211 | ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | | | | 4 |
| | 1. ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย | ≥21% | 5,978/ 32,256 | 18.53% | |

ตารางที่ 23 แสดงผลการดำเนินงานรายตัวชี้วัด ตามยุทธศาสตร์ที่ 2 (ต่อ)

| รหัส | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน | อัตรา | คะแนน |
|------|--|------------------------|-----------|------------------|-------|
| | 2. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองอัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | ≥70% | 16/16 คน | 100% | |
| K212 | โรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ตามเกณฑ์มาตรฐาน | | | | 5 |
| | 1.รพศ./รพท./รพช. ดำเนินการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative Care) ตามเกณฑ์ที่กำหนด | ผ่าน | ผ่าน | - | |
| | 2. มีผลการทำ Advance Care Planning (ACP) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ อย่างน้อยร้อยละ 85 | ≥85% | 76/76 คน | 100% | |
| K213 | ระดับความสำเร็จในการจัดระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ระดับ 5 | 100 คะแนน | 100 คะแนน | - | 5 |
| K214 | ระดับความสำเร็จของสถานพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการจัดระบบบริการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) | | | | 5 |
| | ร้อยละหน่วยงานต่างองค์กรที่ได้รับการประสานการจัดเตรียมสถานที่สำหรับให้บริการบริบาล IMC หรือยานพาหนะสำหรับนำส่งผู้ป่วย IMC ไปเข้ารับบริการตามสถานที่นัดหมาย | 100% | 1/3 แห่ง | 33.3% | |
| | ร้อยละหน่วยงานต่างองค์กรที่ได้รับการจัดเตรียม วัสดุ อุปกรณ์ และครุภัณฑ์ เพื่อสนับสนุนการจัดระบบการให้คำปรึกษา กรณีเกินศักยภาพ | 100% | 3 แห่ง | 100% | |
| | ร้อยละของบุคลากรจากหน่วยงานต่างองค์กรเข้าร่วมกิจกรรม IMC Day | 100% | 0 | 0 | |
| | ร้อยละของการสร้างและพัฒนานักบริบาลชุมชน และ Care Giver (CG) เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา | 100% | 36/36 | 100% | |
| | ร้อยละของการขึ้นทะเบียนผู้ป่วย IMC รายใหม่ ในรพ.ระดับ A, M, F เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา | 100% | 37/35 | 100% | |
| | ร้อยละของการจัดระบบบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน | 100% | 23/37 | 62% | |
| K215 | ระดับความสำเร็จในการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ระดับอำเภอ Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชา | | | | 5 |
| | 1) โรงพยาบาลระดับอำเภอทุกแห่งในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดขอนแก่น มีการจัดตั้งและให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (cannabis clinic) | ผ่าน | ผ่าน | - | |
| | 2) จำนวนผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ ≥ 5% | ≥5% (5 คน) | 6/92 คน | 6.52% | |
| | 3) จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา กัญชาเพิ่มขึ้น ≥ 50% (ผู้ป่วยได้รับกัญชาปี 2565 จำนวน 40 คน) | เพิ่มขึ้น ≥50% (60 คน) | 93 คน | เพิ่มขึ้น 132.5% | |

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะมีความสุขในการทำงานและส่งเสริมการที่มีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในการดูแลและจัดการระบบสุขภาพ

ตารางที่ 24 แสดงผลการดำเนินงานรายตัวชี้วัด ตามยุทธศาสตร์ที่ 3

| รหัส | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน | อัตรา | คะแนน |
|------|---|-------------|----------|-----------|-------|
| K301 | ระดับคะแนนการพัฒนาศักยภาพ อสม.เป็น อสม.หมอประจำบ้านและสามารถใช้ Application สมาร์ท อสม.ได้ | | | | 4 |
| | 1.อสม.เป้าหมายปี 2566 ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม.หมอประจำบ้าน ตามเกณฑ์ $\geq 95\%$ | $\geq 95\%$ | 32/32 | 100% | |
| | 2. เป็นพี่เลี้ยง อสค.และมีกลุ่มเป้าหมาย 607 ที่ต้องดูแล - อสม.หมอประจำบ้าน 1 คน เป็นพี่เลี้ยงอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) 7 คน - มีทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายตามเกณฑ์ อสม. 1 คน ต่อ ผู้ป่วย 7 คน | 224 224 | 0 224 | 0 100% | |
| | 3. อสม.หมอประจำบ้าน ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย $\geq 90\%$ | $\geq 90\%$ | 96/96 | 100% | |
| | 4) อสม.หมอประจำบ้าน สมัครแอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. $\geq 90\%$ | $\geq 90\%$ | 386/386 | 100% | |
| | 5) อสม.หมอประจำบ้าน ใช้แอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. ส่งรายงาน อสม.1 $\geq 90\%$ | $\geq 90\%$ | 250/386 | 64.76% | |

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บริการด้วยความทันสมัย และธรรมาภิบาล
ตารางที่ 25 แสดงผลการดำเนินงานรายตัวชี้วัด ตามยุทธศาสตร์ที่ 4

| รหัส | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน | อัตรา | คะแนน |
|------|---|------------|------------------|--------|-------|
| K401 | หน่วยงานในสังกัดสถานกงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA) | ระดับ 5 | ระดับ 5 | - | 5 |
| K402 | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (PMQA Plus) | 5 คะแนน | 5 คะแนน | - | 5 |
| K403 | โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐาน HA และระบบบริการก้าวหน้า (EMS) | 5 คะแนน | 5 คะแนน | - | 5 |
| K404 | จำนวนหน่วยงานสาธารณสุขที่พัฒนาสู่องค์กรดิจิทัล | | | | 4.33 |
| | 1. การส่งข้อมูลเข้า Datacenter สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ของโรงพยาบาล (5 คะแนน) | ≥90% | 95% | 95% | |
| | 2. การส่งข้อมูลเข้า Datacenter สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (5 คะแนน) | ≥90% | 85% | 85% | |
| | 3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่งข้อมูล 43 แฟ้มเข้า HDC (5 คะแนน) | ≥98% | 100% | 100% | |
| | 4. โรงพยาบาลให้บริการผ่านระบบ Telemedicine (5 คะแนน) | 1200 ครั้ง | 619 ครั้ง | 51.58% | |
| | 5. การจัดทำ Digital ID บุคลากร (5 คะแนน) | ≥90% | 106/111 | 95% | |
| | 6. การจัดทำ Digital ID ประชาชน (5 คะแนน) | ≥50% | 7,227/ 16,026 | 45% | |
| K405 | โรงพยาบาลมีการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ | ระดับ 5 | ระดับ 5 | - | 5 |
| K406 | จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด | 5 คะแนน | 5 คะแนน | - | 5 |

แบบสรุปรายงานการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุข
ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2566 (รายตัวชี้วัด)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และ
คุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

รหัสตัวชี้วัด : K 101

ตัวชี้วัด : คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการดำเนินงานอนามัยมารดาและทารก

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM³)

S : Structure การพัฒนาโครงสร้างกลไกการทำงาน

- แต่งตั้งคณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็ก MCH board เป็ยน้อย
- ประชุมคณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็ก ระดับ CUP ติดตามผลการดำเนินงาน ทุก 3 เดือน
- ทบทวนปฏิบัติการและวิเคราะห์ตัวชี้วัด

I : Information การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ

- จัดเก็บข้อมูล 1. รายงานการเสียชีวิตมารดาในแบบรายงาน CE-62
- 2. รายงานการคลอดจากแบบรายงาน ก-2
- 3. แบบรายงานติดตามเยี่ยม care plan เป็นรายบุคคล
- 4. แบบประเมินตนเองตามมาตรฐานงานฝากครรภ์และห้องคลอดคุณภาพของกรมอนามัย
- ลงบันทึกข้อมูลให้บริการในโปรแกรมระบบ Hos.xp. และส่งออกข้อมูลตามแนวทางของงานเทคโนโลยีสารสนเทศ สสจ.

- วิเคราะห์ข้อมูลรายเดือน จากรายงานข้อมูล 43 แฟ้ม (HDC) และ รายงาน ก-2
- สื่อสารติดตามข้อมูลข่าวสารระบบงานแก่บุคลากร ผ่านกลุ่ม ไลน์ MCH CUP board

I : Intervention and Innovation การพัฒนากระบวนการดำเนินงานและนวัตกรรม

การตายมารดา หมายถึง การตายมารดาตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และ หลังคลอด ภายใน 42 วัน
ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใดจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น
จากการตั้งครรภ์และคลอดหรือการดูแลรักษา ขณะตั้งครรภ์รวมถึงการฆ่าตัวตายแต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุและ
มาตรการกรมต่อการเกิดมีชีพแสนคน

1. งานห้องคลอด : บุคลากรห้องคลอดผ่านการเพิ่มพูนทักษะด้านการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินทางสูติ
กรรมในห้องคลอด หมายถึงโรงพยาบาลมีการฝึกทักษะแพทย์ พยาบาลห้องคลอด ให้สามารถจัดการ
สถานการณ์ฉุกเฉินทางสูติกรรมที่เกิดขึ้น ได้แก่ ภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะชกจากครรภ์เป็นพิษ การ
คลอดติดไหล่ คลอดท่าก้น การช่วยฟื้นคืนชีพมารดาและทารก

2.งานฝากครรภ์ : หญิงตั้งครรภ์ที่ภาวะเสี่ยง หมายถึงหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะหรือโรคดังต่อไปนี้ GDM/Twin/Heart/PIH/Thalassemia ได้รับการดูแลตาม Care plan (การติดตามเยี่ยมเฝ้าระวังอาการผิดปกติและสภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ กระตุ้นให้มาฝากครรภ์ตามนัด และวางแผนการคลอดเป็นรายบุคคล)

3.โรงพยาบาลประเมินตนเองผ่านเกณฑ์มาตรฐานงาน ANC และ LR คุณภาพ หมายถึง งานฝากครรภ์ และงานห้องคลอด มีการประเมินตนเองและมีการจัดระบบบริการในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และหญิงคลอดและหลังคลอดตามมาตรฐานงานฝากครรภ์คุณภาพและห้องคลอดคุณภาพ

I : Integration การบูรณาการ

-การประสานงานเชื่อมโยง ระหว่างโรงพยาบาลเป็ยน้อย และ รพ.สต.ทั้ง 3 แห่ง (งานฝากครรภ์ งานห้องคลอด

หลังคลอด ติดตามเยี่ยมหลังคลอด โดยใช้ กลุ่มไลน์ /ประชุมฯ/ทบทวนปฏิบัติการณ์

M : Monitoring and Evaluation การติดตามประเมินผล

-การควบคุมกำกับการทำงาน และประเมินตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2566

ตารางที่ 26 แสดงข้อมูลคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการดำเนินงานอนามัยมารดาและทารก NL 35 ราย (ต.ค.65-มิ.ย.66)

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน | อัตรา | คะแนน |
|---|------------------------|----------------------|-------|-------|
| คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการดำเนินงานอนามัยมารดาและทารก NL 35 ราย (ต.ค.65-มิ.ย.66) | | | | |
| ด้านกระบวนการ | | | | 5 |
| 1. ร้อยละโรงพยาบาลที่เข้าร่วมการฝึกอบรมพัฒนาสมรรถนะด้านการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินทางสูติกรรมที่เกิดในระยะก่อนคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด ในรอบปีงบประมาณ 2566 (10คะแนน) | ร้อยละ 100 | ครบทีม | 100 | |
| 2. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง GDM/Twin/Heart/PIH/Anemia/เสี่ยงpreterm) ได้รับการดูแลตาม Care plan ร้อยละ 80 (20คะแนน) | ร้อยละ 80 | 21ราย ออกเยี่ยม20ราย | 95.23 | |
| 3. โรงพยาบาลประเมินตนเองผ่านเกณฑ์มาตรฐานงาน ANC และ LR คุณภาพ ร้อยละ 100 (20คะแนน) | ร้อยละ 100 | ส่งแบบประเมินตนเอง | 100 | |
| ด้านผลลัพธ์ | | | | |
| 4. อัตราทารกคลอดก่อนกำหนด < ร้อยละ10 (15คะแนน) | < ร้อยละ10 | 1 | 10 | |
| 5. อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม < ร้อยละ 7 (15คะแนน) | < ร้อยละ 7 | 3 | 6.52 | |
| 6. อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนระหว่างคลอด < 25ต่อพันการเกิดมีชีพ (20คะแนน) | < 25ต่อพันการเกิดมีชีพ | 0 | 0 | |

2. ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ

-การนิเทศติดตามงาน MCH CUP board งานฝากครรภ์ในรพ. และ รพ.สต. เมื่อพบ ANC Risk ให้ส่งต่อ พบแพทย์ทุกราย

และระบบติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย ทุกราย

-มีทบทวน Case Risk มารดาและทารก

-การทบทวนฟื้นฟู ทักษะ แก่บุคลากรที่รับผิดชอบ ด้านการฝากครรภ์ การคลอด ทารกแรกเกิด

รหัสตัวชี้วัด : K102

ชื่อตัวชี้วัด : คะแนนเฉลี่ยของหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลตามเกณฑ์คุณภาพ

ผู้รับผิดชอบ : นางภัทรวดี ประพันธ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM³)

หญิงตั้งครรภ์ของอำเภอเป็ยน้อย ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่องานอนามัยแม่และเด็กของอำเภอเป็ยน้อย ซึ่งตัวหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง มีผลต่อทารกในครรภ์โดยตรงทั้งด้านร่างกายและสติปัญญา ดังนั้นโรงพยาบาลเป็ยน้อยจึงมีนโยบายในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงอย่างเป็นระบบและเป็นไปตามมาตรฐานของ MCH จังหวัดขอนแก่น ซึ่งการดำเนินงานโดยคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กอำเภอเป็ยน้อย มีการใช้แนวทาง และคู่มือการดำเนินงาน คู่มือการฝากครรภ์ มีการประชุมคณะกรรมการทุก 2 เดือน เพื่อเป็นการติดตามการดำเนินงานตามมาตรฐาน

กระบวนการดำเนินงานฝากครรภ์ รพ.เป็ยน้อย

1.หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ทุกรายจะต้องมีญาติมาร่วมฝากครรภ์ เพื่อการดำเนินกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ และเป็นการสร้างกระบวนการเรียนรู้ในการดูแลให้กับญาติและหญิงตั้งครรภ์

2.มีทะเบียนติดตามหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ลงทะเบียนผ่าน Line OA

3.การติดตามหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอเป็ยน้อยจะมีสัญลักษณ์ในการประเมินความเสี่ยง เพื่อเพิ่มความใส่ใจตนเองของผู้รับบริการและญาติรวมถึงเป็นการกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มตามสภาพปัญหาที่พบ

4.มีการติดตามเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงทุกราย เพื่อควบคุมกำกับ ติดตามการกินยา

5.มีเครือข่ายการทำงานในการติดตามหญิงตั้งครรภ์ระดับอำเภอ โดยท่านนายอำเภอเป็นประธานในการขับเคลื่อนนโยบายด้านการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และการดูแลครรภ์เสี่ยง

1.1 การพัฒนาโครงสร้างกลไกการทำงาน (Structure) :

- แต่งตั้งคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก MCH bord เป็ยน้อย เพื่อให้เกิดกระบวนการทำงานที่มีความต่อเนื่อง สอดคล้องกับนโยบายการทำงานของ MCH bord จังหวัดขอนแก่น

-ชี้แจงรายละเอียดตัวชี้วัดต่อผู้รับผิดชอบงานเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

- ทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์และผลการดำเนินงานตามแผนงานอนามัยแม่และเด็ก MCH bord เป็ยน้อย ทุก 2 เดือนเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงานและแก้ไขปัญหา ลดความเสี่ยงที่จะเกิดในการให้บริการ ผู้รับบริการได้รับการดูแลตามมาตรฐานงานแม่และเด็ก

- มีการจัดอบรมให้ความรู้ฟื้นฟูให้แก่คณะกรรมการ เรื่องการฝากครรภ์คุณภาพ มีการเข้าร่วมประชุมกับ รพ.บ้านไผ่ ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง

1.2 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information) :

- การให้บริการฝากครรภ์จะมีระบบติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มาฝากครรภ์ตามนัด โดยมีการโทรศัพท์ติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่ขาดนัดทุกราย ติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มาฝากครรภ์ตามนัดทันทีให้ รพ.สต. ติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่ผัดนัด ให้มาฝากครรภ์

- หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ลงทะเบียนผ่าน Line OA

- มีการลงข้อมูลผู้ป่วยในระบบ HOS/On line ให้เป็นปัจจุบัน

- ประสาน รพ.สต. ที่มีหญิงตั้งครรภ์ผ่านระบบ Line

1.3 การพัฒนากระบวนการดำเนินงานและนวัตกรรม (Intervention and Innovation) :

- ค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ในกลุ่มวัยรุ่น

- ติดตามหญิงตั้งครรภ์ให้มาฝากครรภ์ตามเกณฑ์

- มีการคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรมที่โรงพยาบาลในหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ ในมารดาทุกกลุ่มอายุ ช่วงอายุครรภ์ 14 – 18 สัปดาห์

1.4 การบูรณาการ (Integration) :

มีการดูแลหญิงตั้งครรภ์ภาวะเสี่ยงและมีการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย รพ.บ้านไผ่ รพ.สิรินธร รพ.ศูนย์ขอนแก่นเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการติดต่อประสานงานระหว่างเครือข่ายสหสาขาวิชาชีพ ในการติดตามดูแลและมีการส่ง case เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลในชุมชนโดยประสานงานผ่าน Line

1.5 การติดตาม ประเมินผล (Monitoring and Evaluation) :

- การติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในพื้นที่โดยการติดตามทาง โทรศัพท์ Line และให้ อสม. ในพื้นที่ช่วยกำกับติดตามเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องการ

- ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางโดยใช้ระบบพี่เลี้ยง (DOT) และมีการเสริมพลังให้กับญาติและผู้ดูแล

ตารางที่ 27 แสดงข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเป็อยน้อย

| ตัวชี้วัด | Baseline data | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ | | |
|---|---------------|----------|-------------------------------|---------|---------|
| | | | ปี 2564 | ปี 2565 | ปี 2566 |
| 1. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ < 12 สัปดาห์ | 80 | ร้อยละ | 88.10 | 83.05 | 71.70 |
| 2. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ | 80 | ร้อยละ | 85.71 | 79.66 | 58.49 |
| 3. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ชาติตุเหล็กกรดโฟลิก | 90 | ร้อยละ | 100 | 97.65 | 95.38 |
| 4. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางครั้งที่ 1 | 14 | ร้อยละ | 16.39 | 7.24 | 13.63 |
| 5. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางครั้งที่ 2 | 10 | ร้อยละ | 26.53 | 26.41 | 8.33 |
| 6. ร้อยละหญิงหลังคลอดได้รับการเยี่ยมหลังคลอด 3 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ | 75 | ร้อยละ | 78.43 | 74.55 | 22.95 |

คะแนนประเมิน 3 คะแนน

2. ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ

หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ที่ฝากครรภ์มาจากต่างจังหวัดและจะมากลอดใกล้บ้านทำให้การดูแลยากและไม่ทั่วถึงหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ไม่ต่อเนื่องบางรายทำให้การดูแลไม่ครอบคลุม ทางคณะกรรมการ MCH ได้จัดทำแนวทางการดูแลเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแล

รหัสตัวชี้วัด : K103

ชื่อตัวชี้วัด : ระดับคะแนนเฉลี่ยเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย

ผู้รับผิดชอบ : นางปฎิมาภรณ์ ภูมิทอง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เบอร์โทร 084 5161610 E-mail : ppoomikong@gmail.com

1. ผลการดำเนินงานของอำเภอเป็อยน้อย 3 ปีย้อนหลัง

ตารางที่ 28 แสดงข้อมูลผลการดำเนินงานของอำเภอเป็อยน้อย 3 ปีย้อนหลัง

| รายการ | ปี 2563 | | | ปี 2564 | | | ปี 2565 | | |
|---|----------|-------|--------|----------|-------|--------|----------|-------|--------|
| | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
| ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการประเมินพัฒนาการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 (ตรวจครั้งแรก) | 846 | 833 | 98.64 | 852 | 825 | 96.83 | 393 | 386 | 98.22 |
| ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 (ตรวจครั้งแรก) | 846 | 271 | 32.53 | 852 | 273 | 33.09 | 386 | 143 | 37.56 |

| รายการ | ปี 2563 | | | ปี 2564 | | | ปี 2565 | | |
|--|----------|-------|--------|----------|-------|--------|----------|-------|--------|
| | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
| ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 | 271 | 267 | 99.26 | 273 | 262 | 96.32 | 143 | 142 | 97.93 |
| ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 | 2 | 2 | 100 | 1 | 1 | 100 | 2 | 2 | 100 |

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM3)

1.1 การพัฒนาโครงสร้างกลไกการทำงาน (Structure) การดำเนินงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเป็ยน้อยขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้คณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็กเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเป็ยน้อยทั้ง 4 แห่งประกอบด้วย กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเป็ยน้อย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังม่วง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสระแก้ว

1.2 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information) การลงบันทึกข้อมูลหน้า Special pp. โปรแกรม Hos Xp และมีการดึงข้อมูลรายงานผ่านโปรแกรม HDC สสจ.ขอนแก่น

1.3 การพัฒนากระบวนการดำเนินงานและนวัตกรรม (Intervention and Innovation) ซึ่งจัดให้บริการกลุ่ม 4 ช่วงวัย ในวันอังคารที่ 2 และ 3 ของเดือน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ประเมินพัฒนาการ 5 ด้าน ก่อนฉีดวัคซีน ส่วนเด็กอายุ 60 เดือน จะประเมินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หากพบสงสัยพัฒนาการล่าช้า จะให้คำแนะนำผู้เลี้ยงดูให้เกิดทักษะ ในการกระตุ้นพัฒนาการด้านที่สงสัยล่าช้า ตามคู่มือ DSPM และนัดติดตามพัฒนาการภายใน 2 -3 สัปดาห์

คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ ให้บริการในวันอังคารที่ 1 และ 4 ของเดือน โดยกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเป็ยน้อย โดยรับส่งต่อเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า จากเครือข่ายบริการสุขภาพ และกระตุ้นพัฒนาการด้านที่ล่าช้า โดยใช้เครื่องมือ TEDA4I จากนั้นนัดตรวจ กระตุ้นพัฒนาการทุกเดือน หากเดือนที่ 3 พัฒนาการยังล่าช้า จึงประสานส่งต่อโรงพยาบาลขอนแก่นต่อไป แต่หากกระตุ้นแล้วพัฒนาการสมวัย จะส่งเด็กกลับพื้นที่ และนัดติดตามประเมินพัฒนาการในคลินิกเด็กต่อไป

1.4 การบูรณาการ (Integration) โดยได้บูรณาการ การทำงานร่วมกับอปท.ทั้ง 4 แห่งในการจัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อเป็นแหล่งงบประมาณในการดำเนินงาน

1.5 การติดตามประเมินผล (Monitoring and Evaluation) ผ่านโปรแกรม HDC สสจ.ขอนแก่น

ผลการดำเนินงาน : 3 คะแนน

ตารางที่ 29 แสดงข้อมูลผลการดำเนินงานรายตัวชี้วัด (ต.ค.65 – มิ.ย.66)

| ลำดับ | ผลการดำเนินงาน | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ | คะแนน |
|------------|--|----------|-------|--------|-------|
| 1 | ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการประเมินพัฒนาการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 (ตรวจครั้งแรก) | 536 | 450 | 83.96 | 18/20 |
| 2 | ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 25 (ตรวจครั้งแรก) | 450 | 140 | 31.11 | 20/20 |
| 3 | ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 | 140 | 103 | 73.57 | 31/40 |
| 4 | ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย เครื่องมือมาตรฐาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 | 1 | 1 | 100 | 20/20 |
| รวม | | | | | 89 |

** เด็กอายุ 0-5 ปี พัฒนาการสงสัยล่าช้าอยู่ในช่วงการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ 7 คน

2. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นสาเหตุต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จตามตัวชี้วัด

2.1 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของระบบงาน ในส่วนของ รพ.สต.ที่ย้ายไปสังกัด อปท. ทำให้การดำเนินงานเป็นได้เพียงการประสานงานเท่านั้น

2.2 ในการดำเนินงานตามแผนงานของเครือข่าย ส่วนใหญ่จะเน้นการดำเนินงานที่มีค่าตอบแทนเป็นเงินตามผลงาน เป็นลำดับแรกๆ

2.3 การใช้โปรแกรมตรวจรักษา และรหัสสถานพยาบาลเดียวกับโรงพยาบาล หากลงข้อมูล Type ประชากรไม่ถูกต้อง ทำให้กลุ่มประชากรเป้าหมายมากเกินจริง

2.4 ภาระงานที่ทับซ้อนในกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ซึ่งนอกจากให้บริการงานตามกรอบโครงสร้างของงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมแล้ว ยังให้บริการคลินิกยาด้านไวรัส (ARV) ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วย DM, HT ของตำบลเป็อยน้อย และตำบลสระแก้ว จึงทำให้การออกดำเนินงานเชิงรุกในกลุ่มเป้าหมายไม่ได้ตามแผนที่วางไว้

ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

- 1) ในการประเมินผลงานควรแยกผลงานส่วนของโรงพยาบาล และรพ.สต.ที่สังกัด อปท.
- 2) ในการปฏิบัติงานควรเป็นไปตามกรอบการให้บริการของงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพในการทำงาน
- 3) ประสาน IT เพื่อแก้ไขข้อมูลประชากรที่ไม่ถูกต้อง และทำการตรวจเช็คข้อมูล Type ประชากรให้ถูกต้องทุกครั้งก่อน Up load

รหัสตัวชี้วัด : K104

ชื่อตัวชี้วัด : คะแนนเฉลี่ยของการเฝ้าระวังและการติดตามการเจริญเติบโต 0- 5 ปี

ผู้รับผิดชอบ : นางปฎิมาภรณ์ ภูมิทอง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เบอร์โทร 084 5161610 E-mail : ppoomikong@gmail.com

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM3)

1.1 การพัฒนาโครงสร้างกลไกการทำงาน (Structure) การดำเนินงานโภชนาการในเด็กปฐมวัย เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเป็ยน้อยขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้คณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็ก เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเป็ยน้อยทั้ง 4 แห่งประกอบด้วย กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรวม โรงพยาบาลเป็ยน้อย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังม่วง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสระแก้ว

1.2 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information) ลงบันทึกข้อมูลในหน้า Special pp. โปรแกรม Hos xp และดึงข้อมูลรายงานในโปรแกรม HDC

1.3 การพัฒนากระบวนการดำเนินงานและนวัตกรรม (Intervention and Innovation) ในการลงบันทึกข้อมูลน้ำหนัก ส่วนสูง ในคลินิกเด็กดี จะให้ผู้มารับบริการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงเป็นประจำทุกครั้งที่หากพบเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ หรือโภชนาการเกิน จะให้คำแนะนำแก่ผู้เลี้ยงดูทุกครั้ง และในเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี จะสอบถามการได้รับประทานยาเสริมธาตุเหล็กทุก Visit ในเด็กทุกคน เพื่อให้เข้าถึงยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก

1.4 การบูรณาการ (Integration) โดยได้บูรณาการ การทำงานร่วมกับอปท.ทั้ง 4 แห่งในการจัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อเป็นแหล่งงบประมาณในการดำเนินงานโภชนาการและพัฒนาการ ในเด็กปฐมวัย ดำเนินการจัดหาเครื่องชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ที่ได้มาตรฐาน ในทุกหมู่บ้าน และมีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงโดยอาสาสมัครสาธารณสุข (อ.ส.ม) ประจำคุ้ม ส่วนการดำเนินกิจกรรมในชุมชนเพื่อจัดหาอาหารเสริม หรือลานกิจกรรมในชุมชนอยู่ในระหว่างการดำเนินการในบางชุมชน

1.5 การติดตามประเมินผล (Monitoring and Evaluation) ผ่านโปรแกรม HDC สสจ.ขอนแก่น

ผลการดำเนินงาน : 4 คะแนน

ตารางที่ 30 แสดงข้อมูลผลการดำเนินงานรายตัวชี้วัด

| ลำดับ | ตัวชี้วัด | จำนวน | ผลงาน | ร้อยละ |
|-------|--|-------|-------|--------|
| 1 | ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 | 876 | 343 | 39.16 |
| 2 | ร้อยละของเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 | 102 | 75 | 73.53 |
| 3 | ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 76 | 343 | 158 | 46.06 |
| 4 | ร้อยละเด็กอายุ 9 - 12 เดือน ได้รับการประเมินภาวะโลหิตจาง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 | 123 | 49 | 39.8 |

2. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นสาเหตุต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จตามตัวชี้วัด

2.1 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของระบบงาน ในส่วนของ รพ.สต.ที่ย้ายไปสังกัด อปท. ทำให้การดำเนินงานเป็นได้เพียงการประสานงานเท่านั้น

2.2 ในการดำเนินงานตามแผนงานของเครือข่าย ส่วนใหญ่จะเน้นการดำเนินงานที่มีค่าตอบแทนเป็นเงินตามผลงาน เป็นลำดับแรกๆ

2.3 การใช้โปรแกรมตรวจรักษา และรหัสสถานพยาบาลเดียวกับโรงพยาบาล หากลงข้อมูล Type ประชากรไม่ถูกต้อง ทำให้กลุ่มประชากรเป้าหมายมากเกินจริง

2.4 ภาระงานที่ทับซ้อนในกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ซึ่งนอกจากให้บริการงานตามกรอบโครงสร้างของงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมแล้ว ยังให้บริการคลินิกยาต้านไวรัส (ARV) ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วย DM, HT ของตำบลเป็ยน้อย และตำบลสระแก้ว จึงทำให้การออกดำเนินงานเชิงรุกในกลุ่มเป้าหมายไม่ได้ตามแผนที่วางไว้

ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

- 1) ในการประเมินผลงานควรแยกผลงานส่วนของโรงพยาบาล และรพ.สต.ที่สังกัด อปท.
- 2) ในการปฏิบัติงานควรเป็นไปตามกรอบการให้บริการของงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพในการทำงาน
- 3) ประสาน IT เพื่อแก้ไขข้อมูลประชากรที่ไม่ถูกต้อง และทำการตรวจเช็คข้อมูล Type ประชากรให้ถูกต้องทุกครั้งก่อน Up load ข้อมูล

รหัสตัวชี้วัด : K 105

ชื่อตัวชี้วัด : คะแนนความสำเร็จของการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน

ผู้รับผิดชอบ : ผู้รับผิดชอบ : นางปฐมิภรณ์ ภูมิทอง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เบอร์โทร 084 5161610 E-mail : ppoomikong@gmail.com

แนวทาง/กระบวนการดำเนินงาน :

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM3)

1.1 การพัฒนาโครงสร้างกลไกการทำงาน (Structure)

- 1.1.1 ชี้แจงรายละเอียดตัวชี้วัดต่อผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนระดับตำบล
- 1.1.2 ร่วมกันวางแผนขั้นตอนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน
- 1.1.3 สถานบริการสาธารณสุขทั้ง 4 แห่ง ให้บริการซึ่งนำหนักวัดส่วนสูงเด็กนักเรียน อายุ 6-14 ปี ในโรงเรียน ทุกสังกัดในพื้นที่อำเภอเป็ยน้อย และบันทึกข้อมูลในโปรแกรมบริการของหน่วยบริการและส่งข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่ระบบ HDC โดยมีการตรวจและบันทึกข้อมูลเป็น 2 ช่วงดังนี้
 - ข้อมูลภาคเรียนที่ 1 บันทึกภายใน 31 กรกฎาคม
 - ข้อมูลภาคเรียนที่ 2 บันทึกภายใน 31 มกราคม

1.1.4 สถานบริการสาธารณสุขทั้ง 4 แห่ง ให้บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก อายุ 6-12 ปี ในโรงเรียน ทุกสังกัดในพื้นที่อำเภอเป็ยน้อย และบันทึกข้อมูลในโปรแกรมบริการของหน่วยบริการและส่งข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าระบบ HDC

1.1.5 นำข้อมูลโภชนาการนักเรียนจากภาคเรียนที่ 2-64 มาตรวจสอบวิเคราะห์เพื่อจัดทำโครงการ แก้ไขปัญหาโภชนาการเด็กวัยเรียน

1.1.6 จัดทำแผนและโครงการแก้ไขปัญหาโภชนาการเด็ก (อ้วน, เตี้ย, ผอม) ในพื้นที่

1.2 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information)

การรวบรวมข้อมูล/สถานการณ์ด้านโภชนาการเด็ก 6 – 14 ปี โดยสรุปเป็นรายไตรมาส และ นำเสนอ One page สถานการณ์โภชนาการรายไตรมาส

1.3 การพัฒนากระบวนการดำเนินงานและนวัตกรรม (Intervention and Innovation)

การพัฒนาความรู้ อสม.น้อย เพื่อให้คำแนะนำ หรือสามารถประเมินภาวะโภชนาการเด็ก 6 – 12 ปี ได้ และสามารถวิเคราะห์ข้อมูลนำมาปรับเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาต่อไป

1.4 การบูรณาการ (Integration)

มีการเชื่อมโยงบูรณาการทั้งการวางแผนร่วมกับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ติดตามแก้ไข ปัญหาาร่วมกันทุกภาคส่วน รวมถึงการวางแผนร่วมกับโรงเรียนในสังกัดในอำเภอในการบูรณาการด้านโภชนาการนักเรียน

1.5 การติดตามประเมินผล (Monitoring and Evaluation)

มีการดำเนินงาน ติดตามประเมินผลโดยผู้รับผิดชอบ KPI ระดับ CUP และประเมินตามตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2566

ผลลัพธ์การดำเนินงาน 2 คะแนน

ตารางที่ 31 แสดงข้อมูลผลการดำเนินงานรายตัวชี้วัด (ต.ค.65 – มิ.ย.66)

| ชื่อตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
|---|----------|-------|--------|
| 1. เด็ก 6-14 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 82 | 1,165 | 677 | 58.11 |
| 2. เด็ก 6-12 ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 75 | 1,165 | 2 | 0.17 |
| 3. นักเรียนชั้น ป.1 ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจาง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 | 58 | 0 | |
| 4. นักเรียนชั้น ป.1 ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางได้รับการรักษา ร้อยละ 100 | 58 | 0 | |
| 5. เด็ก 6 - 14 ปี เริ่มอ้วนและอ้วน ไม่เกินร้อยละ 8 | 677 | 122 | 18.02 |
| 6. เด็ก 6 - 14 ปี เตี้ย ไม่เกินร้อยละ 5 | 677 | 80 | 11.82 |
| 7. เด็ก 6 - 14 ปี มีส่วนสูงดีรูปร่างสมส่วน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 72 | 677 | 292 | 43.13 |

2. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นสาเหตุต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จตามตัวชี้วัด

- 2.1 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของระบบงาน ในส่วนของ รพ.สต.ที่ย้ายไปสังกัด อปท. ทำให้การดำเนินงานเป็นได้เพียงการประสานงานเท่านั้น
- 2.2 ในการดำเนินงานตามแผนงานของเครือข่าย ส่วนใหญ่จะเน้นการดำเนินงานที่มีค่าตอบแทนเป็นเงินตามผลงาน เป็นลำดับแรกๆ
- 2.3 การใช้โปรแกรมตรวจรักษา และรหัสสถานพยาบาลเดียวกับโรงพยาบาล หากลงข้อมูล Type ประชากรไม่ถูกต้อง ทำให้กลุ่มประชากรเป้าหมายมากเกินจริง
- 2.4 ภาระงานที่ทับซ้อนในกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ซึ่งนอกจากให้บริการงานตามกรอบโครงสร้างของงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมแล้ว ยังให้บริการคลินิกยาต้านไวรัส (ARV) ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วย DM, HT ของตำบลเป็ยน้อย และตำบลสระแก้ว จึงทำให้การออกดำเนินงานเชิงรุกในกลุ่มเป้าหมายไม่ได้ตามแผนที่วางไว้

ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

- 1) ในการประเมินผลงานควรแยกผลงานส่วนของโรงพยาบาล และรพ.สต.ที่สังกัด อปท.
- 2) ในการปฏิบัติงานควรเป็นไปตามกรอบการให้บริการของงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพในการทำงาน
- 3) ประสาน IT เพื่อแก้ไขข้อมูลประชากรที่ไม่ถูกต้อง และทำการตรวจเช็คข้อมูล Type ประชากรให้ถูกต้องทุกครั้งก่อน Up load

รหัสตัวชี้วัด : K106

ชื่อตัวชี้วัด : คะแนนเฉลี่ยของการเฝ้าระวังและป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ผู้รับผิดชอบ นางภัทรวดี ประพันธ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ

เบอร์โทร 080-4033455 E-mail : pcu2558@gmail.com

1.วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเป็ยน้อย

การดำเนินงานของการเฝ้าระวังและป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นการดำเนินการใน รูปแบบ คณะกรรมการภาคีเครือข่ายงานอนามัยเจริญพันธุ์ระดับอำเภอ เป็นการทำงานที่จำเป็นต้องมีภาคีเครือข่ายเน้นการทำงานร่วมกันด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน ท้องซ้ำ ท้องไม่พร้อม Pre term LBW ในแม่วัยรุ่น การคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย การติดตามกรณีที่พบปัญหา และการร่วมกันแก้ปัญหาให้กับวัยรุ่น เนื่องจากปัจจุบันเทคโนโลยีที่ทันสมัย สื่อรูปแบบต่างๆทำให้วัยรุ่นง่ายต่อการเข้าถึง จำเป็นที่ ผู้ปฏิบัติงานต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินงาน YFHSให้ทันยุค Digital

1.1 การพัฒนาโครงสร้างกลไกการทำงาน (Structure) :

1. มีคณะกรรมการอนามัยเจริญพันธุ์ระดับอำเภอ
2. มีการประชุมคณะกรรมการภาคีเครือข่ายงานอนามัยเจริญพันธุ์ระดับอำเภอ ในการแก้ไขปัญหาท้องซ้ำ ท้องไม่พร้อม Pre term LBW ในแม่วัยรุ่น การคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพในวัยรุ่นในอำเภอ
3. จัดทำแผนงานโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น(แผน CUP/ แผนกองทุน)
4. ดำเนินกิจกรรมจัดทำโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาท้องไม่พร้อมในวัยรุ่น Pre term LBW ในแม่วัยรุ่น การคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพในวัยรุ่น ในโรงเรียนและชุมชน

1.2 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information) :

1. มีการจัดทำฐานข้อมูลในระดับอำเภอ เพื่อประกอบการดำเนินกิจกรรม
2. เปิดช่องทางสื่อสารผ่าน Application เพื่อให้วัยรุ่นได้เข้าถึงง่าย
3. มีการลงข้อมูลผู้ป่วยในระบบ HOSxP
4. ประสานงานในรูปแบบภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ

1.3 การพัฒนากระบวนการดำเนินงานและนวัตกรรม (Intervention and Innovation) :

1. เปิดช่องทางสื่อสารผ่าน Application เพื่อให้วัยรุ่นได้เข้าถึงง่าย
2. มีกลุ่มแกนนำแจกถุงยางอนามัยในหมู่บ้าน
3. ประสานงานกับภาคีเครือข่ายในการดูแลวัยรุ่นที่มีปัญหาในพื้นที่เพื่อให้วัยรุ่นได้รับการดูแลเมื่อมีปัญหา
4. มี อสม. ดูแลในการเบิกจ่ายถุงยางเพื่อให้วัยรุ่นได้เข้าถึงบริการ

1.4 การบูรณาการ (Integration) :

1. มีการให้คำปรึกษาผ่าน Lineกลุ่มเพื่อให้วัยรุ่นได้มีเครือข่ายสามารถให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง
2. มีช่องทางติดต่อประสานงานโดยตรงในการคุมกำเนิด ผังยาคุม ฉีดยาคุม

1.5 การติดตามประเมินผล (Monitoring and Evaluation) :

1. มีการให้คำปรึกษาผ่าน Line กลุ่ม เพื่อให้วัยรุ่นได้มีเครือข่ายสามารถให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องมีการประสานงานก่อนการส่งต่อและการดูแล
2. มีการติดตาม ดูแล ให้กับวัยรุ่นโดยมี แกนนำวัยรุ่น ครู อสม.ที่เป็นเครือข่ายคอยช่วยเหลือประสานงาน

ตารางที่ 32 แสดงข้อมูลข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเป็ยน้อย

| รายการ | Baseline data | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงาน | | |
|---|---------------|----------|----------------|-------|-------|
| | | | 2564 | 2565 | 2566 |
| 1. มีแผนงานโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาวัยรุ่น อนามัยเจริญพันธุ์ระดับอำเภอ และประเมินตนเองตามมาตรฐานที่เป็นมิตรต่อเด็กและเยาวชนผ่าน YFHS Application | 40 | ร้อยละ | 92.53 | 92.53 | 91.21 |

| รายการ | Baseline data | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงาน | | |
|--|---------------|----------|----------------|------|------|
| | | | 2564 | 2565 | 2566 |
| 2.ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern Methods) หลังคลอดหรือหลังแท้ง | 60 | ร้อยละ | 0 | 40 | 100 |
| 3.ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี (ไม่เกินร้อยละ13) | 13 | ร้อยละ | 0 | 10 | 2.85 |

ผลการประเมิน 4 คะแนน

2.ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ

ปัจจุบันเทคโนโลยีที่ทันสมัย ทำให้วัยรุ่นมีความเสี่ยงในการท้องไม่พร้อมมากขึ้นการดำเนินงานป้องกันการตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่นจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายจึงจะมีความต่อเนื่องและได้ผล

รหัสตัวชี้วัด : K107

ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของวัยรุ่นทำงานอายุ 18-59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ

ผู้รับผิดชอบ : นางนฤมล ผิวผาง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM3)

1.1 การพัฒนาโครงสร้างกลไกการทำงาน (Structure)

1.ชี้แจงรายละเอียดตัวชี้วัดต่อผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพประชาชนวัยทำงานอายุ 18-59 ปี ระดับตำบล

2 ร่วมกันวางแผนขั้นตอนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพประชาชนวัยทำงานอายุ 18-59 ปี

3 สถานบริการสาธารณสุขทั้ง 4 แห่ง ให้บริการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงประชาชนวัยทำงานอายุ 18-59 ปี และบันทึกข้อมูลในโปรแกรมบริการของหน่วยบริการและส่งข้อมูล 43 แห่ง เข้าสู่ระบบ HDC

4 สถานบริการสาธารณสุขทั้ง 4 แห่ง จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งตามความพร้อม และความเหมาะสม เช่น กลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กลุ่มออกกำลังกาย ศูนย์ข้อมูลให้คำปรึกษา และสาธิต

5 จัดทำแผนและโครงการส่งเสริมสุขภาพประชาชนวัยทำงาน อายุ 18 - 59 ปี

1.2 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information)

การรวบรวมข้อมูล/สถานการณ์ด้านโรคภัยที่เกิดจากการที่มีดัชนีมวลกายผิดปกติทุกกลุ่มวัย โดยสรุปเป็นรายไตรมาส และนำเสนอการออกกำลังกายในรูปแบบต่าง ๆ โดยมีภาพกิจกรรมการออกกำลังกายในสถานบริการสาธารณสุข

1.3.การพัฒนากระบวนการดำเนินงานและนวัตกรรม (Intervention and Innovation)

มีการพัฒนาความรู้ อสม.ในการเป็นผู้นำการออกกำลังกายทุกหมู่บ้าน และเชิญกลุ่มเสี่ยงที่เป็นเป้าหมายมาออกกำลังกาย เทียบค่า BMI ก่อนและหลังการออกกำลังกายอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง สถาน

บริการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งตามความพร้อม และความเหมาะสม เช่น กลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีกลุ่มและชมรมออกกำลังกายประจำตำบล ศูนย์ข้อมูลให้คำปรึกษา มีกิจกรรม มีข้อมูล ผลการดำเนินการ ดังนี้

1.4. การบูรณาการ (Integration)

มีการเชื่อมโยงบูรณาการทั้งการวางแผนร่วมกับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ติดตามแก้ไข ปัญหาพร้อมกันทุกภาคส่วน รวมถึงการวางแผนร่วมกับผู้นำชุมชนในการออกกำลังกายทุกหมู่บ้านให้มีความยั่งยืนและปราศจากโรคภัยสุขภาพต่าง ๆ

1.5. การติดตามประเมินผล (Monitoring and Evaluation)

มีการดำเนินงาน ติดตามประเมินผลโดยผู้รับผิดชอบ KPI ระดับ CUP และประเมินตามตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2566 **สรุปความสำเร็จ (ผลคะแนน) 2**

ตารางที่ 33 แสดงผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดร้อยละของวัยทำงานอายุ 18-59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
|---|----------|-------|--------|
| ร้อยละกลุ่มวัยทำงาน 18-59 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงมากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ 70 | 10,472 | 3,659 | 34.94 |
| จำนวนกลุ่มวัยทำงาน 18-59 ปี ทั้งหมด รอบปีงบประมาณ 2566 ประชาชนวัยทำงานอายุ 18 -59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (18.5-22.9 กก./ตร.ม.) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 56 | 3,659 | 1,832 | 50.07 |

*** (ข้อมูล ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 – 5 ส.ค. 2566)

2. ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ - ไม่มี

รหัสตัวชี้วัด : K108

ชื่อตัวชี้วัด : ระดับคะแนนเฉลี่ยการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง Geriatric Syndromes ได้รับการส่งต่อ ดูแลรักษาในระบบบริการคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาล และวางแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)

ผู้รับผิดชอบ : นางสาวมีนา ชินศรี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

1.การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเป็อยน้อย

1.1 การพัฒนาโครงสร้างกลไกการทำงาน (Structure)

-จัดทำแผนการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุ จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ประจำปีงบประมาณ 2566

-ชี้แจงรายละเอียดตัวชี้วัดต่อผู้รับผิดชอบ

- จัดตั้งคณะทำงานทีมคลินิกผู้สูงอายุระดับโรงพยาบาล และระดับอำเภอ

- ทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์และผลการดำเนินงานตามแผนงานปฏิบัติงานการ

1.2 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information)

-ออกคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน ทั้งเชิงรุก และคัดกรองในหน่วยบริการ และบันทึกผลการคัดกรองในระบบ Bluebook

-จัดทำ / บันทึกแผนการดูแล wellness plan แผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงหกล้ม และสมองเสื่อมในระบบ Bluebook

-จัดบริการคลินิกผู้สูงในหน่วยปฐมภูมิ แบบสหสาขาวิชาชีพ พร้อมทั้งมีการประสานงานกันระหว่างหน่วยงานเทศบาลส่วนท้องถิ่น และโรงพยาบาลเป็ยน้อยอย่างต่อเนื่อง

1.3 การพัฒนากระบวนการดำเนินงานและนวัตกรรม (Intervention and Innovation)

-ออกคัดกรองผู้สูงอายุโดยใช้ แบบคัดกรอง 9 ด้าน ผู้สูงอายุ / ADL และ TAI ในกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มพึ่งพิง อย่างต่อเนื่อง

-ติดตามเยี่ยมบ้าน กลุ่มผู้สูงอายุในรายที่มีภาวะเสี่ยงหกล้มและสมองเสื่อม อย่างต่อเนื่องตามแผนการดูแล รายบุคคล

1.4 การบูรณาการ (Integration)

-จัดทำแผนออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในรายที่มีภาวะเสี่ยงหกล้ม และสมองเสื่อม อย่างต่อเนื่อง

1.5 การติดตามประเมินผล (Monitoring and Evaluation)

-ติดตามเยี่ยมบ้าน กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงหกล้ม และสมองเสื่อม อย่างต่อเนื่องตามแผนการดูแล รายบุคคล

ตารางที่ 34 แสดงข้อมูลผลการดำเนินงานรายตัวชี้วัด

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน | อัตรา | คะแนน |
|---|--------------------------|-------|-------|-------|
| ระดับคะแนนเฉลี่ยการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง Geriatric Syndromes ได้รับการส่งต่อ ดูแลรักษาในระบบบริการคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาล และวางแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) | | | | |
| 1) โรงพยาบาลทุกระดับมีการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ที่กำหนด | จัดตั้งและมีการจัดบริการ | 100 | 100 | 5 |
| 2) คลินิกผู้สูงอายุมีการจัดบริการคัดกรองผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในระบบบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล ได้รับการประเมินคัดกรองความเสี่ยงกลุ่ม Geriatric Syndromes > ร้อยละ 10 | 3,321 | 3,191 | 96.09 | |
| 3) ผู้สูงอายุที่คัดกรองพบว่าเสี่ยงกลุ่ม Geriatric Syndromes อย่างน้อย 1 ประเด็น ได้รับการวางแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) แก้ไขปัญหาปัจจัยเสี่ยง >ร้อยละ 50 | 39 | 39 | 100 | |

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน | อัตรา | คะแนน |
|--|----------|-------|-------|-------|
| 4) ผู้สูงอายุที่คัดกรองพบความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม ได้รับการส่งต่อดูแลรักษา ในระบบบริการคลินิก ผู้สูงอายุ > ร้อยละ 50 | 39 | 39 | 100 | |
| 5) ผู้สูงอายุที่คัดกรองพบความเสี่ยงภาวะพลัดตกหกล้ม ได้รับการส่งต่อดูแลรักษาในระบบบริการคลินิก ผู้สูงอายุ > ร้อยละ 50 | 39 | 39 | 100 | |

สรุปคะแนน 5 คะแนน

2. ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ

การออกคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน และการออกเยี่ยมผู้สูงอายุ ได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ด้วยดี แต่ยังคงขาดบุคลากรในการปฏิบัติงานเพื่อ การดำเนินงานผู้สูงอายุจะได้รับการเข้าถึงอย่างแท้จริงและการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป

รหัสตัวชี้วัด : K109

ชื่อตัวชี้วัด : อำเภอผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ผู้รับผิดชอบ: นายอำนาจ ราชบัณฑิต ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอเป็อยน้อย

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM3)

ปีงบประมาณ 2562 – 2566 อำเภอเป็อยน้อย ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมี คณะกรรมการจากทุกภาคส่วน จำนวน 21 คน และมีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนครบทุกประเด็น ซึ่งในปีงบประมาณ 2566 อำเภอเป็อยน้อยได้คัดเลือกประเด็นที่เป็นวาระจังหวัด คือ ประเด็น “คนเป็อยน้อย ไม่ทอดทิ้งกัน” การดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผู้สูงอายุ ซึ่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอเป็อยน้อย ได้มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ พชอ.เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินในแต่ละประเด็น รวมทั้งมีการกำหนดแผนการดำเนินงาน ดังนี้ 1) ประชุมคณะกรรมการและอนุกรรมการ พชอ.ทุก 2 เดือน เพื่อติดตามการดำเนินงานออกตรวจ เยี่ยมเสริมพลัง พชต.บูรณาการกับการประกวดหมู่บ้านต้นแบบดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตดีเด่นระดับอำเภอ 2) จัดเวทีมอบรางวัลการประกวด เชิดชูเกียรติ 3) มีการจัดงานมหกรรม พชอ.@เป็อยน้อย เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำเสนอผลการดำเนินงาน/ Best Practice และรับเยี่ยมเสริมพลังจากคณะกรรมการ

1.1 S: Structure อำเภอเป็อยน้อยแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ให้เป็นไปตามข้อกำหนดตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561

1.2 I: Information รายงานแผนการดำเนินงาน ตามประเด็นอื่น ๆ ที่คัดเลือกเพิ่มเติมของคณะกรรมการ พชอ. โดยบันทึกในโปรแกรม ที่เว็บไซต์ <https://www.thaidhb.com/site/user/login>

1.3 I: Intervention/Innovation

1.3.1 จัดทำแผนปฏิบัติการด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2566 เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเป็ยน้อย โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเป็ยน้อย โดยมีกิจกรรม ดังนี้

- 1) แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเป็ยน้อยปี 2566 และคณะอนุกรรมการรายประเด็น
- 2) ประชุมและจัดทำแผนดำเนินการและคัดเลือกประเด็นสุขภาพที่สำคัญของอำเภอเป็ยน้อย
- 3) ประชุมติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานหามาตรการและแนวทางแก้ไขปัญหาในประเด็นสุขภาพที่สำคัญของอำเภอเดือนละ 1 ครั้ง
- 4) ประชุมเพื่อสรุปและถอดบทเรียนการบูรณาการในการทำงานของคณะกรรมการ พขอ. และผลลัพธ์ประเด็นสำคัญในรอบปี

1.3.2 ได้จัดสรรงบประมาณ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน พขอ.

1.4 I: Integrate

1.4.1 บูรณาการการดำเนินงานกับการขับเคลื่อนการดำเนินงานคนเป็ยน้อยไม่ทอดทิ้งกัน การจัดการขยะครบวงจร Food Bank Stock ซึ่งดำเนินงานด้วยกลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

1.4.2 บูรณาการงบประมาณเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน พขอ. กับส่วนต่างที่เป็นเจ้าภาพ

1.5 M: Monitoring/Evaluation

1.5.1 นำเสนอความก้าวหน้าการดำเนินงาน ในการประชุม พขอ.

1.5.2 ติดตามการดำเนินงาน ผ่านโปรแกรมการรายงานผลการดำเนินงานของ พขอ. ในเว็บไซต์

ตารางที่ 35 แสดงข้อมูลผลการดำเนินงานรายตัวชี้วัด

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 1.มีแผนงาน/โครงการขับเคลื่อนกลไกงานของคณะกรรมการ พขอ. แบบบูรณาการทรัพยากร คน เงิน ของข้อมูล องค์ความรู้ จากทุกภาคส่วน “One project One plan” | มีแผนงาน/ โครงการ | มีแผนงาน/ โครงการ |
| 2. มีแผนงาน/โครงการแบบบูรณาการทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องตามประเด็น พขอ. ทั้ง 4 ประเด็น | มีแผนงาน/ โครงการ | มีแผนงาน/ โครงการ |
| 3. สรุปรายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการรายประเด็น ใน 4 มิติ สังคม สิ่งแวดล้อม สุขภาพ เศรษฐกิจ **หมายเหตุ สรุปกระบวนการดำเนินงานและผลลัพธ์ (ครั้งที่ 1 ภายใน 28 ก.พ.66,ครั้งที่ 2 ภายใน 31 ก.ค.66) | มีการรายงานผลการดำเนินงาน 2 ครั้ง | มีการรายงานผลการดำเนินงาน 2 ครั้ง |
| 4. ผลการดูแลกลุ่มเปาะบาง และ Smart kids 4.0 - กลุ่มติดบ้าน ติดเตียงได้รับการดูแลเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 98 | 202 คน | 202 คน |

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน |
|---|-----------|-----------|
| - ผู้พิการได้รับการดูแล ร้อยละ 98 | 26 คน | 26 คน |
| - ร้อยละ 98 ของเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตาม | 1 คน | 1 คน |
| 5.ผ่านเกณฑ์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดในประเด็น ปัญหาตามบริบทของพื้นที่ | ผ่านเกณฑ์ | ผ่านเกณฑ์ |

2. ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ -

รหัสตัวชี้วัด : K111

ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของสตรีอายุ 30 – <60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ผู้รับผิดชอบ ชื่อ นางภัทรวดี ประพันธ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เบอร์โทร 080-4033455 E-mail : pcu2558@gmail.com

1.วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเป็ยน้อย

การดำเนินงานคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกวิธี Pap smear / วิธี HPV DNA ในสตรี อายุ 30-60 ปี เป็นการตรวจที่ใหม่ต่อการดำเนินงานและเป็นความท้าทายของคณะทำงาน จำเป็นต้องมีกระบวนการสร้างแรงจูงใจและสร้างความตระหนักให้กับกลุ่มสตรีอายุ 30-60 ปี ที่จะต้องเข้ารับการคัดกรอง การประชาสัมพันธ์ในการประชุมต่างของอำเภอ เช่น การประชุมกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จากผลการดำเนินงานตลอดระยะเวลา 3 ปี คณะทำงานได้มีการติดตามและกระตุ้นให้ ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจอย่างต่อเนื่อง แต่พบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานเนื่องจากประชากรในอยู่ในพื้นที่

1.1 การพัฒนาโครงสร้างกลไกการทำงาน (Structure) :

- จัดประชุมคณะกรรมการดำเนินงานในระดับ CUP เพื่อหาแนวทางในการดำเนินงานภายใน CUP
- จัดทำแผนงานโครงการ
- จัดอบรมให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเพื่อให้เข้าใจถึงกระบวนการขั้นตอนการทำงาน ด้วยการตรวจคัดกรอง วิธี HPV DNA
- ประสานงานระหว่าง CUP ในการหมุนเวียนเครื่องมือ อุปกรณ์ในการออกคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกและเป็นการกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ได้มีการพัฒนาการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

1.2 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information) :

- มีการลงข้อมูลผู้ป่วยในระบบ HOS/On line ให้เป็นปัจจุบัน
- การตรวจสอบข้อมูลประชากรกลุ่มเป้าหมายในระบบ HDCเพื่อความถูกต้อง
- ประสาน รพสต.ในการส่งตรวจในสตรีกลุ่มเป้าหมาย

1.3 การพัฒนากระบวนการดำเนินงานและนวัตกรรม (Intervention and Innovation) :

- รณรงค์และจัดทำคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก วิธี HPV DNA โดยประสานงานกับ อสม. ในพื้นที่เพื่อการจัดหากลุ่มเป้าหมายและเพื่อความสะดวกกับผู้รับบริการในการออกให้บริการทุกหมู่บ้าน (ใช้หลักใกล้บ้านใกล้ใจ สะดวก ปลอดภัย)

1.4 การบูรณาการ (Integration) :

- การดำเนินงานคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก วิธี HPV DNA เป็นการตรวจที่ใหม่ต่อการดำเนินงานและเป็นความท้าทายของคณะทำงาน จำเป็นต้องมีกระบวนการสร้างแรงจูงใจและสร้างความตระหนักให้กับกลุ่มสตรีอายุ 30-60 ปี ที่จะต้องเข้ารับการคัดกรอง การประชาสัมพันธ์ในการประชุมต่างของอำเภอ เช่น การประชุมกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ปัจจัยแห่งความสำเร็จต้องทุ่มเทและเสียสละ ใส่ใจ ในการคัดกรองอำนวยความสะดวกให้กับกลุ่มเป้าหมายเพื่อความสำเร็จ

1.5 การติดตามประเมินผล (Monitoring and Evaluation) : มีแนวทางการติดตามและส่งต
ในรายที่พบผลผิดปกติ

ตารางที่ 36 แสดงข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเป็ยน้อย

| รายการ | เป้าหมาย | ผลการดำเนินงาน | | | | | | | | |
|---|---|----------------|-----------|--------|--------------|-----------|--------|--------------|-----------|--------|
| | | ปี2564 | | | ปี 2565 | | | ปี 2566 | | |
| | | เป้า หมาย | ผล งาน | ร้อยละ | เป้า หมาย | ผล งาน | ร้อยละ | เป้า หมาย | ผล งาน | ร้อยละ |
| 1.ร้อยละของสตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก | > ร้อยละ 20 (สะสม5ปีงบประมาณ 2563-2567>ร้อยละ 80 | 4,089 | 2,021 | 49.43 | 4,107 | 2,299 | 55.98 | 4,168 | 2,305 | 55.30 |

คะแนนการประเมิน 2 คะแนน

2.ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ

การดำเนินงานคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก ปัจจัยแห่งความสำเร็จต้องทุ่มเทและเสียสละ ในการคัดกรองอำนวยความสะดวกให้กับกลุ่มเป้าหมายเพื่อความสำเร็จ การทำงานประสานงานและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

รหัสตัวชี้วัด : K112

ชื่อตัวชี้วัด : ประชากรอายุ 50-70 ปีกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test

ผู้รับผิดชอบ : นางนฤมล ผิวผาง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM3)

1.1 การพัฒนาโครงสร้างกลไกการทำงาน (Structure) : แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน มีผู้รับผิดชอบงานทั้งในรพ. และรพ.สต.ทุกแห่ง และมีคณะกรรมการดำเนินงานในชุมชน

1.2 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information) :

- มีระบบรายงาน HDC และระบบรายงาน HOSxP
- มีการประชุมมอบหมายกลุ่มเป้าหมายตรวจ FIT test ประชาชนอายุ 50-70 ปี เป้าหมายตำบลละ 610 ราย รวมทั้งอำเภอมากกว่า 2,413 ราย คิดเป็น 100%

1.3 การพัฒนากระบวนการดำเนินงานและนวัตกรรม (Intervention and Innovation):

- มีการคัดกรองสุขภาพประชาชนที่เสี่ยงต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (ใช้แนวทางการดำเนินงานร่วมกันทั้งในรพ.และ.รพ.สต.)
- รวบรวมกลุ่มที่มีผลตรวจ fit test positive เพื่อให้ความรู้ในการเตรียมประเมินสุขภาพตามเกณฑ์เพื่อส่งตรวจ colonoscopy ที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น
- มี Best practice คือ การมอบหมายงานเป้าหมายรายตำบลให้มากกว่าเป้าหมายจริง 10% เพื่อให้พื้นที่นำกลุ่มเป้าหมายมารับการคัดกรองที่อาจไม่ใช่เป้าหมาย คือ เป็นประชาชนนอกพื้นที่หรืออายุไม่เข้าเกณฑ์ซึ่งอาจทำให้ผลงานไม่เข้าเป้าหมายได้

1.4 การบูรณาการ (Integration) :

- บูรณาการสื่อสารความเสี่ยงในระดับอำเภอโดยนำประเด็นการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ในที่ประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้าน หัวหน้าส่วนราชการ อสม. เพื่อนำข้อมูลความสำคัญของการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ให้เข้าถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมายอายุ 50 ปีขึ้นไป ให้ได้รับการคัดกรอง
- บูรณาการร่วมกับงานสารสนเทศเครือข่ายอำเภอเปือยน้อย
- บูรณาการร่วมกับรพ.สต. และอสม.
- บูรณาการผ่านคณะกรรมการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ รพ.สต. ติดดาว

1.5 การติดตามประเมินผล (Monitoring and Evaluation) :

- การนิเทศติดตาม/ประเมินผลการดำเนินงานในชุมชน โดยทีมหมอครบครัว ๑ ครั้ง/เดือน มีการติดตามประเมินกลุ่มเสี่ยง ทุก 3 เดือน
- การนิเทศติดตาม/ประเมินผลการดำเนินงานในรพ.สต. 2 ครั้ง/ปี
- การควบคุม กำกับและประเมินผลความครอบคลุมทั้งในรพ.และ รพ.สต. ในระบบ HosXp
- ติดตามผลการดำเนินงานผ่าน HDC โดยติดตามทุกเดือน จากการดำเนินงานพบว่าในช่วงแรกของปีงบประมาณ เจ้าหน้าที่และ อสม. ซึ่งเป็นผู้ติดตามกลุ่มเป้าหมายมีภารกิจติดตามกลุ่มเป้าหมายเพื่อมารับวัคซีนโควิด – 19 ทำให้ผลการคัดกรองได้ตามเป้าหมายในช่วงเดือนมิถุนายน 2565

| K112 : ร้อยละการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยวิธี FIT Test | | | | | | |
|---|----------------------|---|---------------------------|--------|-------|---------------------|
| จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม 2565-31 กรกฎาคม 2566) (เกณฑ์ \geq ร้อยละ 80) | | | | | | |
| ลำดับ | CUP | จำนวนเป้าหมายที่จัดสรร ปีงบ66 (ทุกสิทธิ) | ได้รับคัดกรอง FIT test | ร้อยละ | คะแนน | จำนวน ผลpositive |
| 1 | รพ.ขอนแก่น | 10,239 | 7,394 | 72.21 | 4 | 375 |
| 2 | รพ.บ้านฝาง | 1,627 | 2,590 | 159.18 | 5 | 225 |
| 3 | รพ.พระยืน | 1,069 | 1,490 | 139.38 | 5 | 144 |
| 4 | รพ.หนองเรือ | 2,544 | 2,078 | 81.68 | 5 | 177 |
| 5 | รพ.ชุมแพ | 3,348 | 7,700 | 230.02 | 5 | 442 |
| 6 | รพ.สีชมพู | 2,080 | 3,703 | 178.07 | 5 | 254 |
| 7 | รพ.น้ำพอง | 3,343 | 5,994 | 179.32 | 5 | 615 |
| 8 | รพ.อุบลรัตน์ | 1,163 | 937 | 80.60 | 5 | 36 |
| 9 | รพ.บ้านไผ่ | 3,014 | 2,719 | 90.21 | 5 | 209 |
| 10 | รพ.เปือยน้อย | 603 | 383 | 63.50 | 4 | 18 |
| 11 | รพ.พล | 2,488 | 2,348 | 94.36 | 5 | 199 |
| 12 | รพ.เวียงใหญ่ | 786 | 2,091 | 266.20 | 5 | 311 |
| 13 | รพ.เวียงน้อย | 1,266 | 3,073 | 242.83 | 5 | 192 |
| 14 | รพ.หนองสองห้อง | 2,011 | 2,561 | 127.36 | 5 | 518 |
| 15 | รพ.ภูเวียง | 1,910 | 1,822 | 95.37 | 5 | 127 |
| 16 | รพ.มัญจาคีรี | 2,150 | 3,834 | 178.37 | 5 | 181 |
| 17 | รพ.ชนบท | 1,465 | 1,467 | 100.14 | 5 | 287 |
| 18 | รพ.เขาสวนกวาง | 1,004 | 2,278 | 226.95 | 5 | 414 |
| 19 | รพ.ภูผาม่าน | 663 | 926 | 139.69 | 5 | 57 |
| 20 | รพ.ร.ภระนวน | 2,211 | 1,764 | 79.78 | 4 | 243 |
| 21 | รพ.สิรินธร จ.ขอนแก่น | 1,936 | 2,116 | 109.28 | 5 | 255 |
| 22 | รพ.ซำสูง | 735 | 1,072 | 145.80 | 5 | 34 |
| 23 | รพ.หนองนาคำ | 687 | 806 | 117.39 | 5 | 84 |
| 24 | รพ.เวียงเก่า | 601 | 1,350 | 224.58 | 5 | 120 |
| 25 | รพ.โคกโพธิ์ไชย | 799 | 719 | 89.97 | 5 | 154 |
| 26 | รพ.โนนศิลา | 687 | 859 | 124.99 | 5 | 50 |
| | รวม | 50,427 | 64,074 | 127.06 | | 5,721 |

หมายเหตุ : แหล่งที่มาHDC สสจ.ขอนแก่น ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2566

เกณฑ์การให้คะแนน

| รอบที่ 1 | 1 คะแนน | 2 คะแนน | 3 คะแนน | 4 คะแนน | 5 คะแนน |
|----------|----------|---------------|---------------|---------------|-------------|
| | < 9.99 % | 10.00-19.99 % | 20.00-29.99 % | 30.00-39.99 % | \geq 40 % |

| รอบที่ 2 | 1 คะแนน | 2 คะแนน | 3 คะแนน | 4 คะแนน | 5 คะแนน |
|----------|---------|---------------|---------------|---------------|-------------|
| | < 20 % | 20.00-39.99 % | 40.00-59.99 % | 60.00-79.99 % | \geq 80 % |

ตารางที่ 37 แสดงข้อมูลผลการตรวจ fit test

| รายการ | เป้าหมาย | ผลการดำเนินงาน (ร้อยละ) | | | | |
|--------------------|------------|-------------------------|------|-------|-------|-------|
| | | 2562 | 2563 | 2564 | 2565 | 2566 |
| ผลการตรวจ fit test | ≥ร้อยละ 60 | 80 | 80 | 78.13 | 99.09 | 63.50 |

*สรุปข้อมูลผลการดำเนินงาน รอบ 9 เดือน (ตุลาคม 2565 ถึง มิถุนายน 2566)

สรุปคะแนนได้ 4 คะแนน

2. ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ -

รหัสตัวชี้วัด : K113

ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละประชากร 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง

ผู้รับผิดชอบ : นางนฤมล ผิวผาง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM3)

1.1 S: Structure ประชุมผู้รับผิดชอบงาน NCD ระดับ CUP

1.2 I: Information ประชุมชี้แจง แนวทางการตรวจวินิจฉัย/ การขึ้นทะเบียนที่ถูกต้อง ดูแลติดตาม ให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงประจำปี

1.3 I : Intervention and Innovation): ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงจำนวน 2 หมู่บ้าน ในปี 2565 และขยายเป็นกลุ่มประชากรทั้งตำบล โดยจัดทำโครงการประชุมกลุ่มผู้มีผลได้เสียต่อสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้งบประมาณจาก สสจ. ขอนแก่น งบ PCC ปีงบประมาณ 2566

1.4 I: Integration พัฒนาระบบฐาน/บันทึกข้อมูลผู้ป่วยให้ครบถ้วน ถูกต้อง ขอความร่วมมือ ผู้รับผิดชอบงาน NCD รพ.สต.

1.5 M: Monitoring and Evaluation ติดตามกลุ่มที่มีผลการตรวจเข้าเกณฑ์วินิจฉัยเป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูงเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชุมชน สรุปผลการดำเนินงาน 1 คะแนน

ตารางที่ 38 แสดงผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการคัดกรอง DM/HT

| รหัสKPI | ชื่อตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
|---------|--|----------|-------|--------|
| K113 | ร้อยละประชากร 35 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และ การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง | | | |
| | 1.ร้อยละประชากร 35 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน | 8,800 | 2,588 | 29.41 |
| | 2.ร้อยละประชากร 35 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง | 8,846 | 2,290 | 28.46 |

*ข้อมูล ณ วันที่ 5 กรกฎาคม 2565

2. ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ

การคัดกรองมีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น เพราะทุกรายที่คัดกรองต้องนำบัตรประชาชนกลับมาขอ Authen ทุกราย รพ.สต.จึงยังไม่ดำเนินการดังกล่าว

รหัสตัวชี้วัด : K114

ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

ผู้รับผิดชอบ: นางสุรภา พิลาออน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM3)

S: Structure ประชุมผู้รับผิดชอบงาน NCD ระดับ CUP

I: Information ประชุมชี้แจงแนวทางการตรวจ ติดตามข้อมูลประชากรกลุ่ม 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรอง และยังไม่ได้รับการติดตามวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวาน / ความดันโลหิตสูง เพื่อมารับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงนำไปสู่การรักษาต่อไป

I: Integration มีการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยทราบ เหตุผล เงื่อนไขการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรค พัฒนาระบบข้อมูล การบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วน การติดตามผู้ป่วย โดยมีการติดต่อ

ประสานงานผู้รับผิดชอบงาน NCD รพ.สต.เพื่อส่งต่อและคืนข้อมูลผู้ป่วยในการติดตามและรักษาต่อไป

I: Intervention an Innovation วางแนวทางการออกตรวจคัดกรองประจำปีร่วมกับ รพ.สต. และติดตามกำกับกลุ่มที่สงสัยให้ได้รับการตรวจยืนยัน โดยตรวจติดตามจากข้อมูล HosXp และฐานข้อมูล HDC จังหวัด

M: Monitoring and Evaluation ติดตามกำกับผู้รับผิดชอบเรื่องการติดตามกลุ่มสงสัยป่วยให้มารับการตรวจยืนยันวินิจฉัย เพื่อการรักษาที่ถูกต้อง

ตารางที่ 39 แสดงผลลัพธ์ตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน

| รหัสKPI | ชื่อตัวชี้วัด | | | | | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
|---------|---|-----------|-----------|-----------|-------------|----------|---------|--------|
| K114(1) | ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน $\geq 70\%$ | | | | | 33 | 14 | 42.42 |
| | 1 คะแนน | 2 คะแนน | 3 คะแนน | 4 คะแนน | 5 คะแนน | | | |
| | <55% | 55-59.99% | 60-64.99% | 65-69.99% | $\geq 70\%$ | | | |
| | | | | | | | 1 คะแนน | |

*** (ข้อมูล ณ วันที่ 1 สิงหาคม 2566)

ตารางที่ 40 แสดงการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

| รหัสKPI | ชื่อตัวชี้วัด | | | | | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
|---------|--|-----------|-----------|-----------|-------------|----------|---------|--------|
| K114(2) | ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง $\geq 93\%$ | | | | | 29 | 27 | 93.10 |
| | 1 คะแนน | 2 คะแนน | 3 คะแนน | 4 คะแนน | 5 คะแนน | คิดเป็น | 5 คะแนน | |
| | <87% | 87-88.99% | 89-90.99% | 91-92.99% | $\geq 93\%$ | | | |

*** (ข้อมูล ณ วันที่ 1 สิงหาคม 2566)

2. ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ

การขอความร่วมมือกับทีม รพ.สต. และอสม. ในการในการออกสำรวจ

รหัสตัวชี้วัด : K115

ชื่อตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วมระดับอำเภอ

ผู้รับผิดชอบ : ภก.วีรณัฐ ไชยคุณ ตำแหน่ง เกสัชกรชำนาญการ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SI3M)

1.1 การพัฒนาโครงสร้างกลไกการทำงาน (Structure) :

- จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพแบบบูรณาการ ปี 2566
- รายชื่อและจำนวนเครือข่ายที่รับผิดชอบหรือมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนและดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภคภายในชุมชนทุกภาคส่วนทั้งรัฐ เอกชน และท้องถิ่น
- การสำรวจ/เฝ้าระวังการจำหน่ายยาในร้านชำ (Good private sector) (ทุกตำบล จำนวน 100%)
- การสำรวจความรอบรู้ในการใช้ยาและผลิตภัณฑ์ในกลุ่มเป้าหมาย(RDU literacy) ได้แก่ ผู้ประกอบการร้านชำ อสม.
- การเฝ้าระวัง/ป้องกันผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย/กลุ่มเปราะบางในชุมชนจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอมปน steroids หรือ NSAIDs อย่างไม่เหมาะสม (Proactive surveillance)
- การเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพและสถานประกอบการกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด (Active surveillance)

1.2 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information) : รวบรวมข้อมูลปัญหา/สถานการณ์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคของพื้นที่ จากบันทึกข้อมูลผ่าน Googleฟอร์ม งานเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ จังหวัดขอนแก่น

(https://sites.google.com/view/explorestorekk?fbclid=IwAR1FJipt3sxlYA07JkOU_jqvnNzlyaf

Gi8e5zVej8wxV4UOR0q4KD_rfg_0) และ ทะเบียน/ฐานข้อมูลผู้ประกอบการผลิตและสถานประกอบการสุขภาพระดับอำเภอ

1.3 การพัฒนากระบวนการดำเนินงานและนวัตกรรม (Intervention and Innovation) :

- มีแผนพัฒนาพื้นที่ต้นแบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 2 หมู่บ้าน คือบ้านหัวขัวหมูที่ 1 และบ้านหัวฝายหมูที่ 3

- พัฒนาใช้แอปพลิเคชัน LINE official งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ อ.เปื่อยน้อย เป็นช่องทางการสื่อสาร/รับรู้ปัญหา สถานการณ์รวมถึงการประสานงานเพื่อการขับเคลื่อนการคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่

1.4 การบูรณาการ (Integration) : มีการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพโดยการเชื่อมโยงเป็นระบบที่บูรณาการทั้งการวางแผน การดำเนินงาน และใช้ข้อมูลสารสนเทศในการวางแผน กำกับติดตามและประเมินผลอย่างครบวงจร

1.5 การติดตามประเมินผล (Monitoring and Evaluation) : การควบคุม กำกับการดำเนินงาน และประเมินตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2566 และแผนพัฒนาพื้นที่ต้นแบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ผลการดำเนินงาน ดำเนินการถึงระดับ 4 โดยมี ผลลัพธ์ที่สำคัญคือ

1. หมู่บ้านต้นแบบ RDU Community จำนวน 2 แห่ง
2. ผู้ผลิตกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการส่งเสริมการผลิต 1 แห่ง คือ กลุ่มข้าวแตนแดนขามป้อม
3. มีร้านชำคุณภาพ 1 ร้าน / 1 ตำบล รวมเป็น 4 ร้าน
4. ร้านยาผ่านมาตรฐาน GPP ร้อยละ 100
5. ร้านค้า/ร้านชำ ได้รับการตรวจเฝ้าระวัง ร้อยละ 100
6. ผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่าน ร้อยละ 62 สถานประกอบการผ่าน ร้อยละ 100

สรุปผลการดำเนินงาน 5 คะแนน

2. ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ -

รหัสตัวชี้วัด : K116

ชื่อตัวชี้วัด :โรงพยาบาลยกระดับการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ (GREEN & CLEAN Hospital Challenge)

ผู้รับผิดชอบ : น.ส.เจนจิรา เสมอหน้า **ตำแหน่ง** เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM³)

1.1 S: Structure โรงพยาบาลยกระดับการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์มีกิจกรรมการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ (GREEN & CLEAN Hospital Challenge)

- โรงพยาบาลแต่งตั้งคณะกรรมการ มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร ส่งเสริมให้เกิดกิจกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน

- โรงพยาบาลประเมินตนเอง หมวด 1-8 บันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลการดำเนินงาน ส่งให้ สสจ.ขอนแก่น

- สสจ.ขอนแก่น ประเมินโรงพยาบาลและรวบรวมข้อมูลการประเมินส่งให้ ศอ.7 ขอนแก่น สุ่ม ประเมิน และรวบรวมข้อมูลภาพเขตและรายงานผลผ่านระบบ DOH Dashboard กรมอนามัย และ Cluster อนามัยสิ่งแวดล้อม

1.2 I: Information รายงานการประเมินตนเอง GREEN & CLEAN Hospital Challenge เอกสาร สนับสนุนการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge, คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ, คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานการจัดการของเสียทางการแพทย์, คู่มือการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการ อาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม, คู่มือแนวทางการจัดการด้านพลังงาน, คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย และสิ่งปฏิกูล, คู่มือสถานบริการสาธารณสุขต้นแบบลดโลกร้อน, คู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลความปลอดภัย Food Safety Hospital

1.3 I: Intervention and Innovation การสร้างเครือข่ายพัฒนากิจกรรม GREEN ลงสู่ชุมชน เกิด นวัตกรรมและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลรวมถึงการดำเนินการ รพ.อาหารปลอดภัยร่วมกับ ภาควิชาเครือข่ายในพื้นที่ มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN และหรืองานวิจัยด้าน GREEN เพื่อนำไปใช้ ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาล ชุมชน และสถานศึกษา หรือการพัฒนาต่อยอดการดำเนินงานที่เกิดจากการปฏิบัติงานตามเกณฑ์ GREEN

1.4 I: Integration พัฒนาศักยภาพและสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมให้ได้ตามเกณฑ์ โดยการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพในพื้นที่และชุมชน

1.5 M: Monitoring and Evaluation ผลงานปี 2565 โรงพยาบาลเป็ยน้อย ผ่านเกณฑ์ การประเมิน (GREEN & CLEAN Hospital ระดับดีมาก มีอายุรับรอง 2 ปี รพ.ได้ดำเนินการประเมินตนเอง ในระบบบันทึกข้อมูล GREEN & CLEAN Hospital ได้จัดทำเอกสารเพื่อแนบไฟล์หลักฐานให้ข้อมูลมีความ ถูกต้องครบถ้วน เพื่อวางแผนพัฒนา มีการกำกับติดตามการดำเนินงานตามกิจกรรม GREEN เพื่อพัฒนา อนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์และได้ประเมินติดตามผลการดำเนินงานไปเสร็จเรียบร้อยแล้วนั้น

ตารางที่ 41 แสดงผลการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ

| รหัส KPI | ชื่อตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
|----------|---|----------|-------|--------|
| 116 | โรงพยาบาลยกระดับการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์มี กิจกรรมการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เกณฑ์ (GREEN & CLEAN Hospital Challenge) **รพ.ที่มีการประเมินตนเองในระบบฯ และผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Standard (ได้ 1 คะแนน) เกณฑ์การให้คะแนน | 5 | 4 | |

| รหัส KPI | ชื่อตัวชี้วัด | | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
|----------|---------------|--|-------------|-------|--------|
| | 1 | รพ.ที่ไม่มีการประเมินตนเองในระบบ GREEN & CLEAN Hospital | ให้ 0 คะแนน | | 80% |
| | 2 | รพ.ที่ไม่มีการประเมินตนเองในระบบฯ แต่ไม่ผ่านเกณฑ์ | ให้ 1 คะแนน | | |
| | 3 | รพ.ที่ไม่มีการประเมินตนเองในระบบฯ และผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Standard | ให้ 3 คะแนน | | |
| | 4 | รพ.ที่ไม่มีการประเมินตนเองในระบบฯ และผ่านเกณฑ์ระดับดีเยี่ยม Excellent | ให้ 4 คะแนน | | |
| | 5 | รพ.ที่ไม่มีการประเมินตนเองในระบบฯ และประเมินโดยคณะกรรมการ ส่วนกลางผ่านเกณฑ์ระดับท้าทาย Challenge | ให้ 5 คะแนน | | |

** รพ.เป็ยน้อย หมดอายุการรับรอง ก.ย. 64 ในระดับดีมาก ต้องขอรับประเมินใหม่ รพ.ได้ประเมินตนเองในระบบ GREEN & CLEAN Hospital ออนไลน์และแนบไฟล์หลักฐานเอกสารเพื่อยืนยันการประเมินตนเอง เนื่องด้วย สสจ.ขอนแก่น ได้กำหนดการติดตามการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital ในวันที่ 22 มีนาคม 2566 ได้ประเมินติดตามให้คะแนนตามหมวด1-8 ดังต่อไปนี้



ประเมินตนเองในระบบ GREEN & CLEAN Hospital ออนไลน์

เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge

โรงพยาบาลเป็ยน้อย

ข้อมูลประจำปี 2566

ทีมพี่
คำชี้แจง

หมวด 1
หมวด 2
หมวด 3
หมวด 4
หมวด 5
หมวด 6
หมวด 7
หมวด 8
สรุปผล

ตารางที่ 41 สรุปผลการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital

| หมวด | | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ |
|------------|---------------|------------|-------------|
| หมวด 1 | CLEN | 25 | 25 |
| หมวด 2 | G: GARBAGE | 30 | 30 |
| หมวด 3 | R: RESTROOM | 30 | 27 |
| หมวด 4 | E: ENERGY | 35 | 33 |
| หมวด 5 | E: ENVIROMENT | 60 | 57 |
| หมวด 6 | N: NUTRITON | 40 | 33 |
| หมวด 7 | Innovation | 30 | 25 |
| หมวด 8 | Network | 20 | 13 |
| รวม | | 270 | 243 |

การสรุปผลการประเมินในภาพรวม :

| ลำดับ | ระดับ | หมายถึง |
|-------|---------------------------|---|
| 1. | ระดับมาตรฐาน (Standard) | มีผลการประเมินหมวด 1-6 หมวดละไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และ มีคะแนนรวม 176 คะแนนขึ้นไป* |
| 2. | ระดับดีเยี่ยม (Excellent) | มีผลการประเมินหมวด 1-8 หมวดละไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 และ มีคะแนนรวม 243 คะแนนขึ้นไป* |
| 3. | ระดับท้าทาย (Challenge) | ผ่านการประเมินระดับดีเยี่ยม และผ่านการประเมินตามเกณฑ์ระดับท้าทายจำนวน 1 ด้าน |

ได้คะแนน 4 คะแนน

*สรุปข้อมูลผลการดำเนินงาน รอบ 9 เดือน (ตุลาคม 2565 ถึง มิถุนายน 2566)

2. ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ -

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพมีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทัวถึงไร้รอยต่อและเป็นธรรม

รหัสตัวชี้วัด : K201

ชื่อตัวชี้วัด : จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตาม พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

ผู้รับผิดชอบ : นางนฤมล ผิวผาง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM³)

1.1 S: Structure ประชุมผู้รับผิดชอบงาน NCD ระดับ CUP

1.2 I: Information จัดบริการเพื่อให้หน่วยบริการเป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในบัญชีรายชื่อ ซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้

(1) บริการสุขภาพอย่างองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้น การผ่าตัดขนาดเล็ก ซึ่งสามารถฉีดยาเฉพาะที่

(2) บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครอบคลุมทุกกระบวนการสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจ วินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงการ บริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด และการปฏิบัติการฉุกเฉิน ยกเว้น กรณี การปฐมพยาบาลและการดูแลในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้รอดพ้นภาวะฉุกเฉิน

(3) บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องทุกช่วงวัยตั้งแต่การตั้งครรภ์ ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต

(4) การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโดยการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือ การแพทย์ทางเลือก

(5) การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคาปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อตลอดจน คำนำที่จำเป็นเพื่อให้สามารถ ตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ

(6) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถ ร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้

(7) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชนทั้งนี้ให้หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการดำเนินงาน ประกอบด้วย

1. ยกระดับคุณภาพบริการ โดยมีการประเมินตนเอง ตามคู่มือเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566

2. คัดเลือกการดำเนินงานที่สอดคล้อง กับตัวช่วยที่เป็น Service Outcome อย่างน้อย 1 ประเด็น รวมทั้ง ต้องสอดคล้องกับประเด็น พขอ. ที่กำหนด เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบสุขภาพ ปฐมภูมิในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม

1.3 I: Intervention and Innovation จากสภาพปัญหาของอำเภอเป็อยน้อย ปัญหาสำคัญคือ ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับ HbA_{1c} ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะแทรกซ้อนตามมาและจากการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่อำเภอเป็อยน้อยพบว่าภาคีเครือข่ายมีส่วนทำให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้จริง PCC เป็อยน้อย จึงจัดทำโครงการโครงการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียต่อสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและกำหนดประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในการพัฒนาสุขภาพโดย พขอ. เพื่อขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานไปพร้อมกัน

1.4 I: Integration พัฒนาระบบฐาน/บันทึกข้อมูลผู้ป่วยให้ครบถ้วน ถูกต้อง ขอความร่วมมือผู้รับผิดชอบงาน NCD รพ.สต.

1.5 M: Monitoring and Evaluation ติดตามกลุ่มที่มีผลการตรวจเข้าเกณฑ์วินิจฉัยเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชุมชน

ตารางที่ 42 แสดงข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

| รหัสKPI | ชื่อตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
|---------|---|----------|-------|--------|
| K201 | 1.CUP มีแผนงาน/โครงการ การดำเนินงาน | 1 | 1 | 100 |
| | 2.มีข้อ 1 และมีการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ | 1 | 1 | 100 |
| | 3.มีข้อ 1,2 และการดำเนินงานที่สอดคล้อง กับตัวช่วยที่เป็น Service Outcome อย่างน้อย 1 ประเด็น รวมทั้งต้องสอดคล้องกับประเด็น พขอ. ที่กำหนด เพื่อให้มีการขับเคลื่อน การดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม | 1 | 1 | 100 |
| | 4.มีข้อ 1,2,3 และมีจำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตาม พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 \geq 65 | 2 | 2 | 100 |
| | 5.มีข้อ 1,2,3,4 และมีนวัตกรรม/ผลงานเด่นในการดำเนินงาน 1 เรื่อง | 1 | 1 | 100 |

*** *สรุปข้อมูลผลการดำเนินงาน รอบ 9 เดือน (ตุลาคม 2565 ถึง มิถุนายน 2566)

สรุปผลการดำเนินงานได้ 5 คะแนน

2. ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ -

รหัสตัวชี้วัด : K202

ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน และมีทะเบียนรายชื่อแพทย์คู่กับประชาชน

ผู้รับผิดชอบ : นายณัฐวรธรณ์ พลโรสง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM3)

1.1 การพัฒนาโครงสร้างกลไกการทำงาน (Structure) การดำเนินงานประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน และมีทะเบียนรายชื่อแพทย์คู่กับประชาชน ซึ่งระบบบริการสุขภาพที่ให้คนไทยทุกคน ครอบคลุม มีหมอประจำตัว 3 คน ดูแลตนเอง ครอบคลุมเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยได้เหมาะสม และเข้าถึงบริการ ซึ่งหมอคนที่ 1 คือ อสม. หมอคนที่ 2 คือ หมอสาธารณสุขและหมอคนที่ 3 คือ หมอครอบครัว (บุคลากรในวิชาชีพแพทย์) การขับเคลื่อนงานดังกล่าวเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเป็ยน้อยทั้ง 4 แห่งประกอบด้วย กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเป็ยน้อย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังม่วง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสระแก้ว รวมทั้ง อสม. อำเภอเป็ยน้อย จำนวน 386 คน และบุคลากรแพทย์ มีการดำเนินงานร่วมกันและมีการอบรม อสม. หมอประจำบ้านที่ยังไม่ผ่านการอบรมทุกปี

1.2 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information) การลงบันทึกข้อมูลในระบบ www.Thaiphc.net

1.3 การพัฒนากระบวนการดำเนินงานและนวัตกรรม (Intervention and Innovation) โดยหมอคนที่ 1 คือ อสม. ทำหน้าที่เป็นหมอประจำบ้าน แบ่งเขตการรับผิดชอบ อสม. 1 คน รับผิดชอบประชาชน 8-15 หลังคาเรือน ให้การดูแลเบื้องต้นทำหน้าที่หลักเชื่อมประสานกับหมอคนที่ 2 และหมอคนที่ 3 รวมทั้งมีการอบรม อสม. หมอประจำบ้านต่อเนื่องทุกปี เพื่อเพิ่มทักษะการปฏิบัติงานในชุมชน หมอคนที่ 2 คือ หมอสาธารณสุข ได้แก่เจ้าหน้าที่ทุกคนที่ปฏิบัติงานสถานบริการ 4 ตำบล เขตอำเภอเป็ยน้อย คือ ศสช.เป็ยน้อย รพ.สต.วังม่วง รพ.สต.ขามป้อม และรพ.สต.สระแก้ว รวมทั้งสหวิชาชีพที่ได้รับมอบหมาย รับผิดชอบประชากร 1,250-2,500 คน หรือ 1-3 หมู่บ้าน ซึ่งมีหน้าที่ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข เชื่อมต่อประสานงานกับ อสม. หมอคนที่ 1 และหมอคนที่ 3 ส่วนหมอคนที่ 3 คือ หมอครอบครัว ได้แก่ บุคลากรในวิชาชีพแพทย์ หมอ 1 คน รับผิดชอบประชากร 10,000 คน หรือ 1-3 รพ.สต. โดยประสานกับหมอคนที่ 1 และ 2 นอกจากนี้ยังทำหน้าที่ให้ความรู้ เพิ่มทักษะในการปฏิบัติงานหมอคนที่ 1 และหมอคนที่ 2

1.4 การบูรณาการ (Integration) โดยทำงานร่วมกันแบบบูรณาการเครือข่าย CUP เป็ยน้อย มีโรงพยาบาลเป็ยน้อยเป็นแม่ข่าย ให้ความดูแลในด้านต่างๆ แก่ศสช.เป็ยน้อย รพ.สต.วังม่วง รพ.สต.ขามป้อม และรพ.สต.สระแก้ว นอกจากนี้ยังประสานความร่วมมือกับ อปท. 4 แห่ง ในการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมในการดำเนินงาน

1.5 การติดตามประเมินผล (Monitoring and Evaluation) ผ่านระบบ www.Thaiphc.net

ตารางที่ 43 แสดงข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี 2563- 2565

| ตัวชี้วัด | ปี 2563 | ปี 2564 | ปี 2565 |
|-----------|---------|---------|---------|
|-----------|---------|---------|---------|

| | เป้าหมาย | ผลงาน | เป้าหมาย | ผลงาน | เป้าหมาย | ผลงาน |
|---|----------|-------|----------|------------------|----------|------------------|
| จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คนครอบคลุมประชากร ร้อยละ 57 (Base line 62.68) | 17,888 | 0 | 17,888 | 17,888 (100%) | 17,888 | 17,888 (100%) |

ตารางที่ 44 แสดงข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี 2563- 2565

| ลำดับ | ผลการดำเนินงาน | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ | คะแนน |
|----------|--|----------|-------|--------|-------|
| 1 | จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คนครอบคลุม ประชากร ร้อยละ 57 (Base line 62.68) | 17,243 | 6,261 | 36.08 | 2 |
| คะแนนรวม | | | | | 2 |

ผลการดำเนินงาน : ผลงาน 2 คะแนน

2. ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ

1. ในส่วนของโรงพยาบาลเป็ยน้อยควรมีการแยกกลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม และศสช. เป็ยน้อย ให้ชัดเจนเพื่อความชัดเจนของข้อมูล และการปฏิบัติงาน
2. ผู้รับผิดชอบมีภาระงานมาก ทำงานหลากหลายหน้าที่ ทำให้การดำเนินงานไม่ได้ตามแผนที่วางไว้

รหัสตัวชี้วัด : K203

ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี

ผู้รับผิดชอบ : นางสุรภา พิลาออน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

1.การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM³)

S: Structure มีการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบ ประชุมผู้รับผิดชอบงาน NCD ระดับ CUP จัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ค้นหาบุคคลต้นแบบ ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยทราบและเข้าใจถึงความสำคัญของการควบคุมระดับความดันโลหิต และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้ความรู้ ผู้ป่วยทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การใช้ยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยทราบและเข้าใจและตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความดันโลหิตสูง และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสูง

I: Information ออกแบบสมุดบันทึกสุขภาพ มีการบันทึกที่ครอบคลุม ลงบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HosXP ประสานกับงานข้อมูลสารสนเทศ เพื่อส่งออก และคืนข้อมูลแก่ภาคีเครือข่าย ส่งติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และมีภาวะแทรกซ้อน

I: Intervention an Innovation ออกแบบขั้นตอนการบริการ ผู้ป่วยที่มาใช้บริการด้วย

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ให้ได้รับความรู้เรื่องโรค และอาหาร รายกลุ่มและรายบุคคล โดย NCM และนักโภชนาการ และมีการจัดประชุมวางแผนการให้ความรู้ร่วมกับ รพ.สต. อสม. เพื่อดูแลผู้ป่วย กลุ่มคุมดี

I: Integration ติดตามผู้ป่วยขาดนัด โดยใช้ โอนไลน์ โทรศัพท์ จดหมาย ให้ความรู้ผู้ป่วยในกลุ่มคุมไม่ดี ให้ได้รับคำแนะนำรายกลุ่ม/รายบุคคล โดย Case manager /นักโภชนาการ และออกเยี่ยมบ้าน

M: Monitoring and Evaluation จัดประชุมหาแนวทาง/เกณฑ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน/ความดัน ตารางที่ 45 แสดงข้อมูลของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี $\geq 40\%$

| รหัสKPI | ชื่อตัวชี้วัด | | | | | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
|---------|---|-----------|-----------|-----------|-------------|----------|---------|--------|
| K203(1) | ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี $\geq 40\%$ | | | | | 1,457 | 486 | 33.36 |
| | 1 คะแนน | 2 คะแนน | 3 คะแนน | 4 คะแนน | 5 คะแนน | คิดเป็น | 4 คะแนน | |
| | <10% | 10-19.99% | 20-29.99% | 30-39.99% | $\geq 40\%$ | | | |

*** (ข้อมูล ณ วันที่ 1 สิงหาคม 2566)

ตารางที่ 46 แสดงข้อมูลร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดี $\geq 60\%$

| รหัสKPI | ชื่อตัวชี้วัด | | | | | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
|---------|--|-----------|-----------|-----------|-------------|----------|---------|--------|
| K203(2) | ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดี $\geq 60\%$ | | | | | 2,280 | 1,155 | 50.66 |
| | 1 คะแนน | 2 คะแนน | 3 คะแนน | 4 คะแนน | 5 คะแนน | คิดเป็น | 3 คะแนน | |
| | <45% | 45-49.99% | 50-54.99% | 55-59.99% | $\geq 60\%$ | | | |

*** (ข้อมูล ณ วันที่ 1 สิงหาคม 2566)

2. ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ การขอความร่วมมือกับทีม รพ.สต. และอสม. ในการให้ข้อมูล และเฝ้าระวัง และประสานเรื่องtelemedicine เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและติดตามอย่างเหมาะสม

รหัสตัวชี้วัด : K204

ชื่อตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จของอำเภอผ่านคุณลักษณะอำเภอป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายที่เข้มแข็ง

ผู้รับผิดชอบ : น.ส.กฤษฏี ทัพชัย ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

1.การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM³)

S: Structure มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานสุขภาพจิตในอำเภอ ในรูปแบบทีมMCATT /มีการจัดตั้งกลุ่มไลน์สุขภาพจิตในอำเภอ

I: Informationมี ตามแบบประเมินภาวะทางสุขภาพจิต MENTAL HEALTH CHECK IN เสนอข้อมูลต่อผู้บริหารและคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง

I: Intervention an Innovation วางแนวทางการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น หากมีปัญหาด้านสุขภาพสุขภาพจิตให้ลงการเยี่ยมบ้านรวมทั้งรวบรวมจัดทำโครงการแก้ไขในส่วนในพื้นที่ ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตชุมชน และติดตามประเมินผล โดยการโปรแกรม mental health check in

I: Integration บูรณาการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นทั้งในและนอกโรงพยาบาล เช่น ร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่ก้าวร้าวรุนแรงร่วมกับหน่วยงานนาคาพิทักษ์รักษาประชา การทำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตในโรงพยาบาลและเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

M: Monitoring and Evaluation มีการกำกับติดตามการดำเนินงานโดยใช้โดยการโปรแกรม mental health check in และ โปรแกรม 506S

ตารางที่ 47 แสดงระดับความสำเร็จของอำเภอผ่านคุณลักษณะอำเภอป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย

| รหัส | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
|------|--|----------|-------|--------|
| K204 | อำเภอผ่านคุณลักษณะอำเภอป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายที่เข้มแข็ง | 5 | 3 | 60 |

2.ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ

มีการประชุมเสนอผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอเพื่อที่จะได้นำมาปรับปรุงการดำเนินงานสุขภาพจิตในระดับอำเภอ

รหัสตัวชี้วัด : K205

ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR< 5 ml/min/1.73m²/yr

ผู้รับผิดชอบ : นางสุรภา พิลาออน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

1.การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM³)

S: Structure ประชุมผู้รับผิดชอบงาน NCD ระดับ CUP

I: Information

- ประชุมชี้แจง แนวทางการตรวจวินิจฉัย / การขึ้นทะเบียนที่ถูกต้อง พัฒนาระบบฐานข้อมูลให้ถูกต้อง บันทึกข้อมูลผู้ป่วยให้ครบถ้วนถูกต้อง เฝ้าระวัง ติดตามและการคัดกรองโรคและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค
- การป้องกันชะลอความเสื่อมของ ไต ในผู้ป่วยที่มีระดับ eGFR ระดับ 1-3 คลินิกโรคเรื้อรัง
- การค้นหา/คัดกรอง/ติดตามภาวะไตเสื่อม ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- การประเมินพฤติกรรม ความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเสี่ยง และการสร้างทักษะในการ จัดการตนเอง เน้นการลดบริโภคเกลือและโซเดียม และ ความรู้ในการใช้ยา NSAIDs อย่างถูกต้อง หลีกเลี่ยงการใช้ยาหรือสาร ที่มีพิษต่อไต

I: Intervention an Innovation วิเคราะห์ข้อมูล คัดแยก คัดกรองกลุ่มผู้ป่วยผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะผิดปกติของไต ติดต่อกัน 3 เดือน /ผู้ป่วยที่มี eGFR < 60 ml/min/1.73m²/yr ติดต่อกัน 3 เดือน/กลุ่มที่มี CKD ระยะ 3- 4 มีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยที่ มีระดับ eGFR ระดับ 4 -5 และติดตามดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

I: Integration ให้ความรู้การจัดการอาหารเฉพาะโรค CKD การจัดการความเครียด โดยสหวิชาชีพ ร่วมการผู้ป่วยและชุมชน

M: Monitoring and Evaluation กำกับติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจซ้ำตามเกณฑ์ โดยใช้การตรวจสอบจากฐานข้อมูล HosXp ทุก 1- 2 สัปดาห์

ตารางที่ 48 แสดงข้อมูลผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 ml/min/1.73m²/≥ 66%

| รหัสKPI | ชื่อตัวชี้วัด | | | | | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
|---------|--|-----------|-----------|-----------|---------|----------|---------|--------|
| K205 | ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 ml/min/1.73m ² / ≥ 66% | | | | | 276 | 119 | 43.12 |
| | 1 คะแนน | 2 คะแนน | 3 คะแนน | 4 คะแนน | 5 คะแนน | คิดเป็น | 2 คะแนน | |
| | <35.99% | 36-45.99% | 46-55.99% | 56-65.99% | ≥66% | | | |

*** (ข้อมูล ณ วันที่ 1 สิงหาคม 2566)

2. ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ

ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจเลือดประจำปี อย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้งตามเกณฑ์ ในการติดตามผู้ป่วยมารับบริการยังไม่ ครบ 100% เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอยู่นอกพื้นที่ และขาดความตระหนักในเรื่องความรุนแรงของโรค บางราย CKD ระยะ 3 ไม่มีใครร่วม ไม่มีอาการผิดปกติ จึงไม่ยอมมาตามนัด

รหัสตัวชี้วัด : K206

ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)

ผู้รับผิดชอบ : นายณัฐวรธรณ์ พลโรสง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์ทั้งงานด้วยกรอบ SIM3)

1.1 การพัฒนาโครงสร้างกลไกการทำงาน (Structure) การดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด ปีงบประมาณ 2566 ซึ่งเป็นนโยบายระดับชาติ สำหรับอำเภอเป็อยน้อย ดำเนินงานแบบบูรณาการ โดยมีนายอำเภอเป็อยน้อยเป็นประธาน ในรูปแบบ ศป.ปส.อำเภอเป็อยน้อย มีการจัดตั้งศูนย์คัดกรองระดับตำบลในรพ.สต. ทั้ง 3 แห่ง คือ รพ.สต.วังม่วง รพ.สต.ขามป้อม และรพ.สต.สระแก้ว นอกจากนี้มีการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมที่เทศบาลตำบลเป็อยน้อย มีการดำเนินงานร่วมกันเป็นทีม ในการออก X-ray ค้นหาผู้ป่วยยาเสพติดในหมู่บ้าน คัดกรองแยกกลุ่มสีเขียว เหลือง แดง ทำข้อตกลงส่งผู้ป่วยเข้ากระบวนการบำบัดที่เหมาะสมในรูปแบบ CBTx CI บำบัดในสถานพยาบาล และส่งต่อโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นฯ

1.2 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information) บันทึกข้อมูลการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดในระบบ บสต.

1.3 การพัฒนากระบวนการดำเนินงานและนวัตกรรม (Intervention and Innovation) ปีงบประมาณ 2566 มีการดำเนินงานบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดในรูปแบบ CBTx รูปแบบ CI และค่ายฟื้นฟูฯ

1.4 การบูรณาการ (Integration) โดยดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในรูปแบบ ศป.ปส.อำเภอเป็อยน้อย

1.5 การติดตามประเมินผล (Monitoring and Evaluation) ผ่านโปรแกรม บสต.

ตารางที่ 49 แสดงผลการดำเนินงานของอำเภอเป็อยน้อย 3 ปีย้อนหลัง

| รายการ | ปี 2563 | | ปี 2564 | | ปี 2565 | |
|--|----------|-------|----------|-------|----------|-------|
| | เป้าหมาย | ผลงาน | เป้าหมาย | ผลงาน | เป้าหมาย | ผลงาน |
| ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) | 20 | 55 | 20 | 40 | 20 | 70 |

ตารางที่ 50 แสดงผลการดำเนินงานปี 2566

| ลำดับ | ผลการดำเนินงาน | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ | คะแนน |
|-----------------|--|----------|-------|--------|-------|
| 1 | ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) | 7 | 5 | 71.43 | 5 |
| คะแนนรวม | | | | | 5 |

2. ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ

- ผู้รับผิดชอบมีภาระงานมาก รับผิดชอบหลายหน้าที่ ทำให้การดำเนินงานไม่ตรงตามกำหนดเวลา
- การแยกกลุ่มงานไม่ชัดเจน ใช้ระบบการประสานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการบำบัดรักษาฟื้นฟู
- บุคลากรด้านการบำบัดรักษาไม่เพียงพอ

รหัสตัวชี้วัด : K207

ชื่อตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จการดำเนินการลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage Level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง (ทั้งที่ ER และ Admit)

ผู้รับผิดชอบ : นางเพ็ญประภา บัวแดง **ตำแหน่ง** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM3)

S: Structure มีการรวบรวมและส่งออกข้อมูลอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชม ในปี 2566 ในโปรแกรมของจังหวัดภายในวันที่ 5 ของทุกเดือน

I:Information ประเมินระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Hospital Based Emergency Care System: ECS)

I: Intervention and innovation วางแผน/โครงการ/แนวทางการพัฒนาส่วนขาดตามผลการประเมิน ECS

I: Integration ปฏิบัติตามแผนงาน/โครงการ/แนวทางการพัฒนาส่วนขาดตามผลการประเมิน ECS

M: Monitoring and Evaluation มีการติดตามกำกับการทำงาน

ตารางที่ 51 ผลการดำเนินงานรายตัวชี้วัด

| ลำดับ | เกณฑ์ | มี | ไม่มี | คะแนน |
|-------|---|----|-------|-------|
| 1 | มีการรวบรวมและส่งออกข้อมูลอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชม ในปี 2566 ในโปรแกรม HDCของจังหวัดภายในวันที่ 5 ของทุกเดือน | / | | |
| 2 | ประเมินระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Hospital Based Emergency Care System: ECS) | / | | |
| 3 | วางแผน/โครงการ/แนวทางการพัฒนาส่วนขาดตามผลการประเมิน ECS | / | | |
| 4 | ปฏิบัติตามแผนงาน/โครงการ/แนวทางการพัฒนาส่วนขาดตามผล | / | | |

| ลำดับ | เกณฑ์ | มี | ไม่มี | คะแนน |
|-------|----------------|----|-------|-------|
| | การประเมิน ECS | | | |

สรุปคะแนนที่ได้ : 5

2. ปัญหาและอุปสรรคข้อเสนอแนะ / แนวทางการพัฒนางาน

- เรื่องอัตรากำลังในการขึ้นปฏิบัติงาน/โครงสร้างอาคารสถานที่การจัดโซน
- การอบรมวิจัยควรทำในภาพจังหวัด
- การอบรมพยาบาล ENP ควรทำในรูปของเขตและจัดสรรลงสู่โรงพยาบาลชุมชน

รหัสตัวชี้วัด : K208

ชื่อตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค

ผู้รับผิดชอบ : นางวัชรภรณ์ นาพิกุล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM3)

1.1 การพัฒนาโครงสร้างกลไกการทำงาน (Structure) :

- แต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการยุติวัณโรคแห่งชาติ
- ชี้แจงรายละเอียดตัวชี้วัดต่อผู้รับผิดชอบงานวัณโรค
- ทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์วัณโรคและผลการดำเนินงานตามแผนงานวัณโรค
- เสริมสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานให้กับเจ้าหน้าที่ดำเนินงาน
- ใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (พชอ.) ในการสนับสนุน

การดำเนินงานของทุกภาคส่วนในพื้นที่

1.2 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information) :

- มีการลงข้อมูลผู้ป่วยในระบบ TBCM On line ให้เป็นปัจจุบัน
- ประสาน รพสต. ที่มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียน

1.3 การพัฒนากระบวนการดำเนินงานและนวัตกรรม (Intervention and Innovation) :

- ค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง ดังนี้ ผู้ป่วยเบาหวาน(HbA1C>7) ไตเรื้อรัง/ ผู้ป่วย HIV / ผู้สัมผัสร่วมบ้าน / ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่หรือที่มี DM หรือที่มี COPD / และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข / ผู้ใช้สารเสพติดและติดสุราเรื้อรัง

- ติดตามผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง
- จัดกิจกรรมรณรงค์/เสริมพลังในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา
- นิเทศติดตามการกำกับกรกินยาโดยใช้ DOT
- บันทึกข้อมูลใน TBCM On line ให้ถูกต้องครบถ้วน

1.4 การบูรณาการ (Integration) :

- มีการส่งต่อข้อมูล ผู้ป่วย ผ่าน TBCM On line เพื่อรับขึ้นทะเบียนผู้ป่วย ตามเขตพื้นที่
รับผิดชอบ

- มีการจัดสรรยาตามข้อมูลบริการผู้ป่วย ในระบบ TBCM

1.5 การติดตามประเมินผล (Monitoring and Evaluation) :

- การควบคุม กำกับการดำเนินงาน และประเมินตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัด
ขอนแก่น ปีงบประมาณ 2566

ตารางที่ 52 แสดงผลลัพธ์การดำเนินงาน

| ขั้นตอน | รายละเอียดการดำเนินงาน | คะแนน | เอกสาร/หลักฐานการประเมิน | คะแนน ที่ได้ | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-------|--|-----------------|--------|------|-----|--------|-----|-------|-------|-------|--------|--|--|--|
| 1. | แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานควบคุมป้องกันวัณโรคจากทีมสหวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และแต่งตั้ง Mr.TB ระดับอำเภอ | 1.0 | คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน ควบคุม ป้องกันวัณโรค | 1 | | | | | | | | | | | | |
| 2. | - ทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์วัณโรคผลการดำเนินงานตามแผนงานวัณโรคและปัญหาอุปสรรค 2 ปีย้อนหลัง - จัดทำแผนปฏิบัติการและกิจกรรมสำคัญที่จะตอบสนองต่อการป้องกันควบคุมและลดปัญหาการเสียชีวิต ขาดยา การโอนออก | 1.0 | รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์วัณโรค ช่องว่างและปัญหาอุปสรรคโดยใช้การวิเคราะห์ แบบ SIM3 หรือ 6 Building Block | 1 | | | | | | | | | | | | |
| 3. | - แผนปฏิบัติการคัดกรองวัณโรคใน 7 กลุ่มเสี่ยง ด้วยวิธี Chest X-Ray - อัตราการค้นหาวัณโรคใน 7 กลุ่มเสี่ยง ด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-Ray) ใน ปีงบประมาณ 2566 | 0.5 | แผนปฏิบัติการคัดกรองวัณโรคใน กลุ่มเสี่ยง ด้วยวิธี Chest X-Ray ร้อยละการคัดกรองวัณโรคใน 7 กลุ่มเสี่ยง ด้วยวิธี Chest X-Ray รายงานข้อมูลจากโปรแกรม NTIP | 0.5 | | | | | | | | | | | | |
| | | 0.5 | | 0.5 | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>0</td> <td>0.2</td> <td>0.3</td> <td>0.4</td> <td>0.5</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td><50</td> <td>50-59</td> <td>60-69</td> <td>70-79</td> <td>80-100</td> </tr> </table> | | คะแนน | 0 | 0.2 | 0.3 | 0.4 | 0.5 | ร้อยละ | <50 | 50-59 | 60-69 | 70-79 | 80-100 | | | |
| คะแนน | 0 | 0.2 | 0.3 | 0.4 | 0.5 | | | | | | | | | | | |
| ร้อยละ | <50 | 50-59 | 60-69 | 70-79 | 80-100 | | | | | | | | | | | |
| 4. | ประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานโดยวัดจาก 1. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ประเมินจากผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม 2565) ครบรอบรายงานและประเมินผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2566 ดังนี้ | 1.0 | รายงานการประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงาน โดยวัดจาก 1. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด รายใหม่ประเมินจากผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม 2565) ครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2566 ผู้ป่วยขึ้นทะเบียน 4 ราย กำลังรักษา 4 ราย คิดเป็น 100% | 1 | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>0</td> <td>0.25</td> <td>0.5</td> <td>0.75</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td><50</td> <td>50-58</td> <td>58-78</td> <td>78-88</td> <td></td> </tr> </table> | | คะแนน | 0 | 0.25 | 0.5 | 0.75 | 1 | ร้อยละ | <50 | 50-58 | 58-78 | 78-88 | | | | |
| คะแนน | 0 | 0.25 | 0.5 | 0.75 | 1 | | | | | | | | | | | |
| ร้อยละ | <50 | 50-58 | 58-78 | 78-88 | | | | | | | | | | | | |

| ขั้นตอน | รายละเอียดการดำเนินงาน | | | | | คะแนน | เอกสาร/หลักฐานการประเมิน | คะแนน ที่ได้ |
|---------|--|-----|-------|-------|-------|--------|---|-----------------|
| | | | 57 | 67 | 87 | 100 | | |
| | 2. ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนใน ปีงบประมาณ 2566 ครบรอบรายงานการ ประเมิน วันที่ 30 กันยายน 2566 ดังนี้ | | | | | 1.0 | 1. ร้อยละความครอบคลุมการรักษา ผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็น ซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2566 ครบรอบรายงานวันที่ 30 กันยายน 2566 ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนทั้งหมด 36 ราย เป้า 29 ราย คิดเป็น $36 \times 100 / 29 = 124.13\%$ | 1 |
| | คะแนน | 0 | 0.25 | 0.5 | 0.75 | 1 | | |
| | ร้อยละ | <60 | 60-69 | 70-79 | 80-89 | 90-100 | | |

สรุปคะแนน 5 คะแนน

2. ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ

- การจัดการปัญหาในด้านความสะอาดด้านสาธารณสุขสิ่งแวดล้อมของบ้านเรือนผู้ป่วยและบริเวณใกล้เคียงที่เป็นแหล่งก่อโรคควรได้รับการจัดการโดยประชาชนในชุมชน ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเป็นการป้องกันการสะสมของเชื้อโรคที่สำคัญ โดยเฉพาะเชื้อวัณโรค อันจะส่งผลโดยตรงให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกด้วยการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้น เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน
- การดำเนินงานเป็นทีมและทุกคนในทีมมีความตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของตนเอง ทำหน้าที่ของตนเองให้สมบูรณ์
- อสม. ช่วยค้นหาผู้ป่วยที่มีอาการเข้าข่ายวัณโรค ต้องแจ้ง จนท. ในเขตรับผิดชอบ ให้ส่งตัวมาตรวจคัดกรองโดยทันที

รหัสตัวชี้วัด : K209

ชื่อตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ในการเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของการระบาดโรคติดต่อที่สำคัญและภัยสุขภาพ

ผู้รับผิดชอบ : นางพิมพ์ชนก เครือพงษ์ศักดิ์ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM3)

1.1 การพัฒนาโครงสร้างกลไกการทำงาน (Structure) การดำเนินการของโรงพยาบาลเป็อยน้อย ในการเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของการระบาดโรคติดต่อที่สำคัญและภัยสุขภาพ ปฏิบัติตามรายละเอียด

- มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอ EOC ผังโครงสร้าง ICS สำหรับรองรับทุกภัย

- การเฝ้าระวัง ควบคุมการแพร่ระบาดของโรคและภัยสุขภาพ ภายในระยะเวลา 21- 28 วัน

1.2 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information) มีการรวบรวมข้อมูล/ สถานการณ์ด้าน โดยงานระบาดวิทยา โดยสรุปเป็นรายงานระบาดวิทยาประจำเดือน และ One page สถานการณ์ผู้ป่วย

- ระบบรายงาน DDC Dashboard :: ระบบรายงาน Hos-xp ระบบรายงาน 506
- มีกลุ่มสื่อออนไลน์ สำหรับการประสานในการดำเนินการและสั่งการ
- มีการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยน เรียนรู้และแก้ไขปัญหาในการดำเนินการ

1.3 การพัฒนากระบวนการดำเนินงานและนวัตกรรม (Intervention and Innovation)

- มีการพัฒนาความรู้ผสม. ให้มีการแนะนำความรู้ให้ประชาชนได้
- มีการเฝ้าระวังความเสี่ยงในชุมชน
- มีการใช้แอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. ในการเฝ้าระวังโรค

1.4 การบูรณาการ (Integration)

- มีการเชื่อมโยงบูรณาการทั้งการวางแผนร่วมกับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ติดตามแก้ไข ปัญหาร่วมกันทุกภาคส่วน

- บูรณาการร่วมกับคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ
- บูรณาการร่วมกับ รพ.สต. และอสม.

1.5 การติดตามประเมินผล (Monitoring and Evaluation)

- รายงานระบาดวิทยารายเดือน
- การดำเนินงาน ติดตามประเมินผลโดยผู้รับผิดชอบ KPI ระดับ CUP ปีงบประมาณ 2566

ตารางที่ 53 แสดงผลงานรายตัวชี้วัด

| รายละเอียดการดำเนินงาน | เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน | คะแนน |
|---|--|-------|
| การเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน | การแต่งตั้งคณะกรรมการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้าน การแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอ (EOC) ประกอบด้วย -คำสั่งคณะกรรมการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้าน การแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอ (EOC) -ผังโครงสร้าง ICS สำหรับรองรับทุกภัยระบุด่วนบุคคล -เอกสารแนวทางการดำเนินงาน SOP ทุกกลอง ภารกิจตามโครงสร้าง ICS | 0.5 |
| การประเมินความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ | รายงานการประเมินความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ ในพื้นที่รับรองโดยผู้บริหาร | 0.5 |
| จัดทำแผนเผชิญเหตุ (Incident Action Plan: IAP) เพื่อเตรียม | -แผนเผชิญเหตุ (Incident Action Plan : IAP) -แผนประคองกิจการ (Business Continuity | 0.5 |

| รายละเอียดการดำเนินงาน | เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน | คะแนน |
|---|--|-------|
| ความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน โรคและภัยสุขภาพ ตามความเสี่ยงของพื้นที่ และจัดทำแผน ประคองกิจการ (Business Continuity Planning : BCP) | Planning : BCP) | |
| การฝึกซ้อมแผนการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ในระดับอำเภออย่างน้อย 1 ภัย/ปี | - มีการฝึกซ้อมแผน และประเมินผลการซ้อมแผน - สรุปรายงานการฝึกซ้อมแผนในภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอ | 0.5 |
| สามารถควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญได้ตามเกณฑ์มาตรฐานทางระบาดวิทยารายโรค ที่เป็นปัญหาหรือระบาดในพื้นที่ ที่ได้จากการประเมินความเสี่ยงโรค และภัยสุขภาพ | -เอกสารและรายงานทางระบาดวิทยาการควบคุมรายโรค | 3 |

รวม 5 คะแนน ระดับดีมาก

2. ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ

อยากให้มีการจัดอบรม การจัดทำ SOP แบบ Onsite สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และจัดการประชุมชี้แจงรายละเอียดตัวชี้วัดใหม่ก่อนมีการรับนิเทศ

รหัสตัวชี้วัด : K210

ชื่อตัวชี้วัด : ระดับคะแนนความสำเร็จของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระดับอำเภอ

ผู้รับผิดชอบ : ภาณุเบญจพร วัฒนศิริเวช ตำแหน่ง เกสัชกรชำนาญการพิเศษ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM3)

S : Structure

การจัดโครงสร้างในการสนับสนุนการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับอำเภอ (CUP) อย่างมีประสิทธิภาพ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งประกอบด้วย

1) มีคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดระดับ CUP ที่รับผิดชอบในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) และมีผู้รับผิดชอบ (Focal point) ทั้งระดับ รพ. และ รพ.สต.

2) มีนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน RDU

- 3) มีระบบฐานข้อมูลผลงานตาม KPI (IT) เพื่อการกำกับติดตามการดำเนินงานได้
- 4) มีบัญชียาระดับหน่วยงาน (รพ./รพ.สต.) ที่สอดคล้องกับ Service plan และการบริการตาม ศักยภาพ
- 5) มีช่องทางในการสื่อสารข้อมูล/ผลงานตาม KPI ให้ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องทราบทั้งระดับ รพ./รพ.สต.

I : Information

ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลทั้งจากโปรแกรม RDU 2016 และ HDC และประสานงาน IT หากพบความผิดพลาดเป็นประจำ

I : Intervention and Innovation

มีแผนการจัดการเชิงกระบวนการ เพื่อขับเคลื่อนการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุสมผลที่ครอบคลุมระดับ รพ.และรพ.สต.ตามกำหนด

- 1) แผนการจัดการ ระบบ IT เพื่อสนับสนุน RDU
- 2) แผนการกำกับติดตาม/สะท้อนผลงาน ทั้งระดับรพ.และ รพ.สต. (รายงานทุกเดือน/นิเทศ รพ.สต. ทุกแห่ง)
- 3) แผนการสร้างความรู้/ให้ความรู้ผู้สั่งใช้ยาระดับรพ.และรพ.สต (เช่น อบรม/ปฐมนิเทศ/ฟื้นฟูความรู้)
- 4) แผนงานสนับสนุน RDU ภาคประชาชน/ชุมชน
- 5) แผนการพัฒนากระบวนการด้านเภสัชกรรม/การพยาบาลในกลุ่มโรคเรื้อรัง (NCDs) ในโรคเบาหวาน

I : Integration

- ระบบเฝ้าระวังและแจ้งเตือนความปลอดภัยด้านยาเชิงรุก โดยการร่วมมือกับงานคุ้มครองผู้บริโภค
- ออกนิเทศ รพ.สต. ติดตามร่วมกับทีมระดับ CUP

M : Monitoring and Evaluation

ตารางที่ 54 แสดงข้อมูลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุสมผลระดับอำเภอ

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน | คะแนน |
|--|-----------------|-----------------|-------|
| 1. การพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุสมผล (RDU Hospital) (2 คะแนน) ประเมินผล 4 ข้อ | | | |
| 1.1 ผลผลิต (output) ตามตัวชี้วัด จำนวน 12 รายการ โดยต้องผ่าน 10 ใน 12 ตัวชี้วัดดังนี้ | 12 ตัวชี้วัด | 12 ตัวชี้วัด | 0.5 |
| ตัวชี้วัดที่ 1: อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะใน 4 กลุ่มโรค (RI) | <=20 | 12.78 | ✓ |
| ตัวชี้วัดที่ 2: อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะใน 4 กลุ่มโรค (AD) | <=20 | 16.90 | ✓ |

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน | คะแนน | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------------|--------------|-----------|-----|------|-----------|----------|-----------|------|-----------|----------|-----------|------|-----------|----------|-----------|------|-----------|----------|-----------|------|-----------|----------|-----------|--|--|--|
| ตัวชี้วัดที่ 3: อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะใน 4 กลุ่มโรค (FTW) | <=40 | 35.48 | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ตัวชี้วัดที่ 4: อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะใน 4 กลุ่มโรค (APL) | <=10 | 13.79 | ✗ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ตัวชี้วัดที่ 5 : การใช้ยา RAS Blockade ร่วมกัน 2 ชนิดในผู้ป่วยความดันเลือดสูง | 0 | 0 | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ตัวชี้วัดที่ 6 : การใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป | <=10 | 2.97 | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ตัวชี้วัดที่ 7 :การใช้ยา Metformin ในผู้ป่วยเบาหวาน | >=80 | 94.19 | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ตัวชี้วัดที่ 8 : การใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อนการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน | <=5 | 0.06 | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ตัวชี้วัดที่ 9 : การใช้ยา Inhaled corticosteroid ในผู้ป่วยหอบหืด | >=80 | 83.33 | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ตัวชี้วัดที่ 10: การใช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine ในผู้ป่วยสูงอายุ | <=5 | 1.21 | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ตัวชี้วัดที่ 11:การใช้ยาด้านฮิสตามีนชนิด non-sedating ในผู้ป่วยเด็ก RI | <=20 | 2.75 | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ตัวชี้วัดที่ 12: การใช้ยาห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ | 0 | 0 | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.2 ข้อมูลการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในโรงพยาบาล (Proactive Hospital based surveillance) เรื่อง ประเมินการใช้ยาพ่นกลุ่ม LABA (Seretide MDI) ในผู้ป่วยที่วินิจฉัย COPD โรงพยาบาลเป็อยน้อย - ผู้ป่วย COPD ทั้งหมด 194 คน - ได้รับยาพ่นกลุ่ม LABA (Seretide MDI) 62 คน - ได้รับยาพ่นกลุ่ม ICS (Budesonide MDI) 117 คน - ไม่ได้รับยาพ่น MDI 15 คน - ได้รับยาพ่นกลุ่ม LABA (Seretide MDI) เกินขนาดที่กำหนด 8 คน (5 คน ได้รับ 3*2 puff, 3 คน ได้รับ 4*2 puff) | 1 เรื่อง | 1 เรื่อง | 0.5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.3 วิเคราะห์ข้อมูลค่าใช้จ่ายในการใช้ยาของโรงพยาบาลและ รพ.สต. ในช่วงปี 2560-2566 | 1 เรื่อง | 1 เรื่อง | 0.5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>URI</th> <th>AD</th> <th>FTW</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2560</td> <td>44,260.00</td> <td>2,516.00</td> <td>28,319.00</td> </tr> <tr> <td>2561</td> <td>32,642.50</td> <td>1,733.00</td> <td>24,787.25</td> </tr> <tr> <td>2562</td> <td>26,905.00</td> <td>1,967.00</td> <td>16,705.00</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>22,073.50</td> <td>2,847.00</td> <td>16,357.00</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>10,108.50</td> <td>2,405.50</td> <td>16,561.00</td> </tr> </tbody> </table> | ปีงบประมาณ | URI | AD | FTW | 2560 | 44,260.00 | 2,516.00 | 28,319.00 | 2561 | 32,642.50 | 1,733.00 | 24,787.25 | 2562 | 26,905.00 | 1,967.00 | 16,705.00 | 2563 | 22,073.50 | 2,847.00 | 16,357.00 | 2564 | 10,108.50 | 2,405.50 | 16,561.00 | | | |
| ปีงบประมาณ | URI | AD | FTW | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2560 | 44,260.00 | 2,516.00 | 28,319.00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2561 | 32,642.50 | 1,733.00 | 24,787.25 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2562 | 26,905.00 | 1,967.00 | 16,705.00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2563 | 22,073.50 | 2,847.00 | 16,357.00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2564 | 10,108.50 | 2,405.50 | 16,561.00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| ตัวชี้วัด | | | | เป้าหมาย | ผลงาน | คะแนน |
|---|-----------|----------|-----------|-----------------|----------------|----------|
| 2565 | 10,809.00 | 3,440.00 | 18,819.25 | | | |
| 2566 (ต.ค. 65-มิ.ย. 66) | 8,256.75 | 1,249.50 | 6,540.00 | | | |
| 1.4 CUP มีผลงาน R2R/นวัตกรรม ระดับ รพ. หรือ ระดับ รพ.สต. ไม่น้อยกว่า 1 รายการ | | | | 1 เรื่อง | 1 เรื่อง | 0.5 |
| 2. การพัฒนา รพ.สต./PCU/PCC ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU-PCU) (1 คะแนน) | | | | | | |
| 2.1 การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์และการแพ้ยาใน รพ.สต./PCU/PCC ดังนี้ - เชื่อมโยงส่งต่อข้อมูล ADR และการแพ้ยา จาก รพ.ให้ รพ.สต./PCU/PCC อย่างสม่ำเสมอ และทันเวลา - กำหนดมาตรการและเฝ้าระวัง ADRในกลุ่มผู้ป่วยเปราะบาง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไต/CKD | | | | ครบทุก แห่ง | ครบทุก แห่ง | 0.25 |
| 2.2 ส่งเสริมระบบการเฝ้าระวังและรายงานความคลาดเคลื่อนด้านยาเชิงรุก (Medication error : ME) ใน รพ.สต./PCU/PCC | | | | ครบทุก แห่ง | ครบทุก แห่ง | 0.25 |
| 2.3 อบรม/ฟื้นฟู/update ความรู้เรื่องการใช้ATB 3 โรค ให้แก่ บุคลากร PCC/PCU/รพ.สต. | | | | 1 ครั้ง | 1 ครั้ง | 0.25 |
| 2.4 ส่งเสริมสนับสนุนให้ รพ.สต./PCU/PCC ทุกแห่งมีฉลากยา มาตรฐาน | | | | 3 แห่ง | 3 แห่ง | 0.25 |
| 3. การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU-Community) (2 คะแนน) | | | | | | |
| 3.1 การเฝ้าระวังการใช้ยา/ผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มเปราะบาง (ผู้ป่วยโรคไต) | | | | 30 คน/1 ตำบล | 30 คน | 1 |
| 3.2 การส่งเสริมความรู้ด้านยาให้แก่ผู้ประกอบการร้านค้า/ร้านชำ (RDU literacy) | | | | | 1 ครั้ง | 1 |
| 4. โรงพยาบาลมีระบบจัดการการต้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) | | | | - | - | - |
| รวม | | | | | | 5 |

2. ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ

ตารางที่ 54 แสดงข้อมูลข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ

| หัวข้อ | สิ่งที่ดำเนินการในปี 2566 | ปัญหาและอุปสรรคที่พบ |
|---|---|--|
| 1. การส่งมอบบริการ: Service delivery | มีระบบเฝ้าระวังการดำเนินงานการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ด้วยการติดตาม และแจ้งให้คณะกรรมการทราบทุกเดือน ตัวชี้วัดตัวใดที่ไม่ผ่านในเดือนนั้นๆ จะแจ้งผู้รับผิดชอบโดยตรงทันที | การตรวจเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบว่า ร้านชำในพื้นที่อำเภอเป็อยน้อย มีการจำหน่ายยาอันตราย ร้อยละ 66.67 มีการจำหน่ายเครื่องสำอางที่ไม่มีเลขจดแจ้ง ร้อยละ 45.4 |
| 2. บุคลากร: Health workforce | มีคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดระดับ CUP ที่รับผิดชอบในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) และมีผู้รับผิดชอบ (Focal point) ทั้งระดับ รพ. และ รพ.สต. | บุคลากรหลงลืมแนวทางการดำเนินงาน RDU ที่พบบ่อย เช่น การสั่งยาลดความดันโลหิตกลุ่ม RAS Blockade ร่วมกัน 2 ชนิด การให้ ATB ในหญิงคลอดปกติ และการให้ยา NSAIDs ซ้ำซ้อน |
| 3. ข้อมูลข่าวสาร: Information | <ul style="list-style-type: none"> - ดึงข้อมูลผ่านทางโปรแกรม RDU-2016 ในเบื้องต้น หากพบความผิดปกติ สามารถเรียกดูชื่อ-สกุล HN ของผู้ป่วยเฉพาะรายเพื่อตรวจสอบได้ทันที - ดึงข้อมูลจากโปรแกรม HDC เป็นรายเดือน - ยืนยันข้อมูลระหว่างโปรแกรมทั้ง 2 ระบบ | - |
| 4. ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยี: Medical product Technology | มีระบบการแจ้งเตือนการสั่งใช้ในโปรแกรม HosXP | พบว่าโปรแกรมมีการ Update Version ใหม่ ทำให้ไม่แจ้งเตือน เช่น การสั่งยา RAS Blockade ร่วมกัน 2 ชนิด ซึ่งอยู่ในระหว่างการปรับปรุง |
| 5. การเงิน: Financing | ไม่ใช้งบประมาณ | - |
| 6. การนำและการอภิบาลระบบ: Leading/Governance | ผู้บริหารให้ความสำคัญกับการดำเนินงาน RDU ด้วยการให้มีวาระประจำในการนำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล | - |

| หัวข้อ | สิ่งที่ดำเนินการในปี 2566 | ปัญหาและอุปสรรคที่พบ |
|---|--|--|
| | และการประชุมคณะกรรมการ CUP Board ทุกเดือน | |
| 7.ชุมชนภาคีและการมีส่วนร่วม: Participation | ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่ | การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของอำเภอเป็อยน้อยเป็นการดำเนินงานในส่วนของผู้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. เท่านั้น |

รหัสตัวชี้วัด : K211

ชื่อตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ผู้รับผิดชอบ : นายศรารัตน์ ยาพันธ์ ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM3)

S : Structure

- มีแต่งตั้งคณะทำงาน ผู้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทยระดับอำเภอ ประชุมวางแผนแนวทางดำเนินงาน
- มีการติดตามการในยาที่มีกัญชาผสมอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

I : Information

- ระบบรายงาน HDC/ระบบรายงาน Hos-xp
- มีการประชาสัมพันธ์ ใช้แอปพลิเคชัน 3 หมอ+แพทย์แผนไทย โดยประชาชนสามารถสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการใช้บริการ ข้อมูลเกี่ยวกับสมุนไพร โดยการสแกนคิวอาร์โค้ดผ่านแอปพลิเคชันไลน์

I : Intervention and Innovation

- มีแผนพัฒนาทำนวัตกรรมถุงผ้าพอกเข้า ในกลุ่มผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมและผู้สูงอายุ

I : Integration

- มีการใช้ข้อมูลการฝากครรภ์ในการวางแผนการให้บริการหัตถ์มือเกลือ และการเตรียมยากระตุ้นน้ำนมในหญิงหลังคลอด ในอำเภอเป็อยน้อย

M : Monitoring and Evaluation

- มีการควบคุม กำกับการดำเนินงาน และประเมินตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2566
- การนิเทศติดตาม/ประเมินผลการดำเนินงาน 2 ครั้ง/ปี
- การควบคุม กำกับและประเมินผลความครอบคลุมทั้งในรพ. ในระบบ HosXp
- ติดตามผลการดำเนินงานผ่าน HDC โดยติดตามทุกเดือน

ตารางที่ 56 แสดงข้อมูลผลลัพธ์การดำเนินงาน

| รหัส KPI | ชื่อตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน | คะแนน |
|----------|--|-------------|-------|-------|
| 1 | ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน มากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ 21 - ผลงาน $\geq 21\%$ = 5 - ผลงาน 19 – 20.99% = 4 - ผลงาน 17 – 18.99% = 3 - ผลงาน 15 – 16.99% = 2 - ผลงาน 13 – 14.99% = 1 - ผลงาน $< 13\%$ = 0 | $\geq 21\%$ | 18.53 | 3 |
| 2 | ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองอัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ 70 - ผลงาน $\geq 70\%$ = 5 - ผลงาน 60 – 69.99% = 4 - ผลงาน 50 – 59.99% = 3 - ผลงาน 40 – 49.99% = 2 - ผลงาน 30 – 39.99% = 1 - ผลงาน $< 30\%$ = 0 | $\geq 70\%$ | 100 | 5 |

*** (ข้อมูล ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 – 3 ส.ค. 2566)

คะแนนรวมตัวชี้วัดในการดำเนินการ 2 ด้านในภาพเครือข่ายบริการสุขภาพ = 8

ผลงานในภาพรวม 2 ด้าน มีค่า 8 = **4 คะแนน**

2. ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ - ไม่มี

รหัสตัวชี้วัด : K212

ชื่อตัวชี้วัด : โรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ตามเกณฑ์มาตรฐาน

ผู้รับผิดชอบ : น.ส.กลิณีผกา ปู่แก้ว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM3)

1.1 การพัฒนาโครงสร้างกลไกการทำงาน (Structure) :

- แต่งตั้งคณะกรรมการ PC. ระดับ CUP ปี 2566
- ชี้แจงรายละเอียดตัวชี้วัดต่อผู้รับผิดชอบ
- ทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์และผลการดำเนินงานตามแผนงานการดูแลผู้ป่วยแบบประ

คับประครอง CUP เป็อยน้อย

- มีการจัดอบรมให้ความรู้พื้นฐานให้แก่คณะกรรมการ เครือข่ายการดูแลแบบประคับประครอง
- สร้างเครือข่ายการดูแลประคับประครองร่วมกับหน่วยงานราชการหรือภาคประชาชนหร

อาสาสมัครดูแลผู้ป่วย

1.2 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information) :

- มีการลงข้อมูลเยี่ยมบ้าน ข้อมูลการทำ ACP การใ้ยา Opioid ลงในระ HOS
- ประสาน รพสต.ผ่านระบบ Line และโทรศัพท์ในการส่งข้อมูลผู้ป่วยและการวางแผนการสร

- ติดตามอาการผู้ป่วยผ่านผ่านระบบ Line และโทรศัพท์ในช่วงสถานการณ์โควิดระบาด

1.3 การพัฒนากระบวนการดำเนินงานและนวัตกรรม (Intervention and Innovation) :

- สรุปผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยในปีที่ผ่านมา
- ประชุมคณะกรรมการเพื่อแก้ไขปัญหาและหาแนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับการใ้ยา

Opioids

- ทบทวนผู้ป่วยรายกรณี เพื่อเกิดการเรียนรู้ ทักษะการดูแลระหว่างผู้ปฏิบัติ
- เพิ่มรูปแบบการรักษาแพทย์แผนไทยหรือแพทย์ทางเลือกที่ชัดเจน เช่น กดจุด การนวด
- การดูแลแบบไร้รอยต่อ และการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

1.4 การบูรณาการ (Integration) : ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประครองที่ต่อเนื่อง
เชื่อมโยง เครือข่ายแบบไร้รอยต่อภายใน CUP และนอก CUP

1.5 การติดตามประเมินผล (Monitoring and Evaluation) : ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ได้รับการ
ดูแลแบบประคับประครองทุกรายโดยการลงพื้นที่เยี่ยม ร่วมกับเครือข่าย ติดตามผ่านระบบ Line ระบบ
โทรศัพท์ติดตามอาการ สรุปคะแนน 5 คะแนน

ตารางที่ 57 แสดงผลการดำเนินงานการดูแลแบบประคับประครอง (Palliative Care)

| หัวข้อประเมิน | คะแนนที่ได้ | หลักฐาน | หมาย |
|---------------|-------------|---------|------|
|---------------|-------------|---------|------|

| | ร้อยละ | คะแนน | | เหตุ |
|---|--------|-------|--|------|
| 1. มีระบบการส่งต่อและรักษาต่อเนื่องผู้ป่วยแบบ ประคับประคองระยะท้ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน 1.1 มีแนวทางการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย PC ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน = 0.25 คะแนน 1.2 มีทะเบียนส่งต่อผู้ป่วย PC = 0.25 คะแนน | 10 | 0.5 | -มีแนวทางการรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วย PC ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน -มีทะเบียนส่งต่อผู้ป่วย PC -มีระบบ line การดูแลส่งต่อ ผู้ป่วย PC cup เป็ยน้อย | |
| 2. มีการพัฒนาศักยภาพหรืออบรมฟื้นฟูทีมผู้ดูแล ผู้ป่วยแบบประคับประคอง (แพทย์ ,พยาบาล, เภสัชกร) | 10 | 0.5 | -มีแผนพัฒนาอบรมฟื้นฟูทีม ผู้ป่วยประคับประคอง รพ. เป็ยน้อย | |
| 3. มีแผนงาน/โครงการ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการ ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ร่วมกับ สสอ. , รพ.สต.,อสม.,Care giver,องค์กรในท้องถิ่นต่างๆ และ มีการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ | 10 | 0.5 | -มีแผนงานโครงการและการ จัดกิจกรรมอยู่ในแผนปฏิบัติ การและแผนงบประมาณรพ. เป็ยน้อย 2566 | |
| 4. มีการจัดทำCQI /Best Practice เกี่ยวกับการ ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างน้อย โรงพยาบาลละ 1 เรื่อง | 10 | 0.5 | เรื่องเล่าหมอคนสุดท้ายของ แม่ เรื่องเล่าความภูมิใจที่ได้ ทำงาน PC | |
| 5. การบรรเทาอาการปวดและการจัดการอาการ ต่างๆด้วย Strong Opioid ในผู้ป่วย ประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ≥ร้อยละ 60 = 0.5 คะแนน ร้อยละ 35-59 = 0.25 คะแนน <ร้อยละ 35 = 0 คะแนน | 10 | 0.5 | ข้อมูลจากทะเบียนการ ประเมินและให้ยา Opioid กับผู้ป่วย PC ของหน่วยงาน | |
| 6. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง/ระยะท้าย ต่อเนื่องที่บ้านหรือชุมชนอย่างมีคุณภาพ ≥ร้อยละ 75 = 0.5 คะแนน ร้อยละ 50-74 = 0.25 คะแนน <ร้อยละ 50 = 0 คะแนน | 10 | 0.5 | -แหล่งข้อมูลจาก HDC Data Center -ทะเบียนเยี่ยมบ้านของผู้ป่วย PC รพ.เป็ยน้อย | |
| 7. การให้การดูแลตามแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า Advance Care Planning (ACP)ในผู้ป่วย ประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ≥ร้อยละ 85 = 2 คะแนน ร้อยละ 60-84 = 1 คะแนน | 40 | 2 | -แหล่งข้อมูลจาก HDC Data Center -ทะเบียนการทำ ACP ใน ผู้ป่วย PC รพ.เป็ยน้อย | |

| หัวข้อประเมิน | คะแนนที่ได้ | | หลักฐาน | หมายเหตุ |
|----------------------|-------------|-------|---------|----------|
| | ร้อยละ | คะแนน | | |
| <ร้อยละ 60 = 0 คะแนน | | | | |
| คะแนนรวม | 100 | 5 | | |

2. ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ - ไม่มี

เนื่องจากรพ.เป็ยน้อย ผู้รับผิดชอบงาน PC.ยังคงต้องรันเวร เช้า บ่าย ดึก และ Refer ร่วมทั้งขึ้นเวร เสริมเมื่อจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยบางรายได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์แทนการ ออกเยี่ยมบ้านและบางครั้งทำให้ส่งต่อข้อมูลให้ชุมชนล่าช้าและบางรายได้รับการเยี่ยมบ้านที่ล่าช้าและการ ดำเนินงานจัดการข้อมูลผู้ป่วยกับทางจังหวัดล่าช้า และส่งผลกระทบต่อผู้รับผิดชอบงานมีภาวะเครียดในการ ดำเนินงานเพื่อให้การดำเนินงานผ่านตัวชี้วัดให้ได้คุณภาพ จึงอยากให้ส่งเสริมสนับสนุนให้งานPCและคลินิกPC ขึ้นตรงกับกลุ่มงานของ PCU

รหัสตัวชี้วัด : K213

ชื่อตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จในการจัดระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis)ระดับ 5

ผู้รับผิดชอบ : พญ.สุทธิลักษณ์ นามลิวัลย์ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM3)

1.1 การพัฒนาโครงสร้างกลไกการทำงาน

- ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นปัญหาสุขภาพที่ถือเป็นเข็มมุ่งของโรงพยาบาล
- แต่งตั้งผู้รับผิดชอบกำกับดูแลมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

1.2 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ

- เข้าร่วมกลุ่ม line Sepsis Khonkaen
- มีกลุ่ม line Sepsis ของโรงพยาบาล

1.3 การพัฒนากระบวนการดำเนินงานและนวัตกรรม

- ปรับแบบคัดกรอง Sepsis ให้เหมาะสมในแต่ละหน่วยงาน
- เพิ่ม Sepsis screening tool (NEWS Score)
- ปรับการดูแลผู้ป่วยที่อาจมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาล
- ให้ข้อมูลกลุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้ง่าย เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง , ผู้ป่วยโรคไตวาย , ผู้ป่วยที่กินยากดภูมิคุ้มกัน/ภูมิคุ้มกันบกพร่อง , เกษตรกร
- ทบทวนกรณีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่เสียชีวิต

1.4 การติดตามประเมินผล

- ติดตามผลการดูแลตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดขอนแก่น
- ติดตามผลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเข้ากระแสเลือดในโรงพยาบาลตามตัวชี้วัดที่กำหนด

ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการที่มีการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเต็ม 100 คะแนน คิดเป็น 100 คะแนน ระดับ 5

ตารางที่ 58 แสดงผลคะแนนการดำเนินงานการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

| เกณฑ์การประเมิน | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ |
|---|-----------|-------------|
| 1.มีการกำหนดผู้รับผิดชอบการพัฒนากระบวนการและการกำกับติดตามประเมินการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ชัดเจน เช่น CM แพทย์ , CM พยาบาล มีแผนพัฒนาศักยภาพ CM | 20 | 20 |
| 2.มีข้อ (1) และมีรูปแบบ กระบวนการพัฒนาระบบดูแลรักษาฯ สอดคล้องกับแนวทางจังหวัดกำหนด เช่น ทบทวนเวชระเบียน จำนวน 20 ชุด ทุก 3 เดือน (ทำ ไตรมาส 1 และ 2) รวม 40 ชุด โดยใช้ Trigger Tool | 20 | 20 |
| 3.มีข้อ (2) และมีแนวทางปฏิบัติใหม่หรือมีแนวทางปรับปรุงเปลี่ยนแปลงจากแนวทางเดิม และมีการนำแนวทางที่เกิดขึ้นสู่การปฏิบัติ เช่น เพิ่มประสิทธิภาพการประเมิน คัดกรองผู้ป่วย เพื่อเข้า Protocol โดย Sepsis screening tool (NEWS Score) ลดปัญหา Delay Detected / Delay diagnosis / Delay refer หรือเพิ่มศักยภาพแพทย์ พยาบาล สร้างความเข้าใจ Protocol เพื่อการนำไปใช้ที่ถูกต้อง | 20 | 20 |
| 4.มีข้อ (3) และมีการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานตามแนวทางที่ปรับเปลี่ยน | 20 | 20 |
| 5.มีข้อ (4) และมีการสรุปผลการดำเนินงาน ตามแบบรายงานทันเวลาตามที่กำหนด รอบที่ 1 ภายใน 31 มีนาคม 2565 | 20 | 20 |

สรุปผลการดำเนินงาน 100 คะแนน ระดับ 5

2. ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ -


แผนภาพที่ 4 แสดงแบบประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อเข้ากระแสเลือดฯ

| แบบประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้เข้ากระแสเลือดโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต NEWS scoring โรงพยาบาลเป็ยน้อย จ. ขอนแก่น | | | | | | | |
|--|---|-------|--|------|---|--|--|
| Physiological parameter | เกณฑ์ | Score | วันที่/เวลา | | | | |
| | | | (วันที่) | เวลา | | | |
| 1. อัตราการหายใจ (ครั้ง/นาที) Respiration rate (per minute) | ≤ 8 | 3 | | | | | |
| | ≥ 25 | | | | | | |
| | 21 – 24 | 2 | | | | | |
| | 9 – 11 | | 1 | | | | |
| | 12 – 20 | | | 0 | | | |
| 2. ระดับออกซิเจนในเลือด Oxygen saturation (%) 2.1 Sp/O2 Scale 1 (ผู้ป่วยทั่วไป) | ≤ 91 | 3 | | | | | |
| | 92 – 93 | 2 | | | | | |
| | 94 – 95 | 1 | | | | | |
| | ≥ 96 | 0 | | | | | |
| | Room air | 0 | | | | | |
| | On O2 by mask or nasal cannular | 2 | | | | | |
| 2.2. SpO2 Scale 2 (ผู้ป่วย COPD) | ≤ 83 | 0 | | | | | |
| | 84 – 85 | 3 | | | | | |
| | 86 – 87 | 2 | | | | | |
| | 88 – 92 | 1 | | | | | |
| | > 93 or room air | 3 | | | | | |
| | 93 – 94 on oxygen | 2 | | | | | |
| | 95 – 96 on oxygen | 1 | | | | | |
| ≥ 97 on oxygen | 0 | | | | | | |
| 3. Systolic BP (mmHg) | ≥ 180 | 3 | | | | | |
| | ≤ 90 | | | | | | |
| | 91 – 100 | 2 | | | | | |
| | 101 – 110 | 1 | | | | | |
| | 111 – 179 | 0 | | | | | |
| 4. อัตราการเต้นของชีพจร (ครั้ง/นาที) Pulse (per minute) | ≤ 40 | 3 | | | | | |
| | ≥ 131 | | | | | | |
| | 110 – 130 | 2 | | | | | |
| | 41 – 50 | 1 | | | | | |
| | 91 – 110 | | 0 | | | | |
| 51 – 90 | 0 | | | | | | |
| 5. ระดับความรู้สึกตัว Consciousness | CVPU (ตื่น ชิม เรือหรือกระตุ้นได้จับจึงมีสติ ไม่รู้สึกตัว) | 3 | | | | | |
| | Alert (พูดคุยรู้เรื่อง) | 0 | | | | | |
| 6. อุณหภูมิร่างกาย (C) ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย | < 35.0 | 3 | | | | | |
| | > 39.1 | 2 | | | | | |
| | 38.1 – 39.0 | 1 | | | | | |
| | 35.1 – 36.0 | | | | | | |
| | 36.1 – 38.0 | | 0 | | | | |
| รวมคะแนน (NEWS Total) | | | | | | | |
| ลงชื่อผู้ประเมิน | | | | | | | |
| 0 – 2 คะแนน Low risk | 3 – 4 คะแนน | | 5 – 6 คะแนน Medium risk | | ≥ 7 High risk | | |
| เฝ้าระวัง V/S q 8 hr. และ NEWS q 8 hr. | 1) ประเมิน V/S q 4 hr., NEWS q 4 hr. 2) ประเมินซ้ำภายใน 30 นาที 3) หัวหน้าเวรพิจารณารายงานแพทย์ 4) เฝ้าระวังต่อเนื่องทุก 1 – 2 ชั่วโมง | | 1) รายงานหัวหน้าเวร/รายงานแพทย์ 2) ประเมินซ้ำภายใน 30 นาที 3) เฝ้าระวังต่อเนื่องทุก 1 ชั่วโมง 4) ย้ายมาที่ Zone สังเกตอาการ | | 1) รายงานแพทย์ทันที 2) เฝ้าระวังต่อเนื่องทุก 15 – 30 นาที 3) เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิต 4) ส่งต่อ รพ.แม่ข่าย | | |
| ผู้ป่วยประเภท 2a | ผู้ป่วยประเภท 3b ใ้ใบ Observe V/S | | ผู้ป่วยประเภท 3a ใ้ใบ Observe V/S | | ผู้ป่วยประเภท 4a ใ้ใบ Observe V/S | | |

หมายเหตุ : ยกเว้นในผู้ป่วยอายุต่ำกว่า ๑๖ ปี และหญิงตั้งครรภ์

| แบบประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้เข้ากระแสเลือดโดยใช้ SOS score (เริ่มใช้เมื่อ SOS \geq 4) โรงพยาบาลเป็ยน้อย จ. ชอนแก่น | | | | | | |
|--|--|-------------|---|--|---|--|
| Physiological parameter | เกณฑ์ | Score | วันที่/เวลา | | | |
| | | | (วันที่) | | | |
| 1. อุณหภูมิ (BT C°) | \leq 35 | 2 | | | | |
| | 35.1 - 36 | 1 | | | | |
| | 36.1 - 38 | 0 | | | | |
| | 38.1 - 38.4 | 1 | | | | |
| | \geq 38.5 | 2 | | | | |
| 2. อัตราการหายใจ (RR) | \leq 8 | 3 | | | | |
| | ใช้เครื่องช่วยหายใจ | 2 | | | | |
| | 9 - 20 | 0 | | | | |
| | 21 - 25 | 1 | | | | |
| | 26 - 35 | 2 | | | | |
| | \geq 35 | 3 | | | | |
| 3. Systolic BP (mmHg) | \leq 80 | vasopressor | 3 | | | |
| | 81 - 90 | \geq 200 | 2 | | | |
| | 91 - 100 | 181 - 199 | 1 | | | |
| | 101 - 180 | | 0 | | | |
| 4. อัตราการเต้นของชีพจร (ครั้ง/นาที) Pulse (per minute) | \leq 40 | 3 | | | | |
| | \geq 131 | | | | | |
| | 110 - 130 | 2 | | | | |
| | 41 - 50 | 1 | | | | |
| | 91 - 110 | | | | | |
| 51 - 90 | 0 | | | | | |
| 5. urine output (ml) | 0 | 1 | 2 | | | |
| ปัสสาวะ / วัน | \geq 1000 | 501 - 999 | \leq 500 | | | |
| ปัสสาวะ / 8 ชม. | \geq 320 | 161 - 319 | \leq 160 | | | |
| ปัสสาวะ / 4 ชม. | \geq 160 | 81 - 159 | \leq 80 | | | |
| ปัสสาวะ / 1 ชม. | \geq 40 | 21 - 39 | \leq 20 | | | |
| 6. ระดับความรู้สึกตัว | ไม่รู้สึกตัว | | 3 | | | |
| | ซึ่มมาก (ต้องกระตุ้นจึงลืมตา) | | 2 | | | |
| | ซึ่ม (เรียกแล้วลืมตา) | | 1 | | | |
| | ตื่นสี (คุยรู้ตัวดี) | | 0 | | | |
| | หลับสน / กระสับกระส่าย | | 1 | | | |
| รวมคะแนน (SOS Total) | | | | | | |
| ลงชื่อผู้ประเมิน | | | | | | |
| 0 คะแนน | 1 - 3 คะแนน | | 4 - 5 คะแนน | | \geq 6 | |
| เฝ้าระวัง V/S ทุก 4 ชม. และ SOS ทุก 8 ชม. | 1) ประเมิน V/S ทุก 2 ชม. 2) SOS ทุก 4 ชม. 3) หัวหน้าเวรรายงานแพทย์ตามความเหมาะสม 4) เฝ้าระวังต่อเนื่องทุก 1-2 ชั่วโมง | | 1) รายงานหัวหน้าเวร/รายงานแพทย์ 2) ประเมิน VIS ,I/O ทุก 30 นาที จนกว่า SOS score < 4 3) หลังจาก SOS < 4 ให้ประเมิน SOS ต่อทุก 1 ชม. จนครบ 4 ครั้ง 4) หลังจากประเมิน SOS ครบ 4 ครั้ง ให้ประเมิน SOS ต่อทุก 4 ชม. จนครบ 24 ชั่วโมง | | 1) รายงานแพทย์ทันที 2) เฝ้าระวังต่อเนื่องทุก 15 - 30 นาที 3) เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิต 4) Refer | |

แผนภาพที่ 5 แสดง Sepsis Protocol




Khon Kaen Sepsis Protocol

โรงพยาบาล.....

ชื่อ - สกุล..... ID - - - -

อายุ.....ปี ward..... Admit date..... time.....



ระยะเวลาเป้าหมาย

0 ชั่วโมง

Time zero

เริ่มวินิจฉัย วันที่.....เวลา.....

Time Zero or Time of presentation

เวลาที่ triage ที่ห้องฉุกเฉินหรือเวลาที่วินิจฉัยจากสถานพยาบาลปฐมภูมิ ก่อนส่งตัวมา หรือ เวลาที่ได้ข้อมูลครบถ้วนจาก review chart

| A.Suspected Infection | B.Tissue Hypoperfusion |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Systemic infection <input type="checkbox"/> Localized infection ระบุตำแหน่ง..... <input type="checkbox"/> Community infection <input type="checkbox"/> Nosocomial infection | Sepsis (≥2 ข้อ) <input type="checkbox"/> RR ≥ 22 /min/respiratory failure <input type="checkbox"/> SBP < 100 mmHg <input type="checkbox"/> Glasgow Coma Scale score < 15 <input type="checkbox"/> Platelets < 150,000 / ul <input type="checkbox"/> Bilirubin ≥ 1.2 mg/dl <input type="checkbox"/> Creatinine ≥ 1.2 mg/dl Septic shock (หลังจาก Resuscitate ด้วยสารน้ำ) <input type="checkbox"/> จำเป็นต้องใช้ Vasopressors เพื่อให้ MAP ≥ 65 mmHg หรือ <input type="checkbox"/> Serum Lactate level > 2 mmol/L |

| | | | | |
|---|-------------------------------------|---|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Supplement O2 ชนิด | <input type="checkbox"/> O2 canula | <input type="checkbox"/> mask with bag | <input type="checkbox"/> ET tube | <input type="checkbox"/> DTX.....mg/dl |
| <input type="checkbox"/> เปิดเส้น IV 2 เส้น เข็มเบอร์16หรือ18 | <input type="checkbox"/> Foley cath | <input type="checkbox"/> เก็บ specimens จากตำแหน่งเชื้อ | | |

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> NSS /Ringer lactate /Acetar 30 cc/kg/hr หรือ 1,500 ml เวลา..... <input type="checkbox"/> กรณีไม่สามารถให้ IV ได้ครบ เช่น มีโรคหัวใจ ไสวเรื้อรัง สูงอายุ มีภาวะน้ำเกิน | <input type="checkbox"/> H/C x 2 spp เวลา..... Lactate เวลา..... | <input type="checkbox"/> Antibiotic..... เวลา..... |
|---|---|--|

1 ชั่วโมง

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> MAP ≥ 65 mmHg | <input type="checkbox"/> Norepinephrine 4mg +5%dw 250cc IV drip.....µd/min (.....µg/kg/min) Tritate 5ml/hr ژی 5 min Until MAP ≥65 mmHg | |
| <input type="checkbox"/> Fluid responsive | <input type="checkbox"/> IV Load <input type="checkbox"/> NSS 500 ml <input type="checkbox"/> Ringer lactate 500 ml <input type="checkbox"/> Acetar 500 ml | |

WS IVC ครั้งที่ 1 เวลา.....result.....
 WS IVC ครั้งที่ 2 เวลา.....result.....

Refer

ข้อบ่งชี้การส่งต่อ

 ใต้ออกช่วยหายใจ/ Respiratory failure
 MAP< 65 mmHg / high dose norepinephrine
 AKI need RRT
 Serum lactate ≥ 4 mmol/L
 การผ่าตัด ทำจัดแหล่งติดเชื้อ

สรุปข้อมูลก่อน refer / เวลา.....

BT..... BP...../..... mmHg HR.....bpm RR...../min
 norepinephrine..... O₂Sat.....%
 Total IV.....ml Urine output.....ml

admitted

Urine ≥0.5 cc/kg/hr (6hr)
 Lactate clearance ≥ 10% (6hr).....%
 (Lactate เริ่มต้น.....- Lactateอีก 6 ชม.....) x 100
 Lactate เริ่มต้น
 Lactate อยู่ในค่าปกติ ≤ 2 mmol/L
 Source control (ทำจัดแหล่งติดเชื้อได้สำเร็จ)
 เวลา.....

ผลการรักษาเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

 Dischage
 มีชีวิต
 เสียชีวิต + ไม่สมัครใจอยู่รักษา
 Refer

ชื่อตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จของสถานพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการจัดระบบบริการพยาบาลพื้นสภาพ
 ระยะเวลา (Intermediate Care: IMC)

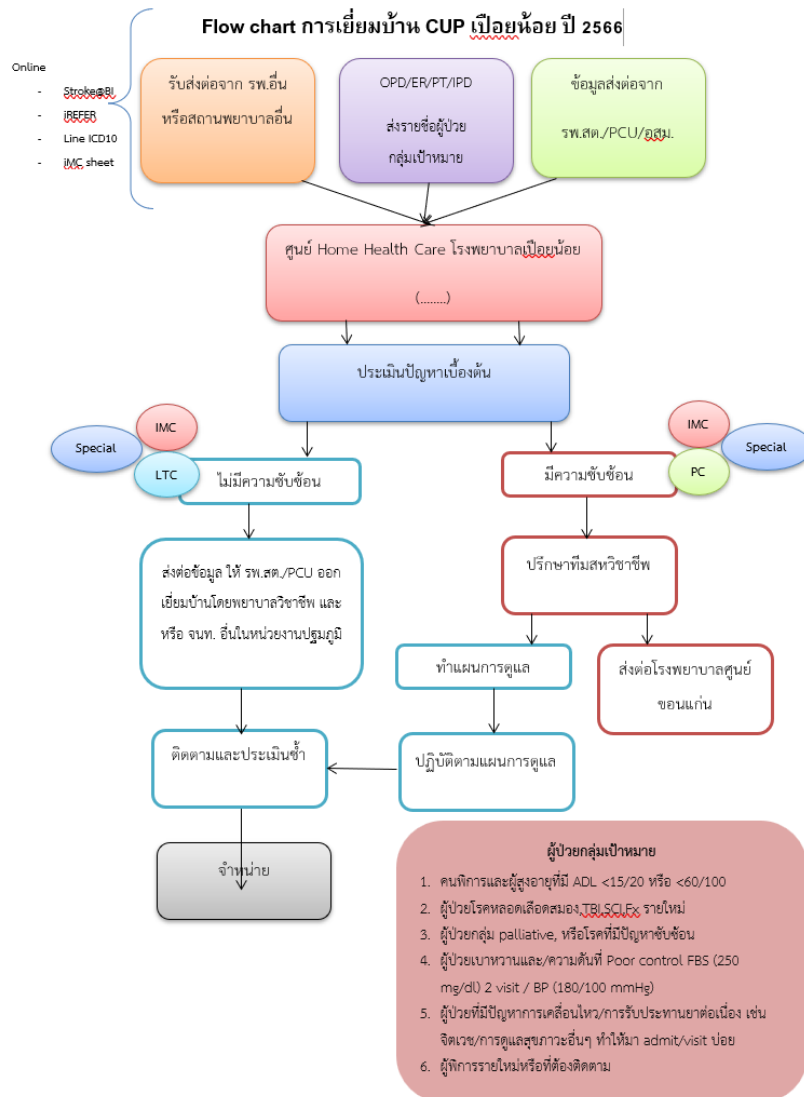
ผู้รับผิดชอบ : นายสุวัฒน์ ทิทา **ตำแหน่ง** นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM3)

S: Structure

1. มีการจัดตั้งทีมผู้รับผิดชอบหลักในโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และได้ประสานงานไปยังหน่วยงานทั้งในและนอกโรงพยาบาลเพื่อให้เข้าใจในระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางมากยิ่งขึ้น
2. มีการสร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีประชุมวางแผนการรักษา การดูแลต่อเนื่องและส่งต่อผู้ป่วย IMC สู่ชุมชน
3. มีการจัดทำแผนการเยี่ยมบ้าน และการนำผู้ป่วยมาฟื้นฟูต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย

แผนภาพที่ 6 แสดง Flow chart การเยี่ยมบ้าน



I : Information

1. มีการลงข้อมูลผู้ป่วย IMC ทุกครั้งหลังการดูแลฟื้นฟูทั้งในสมุดการเยี่ยมบ้านของหน่วยงานกายภาพ google sheet ที่จัดทำขึ้นเฉพาะ/ของตัวจังหวัด, HosXP, โปรแกรม IMC@Khonkaen/HDC

I : Intervention and Innovation

1. มีการรวบรวมข้อมูลรายชื่อผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลแม่ข่าย, รพ.สต./อสม. และระบบออนไลน์ เช่น Stroke@BI, iREFER, Line ICD10, iMC sheet
2. มีการวางแผนจัดทำตารางการฟื้นฟูผู้ป่วยในโรงพยาบาล และการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามผู้ป่วย IMC อย่างต่อเนื่อง ในโรงพยาบาล IPD จัดเตรียมเตียงไว้ 2 เตียง ปฏิบัติตามแนวทางการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง OPD จะนัดผู้ป่วยวันละ 1 คนในช่วงบ่าย และมีการจัดทำทีมเยี่ยมบ้านเดือนละ 1-2 ครั้ง/คน เป็นเวลา 6 เดือนหรือมากกว่าหรืออาการดีขึ้น โดยปฏิบัติงานในวันเสาร์-อาทิตย์ เวลา 08.30-16.30 น. ในชุมชน 4 ครั้งต่อเดือน

I : Integration

1. มีการติดตามผู้ป่วยขาดนัด โดยใช้ ไลน์ โทรศัพท์ และให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจและตระหนักในการฟื้นฟูอย่างสม่ำเสมอ
2. มีการควบคุม กำกับการดำเนินงาน และประเมินตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2566

M : Monitoring and Evaluation

1. มีการควบคุม กำกับการดำเนินงาน และประเมินตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2566
2. มีการติดตามผู้ป่วย ประเมินผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือมาตรฐานอย่าง Barthel index ในการเก็บข้อมูลทุกครั้งฟื้นฟู และนำไปบันทึกใน google sheet
3. มีการติดตาม และประเมินผลข้อมูลในระบบ google sheet ที่จัดทำขึ้นเฉพาะ/ของตัวจังหวัด, HosXP, โปรแกรม IMC@Khonkaen/HDC โดยติดตามทุกเดือน

ผลลัพธ์การดำเนินงาน :

ตารางที่ 59 แสดงผลลัพธ์การดำเนินงานบริการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง(Intermediate Care : IMC)

| ผลการดำเนินงาน | รอบปีงบประมาณ (พ.ศ.) | |
|--|----------------------|-------------|
| | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ |
| 1.ด้านโครงสร้างพื้นฐาน | | |
| 1.1 ร้อยละหน่วยงานต่างองค์กรที่ได้รับการประสานการจัดเตรียมสถานที่สำหรับให้บริการบริหาร IMC หรือยานพาหนะสำหรับนำส่งผู้ป่วย IMC ไปเข้ารับบริการตามสถานที่นัดหมาย | 100% | 33% |
| 1.2 ร้อยละหน่วยงานต่างองค์กรที่ได้รับการจัดเตรียม วัสดุ อุปกรณ์ | 100% | 100% |

| ผลการดำเนินงาน | รอบปีงบประมาณ (พ.ศ.) | |
|---|----------------------|-------------|
| | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ |
| และครุภัณฑ์ เพื่อสนับสนุนการจัดระบบการให้คำปรึกษา กรณีเกิน ศักยภาพ | | |
| 2.ด้านพัฒนาบุคลากร | | |
| 2.1 ร้อยละของบุคลากรจากหน่วยงานต่างองค์กรเข้าร่วมกิจกรรม IMC Day | 100% | 0 |
| 2.2 ร้อยละของการสร้างและพัฒนาทีมผู้บริหารชุมชน และ Care Giver (CG) เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา | 100% | 100% |
| 3.ด้านการพัฒนาระบบบริการ | | |
| 3.1 ร้อยละของการขึ้นทะเบียนผู้ป่วย IMC รายใหม่ ในรพ.ระดับ A, M, F เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา | 100% | 100% |
| 3.2 ร้อยละของการจัดระบบบริหารฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน | 100% | 100% |

| เดือนที่รายงาน | รายเก่า | รับใหม่ในเดือน | | จำหน่ายในเดือน | | | | | คงเหลือ |
|-----------------|---------|----------------|--------------|-------------------|-----------|---------------|----------|-----------|----------|
| | | รับส่งต่อ/กลับ | ค้นหาในชุมชน | ติดตามครบ 6 เดือน | BI = 20 | ปฏิเสธการดูแล | ย้ายออก | เสียชีวิต | |
| ตุลาคม 2565 | 8 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 |
| พฤศจิกายน 2565 | 12 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 13 |
| ธันวาคม 2565 | 13 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 10 |
| มกราคม 2566 | 10 | 7 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 16 |
| กุมภาพันธ์ 2566 | 16 | 0 | 3 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 16 |
| มีนาคม 2566 | 16 | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 | 15 |
| เมษายน 2566 | 15 | 4 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 15 |
| พฤษภาคม 2566 | 15 | 4 | 2 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 18 |
| มิถุนายน 2566 | 18 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 17 |
| กรกฎาคม 2566 | 17 | 1 | 0 | 2 | 9 | 0 | 0 | 0 | 7 |
| สิงหาคม 2566 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 |
| กันยายน 2566 | | | | | | | | | |
| รวม | | 26 | 5 | 9 | 20 | 0 | 0 | 3 | 7 |

| สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด K211 ประสิทธิผลการจัดระบบบริการสุขภาพ การรับบาลที่ในสภาพระยะกลาง (Intermediate care: IMC) ปีงบประมาณ 2566 | | | | | | | เครือข่ายบริการสุขภาพ รพ.เป็อยน้อย | | |
|--|--|--------|-----|-----|-------|-----|---------------------------------------|-------------|----|
| ข้อ | รายละเอียด | | | | | | คะแนนเดิม | คะแนนที่ได้ | |
| 1 | ด้านโครงสร้างพื้นฐาน | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | 20 | 20 |
| 2 | ด้านการพัฒนาบุคลากร | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | 20 | 20 |
| 3 | ด้านการพัฒนาระบบบริการ | | | | | | <input type="checkbox"/> | - | - |
| 4 | มีการส่งต่อข้อมูลแบบ Digital | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | 30 | 30 |
| 5 | ประเภทผู้ป่วย | Stroke | TBI | SCI | HipFx | รวม | ร้อยละ | 30 | 30 |
| | จำนวนผู้ป่วย IMC ที่รับเข้าทั้งหมด | 37 | 0 | 0 | 2 | 39 | | | |
| | ครบ 6 เดือนนับจากวันเริ่ม IMC + BI =20 ก่อนครบ 6 เดือน | 21 | 0 | 0 | 2 | 23 | | | |
| | BI <15 ติดตามจนครบ 6 เดือน | 3 | 0 | 0 | 0 | 23 | 100% | | |
| | BI >=15 with multiple impairment ติดตามจนครบ 6 เดือน | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | |
| BI =20 ก่อนติดตามครบ 6 เดือน | 18 | 0 | 0 | 2 | | | | | |
| คะแนนรวม | | | | | | | 100 | 100 | |
| คะแนน KPI | | | | | | | 5 | 5 | |

*ข้อมูลวันที่ 1 มิถุนายน 2566

2. ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ

1. ควรจะมีการบันทึกข้อมูลเพียงที่เดียว เพื่อลดความซ้ำซ้อนของการทำงาน
2. การพัฒนาการ ออกติดตามเยี่ยมระดับชุมชนพร้อมหน่วยงานระดับชุมชน เช่น อบต. อสม. เพื่อวางแผนการช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมกันในระดับชุมชน และให้เจ้าหน้าที่ รพสต.เข้าอบรมการดูแล IMC ทุกครั้งที่ตัวจังหวัดจัดอบรม
3. พัฒนาการติดตามเยี่ยมผ่านทาง line ทำกลุ่ม line เพื่อให้คำปรึกษาและสื่อการสอนเกี่ยวกับการทำกายภาพผู้ป่วย
4. บูรณาการ ออกเยี่ยมบ้านพร้อมทีมสหสาขาวิชาชีพ

ปัญหาและอุปสรรค

1. ผู้ป่วยบางรายที่มีการส่งต่อมา ไม่มีข้อมูลในโปรแกรม IMC@khonkaen
2. โปรแกรม IMC@khonkaen ใช้งานยาก ปรับปรุงบ่อย เข้าบันทึกข้อมูลไม่ได้
3. จำนวนบุคลากรบางวิชาชีพมีน้อยทำให้หาเวลาการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยไม่ครบ เช่น นักกายภาพบำบัด มี 1 คน
4. การนัดประชุมทีมสหวิชาชีพทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากจำนวนบุคลากรมีจำกัด
5. ไม่สามารถทำ IMC day ได้เนื่องจาก คนไข้และทีมสหวิชาชีพไม่พร้อม

รหัสตัวชี้วัด : K215

ชื่อตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จในการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ระดับอำเภอ

ผู้รับผิดชอบ : ภญ.สุนันท์ชนก น้ำใจดี ตำแหน่ง เกสัชกรชำนาญการ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM3)**1.1 การพัฒนาโครงสร้างกลไกการทำงาน (Structure) :**

- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการกัญชาทางการแพทย์ มีผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับการรับรองจากกรมการแพทย์ (แผนปัจจุบัน) และกรมการแพทย์แผนไทย (แผนไทย) พยาบาล และเภสัชกร เพื่อให้คำปรึกษาแนะนำด้านรักษาแก่สถานบริการสุขภาพในเครือข่าย

1.2 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information) :

- มีคู่มือ/แนวทางให้บริการกัญชาทางการแพทย์ของสถานบริการและสถานบริการภายในเครือข่าย
- บันทึกข้อมูลการใช้กัญชา รายงานการจ่ายยา และรายงานปัญหาการใช้กัญชา ผ่านทางเว็บไซต์ <http://drug.nhso.go.th>

1.3 การพัฒนากระบวนการดำเนินงานและนวัตกรรม (Intervention and Innovation) :

- มีคลินิกกัญชาทางการแพทย์ เปิดบริการทุกวันพุธ เวลา 13.00-16.00 น. ในรูปแบบ one stop service ในการให้คำปรึกษาและจ่ายยาที่มีส่วนผสมของกัญชาโดยแพทย์ แพทย์แผนไทย พยาบาล Care manager และเภสัชกร

1.4 การบูรณาการ (Integration) :

- บูรณาการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ร่วมกับคลินิกการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ให้ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ได้รับการรักษาด้วยยา/สารสกัดกัญชา
- ประสาน รพสต./PCU เพื่อกำกับติดตามดูแลผู้ป่วย หรือส่งต่อผู้ป่วยที่เข้า criteria ที่ต้องได้รับ ยา/สารสกัดกัญชาเข้ามารับการรักษา

1.5 การติดตามประเมินผล (Monitoring and Evaluation) : การควบคุม กำกับการดำเนินงาน และประเมินตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2566

ตารางที่ 60 แสดงผลลัพธ์การดำเนินงานการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์

| ตัวชี้วัด | ผลงาน | | รายละเอียด |
|---|---------------------------|---------|---|
| | ผ่าน | ไม่ผ่าน | |
| <p>ระดับที่ 1 (1 คะแนน) มีการจัดตั้งคลินิกและสามารถให้บริการกัญชาทางการแพทย์ผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและหรือแพทย์แผนไทยภายในสถานพยาบาลตามข้อกำหนด อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง</p> <p>ข้อกำหนดในการจัดตั้งคลินิกบริการกัญชาทางการแพทย์มีดังนี้</p> <p>1) มีใบอนุญาตจำหน่ายกัญชาทางการแพทย์ที่ยังไม่หมดอายุหรือได้รับการต่อใบอนุญาตแล้ว</p> | <p>✓</p> <p>(1 คะแนน)</p> | | <p>มีใบอนุญาตแบบกัญชา 6-1 เลขที่ ขก13/2565(จพ) เปิดให้บริการทุกวันพุธ เวลา 13.00-16.00 น.บูรณาการร่วมกับคลินิก palliative</p> |

| ตัวชี้วัด | ผลงาน | | รายละเอียด |
|--|---------------------------|---------|---|
| | ผ่าน | ไม่ผ่าน | |
| <p>2) ที่ตั้งของคลินิก:สถานที่ให้บริการ</p> <p>- ต้องเป็นสถานที่มั่นคง แข็งแรง มีห้องหรือบริเวณที่ให้บริการที่สอดคล้องกับสิทธิผู้ป่วยและความปลอดภัยในการให้บริการ</p> <p>- มีป้ายแสดงที่ตั้งของคลินิก วันเวลาที่เปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่สังเกตเห็นได้ชัดเจนและป้ายที่เกี่ยวข้อง/แจ้งเตือนในการให้บริการภายในคลินิก - มีพื้นที่ให้บริการเพียงพอเหมาะสม(อาจเป็นพื้นที่บริการร่วมกับบริการอื่นๆได้) 3) มีคู่มือ/แนวทางให้บริการกัญชาทางการแพทย์ของสถานบริการและสถานบริการภายในเครือข่ายที่ชัดเจนของพื้นที่</p> | | | care และคลินิกแพทย์แผนไทย |
| <p>ระดับที่ 2 (1 คะแนน) มีบุคลากร/องค์กร ในการบริหารจัดการและให้บริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์และสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่</p> <p>1) มีคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการกัญชาทางการแพทย์ระดับโรงพยาบาล หรือระดับ CUP</p> <p>2) มีผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับการรับรองจากกรมการแพทย์(แผนปัจจุบัน) และ/หรือกรมการแพทย์แผนไทย(แผนไทย) ที่พร้อมให้บริการให้คำปรึกษาแนะนำและ/หรือให้บริการด้านรักษาภายในสถานบริการสุขภาพในเครือข่าย รวมถึงการเผยแพร่ความรู้/เฝ้าระวัง ADR ที่เกี่ยวกับการใช้กัญชา</p> <p>- แพทย์ 1 คน (ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรที่กรมการแพทย์รับรอง)</p> <p>- เกสัชกร 1 คน (ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรที่กรมการแพทย์รับรอง)</p> <p>- บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ Care manager เช่น พยาบาล หรือวิชาชีพอื่นอย่างน้อย 1 คน</p> <p>- บุคลากรด้านแพทย์แผนไทยและพื้นบ้าน อย่างน้อย 1 คน (ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรที่กรมการแพทย์หรือกรมแพทย์แผนไทยฯ รับรอง)</p> <p>3) ทะเบียนรายชื่อผู้ให้บริการและบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายในคลินิกกัญชาของหน่วยงาน</p> | <p>✓</p> <p>(1 คะแนน)</p> | | <p>มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการกัญชาทางการแพทย์โรงพยาบาล เป็ยน้อย</p> <p>บุคลากรที่ผ่านการอบรม ได้แก่</p> <p>- แพทย์ 1 คน</p> <p>- แพทย์แผนไทย 2 คน</p> <p>- เกสัชกร 1 คน</p> <p>มีทะเบียนรายชื่อผู้ให้บริการและบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายในคลินิกกัญชาของหน่วยงาน</p> |
| <p>ระดับที่ 3 (1 คะแนน) มีระบบสนับสนุนในการบริหารจัดการเพื่อให้คลินิกสามารถให้บริการกัญชาทางการแพทย์ดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพครบถ้วน ดังนี้</p> <p>1) ระบบฐานข้อมูล -ทะเบียนรายชื่อกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ</p> <p>-จำนวนผู้มารับบริการที่คลินิกกัญชาของหน่วยงาน</p> <p>-จำนวนยา/สารสกัดที่จ่ายแก่ผู้ป่วย</p> <p>2) ระบบบริหารจัดการ : ผลិតภัณฑ์/สารสกัดกัญชา</p> <p>-บัญชีรายการยา/สารสกัดกัญชา</p> | <p>✓</p> <p>(1 คะแนน)</p> | | <p>-เป้าหมายผู้ป่วยที่ได้รับยากัญชาปี 2566 จำนวน 60 คน (50%)</p> <p>-เป้าหมายผู้ป่วย Palliative care จำนวน 3 คน (5%)</p> <p>- มีบัญชีรายการยา/สารสกัดกัญชา 3 รายการ</p> |

| ตัวชี้วัด | ผลงาน | | รายละเอียด |
|--|---------------------------|---------|--|
| | ผ่าน | ไม่ผ่าน | |
| <p>-การควบคุมคลัง: มีมาตรการการเบิก/จ่ายและแนวทางป้องกันการสูญหายตรวจสอบได้</p> <p>3) ระบบการส่งต่อ : มีข้อกำหนดแนวทางการส่งต่อเพื่อการรักษาต่อเนื่องและกำกับติดตามอย่างกับ หน่วยงานเครือข่าย (โรงพยาบาลแม่ข่าย/PCC/รพ.สต)</p> <p>4) ระบบรายงาน : มีการรายงานที่กำหนดอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ได้แก่</p> <p>-จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ(ให้คำปรึกษา/รักษาด้วยกัญชา/รายการยาที่จ่าย)</p> <p>-แบบรายงานผลและการติดตามการให้บริการกัญชาทางการแพทย์</p> <p>-รายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้สารสกัดจากกัญชา</p> | | | <p>1. ยาสุขไสยาสน์</p> <p>2. ยาแก้ลมแก้เส้น</p> <p>3. น้ำมันกัญชา (สูตรหมอเดชา)</p> <p>-บันทึกข้อมูลการใช้กัญชา</p> <p>รายงานการจ่ายยาและ</p> <p>รายงานปัญหาการใช้กัญชา</p> <p>ผ่านทางเว็บไซต์</p> <p>http://drug.nhso.go.th</p> |
| <p>ระดับที่ 4 (2 คะแนน) มีผลลัพธ์การให้บริการ ดังนี้</p> <p>1) มีการรายงานผลการดำเนินงานถูกต้อง ทันเวลา ตามที่กำหนด</p> <p>2) จำนวนผู้รับบริการในคลินิก $\geq 50\%$ ของปี 2565</p> <p>3) จำนวนผู้รับบริการได้รับยา/สารสกัด $\geq 50\%$ ของปี 2565</p> <p>4) ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นร้อยละ 5</p> | <p>✓</p> <p>(2 คะแนน)</p> | | <p>จำนวนผู้รับบริการได้รับยา/สารสกัด $\geq 50\%$ ของปี 2565</p> <p>- จำนวนผู้รับบริการที่ได้รับยากัญชา</p> <p>ปี 2564....13..คน</p> <p>ปี 2565....40..คน</p> <p>ปี 2566....93..คน</p> <p>- คิดเป็นเพิ่มขึ้นจากปี 2564 ร้อยละ....615.38...</p> <p>- คิดเป็นเพิ่มขึ้นจากปี 2565 ร้อยละ....132.5....</p> <p>ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์</p> <p>- จำนวนผู้ป่วย PC ปี 2566 .92...คน</p> <p>- จำนวนผู้ป่วย PC ที่ได้รับยากัญชาปี 2566....6...คน</p> <p>คิดเป็นร้อยละ...6.52....</p> |

2. ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ -

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะมีความสุขในการทำงานและส่งเสริมการที่มีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในการดูแลและจัดการระบบสุขภาพ

รหัสตัวชี้วัด : K301

ชื่อตัวชี้วัด : ระดับคะแนนการพัฒนาศักยภาพ อสม.เป็น อสม.หมอบริการบ้านและสามารถใช้ Application สมาร์ท อสม.ได้

ผู้รับผิดชอบ : นายณัฐวรรณ์ พลโธสง **ตำแหน่ง** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM3)

อำเภอเป็ยน้อย มี อสม.ที่ได้รับค่าป่วยการจำนวน 386 คน เป้าหมายพัฒนาศักยภาพ อสม. เป็น อสม.หมอบริการบ้าน และสามารถใช้ Application สมาร์ท อสม.ได้ จำนวน 386 คน จังหวัดได้จัดสรรเป้าหมายให้กับอำเภอ 26 อำเภอ ดำเนินการพัฒนาศักยภาพ อสม.ในพื้นที่ของตนเอง โดย อสม.หมอบริการบ้าน 1 คน ต่อกลุ่มผู้ป่วยเป้าหมาย 7 คน กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย กลุ่มผู้ป่วย 607 ประกอบด้วย ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และผู้ป่วย 7 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน โรคมะเร็ง และโรคเบาหวาน

1.1 S: Structure

- แต่งตั้งคณะกรรมการทีมพี่เลี้ยง 3 หมอ ในการให้คำปรึกษาและสนับสนุนการปฏิบัติงาน
- จัดทำทะเบียนหมอบริการบ้านครบถ้วน ทุกตำบล

1.2 I: Information

- รพ.สต.และ PCU บันทึกข้อมูล อสม.ที่ผ่านการอบรมหมอบริการบ้านในฐานข้อมูล อสม. หมอบริการบ้าน บนเว็บไซต์www.thaiphc.net
- รพ.สต.และ PCU บันทึกข้อมูล ฐานข้อมูลการดูแลคุณภาพชีวิต บนเว็บไซต์www.thaiphc.net
- รพ.สต.และ PCU อบรม อสม.และบันทึกข้อมูล แอปพลิเคชัน “SMART อสม.”
- ตรวจสอบข้อมูลในฐานข้อมูล HDC data center สสจ.ขอนแก่น

1.3 I: Intervention and Innovation

- การประชุมการพัฒนากระบวนการปฐมนิเทศ เพื่อมอบนโยบาย กำหนดแนวทางการพัฒนาและประเมินผลงานตามเกณฑ์คุณภาพที่ ห้องประชุม สสอ.
- แลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการปฏิบัติงานที่ดี (KM) เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการปฏิบัติงานที่ดี (KM) และถอดบทเรียน เพื่อการพัฒนากระบวนการปฐมนิเทศอย่างต่อเนื่องและคัดเลือก ต้นแบบจังหวัด (ดัง เด่น ดี)
- อบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. สู่การเป็น อสม.หมอบริการบ้าน และอบรมการใช้ Application สมาร์ท อสม. ทุกตำบล

1.4 I: Integration

- อสม. หมอบริการบ้านปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพทั้งใน ศสมช. และเยี่ยมบ้าน
- อสม.ดูแลผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายร่วมกับทีมหมอบริการบ้าน

1.5 M: Monitoring and Evaluation

- จัดเก็บจากฐานข้อมูล อสม. โดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ รพ.สต./ รพช./รพท./ หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่นำข้อมูลผลการดำเนินงานมาบันทึก ลงในเว็บไซต์ฐานข้อมูล www.thaiphc.net และ แอปพลิเคชัน Smart อสม.

- รายงานผลปฏิบัติงาน อสม.ประจำเดือน
- เวทีประชุม อสม.ประจำเดือน

ตารางที่ 60 แสดงผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี

| เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรมดำเนินการ | ผลการดำเนินงาน | | | | | |
|--|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2563 | | 2564 | | 2565 | |
| | จำนวน | อัตรา | จำนวน | อัตรา | จำนวน | อัตรา |
| 1. จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ เป็น อสม. หมอประจำบ้าน หมู่บ้านละ 1 คน | | | 32 | 100 | 32 | 100 |
| 2. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 70 | | | 689 | 100 | 762 | 100 |

ตารางที่ 61 แสดงผลการดำเนินงาน

| เป้าหมาย | เป้าหมาย | ผลการดำเนินงาน | คะแนน |
|--|----------|----------------|-------|
| 1. อสม. กลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาศักยภาพตามเกณฑ์ | 32 | 32 | 5 |
| 2. เป็นพี่เลี้ยง อสค.และมีกลุ่มเป้าหมาย 607 ที่ต้องดูแล | | | |
| -อสม.หมอประจำบ้าน 1 คน เป็นพี่เลี้ยงอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) 7 คน | 224 | 224 | 2.5 |
| -มีทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายตามเกณฑ์ (1:7) | 224 | 0 | 0 |
| 3. อสม.หมอประจำบ้าน 1 คน ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมาย | 96 | 96 | 5 |
| 4. อสม. สมัครแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. | 386 | 386 | 5 |
| 5. อสม.ใช้ แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. (ส่ง อสม.1) | 386 | 250 | 1 |
| รวม | | | 18.5 |

คะแนนที่ได้ 4 คะแนน

2. ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ - ไม่มี

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูงบริการด้วยความทันสมัยและธรรมาภิบาล

รหัสตัวชี้วัด : K401

ชื่อตัวชี้วัด : หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA)

ผู้รับผิดชอบ : นายสุภณ ประพันธ์ **ตำแหน่ง** นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ของอาเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM3)

1.1 การพัฒนาโครงสร้างกลไกการทำงาน (Structure):

- จัดทำคำสั่ง มอบหมายงานให้บุคลากรผู้เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการ
- ประชุมคณะกรรมการเพื่อวางแผนดำเนินงานในแต่ละปี
- ดำเนินการและจัดทำเอกสาร รายงานที่เกี่ยวข้อง
- ประเมินในระบบ MOIT ของกระทรวงสาธารณสุขเป็นรายไตรมาส

1.2 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information) :

ศึกษาแนวทางการดำเนินการ เช่น VDO Conference ตามเอกสารคู่มือคู่มือการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค (MOPH Integrity and Transparency Assessment : MOPH ITA) จำนวน 9 ตัวชี้วัด รวม 22 ข้อ

1.3 การพัฒนากระบวนการดำเนินงานและนวัตกรรม (Intervention and Innovation) :

- จัดทำเอกสาร / หลักฐานเชิงประจักษ์และเปิดเผยข้อมูลตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 บนเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน

- ทำการประเมินในระบบ ด้วยการวาง URL ในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในไตรมาสที่ 1 - ไตรมาสที่ 4

1.4 การบูรณาการ (Integration) :

บูรณาการการดำเนินการ ITA ให้อยู่ในงานประจำ เพื่อให้เป็นไปตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) เช่น งานด้านพัสดุ ด้านบุคลากร ฯลฯ

1.5 การติดตามประเมินผล (Monitoring and Evaluation) :

ผลการประเมินในไตรมาส 3/66 จัดทำเอกสาร / หลักฐานเชิงประจักษ์และเปิดเผยข้อมูลตามข้อกำหนดฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 บนเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน ได้ ครบถ้วน จำนวน 9 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

ตัวชี้วัดที่ 1 การเปิดเผยข้อมูล

ตัวชี้วัดที่ 2 การจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุ

ตัวชี้วัดที่ 3 การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล

ตัวชี้วัดที่ 5 การป้องกันการรับสินบน

ตัวชี้วัดที่ 6 การป้องกันการใช้ทรัพย์สินของราชการ

ตัวชี้วัดที่ 7 การดำเนินงานเพื่อป้องกันการทุจริต

ตัวชี้วัดที่ 8 การป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน

ตัวชี้วัดที่ 9 การเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร

ทั้งนี้ได้มีการจัดส่งข้อมูลประเมินในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency

Assessment System) ครอบคลุมตัวชี้วัด

2. ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ - ไม่มี

รหัสตัวชี้วัด : K402

ชื่อตัวชี้วัด : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (PMQA Plus)

ผู้รับผิดชอบ : นางพรสวรรค์ไชยคุณ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM3)

สำนักงานอำเภอเป็อยน้อย ได้มีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย

1) ลักษณะสำคัญขององค์กร

2) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 7 หมวด คือ หมวด 1 การนำองค์กร หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด 5 การมุ่งเน้นบุคลากร หมวด 6 การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ และหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ

1.1 S: Structure มีการทบทวน คำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการ/ แต่งตั้งทีมพี่เลี้ยง (Facilitator) และที่ปรึกษา ขับเคลื่อน องค์ความรู้ เทคโนโลยีและนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และ สาธารณสุข

1.2 I: Information ปีงบประมาณ 2566 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็อยน้อย ได้ดำเนินการดังต่อไปนี้

- จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน 13 ข้อคำถาม

- ดำเนินการภาคบังคับในปี 2561-2563 ปีละ 2 หมวด และปี 2564 -2565 ปีละ 6 หมวด และคงรักษาสภาพ (Maintain) หมวดที่ดำเนินการไปแล้ว

- นำโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI) ที่ได้จากการประเมิน องค์กรด้วยตนเอง (Self Assessment) เทียบกับเกณฑ์ฯ มาจัดทำแผนพัฒนาองค์กร หมวดละ 1 แผน

- กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดตัวชี้วัดบังคับ หมวดละ 2 ตัวชี้วัด ใช้วัดผลการดำเนินงานของส่วนราชการ
- ดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กรของ สสอ.
- จัดส่งเอกสารรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน ให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านระบบเว็บไซต์ ภายในระยะเวลาที่กำหนด
- วัดผลลัพธ์หมวด 7 ผลการดำเนินการ โดยคัดเลือกตัวชี้วัดที่แสดงผลสัมฤทธิ์ขององค์กร และมีการ Benchmark
- ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลทั้งจากโปรแกรม HDC และประสานงาน IT หากพบความผิดพลาดเป็นประจำ

1.3 I: Intervention/Innovation

- มีแผนการจัดการเชิงกระบวนการ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่ครอบคลุมเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอตามกำหนด
- ประชุมขับเคลื่อนการดำเนินงานตามตัวชี้วัดและนโยบายกระทรวง ทุกเดือนและรายงานในที่ประชุม Cup ทุก 2 เดือน

1.4 I: Integrate

- การประชุมคณะกรรมการ CUP
- การประชุมหัวหน้าส่วนราชการ กำหนดผู้ใหญ่บ้าน

1.5 M: Monitoring/Evaluation

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรครบ 13 คำถาม กำหนดตัวชี้วัดที่แสดงผลสัมฤทธิ์ขององค์กร หมวด 1 - หมวด 6 หัวข้อ 7.1-7.6 และกำหนดการ Benchmark

ผลการดำเนินงาน

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็ยน้อย ดำเนินการได้ครบถ้วน ถูกต้อง และส่งรายงานทันเวลา ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด รอบ 9 เดือน (4 กรกฎาคม 2566) พร้อมทั้งได้จัดส่งรายงานผลการเทียบเคียงตัวชี้วัด (Benchmark) กับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูพาน และรายงานผลการวิเคราะห์ค่านิยมหลักองค์กร (Core Value) แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

สรุปผลการดำเนินงาน 5 คะแนน

2. ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ -

รหัสตัวชี้วัด : K403

ชื่อตัวชี้วัด :โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐาน HA และระบบบริการก้าวหน้า (EMS)

ผู้รับผิดชอบ : ญ.สุนันท์ชนก น้ำใจดี ตำแหน่ง เกสซ์กรชำนาญการ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM³)

S: Structure มีการแต่งตั้งคณะกรรมการที่นำพัฒนาคุณภาพ คณะอนุกรรมการระบบงานต่างๆ มีแผนการดำเนินงานระบบงานสำคัญ

I: Information มีการรวบรวมการดำเนินงานของระบบงานต่าง ๆ เสนอต่อคณะกรรมการที่นำพัฒนาคุณภาพและคณะกรรมการบริหารเพื่อวางแผนการพัฒนาทั้งในด้านการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA การบริหารจัดการความเสี่ยง และการดำเนินงานพัฒนาสถานบริการตามนโยบาย EMS

I: Intervention and Innovation

- เตรียมรับการรับรองคุณภาพ HA และดำเนินงานพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
- มีกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยง นำข้อมูลอุบัติการณ์มาทบทวนและวางแนวทางแก้ไข เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อ ผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงาน (2P Safety)
- ประเมินตนเองตามนโยบาย EMS พร้อมทั้งจัดทำแผนงาน/โครงการพัฒนาสถานบริการที่สอดคล้องกับนโยบาย EMS ของโรงพยาบาล พัฒนาสถานบริการให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนต่อการจัดบริการรูปแบบใหม่ให้ ครอบคลุมในทุกมิติสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการนำเทคโนโลยี นวัตกรรมที่มีความทันสมัยมาปรับปรุงโครงสร้างการ จัดบริการรูปแบบใหม่ที่มีความปลอดภัยทั้งต่อผู้ให้บริการ และ ผู้รับบริการให้มีความสะดวกสบายในการเข้ารับบริการ
- การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก

I: Integration มีการบูรณาการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพร่วมกับการปฏิบัติงานเพื่อสร้างวัฒนธรรมการทำงานคุณภาพในงานประจำ บูรณาการกับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน (HA) และระบบบริการก้าวหน้า (EMS) รวมทั้งประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลในมิติด้านการพัฒนาองค์กรที่สอดคล้องกับการพัฒนาสถานพยาบาลตามนโยบาย EMS เกิดผลลัพธ์จากการจัดรูปแบบ/การปรับปรุงกระบวนการให้บริการโดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงาน (2P Safety) 2) เพื่อลดความแออัดลด 2)ระยะเวลารอคอยในการรับบริการ 3)เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเสมอภาคและความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ

M: Monitoring and Evaluation มีการกำกับติดตามการดำเนินงานตัวชี้วัดทางคลินิกที่สำคัญ ข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยง

ผลการดำเนินงาน: 5/5 คะแนน

ตารางที่ 62 แสดงข้อมูลผลการดำเนินงาน

| ตัวชี้วัด | ผลงาน |
|---|--|
| 1. การพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน HA 1.1 ไม่ผ่าน การประเมิน (0 คะแนน) 1.2 ได้รับการกำหนดวันเยี่ยมสำรวจ/ประเมินผ่าน/ผ่านแบบมีเงื่อนไข (1 คะแนน) | อยู่ระหว่างกระบวนการขอรับรองชั้นที่ 3 ต่ออายุ (RS) กำหนดวันเยี่ยมสำเดือน ตุลาคม 2566 (1 คะแนน) |
| 2. การบริหารจัดการความเสี่ยงในสถานพยาบาล(2P safety) รายงานข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยง (2P safety) กรณีเกิดเหตุไม่พึงประสงค์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย (ระดับ E ขึ้นไป) ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน 2.1 ไม่รายงาน (0 คะแนน) 2.2 รายงานแต่ไม่ครบ (0.5 คะแนน) 2.3 รายงานครบ (1 คะแนน) | ดำเนินงานต่อเนื่อง รายงานครบ (1 คะแนน) |
| 3. การจัดทำแผนงาน/โครงการพัฒนาสถานบริการตามนโยบาย EMS 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) Environment 2) Modernization 3) Smart Service 3.1 ไม่ได้จัดทำแผนงานโครงการฯ EMS (0 คะแนน) 3.2 จัดทำแผนงานโครงการฯ EMS 1-2 ด้าน (0.5 คะแนน) 3.3 จัดทำแผนงาน/โครงการฯ EMS ครบ 3 ด้าน (1 คะแนน) | ทำแผน EMS ครบ 3 ด้าน (1 คะแนน) |
| 4. การดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการพัฒนาสถานบริการตามนโยบาย EMS 4.1 ไม่มีการดำเนินการตามแผนงาน/โครงการฯ EMS (0 คะแนน) 4.2 ดำเนินการตามแผนงาน/โครงการฯ EMS บางด้าน หรือดำเนินบางส่วน (0.5 คะแนน) 4.3 ดำเนินการตามแผนตามแผนงาน/โครงการฯ EMS ครบ 3 ด้าน (1 คะแนน) | ดำเนินการตามแผน EMS ครบ 3 ด้าน (1 คะแนน) |
| 5.การประเมินความพึงพอใจผู้มารับบริการที่โรงพยาบาล 5.1 ไม่มีการประเมินความพึงพอใจผู้มารับบริการ (0 คะแนน) 5.2 ผลการประเมินความพึงพอใจ ≤ 85 (0.5 คะแนน) 5.3 ผลการประเมินความพึงพอใจ ≥ 85 (1 คะแนน) | ผลการประเมินความพึงพอใจ พฤษภาคม 2566 ร้อยละ 85.37 (1 คะแนน) |

โรงพยาบาลเป็ยน้อยได้รับการรับรองตามมาตรฐานHA ชั้น 3 และรับรองซ้ำ (Re-accreditation 3) ได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 8 สิงหาคม 2564 และหมดอายุการรับรองวันที่ 7 สิงหาคม 2566 ขณะนี้ได้ดำเนินการส่งเอกสารและอยู่ระหว่างกระบวนการขอรับรองต่ออายุ ชั้นที่ 3 (RS) และกำหนดวันเยี่ยมสำรวจ ช่วงเดือนตุลาคม 2566

2. ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ -

รหัสตัวชี้วัด : K404

ชื่อตัวชี้วัด : จำนวนหน่วยงานสาธารณสุขที่พัฒนาสู่องค์กรดิจิทัล

ผู้รับผิดชอบ : นายเสรี บุญทวี ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM³)

1.1 การพัฒนาโครงสร้างกลไกการทำงาน (Structure):

- มีห้อง Datacenter
- แต่งตั้งคณะกรรมการ Telemedicine/Homeward
- จัดทำแผนความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์
- การอัปเดต Path ความปลอดภัยระบบสารสนเทศ
- ตั้งค่าระบบพิสูจน์ตัวตนพร้อม DID ทั้ง รพ. และ รพสต.
- ปรับปรุง HIS ให้เป็นปัจจุบัน

1.2 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information) :

- มีการส่งข้อมูล Replication ไปยัง Data Center สสจ. ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน
- มีการเชื่อมต่อระบบ Telemedicine กับระบบ HIS ของ รพ. และตั้งค่าระบบเพิ่มรหัสมาตรฐาน ประเภทการมารับบริการ
- มีการส่งข้อมูลระบบหมอพร้อม PHR
- รพ.ส่งข้อมูล 43 แฟ้มครบถ้วนทันเวลา

1.3 การพัฒนากระบวนการดำเนินงานและนวัตกรรม (Intervention and Innovation) :

- มีการพิสูจน์ตัวตน DID ให้แก่เจ้าหน้าที่
- รพ.จะมีการส่งข้อมูล PHR เป็นให้ปัจจุบัน
- ตรวจสอบช่องโหว่ในการโจมตีทางไซเบอร์ และดำเนินการปิดช่องทางการเข้าถึงจากภายนอกทั้งหมด

1.4 การบูรณาการ (Integration) :

- อสม.มีส่วนช่วยในการดำเนินงานด้าน Telemedicine และการส่งยาให้ผู้ป่วย

- ประชาชนที่พิสูจน์ตัวตนสามารถเข้าถึงประวัติการรักษาของตนเองได้เมื่อต้องการไปรักษา ต่อเนื่องที่ รพ. อื่น

1.5 การติดตามประเมินผล (Monitoring and Evaluation) :

- กำกับติดตามข้อมูลจากระบบ HDC, IDP Admin, PHR Dashbroad
- ติดตาม และตรวจสอบข้อมูลจากระบบ DMS Telemedicine

ผลการดำเนินงาน: 4.33 คะแนน

ตารางที่ 63 แสดงผลการพัฒนาหน่วยงานสาธารณสุขที่พัฒนาสู่องค์กรดิจิทัล

| รายละเอียด | เป้าหมาย (ร้อยละ) | ผลงาน | | หมายเหตุ |
|---|-------------------------|-----------|-----------------|----------|
| | | ร้อยละ | คะแนน ที่ได้ | |
| การส่งข้อมูลเข้า Datacenter สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น ของโรงพยาบาล (5 คะแนน) | 90 | 95 | 5 | |
| การส่งข้อมูลเข้า Datacenter สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (5 คะแนน) | 90 | 85 | 5 | |
| โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่งข้อมูล 43 แห่ง เข้า HDC (5 คะแนน) | 98 | 100 | 5 | |
| โรงพยาบาลให้บริการผ่านระบบ Telemedicine (5 คะแนน) | ให้บริการ 1200 ครั้ง | 619 ครั้ง | 2 | |
| การจัดทำ Digital ID บุคลากร (5 คะแนน) | 90 | 96 | 5 | |
| การจัดทำ Digital ID ประชาชน (5 คะแนน) | 50 | 45 | 4 | |

2. ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ

- 2.1 ปรับปรุงการส่งข้อมูล Replication ให้ผ่าน MPLS ของกระทรวง ซึ่งอยู่ในระหว่างการตั้งค่าระบบ Network ใหม่
- 2.2 การประชาสัมพันธ์เรื่องการพิสูจน์ตัวตน และ Telemedicine ยังไม่ทั่วถึง
- 2.3 ปัญหาเกี่ยวกับข่าวข้อมูลรั่วไหล

รหัสตัวชี้วัด : K405

ชื่อตัวชี้วัด :โรงพยาบาลมีการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้รับผิดชอบ : น.ส.นิศาชล กันหาบาง ตำแหน่ง นักวิชาการการเงินและบัญชีปฏิบัติการ
นางน้ำทิพย์ ไสโสภณ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

1.การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM³)

1.1 การพัฒนาโครงสร้างกลไกการทำงาน (Structure)

- มีคำสั่งมอบหมายผู้รับผิดชอบด้านบัญชีและผู้รับผิดชอบด้านการเงินแยกออกจากกัน
- มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลของหน่วยงาน
- มีคำสั่งหรือมอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล 7 สิทธิ
- มี Flow chart ของกระบวนการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล 4 สิทธิ
- มีคำสั่งหรือมอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบ Audit Chart เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเวช

ระเบียน

- มีคณะทำงานพัฒนาต้นทุนหน่วยบริการประจำโรงพยาบาล
- มีแผนการพัฒนากิจการจัดทำต้นทุน Unit Cost ในแผนการดำเนินงานของโรงพยาบาล
- มีการนำเสนอต้นทุนบริการ OP/IP ต่อคณะกรรมการบริหารเป็นประจำทุกเดือน
- มีการตรวจสอบคุณภาพความถูกต้องของข้อมูลบริการ OP/IP เป็นประจำทุกเดือน
- ต้นทุนบริการ OP/IP ต่อหน่วยอยู่ในเกณฑ์เดียวกับกลุ่มระดับบริการด้วยวิธี Quick Method

ใช้ข้อมูลจากกองเศรษฐกิจฯ สป.สธ.ประมวลผลในภาพรวมประเทศ เป็นรายไตรมาส

1.2 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information):

- มีการประชุมคณะกรรมการจัดเก็บรายได้อย่างน้อยไตรมาสละครั้ง
- ดำเนินการควบคุมตามแผนรายได้-ค่าใช้จ่าย Planfin
- ติดตามเฝ้าระวังตัวชี้วัดทางการเงิน
- มีการนำโปรแกรม RCM , DATA AUDIT มาใช้คู่กับ โปรแกรม Hos XPV.4

1.3 การพัฒนากระบวนการดำเนินงานและนวัตกรรม (Intervention and Innovation)

- บริหารด้านการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ ตรงตามแผนประมาณการรายได้-ค่าใช้จ่าย
- มีการนำโปรแกรม RCM, DATA AUDIT มาใช้คู่กับ โปรแกรม Hos XPV.4 เพื่อพัฒนาการเรียก

เก็บและบันทึกหลักฐานนี้ค่ารักษา

1.4 การบูรณาการ (Integration)

- รายงานสถานการณ์การเงินต่อคณะกรรมการบริหารเป็นประจำทุกเดือน
- มีการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพไม่มีความเสี่ยงด้านการเงิน
- การบริหารต้นทุนต่อหน่วยบริการไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการเดียวกัน

1.5 การติดตามประเมินผล (Monitoring and Evaluation)

- กำกับติดตามการใช้งบประมาณให้เป็นไปตามแผนประมาณการรายได้-ค่าใช้จ่าย โดยรายงานในที่ประชุมคณะกรรมการบริหาร
- กำกับติดตามการจัดเก็บรายได้ลูกหนี้ค่ารักษาเป็นประจำอย่างน้อยไตรมาสละครั้ง
- ส่งรายงานทางการเงินครบ ทันเวลา ถูกต้อง ตามที่กำหนดให้ส่ง

2. ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานระดับอำเภอ

- ให้ศูนย์จัดเก็บรายได้ งานการเงินและบัญชี บูรณาการข้อมูลเชื่อมโยงระหว่างกัน เพื่อจะได้กระทบยอดข้อมูลลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลทุกสิทธิ
- เนื่องจากงานการเงินและบัญชี มีผู้ปฏิบัติงานเพียง 2 คน ภาระงานที่รับผิดชอบมีมาก ทำให้เกิดการท้งานที่ล่าช้า และไม่สามารถประสานการทำงานระหว่างงานการเงินและบัญชี กับศูนย์จัดเก็บรายได้

รหัสตัวชี้วัด : K406

ชื่อตัวชี้วัด : จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นขึ้นใหม่หรือพัฒนาต่อยอด

ผู้รับผิดชอบ: นางสาวสุนันท์ชนก น้ำใจดี **ตำแหน่ง** เกสัชกรชำนาญการ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ของอำเภอ (การวิเคราะห์งานด้วยกรอบ SIM3)

S: Structure มีคณะกรรมการวิชาการเพื่อสนับสนุนให้มีนักวิจัยทั้งเก่าและใหม่ แต่งตั้งทีมพี่เลี้ยง (Facilitator) และที่ปรึกษา เพื่อขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้านวิทยาศาสตร์ การแพทย์ และสาธารณสุข ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP)

I: Information มีการจัดทำแผนงาน/โครงการวิจัยระดับ CUP มีระบบและกลไกขับเคลื่อน ระบบ กำกับติดตามและประเมินผลการพัฒนานวัตกรรมการบริหารและการจัดบริการสุขภาพ

I: Intervention and Innovation หน่วยงานมีการดำเนินการตามแผนงาน/โครงการที่ผู้วิจัยได้นำเสนอในแผน CUP มีคณะกรรมการกำกับ ติดตาม และประเมินผล ทุก 3 เดือน เพื่อพัฒนานวัตกรรมการบริหารและการจัดบริการสุขภาพไปปฏิบัติในพื้นที่จริง จัดกิจกรรมมหกรรมคุณภาพซึ่งเป็นเวทีขับเคลื่อนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้งานวิชาการในโรงพยาบาล

I: Integration บูรณาการแผนงาน/โครงการร่วมกับภาคีเครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้องในอำเภอ ตลอดจนงบประมาณที่ได้จากท้องถิ่นและส่วนราชการอื่นนำมาพัฒนาสุขภาพร่วมกันกับสาธารณสุข และบูรณาการร่วมกับงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

M: Monitoring and Evaluation หน่วยงานมีรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน/ การนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมที่ได้จากผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดไปใช้ประโยชน์ ให้แก่หน่วยงานอื่น/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่งผลงานนำเสนอผ่านเวทีระดับจังหวัด

ผลการดำเนินงาน: 5/5 คะแนน

ตารางที่ 64 แสดงข้อมูลผลงานรายตัวชี้วัด

| ข้อที่ | ตัวชี้วัด | ผลงาน |
|--------|---|---|
| 1 | หน่วยงานมีคณะกรรมการ/แต่งตั้งทีมพี่เลี้ยง (Facilitator) และ ที่ปรึกษา ขับเคลื่อนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้าน วิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข ระดับเครือข่าย บริการสุขภาพ (CUP) | มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการวิชาการ ระดับ CUP คำสั่งที่ 3/2566 ลงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2566 (1 คะแนน) |
| 2 | หน่วยงานมีแผนงาน/โครงการ ระบบและกลไกขับเคลื่อน ระบบกำกับติดตามและประเมินผลการพัฒนานวัตกรรม การบริหาร และการจัดบริการสุขภาพ | มีแผนงานโครงการมทรรคมคุณภาพ โรงพยาบาลเป็อยน้อย (1 คะแนน) |
| 3 | หน่วยงานมีการนำ/ดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ กำกับ ติดตาม และประเมินผล การพัฒนานวัตกรรม การบริหารและ การจัดบริการสุขภาพไปปฏิบัติในพื้นที่จริง | จัดโครงการมทรรคมคุณภาพ โรงพยาบาลเป็อยน้อย เมื่อวันที่ 2 มิถุนายน 2566 (1 คะแนน) |
| 4 | หน่วยงานมีรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน/การนำ องค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมที่ได้จากผลงานวิจัย/ R2R/ นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่ พัฒนาต่อยอดไปใช้ประโยชน์ให้แก่หน่วยงานอื่น/หน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง | มีผลงานที่ดำเนินงานแล้วส่งเข้าร่วม นำเสนอโครงการมทรรคมคุณภาพ จำนวน 10 ผลงาน (1 คะแนน) |
| 5 | มีผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้น ใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ไปใช้ประโยชน์ หรือมีส่วนร่วมในการ ดำเนินงานวิจัย/R2R/นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่แก้ไข ปัญหา ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น กับทีมที่มีการดำเนินงานฯ และมีการนำเสนอ ผลงานผ่านเวทีระดับจังหวัดขึ้นไป อย่างน้อย 1 เรื่อง | มีผลงานที่ได้รับคัดเลือก - นำเสนอในงานประชุมวิชาการ จังหวัดขอนแก่น ประจำปี 2566 จำนวน 6 เรื่อง และมี 1 เรื่องที่ ได้รับรางวัลรางวัลชมเชยลำดับที่ 2 ประเภทโปสเตอร์ กลุ่มวิจัย นวัตกรรม สิ่งประดิษฐ์ - นำเสนอในงานประชุมวิชาการ Northeast Regional HA Forum ครั้งที่ 18 จำนวน 1 เรื่อง (1 คะแนน) |

ผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม ที่ได้รับคัดเลือกให้นำเสนอในงานประชุมวิชาการจังหวัดขอนแก่น ประจำปี 2566 จำนวน 6 เรื่อง ได้แก่

1. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงในอำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น *(รางวัลชมเชยลำดับที่ 2 ประเภทโปสเตอร์ กลุ่มวิจัยนวัตกรรม สิ่งประดิษฐ์)*
2. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับยาที่เหมาะสม ปลอดภัย ไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
3. นวัตกรรม “หลังคลอด Happy”
4. นวัตกรรม “ชาตั้งกรวยอิมฮอฟฟ์ 4ป.”
5. การดำเนินงานบริการดิจิทัลทางการแพทย์ (Digital ID)
6. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพอำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น หลังการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. (สสอ.เปือยน้อย)

ผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรม ที่ได้รับคัดเลือกให้นำเสนอในงานประชุมวิชาการ Northeast Regional HA Forum ครั้งที่ 18 จำนวน 1 เรื่อง ได้แก่

1. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงในอำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น

ปัญหา อุปสรรค /ข้อเสนอแนะ

1.รพ.สต.ถ่ายโอนไปยัง อบจ. การขับเคลื่อนงานด้านสาธารณสุขเป็นไปล่าช้า

2.การดำเนินการตามนโยบายสำคัญ การขับเคลื่อนนโยบายสำคัญ ตามนโยบาย EMS เช่น การติดตั้งระบบโซล่าเซลล์ เนื่องจากเป็น รพ.ขนาดเล็กมีข้อจำกัดด้านงบประมาณหาก ต้องการให้จังหวัดเป็นผู้ประสานงานในการต่อรองราคา หรือหาแหล่งงบประมาณเพื่อขอยืมในการลงทุนดังกล่าว

ผลงานเด่น/ความภาคภูมิใจในปีที่ผ่านมา



เป็นสถานที่จัดงาน
wellness center



การประชุมเชิงปฏิบัติการ ขับเคลื่อนงาน การแพทย์แผนไทยเพื่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจ จังหวัดขอนแก่น ประจำปี 2566



โครงการส่งเสริม สมรรถนะของ ผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ 350 คน
อสม. 82 คน



รางวัลรองชนะเลิศ ลำดับที่ 1

Bright spot hospital ประจำปีงบประมาณ 2566

ระดับบริการ F2 เขตสุขภาพที่ 7



ผลงานวิชาการ

การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง
ในอำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น



รางวัลชมเชยลำดับที่ 2

ประเภทโปสเตอร์ กลุ่มวิจัยนวัตกรรม/สิ่งประดิษฐ์
งานประชุมวิชาการจังหวัดขอนแก่น ประจำปี 2566



ได้รับคัดเลือกให้นำเสนอ

ในงานประชุมวิชาการ
Northeast Regional HA Forum ครั้งที่ 18

รางวัลชนะเลิศ ประเภท R2R

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ
โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านสัมปอญใหญ่ ต.ขามป้อม อ.เป็ดย่อย จ.ขอนแก่น



ในงานประชุมวิชาการงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพแห่งชาติ
ประจำปี 2565 วันที่ 7-9 กันยายน 2565

รางวัลคุณภาพแห่งชาติ



รางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1
หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม



รางวัลการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยกลไกการพัฒนา
คุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ ประจำปี 2565 จากกรมควบคุมโรค
งานวิจัยเรื่อง การพัฒนาแบบการควบคุมระดับความดันโลหิต
ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อ.เป็ดย่อย
น้อย จ.ขอนแก่น ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสาธารณสุข

ภาคผนวก



คำสั่งโรงพยาบาลเป็ยน้อย
ที่ ๕๕ /๒๕๖๕

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการผู้รับผิดชอบงานตามตัวชี้วัดการนิเทศ ติดตาม ประเมินผล การดำเนินงาน
สาธารณสุข ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

เพื่อให้การดำเนินงานตามตัวชี้วัดการนิเทศ ติดตาม ประเมินผล การดำเนินงานสาธารณสุข ระดับ
เครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ บรรลุ
เป้าหมายตามตัวชี้วัด ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อทางราชการ จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการผู้รับผิดชอบงานตาม
ตัวชี้วัดการนิเทศ ติดตาม ประเมินผล การดำเนินงานสาธารณสุข ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) จังหวัด
ขอนแก่น ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ดังนี้

๑. คณะอำนวยการประกอบด้วย

- | | | |
|--------------------------|--|---------------------|
| ๑. นางเรียมใจ พลเวียง | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็ยน้อย | ประธานกรรมการ |
| ๒. น.พ.นิติรัฐ นาให้ผล | หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ฯ | รองประธาน |
| ๖. ท.พ.วีรพันธ์ ใจแก้ว | หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม | กรรมการ |
| ๓. นายชัยธัช นามมา | หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล | กรรมการ |
| ๕. ภญ.เบญจพร วัฒนศิริเวช | หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค | กรรมการ |
| ๖. นางนฤมล ผิวผาง | หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม | กรรมการ |
| ๗. นายสุภณ ประพันธ์ | หัวหน้ากลุ่มงานบริหารงานทั่วไป | กรรมการและเลขานุการ |

มีหน้าที่ดังต่อไปนี้

- วางแผนงานในการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนงานให้บรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดปี ๒๕๖๖
- นิเทศ กำกับ ติดตาม ประเมินผลความก้าวหน้าการดำเนินงานทุกรายไตรมาส
- สนับสนุนการดำเนินงานแก่ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**๒. คณะทำงานผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดการนิเทศ ติดตาม ประเมินผล การดำเนินงานสาธารณสุข ระดับ
เครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ประกอบด้วย**

| รหัส | ตัวชี้วัด | ผู้รับผิดชอบ |
|---|---|----------------------|
| ยุทธศาสตร์ที่ ๑ สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และคุ้มครอง ผู้บริโภคด้านสุขภาพและสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน | | |
| K๑๐๑ | คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการดำเนินงานอนามัยมารดาและทารก | นางกอบกุล คงแก้ว |
| K๑๐๒ | คะแนนเฉลี่ยของหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลตาม เกณฑ์คุณภาพ | นางภัทรวดี ประพันธ์ |
| K๑๐๓ | คะแนนเฉลี่ยเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย | นางปฐิมาภรณ์ ภูมิทอง |
| K๑๐๔ | คะแนนเฉลี่ยของการเฝ้าระวังและการติดตามการเจริญเติบโต ๐-๕ ปี | นางปฐิมาภรณ์ ภูมิทอง |

| รหัส | ตัวชี้วัด | ผู้รับผิดชอบ |
|--|---|----------------------|
| K๑๐๕ | คะแนนเฉลี่ยของการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน | นางปัทมาภรณ์ ภูมิทอง |
| K๑๐๖ | คะแนนเฉลี่ยของการเฝ้าระวังและป้องกันการตั้งครรถ์ในวัยรุ่น | นางภัทรวดี ประพันธ์ |
| K๑๐๗ | ร้อยละของวัยทำงานอายุ ๑๘-๕๙ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ | นางนฤมล ผิวผาง |
| K๑๐๘ | ระดับคะแนนเฉลี่ยการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง Geriatric Syndromes ได้รับการส่งต่อ ดูแลรักษาในระบบบริการคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาล และวางแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) | น.ส.มีนา ชินศรี |
| K๑๐๙ | อำเภอฟันผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ | สสอ.เป็อยน้อย |
| K๑๑๐ | ระดับความสำเร็จของการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต | สสอ.เป็อยน้อย |
| K๑๑๑ | ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก | นางภัทรวดี ประพันธ์ |
| K๑๑๒ | ประชากรอายุ ๕๐-๗๐ ปี กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test | นางนฤมล ผิวผาง |
| K๑๑๓ | ร้อยละประชากร ๓๕ ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง | นางนฤมล ผิวผาง |
| K๑๑๔ | ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง | นางสุรภา พิลาออน |
| K๑๑๕ | ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วมระดับอำเภอ | ภก.วีรณัฐ ไชยคุณ |
| K๑๑๖ | โรงพยาบาลยกระดับการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ (GREEN & CLEAN Hospital Challenge) | น.ส.เจนจิรา เสมอหน้า |
| ยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพมีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงระบบบริการทุกระดับ ทัวถึงไร้รอยต่อและเป็นธรรม | | |
| K๒๐๑ | จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตาม พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ | นางปัทมาภรณ์ ภูมิทอง |
| K๒๐๒ | ร้อยละของประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว ๓ คน และมีทะเบียนรายชื่อแพทย์คู่กับประชาชน | นายณัฐวรรธน์ พลไธสง |
| K๒๐๓ | ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี | นางสุรภา พิลาออน |
| K๒๐๔ | ระดับความสำเร็จของอำเภอฟันผ่านคุณลักษณะอำเภอฟันป้องกันและแก้ไข ปัญหาการฆ่าตัวตายที่เข้มแข็ง | น.ส.กฤษณช ทัพชัย |
| K๒๐๕ | ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๕ ml/min/๑.๗๓m ² /yr | นางสุรภา พิลาออน |
| K๒๐๖ | ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) | นายณัฐวรรธน์ พลไธสง |
| K๒๐๗ | ระดับความสำเร็จการดำเนินการลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage Level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง(ทั้งที่ ER และ Admit) | นางเพ็ญประภา บัวแดง |
| K๒๐๘ | ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค | นางวัชรภรณ์ นาพิกุล |

| รหัส | ตัวชี้วัด | ผู้รับผิดชอบ |
|--|---|-----------------------------|
| K๒๐๙ | ระดับความสำเร็จของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ในการเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของการระบาดโรคติดต่อที่สำคัญและภัยสุขภาพ | นางพิมพ์ชนก เครือพงษ์ศักดิ์ |
| K๒๑๐ | ระดับคะแนนความสำเร็จของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผลระดับอำเภอ | ภญ.เบญจพร วัฒนศิริเวช |
| K๒๑๑ | ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | นายศรารัตน์ ยาพันธ์ |
| K๒๑๒ | โรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ตามเกณฑ์มาตรฐาน | น.ส.กลิ่นพกา ปู่แก้ว |
| K๒๑๓ | ระดับความสำเร็จในการจัดระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ระดับ ๕ | พญ.สุทธิลักษณ์ นามลิวัลย์ |
| K๒๑๔ | ระดับความสำเร็จของสถานพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการจัดระบบบริการบริบาลขั้นกลาง (Intermediate Care: IMC) | นายสุวัฒน์ ทิทา |
| K๒๑๕ | ระดับความสำเร็จในการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ระดับอำเภอ | ภญ.สุนันท์ชนก น้ำใจดี |
| ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะมีความสุขในการทำงานและส่งเสริมการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในการดูแลและจัดการระบบสุขภาพ | | |
| K๓๐๑ | ระดับคะแนนการพัฒนาศักยภาพ อสม.เป็น อสม.หมอบริการบ้านและสามารถใช้ Application สมาร์ท อสม.ได้ | นายณัฐวรรธน์ พลไธสง |
| ยุทธศาสตร์ที่ ๔ การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บริการด้วยความทันสมัยและธรรมาภิบาล | | |
| K๔๐๑ | หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA) | นายสุกฤษ ประพันธ์ |
| K๔๐๒ | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (PMQA Plus) | สสอ.เป็อยน้อย |
| K๔๐๓ | โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐาน HA และระบบบริการก้าวหน้า (EMS) | ภญ.สุนันท์ชนก น้ำใจดี |
| K๔๐๔ | จำนวนหน่วยงานสาธารณสุขที่พัฒนาสู่องค์กรดิจิทัล | นายเสรี บุญทวี |
| K๔๐๕ | โรงพยาบาลมีการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ | น.ส.นิศาชล กันหาบาง |
| K๔๐๖ | จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นขึ้นใหม่หรือพัฒนาต่อยอด | ศูนย์คุณภาพ |

มีบทบาทหน้าที่ และการดำเนินงานดังต่อไปนี้

๑. ดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดตัวชี้วัดตัวชี้วัดการนิเทศ ติดตาม ประเมินผล การดำเนินงานสาธารณสุข ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) ปี ๒๕๖๖ ที่รับผิดชอบ
๒. ตรวจสอบข้อมูลให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน และจัดส่งข้อมูลทันตามเวลา ตามรายละเอียด เงื่อนไขที่ระบุใน KPI Template ปี ๒๕๖๖

๓.สรุปรายงานผลการดำเนินงานและส่งให้แก่คณะทำงานด้านการจัดทำรายงานและการนำเสนอผลการดำเนินงานเพื่อการจัดทำเอกสารรายงานผลการดำเนินงานและนำเสนอข้อมูลผู้นิเทศ ติดตาม ประเมินผลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

๔.งานอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย เพื่อการดำเนินงานเพื่อการบรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดที่รับผิดชอบ

๓. คณะทำงานด้านการจัดทำรายงานและการนำเสนอผลการดำเนินงาน ประกอบด้วย

| | | |
|--------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| ๑. นายสุภณ ประพันธ์ | นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ | ประธานกรรมการ |
| ๒. ภก.กานต์ ชัยทอง | เภสัชกรชำนาญการ | รองประธาน |
| ๓. ภก.สุนันชนก น้ำใจดี | เภสัชกรชำนาญการ | กรรมการ |
| ๔. น.ส.ธันยพัฒน์ อักษรวงศศิลป์ | นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ | กรรมการ |
| ๕. น.ส.เจนจิรา เสมอหน้า | เจ้าพนักงานสาธารณสุข | กรรมการและเลขานุการ |
| ๖. น.ส.เมทินี แสงเมือง | นักวิชาการสาธารณสุข | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

มีหน้าที่ดังต่อไปนี้

๑. รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดตัวชี้วัดการนิเทศ ติดตาม ประเมินผล การดำเนินงานสาธารณสุข ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) ปี ๒๕๖๖

๒. จัดทำเอกสาร รูปเล่มรายงานผลการดำเนินงานเพื่อเตรียมรับการนิเทศงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

๓. จัดทำข้อมูลเพื่อนำเสนอผลการดำเนินงานต่อผู้นิเทศ ติดตาม ประเมินผล การดำเนินงานสาธารณสุข ระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) ปี ๒๕๖๖

ทั้งนี้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

เรียมใจ พลเวียง

(นางเรียมใจ พลเวียง)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็อยน้อย