



นิเทศการดำเนินงาน  
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านตาขุน  
ครั้งที่ 1 ปีงบประมาณ 2563  
วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2563

◆————◆  
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

# ประเด็นการนิเทศงาน

Agenda based



ประเด็นที่ ๑ โครงการพระราชดำริ

๑. โครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์
๒. โครงการเร่งรัดกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปภายในปี ค.ศ.๒๐๒๐
๓. โครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคหนองพยาธิในนักเรียน และเยาวชนในพื้นที่ถิ่นทุรกันดารฯ
๔. พัฒนาการเฝ้าระวังและเสริมสร้างศักยภาพเพื่อกำจัดโรค ไข้มาลาเรียในพื้นที่โครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารฯ

ประเด็น PA



การควบคุมป้องกันวัณโรค

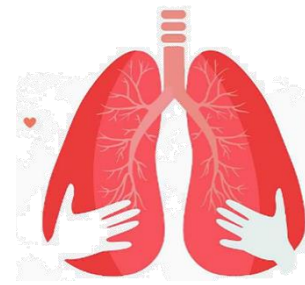
# ประเด็นตรวจราชการ : โครงการพระราชดำริ

## หัวข้อ : โครงการเร่งรัดกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปภายในปี ค.ศ.2020

เป้าหมายการดำเนินงาน (Objective)	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Key Results)				ผลสำเร็จ
	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4	
กำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไป ภายในปี 2563	1. จัดทำแผนป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าภายใต้การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	1. สรุปรายงานผลการดำเนินงานตามระดับความสำเร็จของการเร่งรัดโรคพิษสุนัขบ้า	1. สรุปรายงานผลการดำเนินงานตามระดับความสำเร็จของการเร่งรัดโรคพิษสุนัขบ้า	1. สรุปรายงานผลการดำเนินงานตามระดับความสำเร็จของการเร่งรัดโรคพิษสุนัขบ้า	ไม่พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าในปี 2563
	2. สำรวจจำนวนบุคลากรกลุ่มเสี่ยงในการฉีดวัคซีนแบบป้องกันล่วงหน้า		2. ประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคล่วงหน้า		
	3. สรุปรายงานการค้นหา ติดตาม ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า เพื่อรับวัคซีน (แบบฟอร์ม Rabies 1) ทุกวันที่ 20 ของเดือน	2. สรุปรายงานการค้นหา ติดตาม ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า เพื่อรับวัคซีน (แบบฟอร์ม Rabies 1) ทุกวันที่ 20 ของเดือน	3. สรุปรายงานการค้นหา ติดตาม ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า เพื่อรับวัคซีน (แบบฟอร์ม Rabies 1) ทุกวันที่ 20 ของเดือน	2. สรุปรายงานการค้นหา ติดตาม ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า เพื่อรับวัคซีน (แบบฟอร์ม Rabies 1) ทุกวันที่ 20 ของเดือน	
	4. ลงรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า ในระบบโปรแกรม รายงาน ร.36	3. ลงรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า ในระบบโปรแกรม รายงาน ร.36	4. ลงรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า ในระบบโปรแกรม รายงาน ร.36	3. ลงรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า ในระบบโปรแกรม รายงาน ร.36	
	5. รายงานการรับ - จ่าย วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และอิมมูโนโกลบูลิน	4. รายงานการรับ - จ่าย วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และอิมมูโนโกลบูลิน	5. รายงานการรับ - จ่าย วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และอิมมูโนโกลบูลิน	4. รายงานการรับ - จ่าย วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และอิมมูโนโกลบูลิน	

# ๑. ประเด็นตรวจราชการ : การควบคุมป้องกันวัณโรค

หัวข้อ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่  $\geq$  ร้อยละ ๘๕



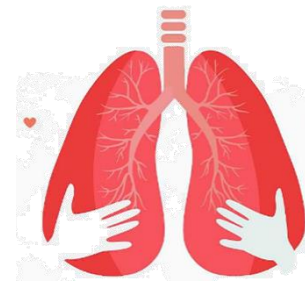
เป้าหมายการดำเนินงาน (Objective)	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Key Results)			
	ไตรมาสที่ ๑	ไตรมาสที่ ๒	ไตรมาสที่ ๓	ไตรมาสที่ ๔
ประชากรกลุ่มเสี่ยง ได้รับการคัดกรอง $\geq$ ร้อยละ ๘๕ ( สปสช. ตัดข้อมูล ๓๐ มิ.ย.๖๓ )	ประชากร ๗ กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง วัณโรคด้วยการเอ็กซเรย์ปอด และบันทึก ผลลงในโปรแกรม NTIP ผลงานร้อยละ ๓๑.๖๗ ในแต่ละกลุ่มเสี่ยง ๑. ผู้สัมผัส ๒. ผู้ติดเชื้อ HIV ๓. เบาหวาน ๔. ผู้ที่อายุ ๖๕ ปีและมีโรคร่วม ๕. บุคลากรสาธารณสุข ๖. แรงงานข้ามชาติ ๗. ผู้ต้องขังเรือนจำ	ประชากร ๗ กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง วัณโรคด้วยการเอ็กซเรย์ปอด และบันทึก ผลลงในโปรแกรม NTIP ผลงานร้อยละ ๖๓.๓๔ ในแต่ละกลุ่มเสี่ยง ๑. ผู้สัมผัส ๒. ผู้ติดเชื้อ HIV ๓. เบาหวาน ๔. ผู้ที่อายุ ๖๕ ปีและมีโรคร่วม ๕. บุคลากรสาธารณสุข ๖. แรงงานข้ามชาติ ๗. ผู้ต้องขังเรือนจำ	ประชากร ๗ กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง วัณโรคด้วยการเอ็กซเรย์ปอด และบันทึก ผลลงในโปรแกรม NTIP ผลงานร้อยละ ๘๕ ในแต่ละกลุ่มเสี่ยง ๑. ผู้สัมผัส ๒. ผู้ติดเชื้อ HIV ๓. เบาหวาน ๔. ผู้ที่อายุ ๖๕ ปีและมีโรคร่วม ๕. บุคลากรสาธารณสุข ๖. แรงงานข้ามชาติ ๗. ผู้ต้องขังเรือนจำ	ประชากร ๗ กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง วัณโรคด้วยการเอ็กซเรย์ปอด และบันทึก ผลลงในโปรแกรม NTIP ผลงาน $\geq$ ร้อยละ ๘๕ ในแต่ละกลุ่มเสี่ยง ๑. ผู้สัมผัส ๒. ผู้ติดเชื้อ HIV ๓. เบาหวาน ๔. ผู้ที่อายุ ๖๕ ปีและมีโรคร่วม ๕. บุคลากรสาธารณสุข ๖. แรงงานข้ามชาติ ๗. ผู้ต้องขังเรือนจำ

# ผลงานการคัดกรองวัณโรคจำแนกรายอำเภอ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

อำเภอ	Close Contract			DM Uncontrolled			HCW			HIV			Prisoner			Elderly (COPD)			Migrant		
	เป้าหมาย	ผลงาน	%	เป้าหมาย	ผลงาน	%	เป้าหมาย	ผลงาน	%	เป้าหมาย	ผลงาน	%	เป้าหมาย	ผลงาน	%	เป้าหมาย	ผลงาน	%	เป้าหมาย	ผลงาน	%
กาญจนดิษฐ์	177	8	4.52	1,800	246	13.67	450	286	63.56	400	1	0.25				1,200	343	28.58	1,000		0.00
เกาะพะงัน	30	7	23.33	200	162	81.00	180	118	65.56	100	154	154.00		3		100	43	43.00	400	1,163	290.75
เกาะสมุย	222	47	21.17	436	55	12.61	500	376	75.20	950	2	0.21	1,118		0.00	448	44	9.82	1,000	3	0.30
คีรีรัฐนิคม	57		0.00	654	76	11.62	254		0.00	125	33	26.40				368	141	38.32	886	12	1.35
เคียนซา	81	32	39.51	600	253	42.17	280	305	108.93	178	46	25.84				620	498	80.32	1,000	159	15.90
ชัยบุรี	45	36	80.00	357	30	8.40	180	8	4.44	95		0.00				228	19	8.33	800		0.00
ไชยา	126		0.00	1,035		0.00	315		0.00	210		0.00	1,081	2	0.19	1,901		0.00	1,168	293	25.09
ดอนสัก	54	7	12.96	588		0.00	172		0.00	160		0.00				217		0.00	1,045		0.00
ท่าฉาง	36	1	2.78	1,293	164	12.68	224		0.00	108		0.00				659	7	1.06	2,412	1	0.04
ท่าชนะ	102	91	89.22	655		0.00	235	76	32.34	160	130	81.25				893	13	1.46	400		0.00
ท่าโรงช้าง	40	19	47.50	350	289	82.57	235		0.00	125		0.00		2		409	264	64.55	500	666	133.20
บ้านตาขุน	30	27	90.00	238	123	51.68	170	13	7.65	55		0.00				314	129	41.08	350	13	3.71
บ้านนาเดิม	30	9	30.00	429	1	0.23	158		0.00	120	1	0.83				194	1	0.52	95		0.00
บ้านนาสาร	105	54	51.43	1,200	6	0.50	372	96	25.81	325		0.00				800		0.00	100	1	1.00
พนม	48	24	50.00	400	99	24.75	200	207	103.50	119	73	61.34				300	78	26.00	1,200	32	2.67
พระแสง	165	6	3.64	1,226	802	65.42	288		0.00	272	269	98.90				728	391	53.71	224	147	65.63
พุนพิน	105	27	25.71	356	313	87.92	220	4	1.82	194	23	11.86				200	376	188.00	400	179	44.75
เมืองฯ	435	152	34.94	1,315	1	0.08	2,698	5	0.19	1,800	433	24.06	4,000	3	0.08	2,427	1	0.04	11,718	149	1.27
วิภาวดี	30	1	3.33	198		0.00	161		0.00	43		0.00		1		220		0.00	1,078	259	24.03
เวียงสระ	99	12	12.12	837	68	8.12	348		0.00	350	5	1.43				1,079	210	19.46	539	9	1.67
รวม	2,017	560	27.76	14,167	2,688	18.97	7,640	1,494	19.55	5,889	1,170	0.25	6,199	11	0.18	13,305	2,558	19.23	26,315	3,086	11.73

# ๑. ประเด็นตรวจราชการ : การควบคุมป้องกันวัณโรค

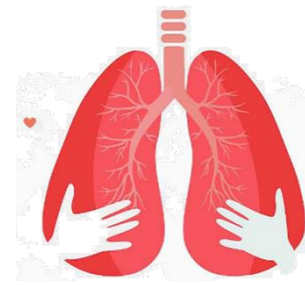
หัวข้อ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่  $\geq$  ร้อยละ ๘๕



เป้าหมายการดำเนินงาน (Objective)	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Key Results)			
	ไตรมาสที่ ๑	ไตรมาสที่ ๒	ไตรมาสที่ ๓	ไตรมาสที่ ๔
ความครอบคลุมการ ขึ้นทะเบียนรักษา ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และ กลับเป็นซ้ำ $\geq$ ร้อยละ ๘๒.๕ จากค่าคาดประมาณการ ๑๕๓ ต่อแสนประชากร	เป้าหมายผู้ป่วยขึ้นทะเบียน ร้อยละ ๘๒.๕ จำนวน ๕ ราย ผลการขึ้นทะเบียน จำนวน ๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐	เป้าหมายผู้ป่วยขึ้นทะเบียน ร้อยละ ๘๒.๕ จำนวน ๑๐ ราย ผลการขึ้นทะเบียน จำนวน ๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๐.๐๐	เป้าหมายผู้ป่วยขึ้นทะเบียน ร้อยละ ๘๒.๕ จำนวน ๑๕ ราย ผลการขึ้นทะเบียน จำนวน ..... ราย คิดเป็นร้อยละ	เป้าหมายผู้ป่วยขึ้นทะเบียน ร้อยละ ๘๒.๕ จำนวน ๒๐ ราย ผลการขึ้นทะเบียน จำนวน ..... ราย คิดเป็นร้อยละ

# ๑. ประเด็นตรวจราชการ : การควบคุมป้องกันวัณโรค

หัวข้อ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่  $\geq$  ร้อยละ ๘๕



เป้าหมายการดำเนินงาน (Objective)	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Key Results)			
	ไตรมาสที่ ๑	ไตรมาสที่ ๒	ไตรมาสที่ ๓	ไตรมาสที่ ๔
อัตราตายผู้ป่วยวัณโรคที่ ขึ้นทะเบียนรักษา < ร้อยละ ๕	ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้น ทะเบียนไตรมาสที่ ๑/๖๓	ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้น ทะเบียนไตรมาสที่ ๑/๖๓	ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้น ทะเบียนไตรมาสที่ ๑/๖๓	ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้น ทะเบียนไตรมาสที่ ๑/๖๓
ขาดยา = ๐	จำนวน ๑ ราย	จำนวน ๑ ราย	จำนวน ๑ ราย	จำนวน ๑ ราย
โอนออก = ๐	ตาย - ราย	ตาย - ราย	ตาย - ราย	ตาย - ราย
	ขาดยา - ราย	ขาดยา - ราย	ขาดยา - ราย	ขาดยา - ราย
	โอนออก ๑ ราย	โอนออก ๑ ราย	โอนออก ๑ ราย	โอนออก - ราย
	-จัดตั้ง case management team และติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วย	-จัดตั้ง case management team และติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วย	-จัดตั้ง case management team และติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วย	-จัดตั้ง case management team และติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วย
	- ทำDOTโดยเจ้าหน้าที่ฯทุกราย	- ทำDOTโดยเจ้าหน้าที่ฯทุกราย	- ทำDOTโดยเจ้าหน้าที่ฯทุกราย	- ทำDOTโดยเจ้าหน้าที่ฯทุกราย
	- ติดตามผู้ป่วยที่ส่งต่อไปรักษา ที่หน่วยบริการอื่น	- ติดตามผู้ป่วยที่ส่งต่อไปรักษา ที่หน่วยบริการอื่น	- ติดตามผู้ป่วยที่ส่งต่อไปรักษา ที่หน่วยบริการอื่น	- ติดตามผู้ป่วยที่ส่งต่อไปรักษา ที่หน่วยบริการอื่น

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด  
งานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี  
ปีงบประมาณ 2563  
อำเภอ พนม



OKR ประเด็นกัญชาทางการแพทย์ (ลงรายละเอียดตาม check list) รพช.ทุกแห่งเตรียมความพร้อมและตั้งภายในไตรมาส 3 /2563

ลำดับ	แนวทางการบริหารจัดการ ฯ จัดตั้ง <u>คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย</u> ปรับปรุงเบื้องต้นตามแนวทางของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
1	ได้รับอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5		/	(ยื่นผ่านงานคบส.สสจ.)
2	มีแพทย์แผนไทยที่ได้รับใบประกอบวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมไทยหรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่ผ่านอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยทำหน้าที่ตรวจวินิจฉัยและสั่งการรักษา	/		
3	มีทีมสหวิชาชีพร่วมดูแลผู้ป่วย อย่างน้อยประกอบด้วย แพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์	/		อยู่ในขั้นตอนเตรียมพร้อมความรู้ของสหวิชาชีพ
4	มีรายการตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ ตามแนวเวชปฏิบัติการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ในสถานบริการสุขภาพ	/		
5	มีความพร้อมเรื่องมาตรฐานความปลอดภัยทั้งในอาคารสถานที่ การให้บริการและสถานที่เก็บตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่	/		อยู่ในขั้นเตรียมความพร้อมด้านสถานที่จัดเก็บยา
6	มีระบบคัดกรองผู้ป่วยตามแนวทางคัดกรองการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย	/		
7	มีการกำหนดเกณฑ์รับและไม่รับผู้ป่วยในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย	/		
8	มีแนวทางเวชปฏิบัติในการสั่งจ่ายยา	/		



**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด**

**กลุ่มงานการแพทย์แผนไทย  
และการแพทย์ทางเลือก**

# ประเด็นตรวจราชการที่ 2 กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

## หัวข้อที่ 2

### 2.1 กัญชาทางการแพทย์

### 2.2 สมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ (สมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจและเมืองสมุนไพร)

## ตัวชี้วัด

ยาสมุนไพรจากน้ำมันชั้นหรือโพลที่ผลิตจากเมืองสมุนไพร 14 จังหวัด  
ผลิตจากวัตถุดิบปลอดภัย



## Key Result

โครงการพัฒนาเมืองสมุนไพรใน 14 จังหวัด : ส่งเสริมและพัฒนาให้เกิดเมืองสมุนไพรครบวงจร

# รพช./สสอ.

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	ผลสำเร็จ
<p>1.ประชุมชี้แจงคณะกรรมการPTC ผลักดันการใช้สมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน(ชค.62)</p> <p>2.ส่งเสริมการใช้ขมิ้นชันเป็น Frist Line Drug ในการรักษาท้องอืดท้องเฟ้อ (ชค.62)</p> <p>3.ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาล M1ร้อยละ21, โรงพยาบาล M2ร้อยละ 18.5 (ชค.62)</p> <p>4.กำกับ ติดตาม ประเมิน ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนระบบงานแพทย์แผนไทยครบวงจรในภาพรวมของเครือข่าย (ชค.62)</p>	<p>1.ทำสื่อประชาสัมพันธ์อย่างง่าย (มีค.63)</p> <p>2.จัดทำ POP UP ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน(มีค.63)</p> <p>3.จัดตั้งกลุ่ม/วิสาหกิจชุมชนเกี่ยวกับสมุนไพร<math>\geq</math>1กลุ่ม(มีค.63)</p> <p>4.ทำMOUโครงการส่งเสริมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีส่วนผสมของสมุนไพรเป็นอาหารว่างและเครื่องดื่มภายในเครือข่าย(มค.63)</p> <p>5.กำกับ ติดตาม ประเมิน และรายงานผลการดำเนินงานต่อผู้บังคับบัญชา(ทุกวันที่10ของเดือนถัดไปของไตรมาส)</p>	<p>1.มีแปลงปลูกที่ผ่านมาตรฐาน GAP (ทั้งจังหวัด <math>\geq</math>80แปลง) (มีย.63)</p> <p>2.กำกับ ติดตาม ประเมิน และรายงานผลการดำเนินงานต่อผู้บังคับบัญชา(ทุกวันที่10ของเดือนถัดไปของไตรมาส)</p>	<p>1.กำกับ ติดตาม ประเมิน และรายงานผลการดำเนินงานต่อผู้บังคับบัญชา(ทุกวันที่10ของเดือนถัดไปของไตรมาส)</p>	<p>1.ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกภาพรวมของเครือข่าย ร้อยละ 19.5</p> <p>2.ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนระบบงานแพทย์แผนไทยครบวงจรในภาพรวมของเครือข่าย ผ่านระดับ 3</p>

# โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	ผลสำเร็จ
<p>1.โครงการสมุนไพรธรรมชาติ</p> <p>2.โครงการกระเป๋ยาสมุนไพร *ประชาสัมพันธ์โครงการฯ (พย.62) *รับสมัคร/คัดเลือก กลุ่มเป้าหมาย (พย.62) *ประชุมชี้แจงนโยบายและ ขั้นตอนการดำเนินงาน(พย.62)</p> <p>3.ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมด ที่ได้รับบริการด้วยศาสตร์ การแพทย์แผนไทยฯร้อยละ36 (ธค.62)</p> <p>4.ระดับความสำเร็จของการ ขับเคลื่อนระบบงานแพทย์แผน ไทยครบวงจร ระดับหน่วยงาน</p>	<p>1.โครงการสมุนไพร</p> <p>1.1 อบรมให้ความรู้การปลูกและ การใช้สมุนไพรในการรักษาโรค (มค.63)</p> <p>2.โครงการกระเป๋ยาสมุนไพร</p> <p>2.1 อบรมให้ความรู้การใช้ สมุนไพรในการรักษาโรค(มค.63)</p> <p>3.รายงานผลการดำเนินงานต่อ ผู้บังคับบัญชา(ทุกวันสุดท้ายของ ไตรมาส)</p>	<p>1.รายงานผลการ ดำเนินงานต่อ ผู้บังคับบัญชา (ทุกวัน สุดท้ายของไตรมาส)</p>	<p>1.รายงานผลการ ดำเนินงานต่อ ผู้บังคับบัญชา (ทุกวัน สุดท้ายของไตรมาส)</p>	<p>1.ร้อยละของผู้ป่วยนอก ทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟู สภาพด้วยศาสตร์การแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก ร้อยละ36</p> <p>2.ระดับความสำเร็จของการ ขับเคลื่อนระบบงานแพทย์ แผนไทยครบวงจร ระดับ หน่วยงาน ผ่านระดับ 3</p>

ที่	เป้าหมาย Objective	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง Key Result	ผลลัพธ์การดำเนินงานอำเภอบ้านตาขุน รอบ 1/2563
1	ร้อยละผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก	รพศ ร้อยละ 10 รพท ร้อยละ 15 รพ(M2) ร้อยละ 18.5 รพช. ร้อยละ 21 รพ.สต. ร้อยละ 36 CUP ร้อยละ 19.5	โรงพยาบาล ร้อยละ.....23.09.....  รพ.สต. ร้อยละ.....42.67.....  ระดับ CUP ร้อยละ.....30.88.....
2	ระดับความสำเร็จการขับเคลื่อนระบบงานแพทย์แผนไทย ครบวงจร	ผ่านเกณฑ์ ระดับ 3	ผ่านเกณฑ์ ระดับ 3
2.1	มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร	CUP เมือง ร้อยละ 1.5 CUP เกาะสมุย ร้อยละ 3 CUP อื่นๆ ร้อยละ 5	ร้อยละ .....6.97.....
2.2	มีการส่งเสริมให้ชุมชนเป็น First Line Drug ในการรักษาอาการท้องอืดท้องเฟ้อ	มีการใช้	มี
2.3	มีกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานโครงการกระเป๋ายาสมุนไพร	ไม่น้อยกว่า 30 ครัวเรือน	ดำเนินการในรพ.สต.บ้านเขี้ยวหลาน-ไกรสร 30 ครัวเรือน

ที่	เป้าหมาย Objective	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง Ker Result	ผลลัพธ์การดำเนินงานอำเภอบ้านตาขุน รอบ 1/2563
2	2.4 มีกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานโครงการสมุนไพร รมเร็ว	ไม่น้อยกว่า30 ครัวเรือน	ดำเนินการในรพ.สต.บ้านเขี้ยวหลาน- ไกรสร 40 ครัวเรือน
	2.5 มีการทำ MOU โครงการส่งเสริมการใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของสมุนไพรเป็นอาหารว่างและเครื่องดื่ม ภายในเครือข่าย	ทำ MOU	อยู่ระหว่างดำเนินการ
	2.6 มีชมรมผู้ปลูก แปรรูปสมุนไพร	มี	มี 1 กลุ่ม 1. วิสาหกิจชุมชนผู้ปลูกสมุนไพรบ้านเขี้ยวหลาน
	2.7 มีฐานข้อมูลผู้ปลูกและจุดรวบรวมและขยายสมุนไพรพันธุ์ดี	มี	มี 1 กลุ่ม 1. กลุ่มรักษ์สมุนไพรเขี้ยวหลาน
	2.8 เกษตรกรได้รับการถ่ายทอดความรู้เรื่อง GAP/Organic	30 ราย(ทั้งจังหวัด)	15 ราย
	2.9 ส่งเสริมการปลูกสมุนไพรในพื้นที่ที่ได้รับการรับรอง Organic อย่างน้อย 1 แห่ง	1แห่ง	1 แห่ง
	2.10 การเตรียมความพร้อมโรงแปรรูปสมุนไพรและผลิตเวชสำอาง	1 แห่ง	1 แห่ง สถานที่ รพ.สต.บ้านเขี้ยวหลาน- ไกรสร

นิตยสารงานสาธารณสุข  
อำเภอบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี  
ปีงบประมาณ 2563

# Functional Based

## ประเด็นที่ 3: สุขภาพกลุ่มวัย



สุขภาพแม่และเด็ก



ผู้สูงอายุคุณภาพ

## คบสอ.บ้านตาขุน

0 : ไม่มีแม่ตายจากสาเหตุที่ป้องกันได้



Kr ๑ : หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการคัดกรองความเสี่ยง , Save mom

PPH

Kr ๒ : หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง < ร้อยละ ๑๖

Kr ๓ : มารดาตกเลือดหลังคลอด < ร้อยละ ๕

Kr ๔ : อัตรามารดาตายตกเลือดหลังคลอด = ๐

## คบสอ.บ้านตาขุน

0 : ไม่มีแม่ตายจากสาเหตุที่ป้องกันได้



Kr ๑ : หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการคัดกรองความเสี่ยง , Save mom

PIH

Kr ๒ : ทุกสถานบริการมีระบบเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะPIH

Kr ๓ : หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ PIH ได้รับการดูแลและส่งต่อทุกราย

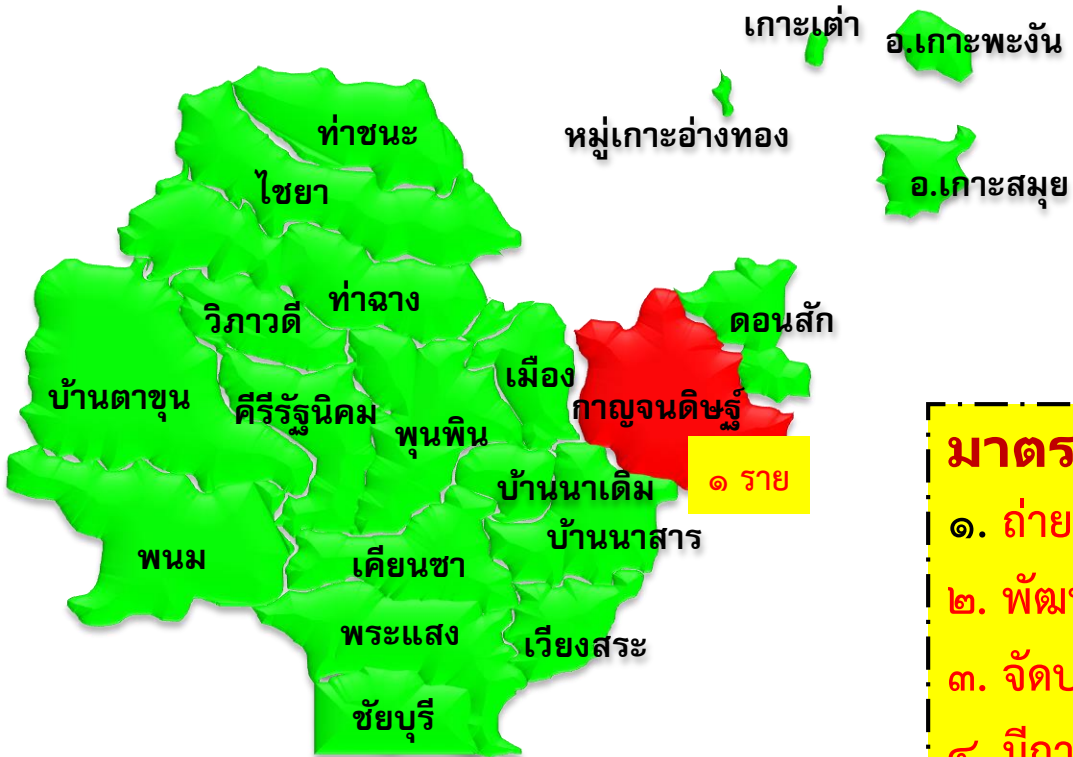
Kr ๔ : อัตราการตายจากภาวะ PIH = 0

เป้าหมายการ  
ดำเนินงาน  
(Objective)

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Key Results)

	ไตรมาสที่ ๑	ไตรมาสที่ ๒	ไตรมาสที่ ๓	ไตรมาสที่ ๔
ไม่มีการตายของมารดาจากสาเหตุที่ป้องกันได้ <i>๑.PPH</i> <i>๒.PTH</i>	๑.เน้นค้นหาหญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการคัดกรองความเสี่ยงแอฟพิเคชั่น Safe Mom ๒.การดำเนินงานมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันในประเด็นภาวะโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ ๓.มีระบบเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลรักษา/ส่งต่อ ๔.ทบทวนแนวการปฏิบัติ CPG โดย MCH Board	๑.ติดตามข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยง ๒.ทุกหน่วยบริการมีระบบการจัดการเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูงเช่น PPH,PIH ๓.การปฏิบัติตาม CPG เช่น การดูแลมารดาที่มีภาวะ PPH	๑.อัตราส่วนมารดาตายไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ๒.ไม่มีมารดาตายจากสาเหตุที่ป้องกันได้ ๓.หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูงทุกรายได้รับการดูแลรักษา/ส่งต่อตามเกณฑ์แนวทาง	๑.อัตราส่วนมารดาตายไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ๒.ไม่มีมารดาตายจากสาเหตุที่ป้องกันได้

## สถานการณ์แม่ตาย จังหวัดสุราษฎร์ธานี



### คุณภาพด้านแม่

แหล่งที่มาของข้อมูล : HDC ณ วันที่ ๒ ก.พ. ๒๕๖๓

## ผลการดำเนินงาน ของ คบสอ.บ้านตาขุน

๑. ร้อยละ ๖๙.๗๐ ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ (เกณฑ์ ร้อยละ ๖๕)
๒. ร้อยละ ๕๑.๕๒ ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด ๕ ครั้งตามเกณฑ์ (เกณฑ์ ร้อยละ ๖๕)
๓. ร้อยละ ๗๕.๑๗ ของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก (เกณฑ์ ร้อยละ ๑๐๐)
๔. พบภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๗๖ (เกณฑ์ไม่เกิน ร้อยละ ๑๖)

### มาตรการการดำเนินงาน

๑. ถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติเรื่องการป้องกันเพื่อลดอัตราการตาย
๒. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ
๓. จัดบริการงานอนามัยแม่และเด็กตามมาตรฐาน
๔. มีการใช้ถุงตรวจเลือด การใช้ Balloon tamponade
๕. มีระบบ Fast Track

### ข้อเสนอแนะและโอกาสพัฒนา

๑. การใช้ App save mom
๒. วางระบบการเฝ้าระวัง PIH เชิงรุกในชุมชน
๓. วางแนวทางระบบการส่งต่อแม่ภาวะตกเลือดหลังคลอด
๔. ประชุม MCH Board

# การดำเนินงานคุณภาพ : อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 – 19 ปี

จำนวนการคลอดบุตรมีชีพิตของผู้หญิงอายุ 15 - 19 ปีในระบบ HDC ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน

## สถานการณ์ของคบสอ.บ้านตาขุน

เป้าหมาย : ปี ๒๕๖๓

ผลงาน

อัตราการคลอดมีชีพหญิง ๑๕ – ๑๙ ปี / พันประชากรหญิง  
อายุ ๑๕ – ๑๙ ปี  
(ไม่เกิน ๓๔ / พันประชากรหญิง ๑๕ – ๑๙ ปี)

(๐/๓๘๗)

๐ / พัน

ประชากรหญิง

๑๕-๑๙ปี

ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี  
(ไม่เกินร้อยละ ๑๐)

(๐/๒)

ร้อยละ ๐

ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี หลังคลอดหรือแท้ง  
ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร  
(ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ )

(๑/๑)

ร้อยละ ๑๐๐



แหล่งที่มา : HDC ณ วันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

## มาตรการการดำเนินงาน

- ส่งเสริมและสนับสนุนการสอนเพศศึกษาในโรงเรียน
- จัดตั้งคลินิกวัยใสในโรงพยาบาล โรงเรียน และในหมู่บ้าน
- จัดตั้งแกนนำวัยรุ่นในโรงพยาบาล และโรงเรียน
- ดำเนินงานตามมาตรฐานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์
- ดำเนินงานผ่านคณะกรรมการป้องกันตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
- มีการบริการฝังยาคุมกำเนิดให้แม่อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี  
หลังคลอดทุกราย

## ข้อเสนอแนะและโอกาสพัฒนา

- ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ๑ โรงพยาบาล ๑ โรงเรียน ๑ อปท.

## นวัตกรรม / ผลงานเด่น

-คลินิกเพื่อนใจวัยรุ่น

เป้าหมายการ  
ดำเนินงาน  
(Objective)

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Key Results)

เด็ก ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน

ไตรมาสที่ ๑

- ทุกพื้นที่ดำเนินการตามแนวทางมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต
- เด็กปฐมวัยทุกคนได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง
- เน้นการดำเนินการเชิงรุกใน ศพด.
- เด็กปฐมวัยทุกคนได้รับการประเมินภาวะโภชนาการ
- บังคับใช้ พรบ.นมฯ
- สูงดี สมส่วนอย่างน้อย ร้อยละ ๖๕

ไตรมาสที่ ๒

- คัดเลือกตำบลต้นแบบอย่างน้อย ๒ ตำบล ในการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต
- เด็กปฐมวัยทุกคนได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง
- ส่งเสริมเด็กปฐมวัยให้ได้รับอาหารเสริม นม ๑ กล่อง และไข่ ๑ ฟอง
- เด็ก ๖ เดือน ๕ ปี ทุกคนได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก
- เน้นการดำเนินการเชิงรุกใน ศพด.
- เด็กปฐมวัยทุกคนได้รับการประเมินภาวะโภชนาการด้วยกราฟการแสดงเติบโตฯ
- บังคับใช้ พรบ.นมฯ
- สูงดี สมส่วนอย่างน้อย

ไตรมาสที่ ๓

- ติดตามตำบลต้นแบบในการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต
- เด็กปฐมวัยทุกคนได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง
- ส่งเสริมเด็กปฐมวัยให้ได้รับอาหารเสริม นม ๑ กล่อง และไข่ ๑ ฟอง
- เด็ก ๖ เดือน ๕ ปี ทุกคนได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก
- เน้นการดำเนินการเชิงรุกใน ศพด.
- เด็กปฐมวัยทุกคนได้รับการประเมินภาวะโภชนาการด้วยกราฟการแสดงเติบโตฯ
- บังคับใช้ พรบ.นมฯ
- สูงดี สมส่วนอย่างน้อย ร้อยละ ๖๕

ไตรมาสที่ ๔

- ติดตามผลการดำเนินงาน
- แลกเปลี่ยนเรียนรู้
- ทุกอำเภอแต่งตั้ง/มีบัตรพนักงานเจ้าหน้าที่ พรบ.นมฯ
- สูงดี สมส่วนอย่างน้อย ร้อยละ ๖๕

เป้าหมายการ  
ดำเนินงาน  
(Objective)

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Key Results)

เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการ  
สมวัย อย่างน้อย  
ร้อยละ ๙๐

ไตรมาสที่ ๑	ไตรมาสที่ ๒	ไตรมาสที่ ๓	ไตรมาสที่ ๔
๑. รณรงค์คัดกรองทุกเดือนสุดท้ายของไตรมาส ๒. เด็กเป้าหมาย ๕ ช่วงวัย ได้รับการคัดกรองพัฒนาการทุกคน ๓. ดำเนินการเชิงรุกใน ศพด. ๔. ใช้หลักสูตร รร.พ่อแม่แบบBBL ๕. ติดตามเด็กสงสัยล่าช้าเชิงรุก ๖. เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการส่งต่อ ร้อยละ ๑๐๐ ๗. พัฒนาทักษะการคัดกรองพัฒนาการภายใน คบศอ. โดยใช้ระบบพีเลี้ยงให้ รพ.สต. เรียนรู้กับโรงพยาบาล ๘. เด็กมีพัฒนาการสมวัยอย่างน้อย ร้อย	๑. รณรงค์คัดกรองทุกเดือนสุดท้ายของไตรมาส ๒. ความครอบคลุมในการคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย ๓. เด็กล่าช้าได้รับการติดตาม ๔. ติดตามการใช้หลักสูตร โรงเรียนพ่อแม่แบบ BBL ๕. ติดตามการบันทึกข้อมูลใน HDC ๖. เด็กมีพัฒนาการสมวัยอย่างน้อย ร้อยละ ๙๐	๑. ความเข้มข้นในการรณรงค์คัดกรอง ๒. มีระบบการส่งต่อเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ๓. ติดตามการใช้สมุด DSPM ในผู้ปกครอง ๔. เด็กมีพัฒนาการสมวัยอย่างน้อย ร้อยละ ๙๐	เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย อย่างน้อย ร้อยละ ๙๐

# ผลการดำเนินงาน ของคสบ.บ้านตาขุน (ไตรมาส 1)

- ๑.เด็กอายุ ๐- ๕ ปี จำนวน ๑๘๕ คนได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ๑๗๒ คน คิดเป็นความครอบคลุมร้อยละ ๙๒.๙๗ (เกณฑ์ ร้อยละ ๑๐๐) พบพัฒนาการสมวัย ๑๖๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๘.๖๕ (เกณฑ์ร้อยละ ๙๐) พบสงสัยล่าช้า ๔๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๔.๔๒ (เกณฑ์ ร้อยละ ๒๕) ได้รับการติดตาม ๓๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๐.๙๕ (เกณฑ์ ร้อยละ ๙๐)
- ๒.พบเด็กช่วงอายุ ๙,๑๘,๓๐,๔๒ และ ๖๐ เดือน จำนวน ๐ คนที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA ๔1 และ เครื่องมือมาตรฐานอื่น ๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๐ (เกณฑ์ ร้อยละ ๖๕)
- ๓.เด็กอายุ ๖ เดือน - ๕ ปี จำนวน ๓๐๗ คนได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ๒๑๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๐.๖๘ (เกณฑ์ ร้อยละ ๗๐)
- ๔.เด็กอายุ ๐- ๕ ปี ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง จำนวน ๙๒๒ คน สูงดีสมส่วน ๗๑๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๗.๕๕ (เกณฑ์ ร้อยละ ๖๕)

## มาตรการการดำเนินงาน

- ๑.ดำเนินงานผ่านคณะกรรมการ MCH Board
- ๒.พัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ในการตรวจประเมินพัฒนาการโดยเฉพาะผู้รับผิดชอบงานใหม่
- ๓.พัฒนาเครือข่ายผู้ดูแลเด็กโดยเจ้าหน้าที่ร่วมกับ อสม.ในหมู่บ้าน
- ๔.รณรงค์คัดกรองพัฒนาการเด็ก ไตรมาส ละ ๑ ครั้ง
- ๕.จัดกิจกรรมประเมินพัฒนาการ / โภชนาการ ในคลินิกและชุมชน
๖. ดำเนินกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่แนวใหม่ (BBL) และกิจกรรมมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน

แหล่งที่มา : HDC ณ วันที่ ๒ ก.พ. ๒๕๖๓

## ข้อเสนอแนะและโอกาสพัฒนา

- ๑.ดำเนินการโครงการมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน โดยกำหนดพื้นที่เป้าหมาย ๒ ตำบล / อำเภอ
- ๒.พัฒนาระบบการส่งต่อและคืนกลับข้อมูลภายในเครือข่าย (TEDA๔1)

# ๑. ประเด็นตรวจราชการ : สุขภาพกลุ่มวัย

## ผู้สูงอายุคุณภาพ

เป้าหมายการ  
ดำเนินงาน  
(Objective)

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Key Results)

ไตรมาสที่ ๑

ไตรมาสที่ ๒

ไตรมาสที่ ๓

ไตรมาสที่ ๔

ผู้สูงอายุคุณภาพ

๑. ผู้สูงอายุทุกคนได้รับคัดกรองสุขภาพ  
ขั้นพื้นฐาน ๑๐ เรื่อง ไม่น้อยกว่าร้อยละ  
๘๐

๒. ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงทุกคน ได้รับการ  
ดูแลตาม care plan และบันทึกข้อมูล  
ในระบบ LTC ของ สปสช. และกรม  
อนามัย

๓. ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม เข้าร่วม  
กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชมรมฯ  
ต่อเนื่อง อย่างน้อยร้อยละ ๕๐

๔. มี CM และ CG ในพื้นที่ครอบคลุม  
กลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องดูแล

๑. ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม

๒. ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงทุกคน ได้รับการดูแล  
ตาม care plan และบันทึกข้อมูลในระบบ

LTC ของ สปสช. และกรมอนามัย

๓. ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม เข้าร่วมกิจกรรม  
ส่งเสริมสุขภาพในชมรมฯ ต่อเนื่อง อย่างน้อย  
ร้อยละ ๕๐

๔. กลุ่มติดสังคมได้รับการประเมินพฤติกรรม  
ผู้สูงอายุที่พึ่งประสงค์ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๐

๕. กลุ่มสมองเสื่อมทุกคน มีระบบการดูแล/ส่ง  
ต่อ ไปสถานบริการที่สูงขึ้น

ติดตามการ  
ดำเนินงาน

ประเมินผลการ  
ดำเนินงาน

# การดำเนินงานคุณภาพ : ผู้สูงอายุคุณภาพ "ตำบลมีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80"

สถานการณ์ผู้สูงอายุของคบสอ.บ้านตาขุน  
แบ่งตามADL

จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด ๑,๙๗๕ คน  
คัดกรอง ADL จำนวน ๑,๖๐๒ คน

ติดสังคม ร้อยละ ๙๐.๕๐

ติดบ้าน ร้อยละ ๗.๕๐

ติดเตียง ร้อยละ ๑.๘๐

แหล่งที่มา : HDC ณ วันที่ ๒ ก.พ. ๒๕๖๓

☞ หมายเหตุตำบลที่คัดกรอง ADLไม่ผ่านเกณฑ์

ตำบลเขาวง รพ.บ้านตาขุน ๒๙.๗๖

รพ.สต.บ้านวังขุม ๙๘.๒๖

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
คัดกรอง ADL	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐.๘๔
ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม CP	ร้อยละ ๘๐	(๘๖ / ๙๘) ร้อยละ ๘๗.๗๐

## มาตรการการดำเนินงาน

๑. มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในการวางแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล
๒. มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ภาครัฐเครือข่าย ท้องถิ่น และชุมชนอย่างมีส่วนร่วม
๓. มีระบบการส่งเสริมสุขภาพ/เฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อม และป้องกันทันตสุขภาพ ในระดับตำบล โดย แกนนำผู้สูงอายุ อสม. ผู้นำชุมชน อปท. และ Caregiver

## ข้อเสนอแนะและโอกาสพัฒนา

๑. การบริหารจัดการ CM ในพื้นที่ (กรณีมีการโยกย้ายของCM )
๒. เกร็งรัดการบันทึกข้อมูล

# การดำเนินงานคุณภาพ : สุขภาพผู้สูงอายุ



การส่งเสริมป้องกัน ดูแล รักษา และฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

สถานการณ์ของคบสอ.บ้านตาขุน

๑. ร้อยละภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ ๒.๑๐
๒. ร้อยละภาวะเสี่ยงพลัดตก หกล้ม ของผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ ๗.๘๐

## มาตรการการดำเนินงาน

๑. ยังไม่มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานเรื่องภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในพื้นที่
๒. มีระบบการส่งเสริมสุขภาพ/เฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อม ป้องกันภาวะเสี่ยงพลัดตก หกล้ม



## ข้อเสนอแนะและโอกาสพัฒนา

๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานเรื่องภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุภาพรวมของเครือข่าย
๒. การเปิดคลินิกผู้สูงอายุ



***Thank You***

Activate Windows  
Go to Settings to activate Windows



Function Based:ระบบงานของหน่วยบริการ

การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

เป้าหมายอำเภอ **บ้านตาขุน**

เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ **รพ.สต.บ้านเขี้ยวหลาน-ไกรสร (NPCU)**

หน่วยบริการในทีม.. **1. รพ.สต. บ้านเขี้ยวหลาน-ไกรสร 2.รพ.สต.เขาพัง 3. รพ.สต.พรุไทย 4.รพ.สต.บ้านปากน้ำ 5.รพ.สต.พะแสง**

ต้องดำเนินการเปิดภายในมีนาคม 2563 **กำหนดเปิด 25 มีนาคม 2563**

เกณฑ์ 3S	มี	ไม่มี	ระบุ
<b>1.Staff :</b> -แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน -พยาบาลวิชาชีพ 2 คน เป็นอย่างน้อย -นวก/จพ 2 คน เป็นอย่างน้อย	/		มีแพทย์แต่เป็นแพทย์ทั่วไป ทางจังหวัดจัดอบรม Basic course of family Medicine รุ่นที่ 1 ระยะ1 19-20 มี.ค.63 ระยะ 21-22 เมย 63
<b>2.System:</b> 1. รับผิดชอบ People 10,000คน +/-2,000คนขึ้นกับบริบทของพื้นที่ 2. จัดบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว 3. มีระบบการส่งต่อหน่วยบริการกับแม่ข่าย 4. บริการส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคในชุมชน 5. สนับสนุนจากรพ.แม่ข่ายในการจัดบริการ 6. ข้อมูลสถานะสุขภาพ กลุ่มวัย/รายครอบครัว/รายบุคคล	/		
<b>3.Structure</b> สถานที่	/		

# ประเด็นการตรวจราชการ

## Function Based:ระบบงานของหน่วยบริการ

### แผนระดับการพัฒนา หน่วยบริการปฐมภูมิ (แนวทางของเขต และจังหวัดสุราษฎร์ธานี)

**ระดับ 0** : หน่วยบริการเดิม รพ.สต./รพช/ตชช/ตสม

**ระดับ 1** : หน่วยบริการ+5ดาว+FCT(แพทย์+สหวิชาชีพ+อสม+อสค+ชุมชน) มีคำสั่ง FCT

**ระดับ 2** : 1+ระบบการดูแลที่เอื้อ ให้มีการดูแลต่อเนื่องโดยFCTเดิมทุกกิจกรรม  
(ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู) คำสั่ง FCT+กิจกรรม

**ระดับ 3** : 2+แพทย์ผ่านเกณฑ์การอบรมเวชศาสตร์ครอบครัว ขึ้นทะเบียนเป็น แพทย์ FM  
PCU/NPCU และมีการจับคู่ประชาชนกับแพทย์และทีมอย่างเป็นทางการ

**ระดับ 4** : 3+ทีมสหวิชาชีพครบตามเกณฑ์หรือเพียงพอในการดูแลประช.ในพท. รับผิดชอบ  
ทีมดูแลลงพื้นที่ไม่น้อยกว่าประจำ รพ.

**ระดับ 4.5** : ๓+แพทย์ประจำทีม สามารถร่วมดูแล ผป.ที่รับผิดชอบกับทีม (IPD/ER/OPD อื่น ๆ)  
ทีมดูแลลงพื้นที่ได้มากกว่าภาระงานอื่น ในรพ.

**ระดับ 5** : แพทย์ประจำทีม ร่วมดูแล ผป./ประช กับทีม ได้ เต็มที่ ไม่น้อยกว่า 80%(เวลา)

ประเด็นการตรวจราชการ : ลดแออัด ลดรอย

หัวข้อ : การพัฒนา อสม. เป็น อสม.หมอประจำบ้าน



ตัวชี้วัดที่ 23 : จำนวน อสม.ที่ได้รับการพัฒนาเป็น อสม.หมอประจำบ้าน (ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย)

เป้าหมายอบรม อสม.หมอประจำบ้าน (คน)	ผลงาน (คน)	ร้อยละ
29 (จัดอบรมไปแล้ว 22-24 มค. 63)	29	100

### ข้อเสนอแนะ

1.สำรวจ ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการดูแล โดย อสม.หมอประจำบ้าน โดยเฉลี่ย

หมอประจำบ้าน 1 คน : ผู้ป่วย 3 คน

ได้แก่ -ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

-ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาส ที่มีภาวะพึ่งพิง

2.เพื่อประเมินผล ร้อยละของผู้ป่วย (ข้อ 1) ได้รับการดูแลจากหมอประจำบ้านให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

โดยเจ้าหน้าที่บันทึกผลการประเมินในฐานข้อมูล อสม.หมอประจำบ้าน [www.thaiphc.net](http://www.thaiphc.net)

ประเด็นการตรวจราชการ : ลดแออัด ลดรอย

หัวข้อ : การพัฒนา อสม. เป็น อสม.หมอประจำบ้าน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี  
SRUAT THANI PROVINCIAL HEALTH OFFICE



ตัวชี้วัดที่ 22 : ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี  
( เป้าหมายร้อยละ 70 )

จำนวน อสม.หมอ ประจำบ้าน (คน)	จำนวน เป้าหมายผู้ป่วย ที่ต้องได้รับการ ดูแล (คน)	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการดูแลและผลงาน								ร้อยละ ผู้ป่วย ที่ได้รับการ ดูแล
		ผู้ป่วยติดบ้านติด เตียง (คน)		ผู้พิการมีภาวะ พึ่งพิง (คน)		ผู้ด้อยโอกาสมีภาวะ พึ่งพิง (คน)		รวมผู้ป่วยได้รับการ ดูแล(คน)		
		จำนวน	ผลงาน	จำนวน	ผลงาน	จำนวน	ผลงาน	จำนวน	ผลงาน	
29	87									

ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการดูแล โดย อสม.หมอประจำบ้าน โดยเฉลี่ย หมอประจำบ้าน 1 คน :  
ผู้ป่วย 3 คน ได้แก่

-ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

-ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาส ที่มีภาวะพึ่งพิง

## ตัวชี้วัดที่ 13 :



ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ 100

✓ มี ODOP 2 ประเด็นและมีการประเมินตนเองรายประเด็นตามแนวทาง UCCARE  
1.ความปลอดภัยในแหล่งท่องเที่ยว 2.ขยะ ประเด็นใหม่ทั้ง 2 (ส่งถึงจังหวัดภายใน 15 มค.63) ส่งแล้ว

✓ มีแผนการดำเนินงาน ตามประเด็น **ODOP** (ส่งถึงจังหวัดภายใน 15 มค.63) ส่งแล้ว

✓ มีการ บันทึกข้อมูลในเว็บไซต์สำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย ใน พชอ. **Map**  
<http://thlp.ops.moph.go.th/mapinfo.php> สมบูรณ์ และเป็นปัจจุบัน ได้แก่

- คำสั่งคณะกรรมการ พชอ. ปี 2563 \*\*\*\*\* มีการบันทึกของปี 2563
- ประเด็น **ODOP** 2 ประเด็น \*\*\*\*\* มีการบันทึกของปี 2563
- ภาพกิจกรรม \*\*\*\*\* มีการบันทึกของปี 2563

✓ มีรายงานการประชุม คณะกรรมการ พชอ.ของปี 2563 ทุก 2 เดือน ครั้งที่**1**ธันวาคม- ยังไม่ส่งจังหวัด

มีนวัตกรรม/นวัตกรรม ที่ต่อยอดการพัฒนาจากผลลัพธ์ของ **ODOP** ปี 2562 นำประเด็นมาเป็น  
**ภาพรวมทั้งอำเภอ**

# ตัวชี้วัดที่ 65



ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม  
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ 95 (สะสม)

รพ.สต.ติดตาม ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 95 (สะสม) **100 %**

5 ดาวปี 2560 (Re-accreditation) ร้อยละ 100

**2 แห่ง 1. วังขุม 2. เขียวหลาน-ไกรสร**

✓ จังหวัดจะจัดประชุมชี้แจงเกณฑ์ ในวันที่ **4 กุมภาพันธ์ 2563** \*\* พี่เลี้ยง สหวิชาชีพอำเภอละ 15 คน\*\*

ติดตามการแต่งตั้งทีมพี่เลี้ยง พัฒนา รพ.สต.ติดตาม **มีแล้ว รอดลงนาม**

มีการปรับระบบ **FCT** (มีคำสั่งและวางระบบ **FCT**) **รอทบทวนคำสั่งเดิม**

ติดตามการประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ  
(<http://gishealth.moph.go.th/pcu>) **บันทึกครบแล้ว**

ในระหว่างวันที่ 16-25 มกราคม 2563



# ประเด็นตรวจราชการ

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี



# ประเด็นตรวจราชการ

## Agenda based

-โครงการ ราชทัณฑ์ปันสุข  
TO BE Number ๑

## Functional based

-ER คุณภาพ  
-ลดแออัด ลดรอคอย Fast Track  
(Stroke)  
- IMC

## Area based

-NCD : Cardiovascular diseases : from primary  
to tertiary  
-Cancer prevention & Control



Agenda based

To Be Number One

ปี ๒๕๖๓ อำเภอ TO BE NUMBER ONE ทุกอำเภอ (๑๐๐ %)

๐๑ : อำเภอ TO BE NUMBER ONE

๐๒ : อำเภอ TO BE NUMBER ONE นำร่อง ๕ อำเภอ  
(อำเภอเมืองฯ/ ท่าฉาง/ คีรีรัฐนิคม/ บ้านนาเดิม/ เกาะสมุย)



O๑ : อำเภอ TO BE NUMBER ONE

KR มีองค์ประกอบครบ ๓ ก. (กรรมการ กองทุน กิจกรรม)



KR องค์ประกอบ ๓ ก. (ต่อ)

## 1. กรรมการ

-มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษา คณะกรรมการดำเนินงาน  
และกำหนดบทบาทหน้าที่ ชัดเจน



KR องค์ประกอบ ๓ ก. (ต่อ)

## 2. มีกองทุน ( สมุดบัญชีธนาคาร / จัดทำบัญชี รับ - จ่าย เป็นปัจจุบัน )

**ตัวอย่าง**แหล่งที่มาของกองทุน (ตามบริบทของพื้นที่)

- งบประมาณสนับสนุนจาก**ภาคเอกชน**

- งบประมาณสนับสนุนจาก**ภาครัฐราชการ**

- **การระดมทุน**ต่างๆ เช่น **การบริจาค**ของสมาชิกและผู้สนับสนุน

**จำหน่าย**ผลิตภัณฑ์ที่สมาชิกทำขึ้นมา

**จำหน่าย**ผลิตภัณฑ์ที่สมาชิกลำมาฝากจำหน่าย

**จำหน่าย**สินค้าตามเทศกาลต่างๆ เช่น ปีใหม่ ฯลฯ



KR องค์ประกอบ ๓ ก. (ต่อ)

### 3.กิจกรรม

ดำเนินกิจกรรมตามแนวทาง 3 ยุทธศาสตร์หลัก

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การรณรงค์**ปลูกจิตสำนึกและสร้างกระแส**ที่เอื้อต่อการป้องกันและ  
แก้ไขปัญหายาเสพติด

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตให้แก่**เยาวชน**

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การ**สร้างและพัฒนาเครือข่าย**เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายา  
เสพติด



O๒ : อำเภอ TO BE NUMBER ONE นำร่อง ๕ อำเภอ  
(อำเภอเมืองฯ/ ท่าฉาง/ คีรีรัฐนิคม/ บ้านนาเดิม/ เกาะสมุย)

KR ๑ เมืองค์ประกอบด้วย ๓ ก. (กรรมการ กองทุน กิจกรรม)

KR ๒ ขยายเครือข่าย จัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ครบทั้งใน

- สถานศึกษา (สนับสนุนและจัดตั้งศูนย์เพื่อนใจในสถานศึกษา)
- สถานประกอบการ
- ชุมชน
- เรือนจำ (ถ้ามี)
- สำนักงานคุมประพฤติ (ถ้ามี)

ชี้แจงรายละเอียดแล้ว วันที่ ๙ มกราคม ๒๕๖๓ ณ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี



# ประเด็นตรวจราชการ

## โครงการ TO BE NUMBER ONE (Time Line)

หน่วยงาน	ระยะเวลาดำเนินการ			
	ไตรมาสที่๑	ไตรมาสที่๒	ไตรมาสที่๓	ไตรมาสที่๔
สสอ. (จัดตั้งศูนย์ TO BE NUMBER ONE อำเภอ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทำ<u>คำสั่ง</u>แต่งตั้งคณะกรรมการคณะทำงาน</li> <li>- <u>ดำเนินกิจกรรม</u>ตามยุทธศาสตร์โครงการ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>ส่งเสริมจัดตั้ง</u>ชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา สถานประกอบการ ชุมชน และหน่วยงานกระทรวงยุติธรรม ในพื้นที่</li> <li>- ส่งชมรม TO BE NUMBER ONE อำเภอ <u>ประกวด</u>ระดับจังหวัด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร่วม<u>ประกวด</u>ชมรม TO BE NUMBER ONE <u>ระดับภาค</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร่วมประกวดชมรม TO BE NUMBER ONE <u>ระดับประเทศ</u></li> <li>- <u>ประเมินและสรุปผล</u>โครงการ</li> </ul>



# ประเด็นตรวจราชการ

## โครงการ TO BE NUMBER ONE (Time Line)

หน่วยงาน	ระยะเวลาดำเนินการ			
	ไตรมาสที่๑	ไตรมาสที่๒	ไตรมาสที่๓	ไตรมาสที่๔
รพช. รพท. รพศ.	บันทึกสถานะผู้เข้ารับ การบำบัดฟื้นฟูฯ ให้ เป็นสมาชิก TO BE NUMBER ONE ใน ระบบ บสต. ในขั้นตอน การคัดกรอง	บันทึกสถานะผู้เข้ารับ การบำบัดฟื้นฟูฯ ให้ เป็นสมาชิก TO BE NUMBER ONE ใน ระบบ บสต. ใน ขั้นตอนการคัดกรอง ร้อยละ ๕๐	บันทึกสถานะผู้เข้า รับการบำบัดฟื้นฟูฯ ให้เป็นสมาชิก TO BE NUMBER ONE ในระบบ บสต. ใน ขั้นตอนการคัด กรอง ร้อยละ ๑๐๐	- ประเมินและสรุปผล โครงการ

Functional based



# Functional based

## ๑. ER คุณภาพ

### ๐1 เพิ่มการเข้าถึงบริการ ER

Kr.1 ประชาสัมพันธ์ 1669 กลุ่มเสี่ยง  
เบาหวาน ความดัน ผู้ป่วยเรื้อรัง ติดเตียง

### ๐2 พัฒนาห้องฉุกเฉินให้มี

#### มาตรฐาน

Kr.1 พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล

Kr 2 วางระบบความปลอดภัยห้องฉุกเฉิน  
(ER safety)

Kr.3 ซ่อมแผนกเกิดเหตุซ้ำซ้อนใน ER

### ๐3 ลดอัตราการเสียชีวิต

Kr.1 นำระบบ EMS ใช้ระบบ Telemedicine  
AOC- PTT

Kr.2 พัฒนาระบบการส่งต่อ

Kr.3 พัฒนาระบบ Fast Track

(Stroke STEMI, Head Injury)

## Area based : ER คุณภาพ

สถานการณ์ ปี 2563 :บ้านตาขุน

Objective	KPI/เป้าหมาย	กิจกรรม/แผนงาน	ข้อเสนอแนะ
<p><b>เพิ่มการเข้าถึงบริการ ER</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประชาสัมพันธ์ หมายเลขฉุกเฉิน 1669</li> <li>2. ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ Admit อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2 ชั่วโมง</li> <li>3. จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma) ลดลง</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-ใช้เกณฑ์การคัดแยก ESI</li> <li>- เปิดคลินิกนอกเวลา</li> <li>-พัฒนาระบบEMS</li> </ul>	<p>พัฒนาระบบEMSในท้องถิ่น</p>
<p><b>พัฒนาห้องฉุกเฉินให้มีมาตรฐาน</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.คณะกรรมการพัฒนาห้องฉุกเฉิน</li> <li>2.โครงสร้างและพื้นที่               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Double door with control</li> <li>- จนท.รักษาความปลอดภัย 24 ชม.</li> <li>- กล้องวงจรปิด</li> <li>- มาตรการรักษาความปลอดภัย ER</li> </ul> </li> <li>3. รพ. ผ่านเกณฑ์การประเมินECS คุณภาพ ผลงาน...77....%</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แยกโซน</li> <li>- ประตูทางออก</li> <li>- จนท.รักษาความปลอดภัย 12 ชม.</li> <li>- กล้องวงจรปิด</li> </ul>	
<p><b>ลดอัตราการเสียชีวิต</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.พัฒนาระบบ Telemedicine และระบบ AOC- PTT</li> <li>2 มีระบบ Fast Track</li> </ol>	<p>มีระบบ AOC- PTT ระบบ Fast Track Stroke, STEMI</p>	



## ๒.ลดแออัด ลดรอคอย

## Fast track : Stroke

### ๐1 ประชาสัมพันธ์ Stroke Alert, Stroke Awareness สู่สาธารณชน

**Kr.1** ประชาสัมพันธ์ Stroke Alert Stroke Awareness ในประชาชนทั่วไป เบาหวาน ความดัน ผู้ดูแลผู้ป่วย

### ๐2 พัฒนาระบบการรักษาและส่งต่อผู้ป่วย

**Kr.1** จัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยทั้งในเครือข่าย และระหว่างเครือข่าย

**Kr.2** จัดบริการ Stroke fast track เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด

**Kr. 3** ให้การรักษา Ischemic stroke และ Hemorrhagic Stroke ใน Stroke Unit

**Kr.4** จัดให้มี Stroke Unit ในโรงพยาบาลระดับ M ที่มีความพร้อม

## Area based : Fast Track

สถานการณ์ ปี 2563 : บ้านตาขุน

Objective	KPI/เป้าหมาย	กิจกรรม/แผนงาน	ข้อเสนอแนะ
<p>สร้างการรับรู้ Stroke Alert, Stroke Awareness</p>	<p>- เพิ่ม Stroke Alert, Stroke Awareness ในประชาชน ทั่วไป เบาทหวาน ความดัน ผู้ดูแลผู้ป่วย</p>	<p>-พัฒนาระบบ EMS -ประชาสัมพันธ์ 1669 - ระบบเฝ้าระวัง Stroke ,Mapping แผนที่ ประสาน ER/EMS/ศูนย์สั่งการ จังหวัด</p>	
<p>พัฒนาระบบการ รักษาและส่งต่อ ผู้ป่วย</p>	<p>-อัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) &lt; ร้อยละ 7 = .....0.....(…14./…0……) (PA) -อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62)&lt; ร้อยละ 25 = .....0.....% (…0..../…0……) -อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I63)&lt;5 = .....0.....% .(…9……/……0……) -door to needle time ภายใน 60 นาที ≥ 60 % = .....0.....% (…………/…………)</p>	<p>-ระบบให้คำปรึกษา -อบรมช่วยฟื้นคืนชีพให้ รพ.สต./อสม.</p>	

เป้าหมายการดำเนินงาน (Objective)	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Key Results)			
	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4
1. สร้างการรับรู้ Stroke Alert, Stroke Awareness	<p>จัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยง</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามระดับความรุนแรง CVD risk</p>	<p>ประชาสัมพันธ์หมายเลขฉุกเฉิน 1669 ในกลุ่มเสี่ยง (เบาหวาน ความดัน ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วย ติดเตียง) ร้อยละ 35</p> <p>ผลงาน : มีการประชาสัมพันธ์ในคลินิก โรคเรื้อรังทุกสัปดาห์ ร้อยละ.....</p>	<p>ประชาสัมพันธ์หมายเลขฉุกเฉิน 1669 ในกลุ่มเสี่ยง (เบาหวาน ความดัน ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยติดเตียง) ร้อยละ 70</p> <p>ผลงาน :</p>	<p>ประชาสัมพันธ์หมายเลขฉุกเฉิน 1669 ในกลุ่มเสี่ยง (เบาหวาน ความดัน ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยติดเตียง &gt; 90 %</p> <p>ผลงาน :</p>
2. พัฒนาระบบการรักษาและส่งต่อผู้ป่วย	<p><input checked="" type="checkbox"/> อบรมให้ความรู้แก่ทีมดูแลผู้ป่วย Stroke ในเครือข่าย - คัดกรองผู้มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง <math>\geq 60</math></p> <p>ผลงาน : .ร้อยละ83.24.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> อบรมให้ความรู้แก่ทีมดูแลผู้ป่วย Stroke ในเครือข่าย -คัดกรองผู้มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง <math>\geq 80</math></p> <p>ผลงาน : .ร้อยละ..... ดำเนินการแล้วทุกรพ.สต.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> อบรมให้ความรู้แก่ทีมดูแลผู้ป่วย Stroke ในเครือข่าย -คัดกรองผู้มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง <math>\geq 100</math></p> <p>ผลงาน :</p>	<p>อัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจลดลง</p> <p>ผลงาน :</p>



# ประเด็นตรวจราชการ

## Intermediate care

### O 1 : ลดแออัดเพิ่มการเข้าถึงบริการ

**KR1** : โรงพยาบาลระดับ M และ F ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IMC bed/ward) ตามcare protocol ร้อยละ100

**KR2** : : โรงพยาบาลระดับ M และ F ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IMC bed/ward) มีการสำรวจเตียงอย่างเหมาะสม

**KR3** : มีการให้บริการผู้ป่วยเป็นรายบุคคลต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน หรือ BI =20 ร้อยละ 60

### O 2 : เพิ่มศักยภาพระบบบริการ

**KR1** : พัฒนาศักยภาพภาพพยาบาล(อบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟู4เดือนหรือเฉพาะทาง Stroke) ร้อยละ 50

**KR2** : อบรมฟื้นฟูให้ความรู้เจ้าหน้าที่หลักสูตร 3-5 วัน ร้อยละ 100

**KR3** : สรรหาบุคลากรในส่วนที่เกี่ยวข้องเพิ่ม ร้อยละ 5

### O 3 : พัฒนาการส่งต่อและติดตามเยี่ยม

**KR1** : มีระบบการส่งต่อที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ร้อยละ 100

**KR2** : มีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ ตามเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ100



# ประเด็นตรวจราชการ

## Intermediate care

เป้าหมายการดำเนินงาน (Objective)	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Key Results)			
	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4
ลดแออัดเพิ่มการเข้าถึง บริการ	- จัดตั้งคณะทำงานเพื่อขับเคลื่อน งานIMC มีการให้บริการ IMC bed/ward อย่างเป็นทางการร้อยละ 100 ผลงาน.100..	มีการให้บริการ IMC bed/ward อย่างเป็นทางการ รูปธรรม ร้อยละ100 ผลงาน.. 100... (3 ราย)	มีการให้บริการ IMC bed/ward อย่างเป็นทางการ รูปธรรม ร้อยละ 100 ผลงาน.....	- สรุป วิเคราะห์ และประเมินผล
เพิ่มศักยภาพระบบ บริการ	มีแผนพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ด้าน IMC ผลงาน ..มีแผนให้พยาบาลอบรม	อบรมฟื้นฟูให้ความรู้ เจ้าหน้าที่หลักสูตร 3-5 วัน ร้อยละ 100 -อบรมหลักสูตรพยาบาล ฟื้นฟู4เดือนหรือเฉพาะทาง Stroke) ร้อยละ50 มีแผนให้ พยาบาลอบรม	-อบรมฟื้นฟูให้ความรู้ เจ้าหน้าที่หลักสูตร 3-5 วัน ร้อยละ 100 -อบรมหลักสูตรพยาบาล ฟื้นฟู4เดือนหรือเฉพาะทาง Stroke) ร้อยละ 50 -ผลงาน.....	- สรุป วิเคราะห์ และประเมินผล



# ประเด็นตรวจราชการ

## Intermediate care

เป้าหมายการดำเนินงาน (Objective)	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Key Results)			
	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4
พัฒนาระบบส่งต่อและติดตามเยี่ยม	<p>มีระบบการติดตามผู้ป่วยIMC เป็นรายบุคคลต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนหรือ BI=20 ผลงาน..= ...0ราย</p> <p>มีแนวทางการคัดกรองและ refer back ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ตามมาตรฐาน ผลงาน..... มี refer กลับ 1.รายนอกเขต</p>	<p>ระบบการติดตามผู้ป่วยIMC เป็นรายบุคคลต่อเนื่องจนครบ6เดือนหรือ BI=20 ร้อยละ 60 ผลงาน=...0..ราย</p> <p>มีแนวทางการคัดกรองและ refer back ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ตามมาตรฐานร้อยละ 100 ผลงาน มีrefer กลับ...0....</p>	<p>ระบบการติดตามผู้ป่วยIMC เป็นรายบุคคลต่อเนื่องจนครบ6เดือนหรือ BI=20 ร้อยละ 60 ผลงาน...</p> <p>มีแนวทางการคัดกรองและ refer back ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ตามมาตรฐานร้อยละ100 ผลงาน</p>	<p>ระบบการติดตามผู้ป่วยIMC เป็นรายบุคคลต่อเนื่องจนครบ6เดือนหรือ BI=20 ร้อยละ60 ผลงาน...</p> <p>มีแนวทางการคัดกรองและ refer back ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ตามมาตรฐานร้อยละ100 ผลงาน</p>



## Area based

### 1.NCD (cardiovascular diseases)from primary to tertiary care

#### ○1 ลดผู้ป่วยรายใหม่

Kr.1 ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ type area 1,3 ที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน และความดันโลหิตสูงร้อยละ 90

Kr.2 ประชากรกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 90

Kr.3 ประชากรกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 50

Kr.4 ตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60

## 02 สถานภาพแทรกซ้อน

- Kr.1 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้  $\geq$  ร้อยละ 40
- Kr.2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้  $\geq$  ร้อยละ 60
- Kr.3 ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)  $\geq$  ร้อยละ 87.5
- Kr.4 ผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk  $\geq$  20% หลังได้รับการปรับเปลี่ยนความเสี่ยงแล้วมี CVD Risk ลดลง ร้อยละ 40

## O3 พัฒนาระบบบริการ

Kr1 มีการวางแผนการรักษาโดยทีมสหวิชาชีพทุกราย

Kr2 มีการพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพ

อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี

Kr3 มีการสอบสวนทางระบาดวิทยาในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดรายใหม่ทุกราย

เป้าหมายการ

ดำเนินงาน  
(Objective)

## ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Key Results)

ไตรมาสที่ 1

ไตรมาสที่ 2

ไตรมาสที่ 3

ไตรมาสที่ 4

ลดผู้ป่วย  
รายใหม่/ จัดการฐานข้อมูล  
-คัดกรอง DM/HT ร้อยละ 90  
/DM...65.67....  
HT...64.68.....  
-ประเมิน CVD risk...83.24.....%-ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 90 /  
DM/HTกำลังดำเนินการไม่มีผลลัพธ์  
-ตรวจซ้ำกลุ่มสงสัย HT,DM ร้อยละ 60 /DM /HTกำลังดำเนินการไม่มีผลลัพธ์กลุ่มเสี่ยงปรับเปลี่ยน  
พฤติกรรมร้อยละ 50วิเคราะห์  
ประเมินผลลดภาวะ  
แทรกซ้อน/จัดทำทะเบียนผู้ป่วย DM/HT  
/ทะเบียนกลุ่มที่มี CVD Risk  $\geq$   
20%  
-ตรวจ HbA1c ร้อยละ 60 /70.89  
(431 ราย)  
-ตรวจ LDL ร้อยละ 60..21.38 /  
(130 ราย)  
DM control .....  
33.22.....  
HT control ...31.55...../ ติดตามผู้ป่วย DM/HT  
-ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม  
ร้อยละ 90/ปรับเปลี่ยนความเสี่ยงให้  
ลดลง ร้อยละ 40/ กำลังดำเนินการไม่มีผลลัพธ์  
-ตรวจHbA1c ร้อยละ 90 /กำลัง  
ดำเนินการไม่มีผลลัพธ์ ( ราย)  
-ตรวจ LDL ร้อยละ 90 /กำลัง  
ดำเนินการไม่มีผลลัพธ์ (ราย).ติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง  
-ติดตามผู้ป่วย DM/HT  
-ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม  
ร้อยละ 90  
-ปรับเปลี่ยนความเสี่ยงให้  
ลดลง ร้อยละ 40วิเคราะห์  
ประเมินผล

พัฒนาระบบบริการ

/วางแผนการรักษาโดยทีมสห  
วิชาชีพตามมาตรฐาน ร้อยละ  
100/100  
-พัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพร้อย  
ละ50 /100/วางแผนการรักษาโดยทีมสหวิชาชีพ  
ตามมาตรฐาน ร้อยละ 100/ 100  
-พัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพ ร้อยละ  
100/ 100  
-สอบสวนทางระบาด ร้อยละ 100/ /-วางแผนการรักษาโดย  
ทีมสหวิชาชีพตาม  
มาตรฐาน ร้อยละ 100  
-สอบสวนทางระบาด  
ร้อยละ 100วิเคราะห์  
ประเมินผล



## ๒.Cancer prevention & control

### เป้าหมายการคัดกรอง บ้านตาขุน

มะเร็ง  
เต้านม

- สตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 30-70 ปี ตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) ร้อยละ 80
- สตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 30-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม
- โดยบุคลากรสาธารณสุข (CBE) ร้อยละ 80
- กลุ่มเป้าหมาย .....3570... ราย คัดกรอง...1323.....ราย ร้อยละ...33.06.....

มะเร็ง  
ปาก  
มดลูก

- สตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA testing, Pap smear หรือ VIA ร้อยละ 20
- กลุ่มเป้าหมาย...3045.....ราย คัดกรอง.....38.....ราย ร้อยละ .....1.25.....

มะเร็ง  
ลำไส้ใหญ่  
และไส้ตรง

- ประชากรกลุ่มเป้าหมาย อายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วย วิธี FIT test ร้อยละ 10
- กลุ่มเป้าหมาย ...3039/ (10%=304 ราย ).....ราย คัดกรอง.....0.....ราย ร้อยละ.....0.....

๐๑ : กลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็ง  
เต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่  
และไส้ตรง ที่**ครอบคลุม**

KR๑ : กิจกรรม**รณรงค์ให้ความรู้** สร้างความตระหนักแก่  
ประชาชน อสม. แกนนำชุมชน ทุกสถานบริการ

KR๒ : **อบรมฟื้นฟูความรู้** อสม. **เชี่ยวชาญ** ร้อยละ ๑๐๐

KR๓ : **ฟื้นฟูความรู้** และทักษะการตรวจคัดกรองแก่เจ้าหน้าที่  
ผู้รับผิดชอบงาน ร้อยละ ๑๐๐

KR๔ : ให้บริการตรวจ**คัดกรองแบบเชิงรุก** ทุกสถานบริการ

๐ ๒ : พัฒนาระบบ**บริการและส่งต่อ** ที่มี  
ประสิทธิภาพ

KR๑ : ผู้พบความผิดปกติได้รับการส่งต่อทุกราย

KR๒ : ผู้ป่วยได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด  
(ผ่าตัด ๔ สัปดาห์ ร้อยละ ๗๐, เคมีบำบัด ๖ สัปดาห์  
ร้อยละ ๗๐, รังสีรักษา ๖ สัปดาห์ ร้อยละ ๖๐ )

๐ 3 : การ**ติดตามดูแล**ผู้ป่วยต่อเนื่อง

KR๑ : มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ร้อยละ ๑๐๐

KR๒ : มีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ ร้อยละ ๘๐

KR๓ : อบรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วย ร้อยละ ๘๐

เป้าหมายการดำเนินงาน (Objective)	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Key Results)			
	ไตรมาสที่ ๑	ไตรมาสที่ ๒	ไตรมาสที่ ๓	ไตรมาสที่ ๔
<p>๐๑. กลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงครอบคลุม</p>	<p>/ ๑.จัดการฐานข้อมูลในระบบ ๔๓ เพิ่ม</p> <p>/ ๒. กำหนดแผนปฏิบัติงานรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ประชาชนทั่วไป แกนนำสตรี ผู้นำชุมชน ทุกสถานบริการ</p> <p><b>(ไตรมาส ๑)</b></p> <p>/ ๓. อบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะการตรวจคัดกรองแก่เจ้าหน้าที่ และอบรมฟื้นฟู อสม. เชี่ยวชาญ ร้อยละ ๕๐</p> <p><b>(ไตรมาส ๑)</b></p>	<p>/ ๑.รณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ทุกสถานบริการ</p> <p>/ ๒. อบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะการตรวจคัดกรองแก่เจ้าหน้าที่ และอบรมฟื้นฟู อสม. เชี่ยวชาญร้อยละ ๑๐๐/ <b>อสม ...๒๙..ราย./จนท...๘.ราย</b></p> <p>/ ๓. ดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ร้อยละ ๔๐/๓๗.๐๖ (๑,๓๒๓ ราย)</p> <p>มะเร็งปากมดลูกร้อยละ ๑๐/๑.๒๕ (๓๘ ราย)</p> <p>มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงร้อยละ ๕/ .....(.....).</p> <p>๓. บันทึกข้อมูล</p>	<p>๑. สำรองกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่ได้ดำเนินการคัดกรอง</p> <p>๒. ตรวจคัดกรองแบบเชิงรุก <b>มะเร็งเต้านม</b> ร้อยละ ๘๐</p> <p><b>มะเร็งปากมดลูก</b> ร้อยละ ๒๐</p> <p><b>มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง</b> ร้อยละ ๑๐</p> <p>๓. บันทึกข้อมูล</p>	<p>สรุปวิเคราะห์และประเมินผล</p>

เป้าหมายการดำเนินงาน (Objective)	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Key Results)			
	ไตรมาสที่ ๑	ไตรมาสที่ ๒	ไตรมาสที่ ๓	ไตรมาสที่ ๔
<p>๐๒. พัฒนาระบบบริการ และส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ</p>	<p>/ กำหนดแนวทางระบบส่งต่อ</p> <p>/ ส่งต่อผู้พบความผิดปกติร้อยละ ๑๐๐</p> <p>ผลงาน :</p> <p>- มะเร็งเต้านม ...-.</p> <p>ราย</p> <p>-มะเร็งปากมดลูก ...-.. ราย</p> <p>- มะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง..-.</p> <p>ผ่านระบบ Thai Refer</p>	<p>/ ส่งต่อผู้พบความผิดปกติ ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>ผลงาน : ....-.....</p> <p>/การส่งกลับข้อมูลจาก รพศ. ไปยัง รพท./รพช./รพ.สต. ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>ผลงาน : .....-.....</p>	<p>๑. ทบทวนระบบการส่งต่อ</p> <p>๒. ส่งต่อผู้พบความผิดปกติ ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>๓. การส่งกลับข้อมูลจาก รพศ. ไปยัง รพท./รพช./รพ.สต. ร้อยละ ๑๐๐</p>	<p>๑. ผู้พบความผิดปกติได้รับการส่งต่อรักษาตามมาตรฐาน ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>๒. ผู้ป่วยได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด (ผ่าตัด ๔ สัปดาห์ ร้อยละ ๗๐, เคมีบำบัด ๖ สัปดาห์ ร้อยละ ๗๐, รังสีรักษา ๖ สัปดาห์ ร้อยละ ๖๐ )</p> <p>๓. สรุป วิเคราะห์ และประเมินผล</p>

เป้าหมายการดำเนินงาน (Objective)	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Key Results)			
	ไตรมาสที่ ๑	ไตรมาสที่ ๒	ไตรมาสที่ ๓	ไตรมาสที่ ๔
<b>๐๓. การติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง</b>	/ ๑. กำหนดแผนการติดตามดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพผ่านระบบ COC / ๒. อบรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยผ่านระบบ COC ร้อยละ ๔๐ ผลงาน : .....%	/ ๑. บันทึกข้อมูลผลงานที่ดำเนินการแล้วร้อยละ ๑๐๐ <b>ผลงาน.....</b> / ๒. อบรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยร้อยละ ๖๐ <b>ผลงาน : ...</b> / ๓. ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพร้อยละ ๔๐ <b>ผลงาน : ..-...</b>	๑. บันทึกข้อมูลร้อยละ ๑๐๐ ๒. อบรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยร้อยละ ๘๐ ๓. ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพร้อยละ ๘๐	๑. บันทึกข้อมูลร้อยละ ๑๐๐ ๒. อบรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยร้อยละ ๘๐ ๓. ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพร้อยละ ๘๐ ๔. สรุปวิเคราะห์และประเมินผล



## ประเด็นที่ 1 : โครงการพระราชดำริ

หัวข้อที่ 1:โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี



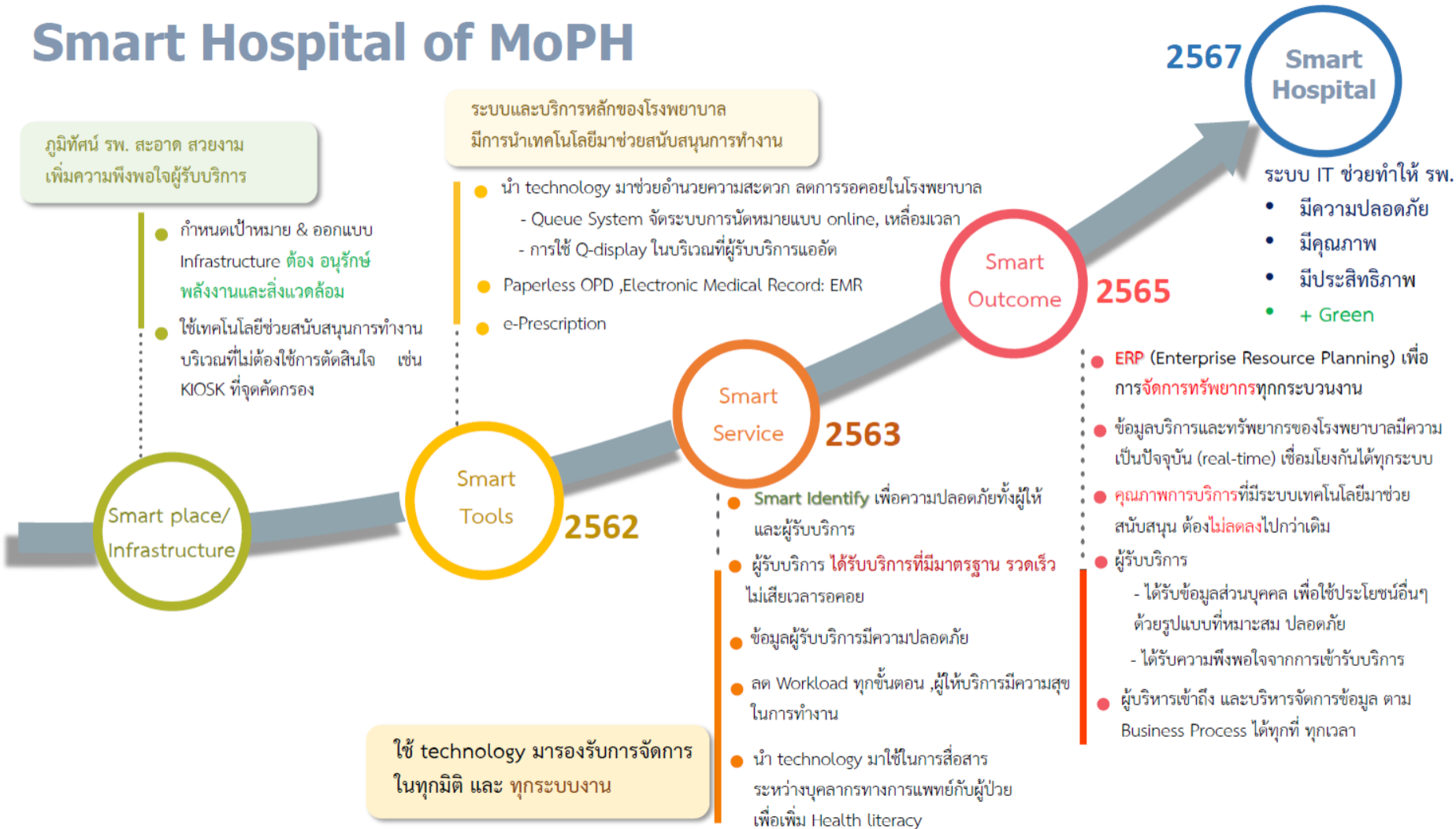
ประเด็นที่ 4 : ลดแออัด ลดรอคอย  
หัวข้อที่ 6 : Smart Hospital

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

เป้าหมาย → โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

มีการประยุกต์ใช้ เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการ  
ภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการปฏิบัติ และเพื่อความสะดว  
รวดเร็ว ในการรับบริการที่มีคุณภาพดี มีความปลอดภัย  
ทันสมัย และเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม

# Smart Hospital of MoPH



## On Digital Process

### Smart Hospital

- 5.4 Safety : มี Proactive Risk Management ที่ดีในทุกมิติ
- 5.3 Quality : มีการให้บริการอย่างมีคุณภาพในทุกมิติ
- 5.2 Efficiency : มีประสิทธิภาพในการจัดการ , มี Unit Cost ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ที่สามารถเปรียบเทียบกับหน่วยงานอื่นได้
- 5.1 Green : มีการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และอนุรักษ์พลังงาน อย่างยั่งยืน

### Smart Outcome

- 4.4 Outcome : มีระยะเวลารอดคอยที่เหมาะสม ,มีการบริหารจัดการ Unit Cost ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม
- 4.3 Output: มีข้อมูล Unit Cost ในแต่ละแผนก
- 4.2 BPM : มีระบบ ERP ที่เชื่อมโยงทุก Core Business Process แบบอัตโนมัติ
- 4.1 BPM : มีการบริหารจัดการ Core Business Process

### Smart Services

- 3.5 BPM : มีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างกัน้อยอย่างเหมาะสม
- 3.4 BPM : มีข้อมูลระยะเวลารอดคอยรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด บริการ OPD
- 3.3 BPM : มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (OPD ทุกห้องตรวจ)
- 3.2 BPM : มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records)
- 3.1 BPM : ยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการ จากผู้รับบริการ

### Smart Tools

- 2.3 Devices: มีการเชื่อมข้อมูลของเครื่องมือแพทย์(Vital Sign) อย่างน้อย 1 อุปกรณ์ เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ
- 2.2 Queue: มีช่องทางออนไลน์ หรือ ช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด เช่น คิวพบแพทย์
- 2.1 Queue: มีหน้าจอแสดงลำดับคิว ในจุดที่เหมาะสม เพื่อลดความแออัดบริเวณจุดบริการ และหน้าห้องตรวจ

### Smart Place

- 1.1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาล Green and Clean & Digital Look

\*\*\* BPM: Business Process Management : การบริหารจัดการกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ \*\*\*



# ตัวชี้วัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

แผนแม่บท/ นโยบายรัฐบาล

## แผนระยะยาว / Roadmap (2563-2567)

ปีงบประมาณ	2563	2564	2565	2566	2567
ค่าเป้าหมาย 1) หน่วยบริการมีผลการดำเนินงาน Smart Tools และ Smart Services	<b>ร้อยละ 80</b>	ร้อยละ 100	-	-	-
2) หน่วยบริการมีผลการดำเนินงานในระดับ Smart Outcome	-	ร้อยละ 20	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80

## เกณฑ์การประเมิน

เป้าหมายขั้นต้น (50)	เป้าหมายมาตรฐาน (75)	เป้าหมายขั้นสูง (100)
หน่วยบริการมีผลการดำเนินงาน Smart Tools และ Smart Services ร้อยละ 60 (331 แห่ง)	หน่วยบริการมีผลการดำเนินงาน Smart Tools และ Smart Services <b>ร้อยละ 80 (442 แห่ง)</b> (เป้าหมายตามแผนปี 63)	หน่วยบริการมีผลการดำเนินงาน Smart Tools และ Smart Services ร้อยละ 100 (552 แห่ง) (เป้าหมายตามแผนปี 64)

## หมายเหตุ

รพ. ระดับ A, S, M1, M2 **80%** จากทั้งหมด 203 = **163 แห่ง**

รพ. ระดับ F1, F2, F3 **50%** จากทั้งหมด 694 = **347 แห่ง**

รพ. นอกสังกัด สป. **80%** จากทั้งหมด 52 = **42 แห่ง**

**รวมทั้งหมด = 552 แห่ง (คิดเป็น 100%)**



## ประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับ

สามารถเข้าถึงและรับบริการในโรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านช่องทาง online ที่สะดวก รวดเร็ว และลดระยะเวลาในการรอคอย

ได้รับบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและปลอดภัย

1) Smart Place/Infrastructure โรงพยาบาลมีการดำเนินงานด้านอนามัย  
สิ่งแวดล้อม ผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital  
ของกรมอนามัย และจัดตกแต่งสถานที่ให้สวยงาม ดูมีความทันสมัย  
(Digital Look) ช่วยเพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการ

การประเมิน → ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาล Green and Clean &  
Digital Look

2) Smart Tools โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพ การให้บริการ และการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ให้มีความถูกต้องแม่นยำ สะดวกรวดเร็ว ลดความเสี่ยงความผิดพลาดต่างๆ ลดระยะเวลา เพิ่มความปลอดภัย และเพิ่ม ความพึงพอใจของผู้รับบริการ อาทิ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์อัตโนมัติ ระบบบริหาร จัดการคิว ในรูปแบบดิจิทัล/ออนไลน์ โดยประเมินจาก (อย่างน้อย 2 ข้อ ไม่เรียงลำดับ)

2.1 Queue: มีหน้าจอบริการแสดงลำดับคิวในจุดที่เหมาะสม เพื่อลดความแออัดบริเวณจุดบริการ และ หน้าห้องตรวจ

2.2 Queue: มีช่องทางออนไลน์หรือช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการอย่างน้อย 1 จุด เช่น คิวพบแพทย์

2.3 Devices: มีการเชื่อมข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ (Vital Sign) อย่างน้อย 1 อุปกรณ์ เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ

3) Smart Services โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการพัฒนาองค์กรตามแผนพัฒนารัฐบาลดิจิทัลของประเทศไทย และพระราชบัญญัติการบริหารงานและการให้บริการ ภาครัฐผ่านระบบดิจิทัล พ.ศ. 2562 โดยประเมินจาก (อย่างน้อย 4 ข้อ ไม่เรียงลำดับ)

- 3.1 ยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการ จาก ผู้รับบริการ
- 3.2 มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records)
- 3.3 มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (OPD ทุกห้องตรวจ)
- 3.4 มีข้อมูลระยะเวลาารอคอยรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด บริการ OPD
- 3.5 มีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลา หรือแตกต่างกันน้อยอย่างเหมาะสม

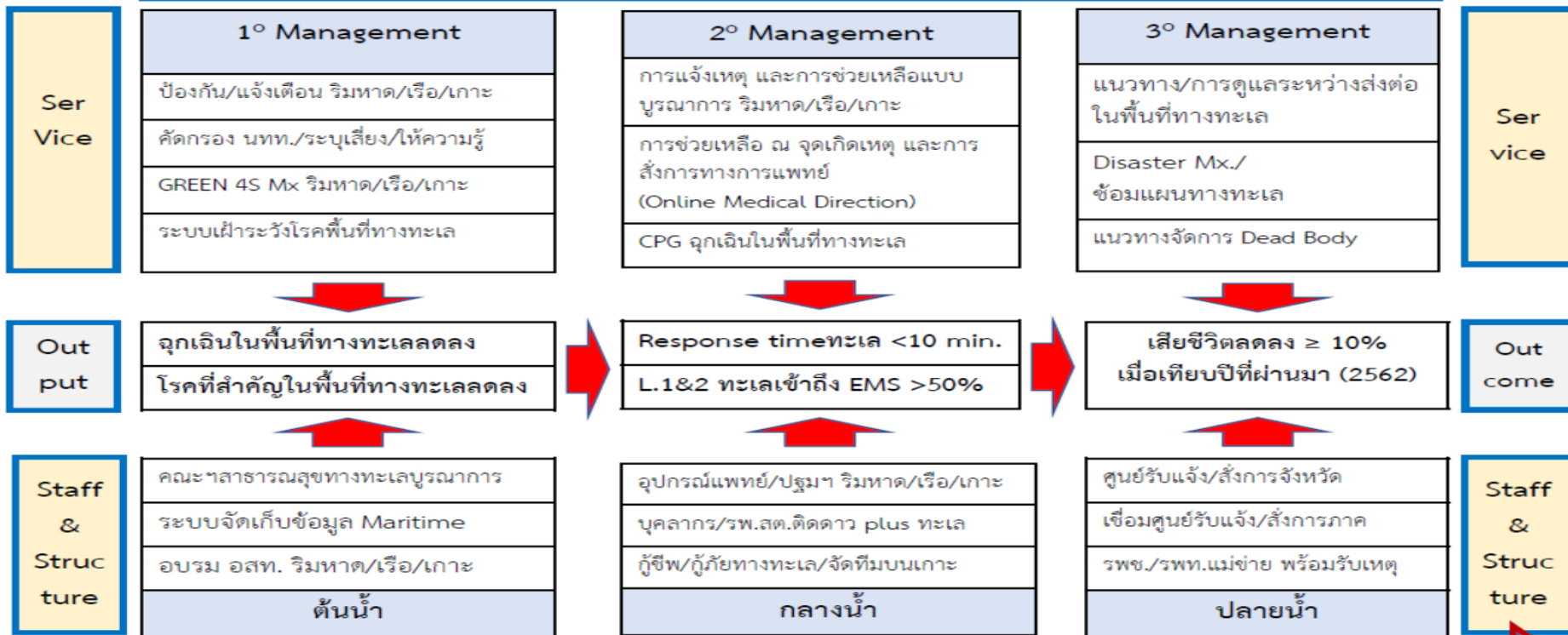


# ประเด็นที่ 5 : สาธารณสุขทางทะเล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

# สาธารณสุขทางทะเล เขตสุขภาพที่ 11 Evaluation

## Key Strategic Activity & Intervention



การป้องกันไม่ให้เกิดเหตุทางทะเล

การจัดการเมื่อเกิดเหตุทางทะเล

การช่วยเหลือเพื่อลดการเสียชีวิต

■ ยังไม่ได้ดำเนินงาน

■ กำลังพัฒนา/ดำเนินการ

■ ดำเนินการ/ผ่านเกณฑ์


■ มินวัตกรรม

ลำดับ	Activity & Intervention	ระดับการประเมิน		
		Level 1	Level 2	Level 3
1	ป้องกัน/แจ้งเตือน ริมหาด/เรือ/เกาะ	( ) กำหนดขยายขาดปลอดภัย 1 ทาด ( ) สำรวจจุดเสี่ยง/วางแผน ( ) ริมหาด ( ) เกาะ	( ) การแจ้งเตือนเมื่อมีความเสี่ยง ( ) ริมหาด ( ) เกาะ ( ) เรือ	( ) มีนวัตกรรม
2	คัดกรอง นทท./ระบุเสี่ยง/ให้ความรู้	( ) วางแผนท่าเรือปลอดภัย 1 ท่าเรือ ( ) แบบคัดกรองความเสี่ยง นทท.	( ) คัดกรอง นทท. ก่อนลงเรือ ( ) จัดทำสัญลักษณ์ระบุความเสี่ยง	( ) จัดระบบดูแล นทท. ตามระดับความเสี่ยงได้
3	GREEN 4S Mx ริมหาด/เรือ/เกาะ G : Garbage R : Restroom E (1) : Energy E (2) : Environment N : Nutrition	( ) กำหนดนโยบาย ( ) กำหนด 1 เกาะ 1 ขยายฝั่งต้นแบบ ( ) มี จนท.รับผิดชอบชัดเจน	( ) G : คัดแยก รวบรวม เคลื่อนย้าย กำจัด ( ) R : สะอาด เพียงพอ ปลอดภัย ( ) E (1) : มีมาตรการ ( ) E (2) : ปลอดภัย ไม่เป็นแหล่งโรค ( ) N : จัดการสุขาภิบาลอาหารและน้ำ	( ) มีนวัตกรรม
4	ระบบเฝ้าระวังโรคในพื้นที่ทางทะเล	วางแผน/กำหนดระบบเฝ้าระวัง ( )	สามารถรายงานข้อมูล/เฝ้าระวังได้ ( )	ประเมินระบบเฝ้าระวัง ( )
5	คณะกรรมการสุขภาพทางทะเลบูรณาการ	( ) แต่งตั้งคณะกรรมการ	( ) ประชุม/กำหนดนโยบาย	( ) ร่วมทบทวน/ ส่งเสริม
6	ระบบจัดเก็บข้อมูล Maritime	( ) กำหนด coding เหตุฉุกเฉิน/โรค/ population/Area type	( ) กำหนดวิธีการดึงข้อมูล	( ) สามารถดึงข้อมูลได้
7	อบรม อสท. ริมหาด/เรือ/เกาะ	( ) วางแผน/กลุ่มเป้าหมาย ( ) ริมหาด ( ) เกาะ ( ) เรือ	( ) อบรม อสท. ตามแผน ( ) ริมหาด ( ) เกาะ ( ) เรือ	( ) อสท. มีความรู้ ร่วม ช่วยเหลือผู้ป่วยได้

 ยังไม่ดำเนินงาน

 Level 2

 Key Result

 ฉุกเฉินในพื้นที่ทางทะเลลดลง

 เกณฑ์

 0-5%


 5-10%


 > 10%

 Level 1

 Level 3

 Indicator

 โรคที่สำคัญในพื้นที่ทางทะเลลดลง

 เทียบปีที่ผ่านมา

 0-5%

 5-10%

 > 10%

ลำดับ	Activity & Intervention	ระดับการประเมิน		
		Level 1	Level 2	Level 3
1	การแจ้งเหตุ และการช่วยเหลือแบบบูรณาการ ริมทาด/เรือ/เกาะ	( ) วางแนวทางแจ้งเหตุเมื่อเกิดเหตุ ( ) ริมทาด ( ) เกาะ ( ) เรือ	( ) ส่งทีมช่วยเหลือตามระดับความรุนแรง ( ) ริมทาด ( ) เกาะ ( ) เรือ	( ) จัดทีมช่วยเหลือโดยบูรณาการร่วมหน่วยอื่น
2	การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ และการสั่งการทางการแพทย์ (Online Medical Direction)	( ) ทีมปฏิบัติการสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยตามหลักเวชศาสตร์ทางทะเล ( ) ริมทาด ( ) เกาะ ( ) เรือ	( ) มีระบบให้คำปรึกษาทางการแพทย์ ณ จุดเกิดเหตุ ( ) ริมทาด ( ) เกาะ ( ) เรือ	( ) On scene time < 10 นาที ( ) บูรณาการ ณ จุดเกิดเหตุ
3	CPG ถูกเดินในพื้นที่ทางทะเล	( ) มีการจัดทำ CPG ภาวะฉุกเฉินในพื้นที่ทางทะเล	( ) CPG ภาวะฉุกเฉินในพื้นที่ทางทะเลเผยแพร่ในหน่วยบริการในพื้นที่ทางทะเล	( ) มีการเก็บข้อมูล ทบทวน CPG ให้เป็นปัจจุบัน
4	อุปกรณ์แพทย์/ปฐมพยาบาล ริมทาด/เรือ/เกาะ	( ) กำหนดจุดที่ควรมีอุปกรณ์แพทย์/ปฐมพยาบาล ( ) ริมทาด ( ) เกาะ ( ) เรือ ( ) กำหนดอุปกรณ์การแพทย์ที่ควรมี ( ) ริมทาด ( ) เกาะ ( ) เรือ	( ) มีการดำเนินการ สามารถนำมาใช้ได้จริง	( ) บูรณาการร่วมภาคเอกชน
6	บุคลากร/รพ.สต.ติดดาว plus ทะเล	( ) เกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว plus ทะเล ( ) แผนพัฒนาบุคลากรทางทะเล	( ) มีการประเมินอย่างเป็นรูปธรรม ( ) มีการส่งอบรมอย่างเป็นรูปธรรม	( ) มีการพัฒนาเพื่อปิด Gap จากการประเมิน
7	กู้ชีพ/กู้ภัยทางทะเล/จัดทีมบนเกาะ	( ) วางแผน/กลุ่มเป้าหมาย ( ) ริมทาด ( ) เกาะ ( ) เรือ	( ) อบรมกู้ชีพ/กู้ภัยทางทะเล ตามแผน ( ) ริมทาด ( ) เกาะ ( ) เรือ	( ) จัดทีมบูรณาการประจำในพื้นที่เกาะที่ห่างไกล

■ ยังไม่ดำเนินงาน    ■ Level 2  
■ Level 1            ■ Level 3

**Key Result  
Indicator**

Response time ทะเล < 10 min.

Level 1 & 2 พื้นที่ทะเลเข้าถึง EMS

> 50%

> 50%

< 40%

< 40%

40-50%

40-50%

> 50%

> 50%

ลำดับ	Activity & Intervention	ระดับการประเมิน		
		Level 1	Level 2	Level 3
1	แนวทาง/การดูแลระหว่างส่งต่อในพื้นที่ทางทะเล	( ) วางแนวทางการดูแลระหว่างส่งต่อ ( ) ริมทาด ( ) เกาะ ( ) เรือ	( ) ระบบให้คำปรึกษาระหว่างส่งต่อ ( ) ริมทาด ( ) เกาะ ( ) เรือ	( ) การทบทวน case ส่งต่อทางทะเล
2	Disaster Mx./ซ้อมแผนทางทะเล	( ) Risk assessment พื้นที่ทางทะเลตามโอกาสเกิด / ความรุนแรง ( ) EOC สาธารณสุขรับเหตุทางทะเล	( ) Hazard specific plan รับเหตุทางทะเล ( ) ซ้อมแผนบูรณาการทางทะเล	( ) Hazard specific plan รับเหตุทางทะเล ในรูปแบบบูรณาการ
3	แนวทางจัดการ Dead Body	( ) มีการจัดทำ CPG การจัดการกรณี Dead body ในภาวะปกติและภัยพิบัติ	( ) มีการจัดการ Dead body ที่มีประสิทธิภาพ ในภาวะปกติและภัยพิบัติ	( ) สามารถบูรณาการร่วมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้
4	ศูนย์รับแจ้ง/สั่งการระดับจังหวัด	( ) สามารถรับแจ้งเหตุ/เฝ้าฟังเหตุในทะเลระยะไกลได้ (<12 ไมล์ทะเล)	( ) บุคลากรประจำศูนย์สามารถคัดแยกเหตุทางทะเล/Dispatch ทีมปฏิบัติการที่เหมาะสมได้	( ) สามารถบูรณาการร่วมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ ( ) Dispatch time<2 min.
6	เชื่อมศูนย์รับแจ้ง/สั่งการระดับภาค	( ) กำหนดแนวทางในการขอสนับสนุนทีมปฏิบัติการจากทัพเรือภาคที่ 3 ได้	( ) สามารถรับการสนับสนุนการปฏิบัติการจากทัพเรือภาคที่ 3 ได้	( ) มีการซ้อมแผนบูรณาการร่วมทัพเรือภาคที่ 3
7	รพช./รพท.แม่ข่าย พร้อมรับเหตุทะเล	( ) กำหนดแม่ข่าย/แนวทางในการรับผู้ป่วยจากการส่งต่อ ( ) ห้องฉุกเฉินสามารถรองรับเหตุทะเล	( ) รับส่งผู้ป่วยตามแนวทางไร้รอยต่อ	( ) ร่วมทบทวน case ส่งต่อทางทะเล โดยทุกระดับ รพ.

■ ยังไม่ดำเนินงาน  
■ Level 1  
■ Level 2  
■ Level 3

Key Result  
Indicator

เสียชีวิตลดลง  
เมื่อเทียบปีที่ผ่านมา (2562)

เกณฑ์  
> 10%

ผลงาน

< 5%

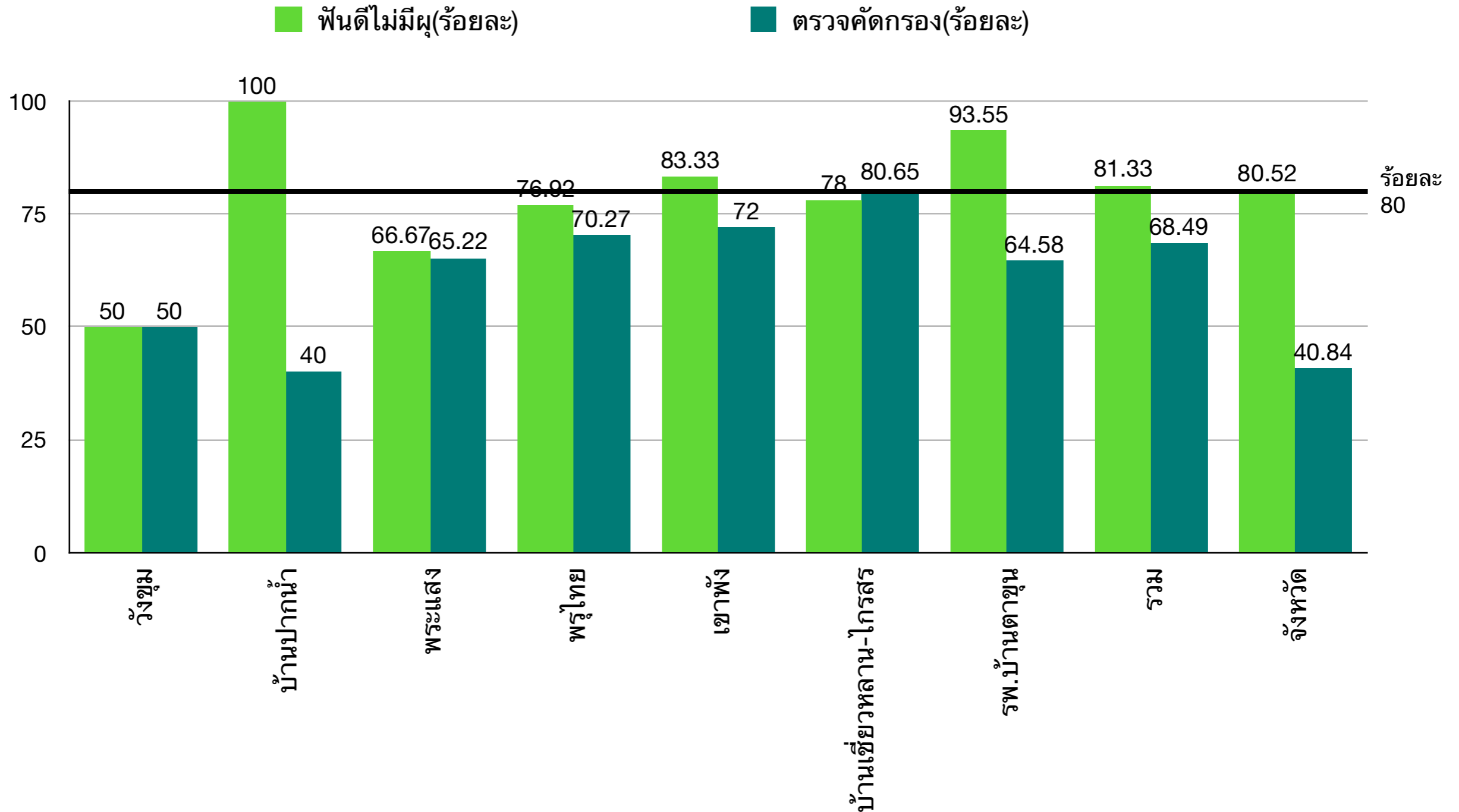
5-10%

> 10%

**สรุปผลการนิเทศงาน  
ทันตสาธารณสุข ปี2563  
คบสอ.บ้านตาขุน**

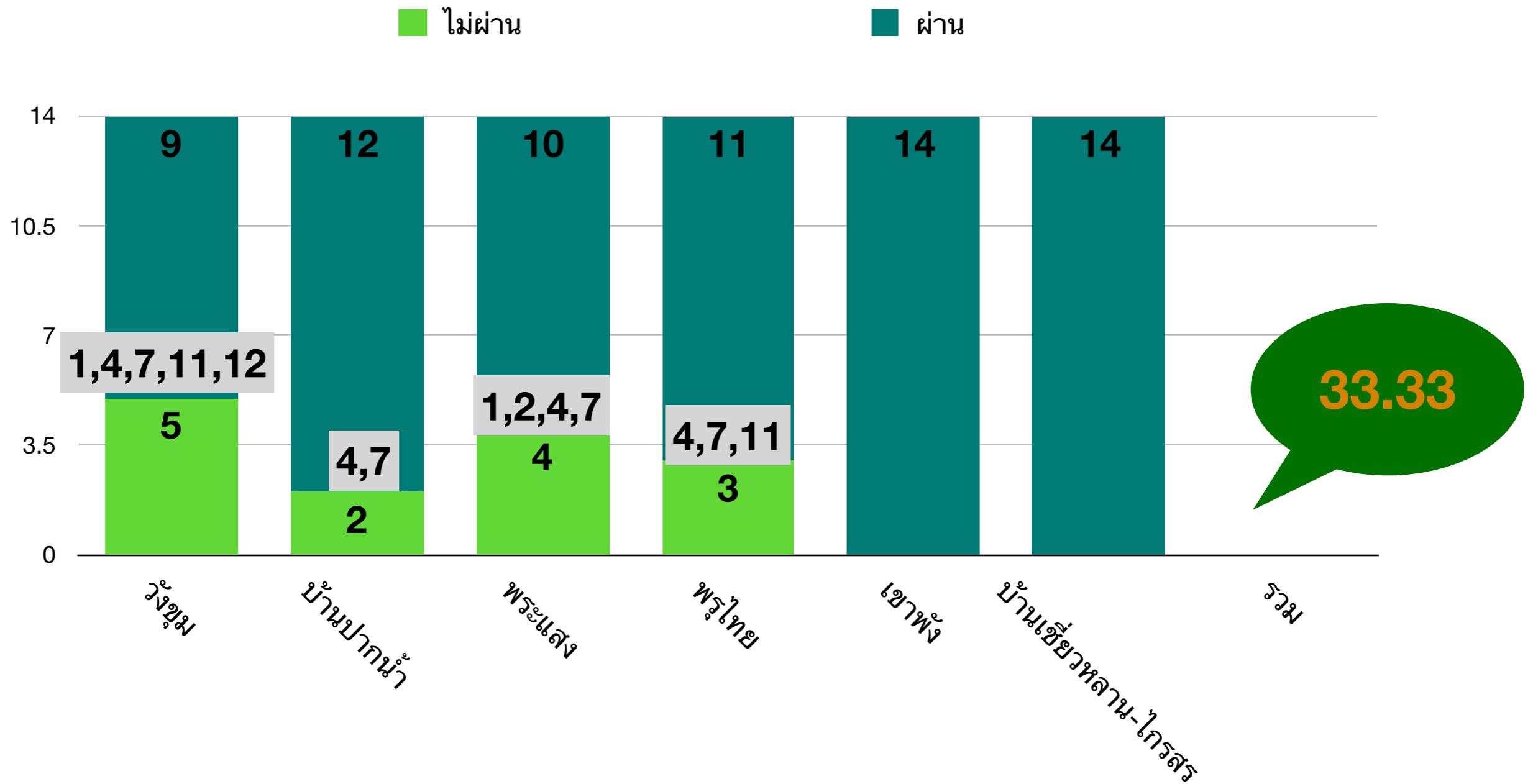
# ตัวชี้วัด monitor

ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free) ไม่น้อยกว่าร้อยละ80



# ตัวชี้วัด monitor

ร้อยละของรพ.สต.ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ60

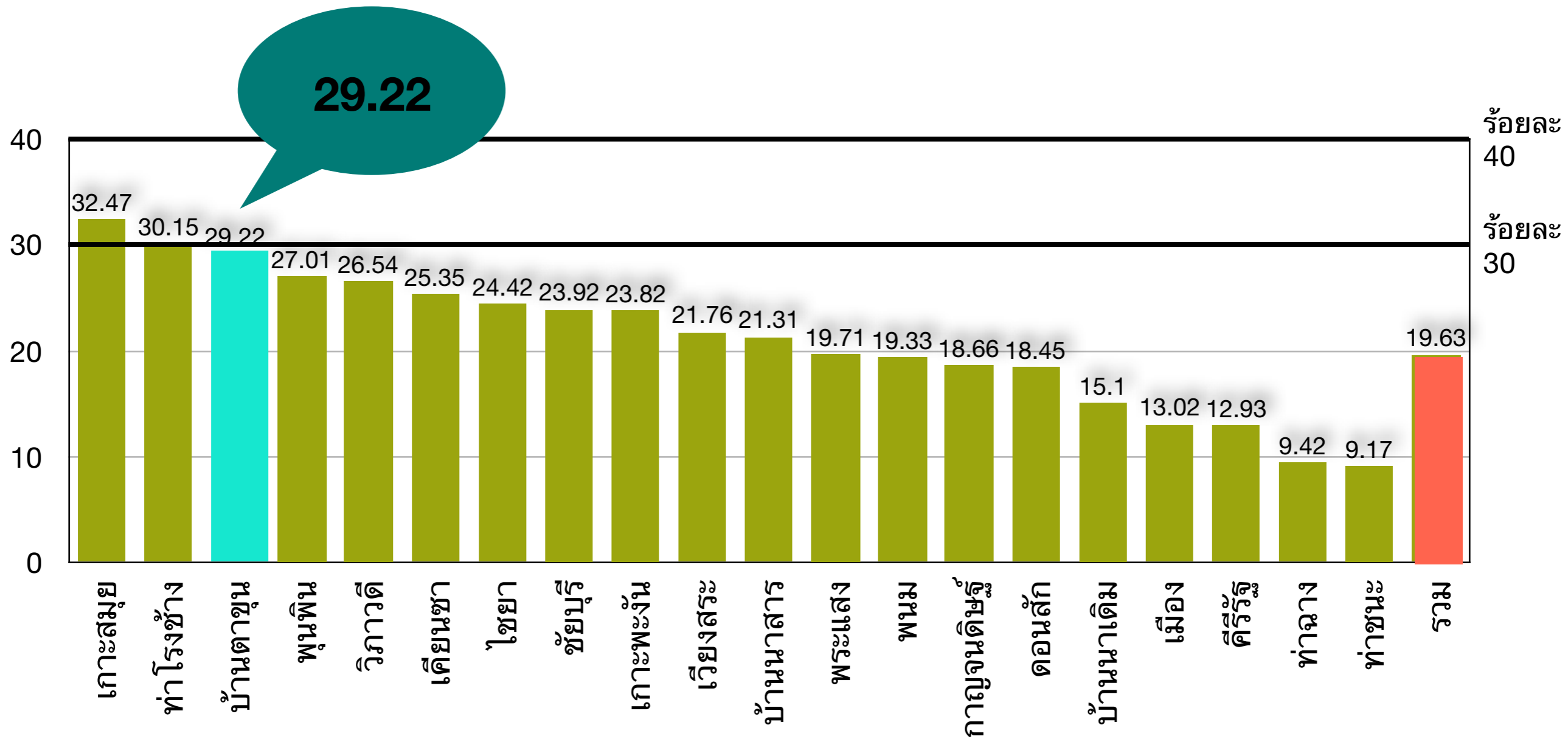


## ความพร้อมของกำลังคน/ครุภัณฑ์/ระบบการให้บริการ

เครือข่ายบริการสุขภาพ	↕	ยูนิต	ทันตภิบาล	หมอนเวียน
09220 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังขุม ตำบลเขาวง		✗	✗	✓
09221 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากน้ำ ตำบลพระแสง		✗	✗	✓
09222 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพะแสง		✗	✗	✓
09223 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพรุไทย		✓	✗	✓
09224 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาพัง		✓	✗	✓
09225 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขี้ยวหลาน - ไกรสร		✓	✓	—
11363 โรงพยาบาลบ้านตาขุน		3 (4)	3	—

# ตัวชี้วัด monitor

อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากรวมทุกสิทธิของประชาชนในพื้นที่ ร้อยละ 40



## 0-2ปีตรวจ

เครือข่ายบริการสุขภาพ	⇕	B	⇕	A	⇕	อัตรา(100)	⇕
09220 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังขุม ตำบลเขาวง			14		3		21.43
09221 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากน้ำ ตำบลพระแสง			41		12		29.27
09222 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพะแสง			49		19		38.78
09223 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพรุไทย			103		39		37.86
09224 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาพัง	✓		31		26		83.87
09225 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขี้ยวหลาน - ไกรสร	✓		116		67		57.76
11363 โรงพยาบาลบ้านตาขุน			83		25		30.12
<b>รวม</b>			<b>437</b>		<b>191</b>		<b>43.71</b>

**ข้อ4**  
ต้องได้50%

## 0-2ปีทAF

เครือข่ายบริการสุขภาพ	⇕	B	⇕	A	⇕	อัตรา(100)	⇕
09220 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังขุม ตำบลเขาวง			14		3		21.43
09221 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากน้ำ ตำบลพระแสง			41		13		31.71
09222 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพะแสง			49		18		36.73
09223 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพรุไทย			103		32		31.07
09224 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาพัง			31		26		83.87
09225 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขี้ยวหลาน - ไกรสร			116		67		57.76
11363 โรงพยาบาลบ้านตาขุน			83		25		30.12
<b>รวม</b>			<b>437</b>		<b>184</b>		<b>42.11</b>

## 3-5ปีตรวจ

เครือข่ายบริการสุขภาพ	⇅	B	⇅	A	⇅	อัตรา(100)	⇅
09220 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังขุม ตำบลเขาวง			29		6		20.69
09221 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากน้ำ ตำบลพระแสง			52		19		36.54
09222 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพะแสง			47		22		46.81
09223 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพรุไทย			86		37		43.02
09224 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาพัง ✓			31		24		77.42
09225 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขี้ยวหลาน - ไกรสร ✓			127		85		66.93
11363 โรงพยาบาลบ้านตาขุน			115		70		60.87
<b>รวม</b>			<b>487</b>		<b>263</b>		<b>54.00</b>

**ข้อ 7**  
ต้องได้ 50%

## 3-5ปีทพF

เครือข่ายบริการสุขภาพ	⇅	B	⇅	A	⇅	อัตรา(100)	⇅
09220 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังขุม ตำบลเขาวง			29		5		17.24
09221 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากน้ำ ตำบลพระแสง			52		32		61.54
09222 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพะแสง			47		29		61.70
09223 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพรุไทย			86		23		26.74
09224 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาพัง			31		26		83.87
09225 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขี้ยวหลาน - ไกรสร			127		87		68.50
11363 โรงพยาบาลบ้านตาขุน			115		72		62.61
<b>รวม</b>			<b>487</b>		<b>274</b>		<b>56.26</b>

## 6-12ปีตรวจ

เครือข่ายบริการสุขภาพ	⇅	B	⇅	A	⇅	อัตรา(100)	⇅
09220 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังขุม ตำบลเขาวง			68		27		39.71
09221 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากน้ำ ตำบลพระแสง			148		47		31.76
09222 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพะแสง			138		90		65.22
09223 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพรุไทย			240		153		63.75
09224 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาพัง			108		84		77.78
09225 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขี้ยวหลาน - ไกรสร			384		256		66.67
11363 โรงพยาบาลบ้านตาขุน			299		155		51.84
รวม			1,385		812		58.63

## ปีเคลือบหลุมร่องฟัน

เครือข่ายบริการสุขภาพ	⇅	B	⇅	A	⇅	อัตรา(100)	⇅
09220 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังขุม ตำบลเขาวง	✗		7		0		0.00
09221 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากน้ำ ตำบลพระแสง			24		1		4.17
09222 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพะแสง			20		1		5.00
09223 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพรุไทย	✗		29		0		0.00
09224 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาพัง			16		3		18.75
09225 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขี้ยวหลาน - ไกรสร			62		3		4.84
11363 โรงพยาบาลบ้านตาขุน			49		1		2.04
รวม			207		9		4.35

ข้อ11  
ต้อง>0

## 6-12ปีได้รับบริการ

เครือข่ายบริการสุขภาพ	↕	B	↕	A	↕	อัตรา(100)	↕
09220 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังขุม ตำบลเขาวง	✘		68		33	<div style="background-color: #800080; color: white; border-radius: 50%; padding: 10px; text-align: center; width: 100px; margin: auto;"> <b>ข้อ12</b>  <b>ต้องได้50%</b> </div>	48.53
09221 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากน้ำ ตำบลพระแสง			148		116		78.38
09222 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพะแสง			138		101		73.19
09223 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพรุไทย			240		184		76.67
09224 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาพัง			108		94		87.04
09225 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขี้ยวหลาน - ไกรสร			384		282		73.44
11363 โรงพยาบาลบ้านตาขุน			299		199		66.56
<b>รวม</b>			<b>1,385</b>		<b>1,009</b>		<b>72.85</b>

# QOF

## 93.40

### QOF63\_3.3 - ร้อยละเด็กวัยเรียน (ป.6) ได้รับการคัดกรองฟันผุ

A = จำนวนเด็กนักเรียน ป.6 ที่ได้รับการตรวจคัดกรองและวางแผนการรักษาสุขภาพช่องปาก โดยทันตแพทย์หรือทันตภิบาล

B = จำนวนเด็กนักเรียน ชั้น ป.6 สัญชาติไทย ในโรงเรียนทุกสังกัด ในเขตรับผิดชอบ

อัตรา (A/B) X 100

Template

Flow

Showing 1-7 of 7 items.

เกณฑ์เป้าหมาย (X) = ไม่น้อยกว่าร้อยละ 82 เวลาประมวลผลข้อมูล : 2020-02-03 15:14:24

All



#	HCODE	หน่วยบริการ	B	A	อัตรา	เวลาประมวลผล
1	09220	sw.สต. วังขุม	3	3	100.00	2020-02-03 15:14:24
2	09221	sw.สต. บ้านปากน้ำ	19	18	94.74	2020-02-03 15:14:24
3	09222	sw.สต. พระแสง	15	13	86.67	2020-02-03 15:14:24
4	09223	sw.สต. พรุไทย	16	15	93.75	2020-02-03 15:14:24
5	09224	sw.สต. เขาพัง	28	26	92.86	2020-02-03 15:14:24
6	09225	sw.สต. บ้านเขี้ยวหลาน-ไทรสาร	47	40	85.11	2020-02-03 15:14:24
7	11363	sw. บ้านตาขุน	84	83	98.81	2020-02-03 15:14:24

# QOF

# 87.37

## QOF63\_3.4 - ร้อยละเด็กวัยเรียน (ป.6) ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)

A = จำนวนเด็กนักเรียน ป. 6 ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)

B = จำนวนเด็กนักเรียน ป.6 ที่ได้รับการตรวจคัดกรองและวางแผนการรักษาสุขภาพช่องปาก โดยทันตแพทย์หรือทันตภิบาล

อัตรา (A/B) X 100

Template

Flow

Showing 1-7 of 7 items.

เกณฑ์เป้าหมาย (X) = ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 เวลาประมวลผลข้อมูล : 2020-02-03 15:14:39

All

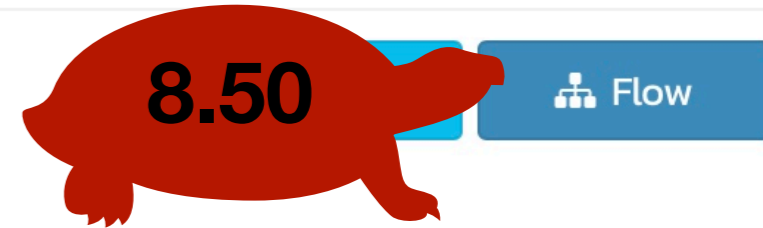


#	HCODE	หน่วยบริการ	B	A	อัตรา	เวลาประมวลผล
1	09220	sw.สต. วังขุม	3	3	100.00	2020-02-03 15:14:39
2	09221	sw.สต. บ้านปากน้ำ	18	16	88.89	2020-02-03 15:14:39
3	09222	sw.สต. พระแสง	13	6	46.15	2020-02-03 15:14:39
4	09223	sw.สต. พรุไทย	15	12	80.00	2020-02-03 15:14:39
5	09224	sw.สต. เขาพัง	26	24	92.31	2020-02-03 15:14:39
6	09225	sw.สต. บ้านเขี้ยวหลาน-ไทรสร	40	35	87.50	2020-02-03 15:14:39
7	11363	sw. บ้านตาขุน	83	77	92.77	2020-02-03 15:14:39

# PPA

PPA63\_4 - เด็กอายุ 9,18,24,36 เดือน คนไทยทุกสิทธิ์ ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปากและเคลือบหรือทาฟลูออไรด์วานิชและฝึกทักษะการแปรงฟัน

A = เด็กอายุ 9,18,24,36 เดือน คนไทยทุกสิทธิ์ทุกราย ที่ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก  
B = เด็กอายุ 9,18,24,36 เดือน คนไทยทุกสิทธิ์ทุกราย ที่ยังมีชีวิต และอาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบ  
อัตรา (A/B) X 100



Showing 1-7 of 7 items.

เกณฑ์เป้าหมาย (X) = ไม่น้อยกว่าร้อยละ 55 เวลาประมวลผลข้อมูล : 2020-02-03 16:17:24

All

#	HCODE	หน่วยบริการ	B	A	อัตรา	เวลาประมวลผล
1	09220	sw.สต. วังขุม	25	1	4.00	2020-02-03 16:17:24
2	09221	sw.สต. บ้านปากน้ำ	54	1	1.85	2020-02-03 16:17:24
3	09222	sw.สต. พระแสง	64	10	15.62	2020-02-03 16:17:24
4	09223	sw.สต. พรุไทย	122	3	2.46	2020-02-03 16:17:24
5	09224	sw.สต. เขาพัง	36	3	8.33	2020-02-03 16:17:24
6	09225	sw.สต. บ้านเขี้ยวหลาน-ไทรสาร	139	23	16.55	2020-02-03 16:17:24
7	11363	sw. บ้านตาขุน	113	6	5.31	2020-02-03 16:17:24

# Fee Schedule

รายงานการบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน ในหญิงตั้งครรภ์และเด็กนักเรียน อายุ 4-12 ปี รายหน่วยบริการ

- Eclaim ข้อมูลส่งถึง 19/1/63

- OP ข้อมูลส่งภายในเดือน 10-11/62

เขต	จังหวัด	HNAME	HCODE_NAME Total	SUB_FUND Data			DENT_CHILD_FLUORIDE			DENT_CHILD_SEALANT			
				ANC_DENT	PID (คน)	บริการ (ครั้ง)	ค่าใช้จ่าย	PID (คน)	บริการ (ครั้ง)	ค่าใช้จ่าย	PID (คน)	บริการ (ครั้ง)	ค่าใช้จ่าย
11	สุราษฎร์ธานี	รพ.คีรีรัฐนิคม	รพ.สต.กะเปา หมู่ที่ 06 ตำบลกะเปา				12	12	1,200				
			รพ.สต.ท่ากระดาน หมู่ที่ 06 ตำบลท่ากระดาน				9	9	900				
			รพ.สต.ถ้ำสิงขร หมู่ที่ 06 ตำบลถ้ำสิงขร				28	28	2,800				
			รพ.คีรีรัฐนิคม	9	9	4,500	15	15	1,500	90	284	71,000	
		<b>รพ.คีรีรัฐนิคม Total</b>			<b>9</b>	<b>9</b>	<b>4,500</b>	<b>87</b>	<b>87</b>	<b>8,700</b>	<b>91</b>	<b>285</b>	<b>71,250</b>
		รพ.บ้านตาขุน	รพ.สต.บ้านปากน้ำ หมู่ที่ 02 ตำบลพะแสง				3	3	300				
			รพ.สต.พะแสง หมู่ที่ 06 ตำบลพะแสง				3	3	300				
			รพ.สต.พรุไทย หมู่ที่ 01 ตำบลพรุไทย				2	2	200				
			รพ.สต.เขาพัง หมู่ที่ 01 ตำบลเขาพัง				4	4	400				
			รพ.สต.บ้านเขี้ยวหลาน-ไกรสร หมู่ที่ 04 ตำบลเขาพัง				19	19	1,900	1	4	1,000	
			รพ.บ้านตาขุน	8	8	4,000	139	139	13,900	88	285	71,250	
		<b>รพ.บ้านตาขุน Total</b>			<b>8</b>	<b>8</b>	<b>4,000</b>	<b>170</b>	<b>170</b>	<b>17,000</b>	<b>89</b>	<b>289</b>	<b>72,250</b>

**E-Claimประมวลทุกเดือน(ANC,รพ.)**

**43แฟ้มประมวลไตรมาสละ1ครั้ง(รพ.สต.)**

# ประเด็นนิเทศงาน

กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

# ประเด็นนิเทศงาน

โครงการ ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัด 15 ร้อยละของจังหวัดมีระบบรับแจ้งข่าว การใช้/ป่วยจากการสัมผัส

สารเคมีทางการเกษตร 3 ชนิด(พาราควอต คลอร์ไพริฟอส ไกลโฟเสต)

โดยประชาชน /อสม. ผ่าน Mobile Application ศูนย์บริการ (คลินิกสารเคมีเกษตร/  
คลินิกโรคจากการทำงาน)

หน่วยงาน	ระยะเวลาดำเนินการ			
	ไตรมาสที่1	ไตรมาสที่2	ไตรมาสที่3	ไตรมาสที่4
สสอ./รพ./ รพ.สต.  การดำเนินงาน	-สสอ./รพ.สต.แนะนำ ให้ คำปรึกษา ติดตามการดำเนินงาน ของ อสม.ในการสำรวจการใช้ สารเคมีฯ ในการใช้ Mobile Application  ลงทะเบียนบางส่วน	- อสม.สำรวจการใช้ สารเคมี ครั้งที่ 1 (มค.63)  -	- รวบรวมวิเคราะห์ ข้อมูล สรุป รายงาน ผลการดำเนินงาน	- อสม.สำรวจการใช้ สารเคมี ครั้งที่ 2 (กค.63)  - ประเมินและสรุปผล โครงการ





# เริ่มต้นใช้งาน อสม.ออนไลน์



1

รพ.สต. ลงทะเบียนแสดงความจำนงใช้งาน อสม.ออนไลน์  
ผ่านทาง [www.ais.co.th/aorsormor](http://www.ais.co.th/aorsormor) หรือ คิวอาร์โค้ด



รพ.สต. ได้รับ รหัสผ่าน  
เพื่อใช้งานผ่านทางอีเมล  
(ภายใน 1 วันทำการ)



2

รพ.สต. ใช้งาน  
Web Admin ผ่านทาง  
<https://phc.ais.co.th>

3



4

+ เพิ่มรายชื่อ



รพ.สต. เพิ่มรายชื่อให้กับ  
เจ้าหน้าที่ และ อสม.  
พร้อมกำหนดรหัสผ่าน

5



รพ.สต. แจง รหัสผ่าน  
ให้กับ เจ้าหน้าที่ และ อสม.

อสม. ดาวน์โหลดแอปพลิเคชัน อสม.ออนไลน์  
และเข้าสู่ระบบ เพื่อใช้งานด้วย หมายเลขโทรศัพท์  
ของตนเอง และรหัสผ่านที่ได้รับมาจาก รพ.สต.



6

ชื่อ รพ.สต. / หน่วยบริการสุขภาพ \*

คำตอบของคุณ

รหัสหน่วยบริการ 5 หลัก

คำตอบของคุณ

จังหวัด \*

คำตอบของคุณ

อำเภอ \*

คำตอบของคุณ



# อสม.

( ( **ออนไลน์** ) )



เบอร์โทรศัพท์



รหัสผ่าน 4 หลัก

**เข้าสู่ระบบ**

แอปพลิเคชันนี้ ให้บริการเฉพาะกลุ่มงาน  
ที่เกี่ยวข้องกับ รพ.สต.และ อสม. เท่านั้น

ต้องการใช้แอป อสม.ออนไลน์ กดที่นี่  
[ช่องทางติดต่ออื่นๆ](#)

# ประเด็นนิเทศงาน

โครงการ ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัด 16 ร้อยละของจังหวัดที่มีการจัดทำฐานข้อมูลอาชีพอนามัยและสิ่งแวดล้อม

(Occupational and Environmental Health Profile : OEHP)

ด้านเกษตรกรรมและมีรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทาง

การเกษตร(รหัสโรค60)

หน่วยงาน	ระยะเวลาดำเนินการ			
	ไตรมาสที่1	ไตรมาสที่2	ไตรมาสที่3	ไตรมาสที่4
สสอ./รพ./ รพ.สต.	-รวบรวม และวิเคราะห์ ข้อมูล OEHP ด้าน เกษตรกรรม	-เพิ่มข้อมูลในฐานข้อมูล OEHP -จัดทำรายงานT60 ทุกเดือน	-วิเคราะห์ความเชื่อมโยง ระหว่างการใช้สารเคมีทาง การเกษตรและผลกระทบต่อ สุขภาพ	- จัดทำรายงานการ พัฒนาการบันทึกข้อมูล T60ของหน่วยบริการ สุขภาพทุกระดับ
การดำเนินงาน	เก็บข้อมูลบางส่วน	-		

# ประเด็นตรวจราชการ

โครงการ บริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

ตัวชี้วัด 18 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์

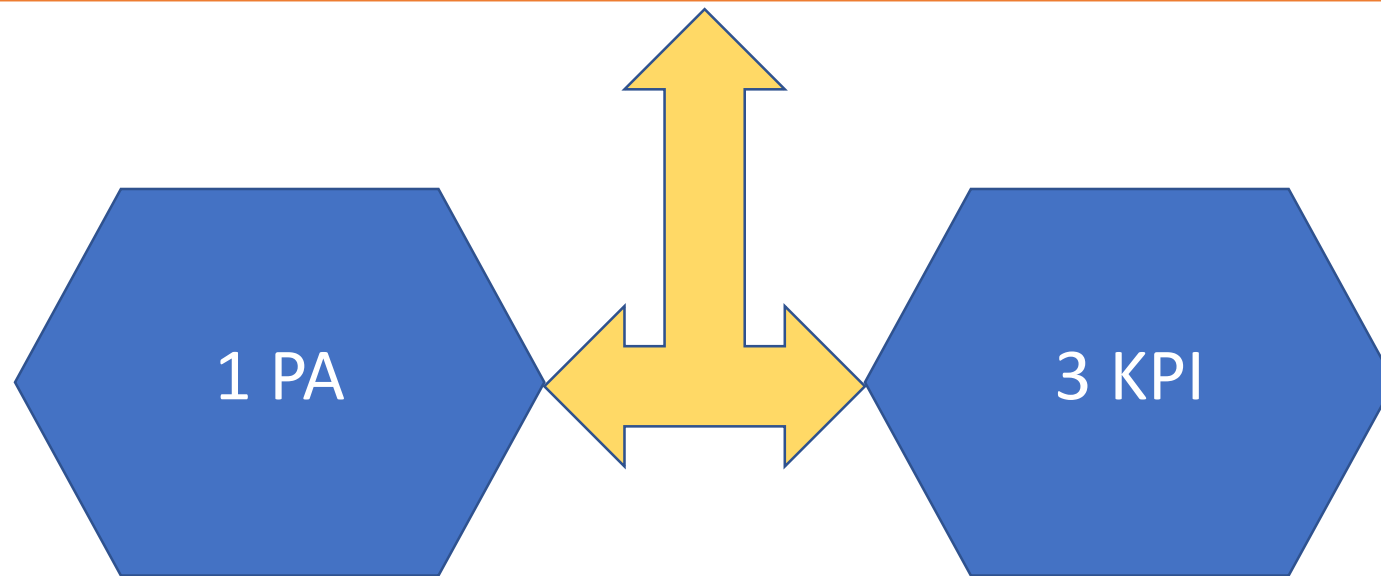
**GREEN&CLEAN Hospital**

หน่วยงาน	ระยะเวลาดำเนินการ			
	ไตรมาสที่1	ไตรมาสที่2	ไตรมาสที่3	ไตรมาสที่4
สสจ./รพ.	- มีแผนการขับเคลื่อน และประเมิน โรงพยาบาล (Re-accreditation)	สสจ.ลงประเมิน/แนะนำ โรงพยาบาล <b>GREEN&amp;CLEAN Hospital</b>	ศูนย์อนามัยที่ ๑๑ ลงประเมิน/รับรอง มาตรฐาน โรงพยาบาล <b>GREEN&amp;CLEAN Hospital</b>	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก และ ระดับดีมาก Plus
การดำเนินงาน	ระดับดีมาก	โครงการพัฒนางานสู่ ระดับดีมาก Plus	-	ระดับดีมาก Plus



# กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

กำกับติดตามตัวชี้วัด จำนวน ๔ ตัวชี้วัด





# PA (Performance agreement)<sup>๑</sup>

จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่  
หรือที่พัฒนาต่อยอด CUP ละ ๑ นวัตกรรม

## เกณฑ์คุณภาพในการดำเนินงาน

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้
๒. มีแผนการถ่ายทอดนวัตกรรมให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๓. รายงานความก้าวหน้า

ผลงานเด่นของ CUP : ระบบการดำเนินงานด้านยาเสพติดในโรงเรียนมัธยมและขยายโอกาส อ.บ้านตาขุน

: การติดตามเยี่ยมเสริมพลัง พชอ.บ้านตาขุน (การพัฒนาความปลอดภัยของแหล่งท่องเที่ยว)

## ข้อเสนอแนะ

Cup จะต้องมีการจัดการคลังความรู้ KM ของ Cup / ส่งเสริมบุคลากรให้คิดค้นงานวิจัย นวัตกรรม R2R CQI เพื่อเสริมสร้างงานให้มีคุณภาพ



# KPI (Key Performance Indicator) <sup>๑</sup>

## ร้อยละของหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization)

### เกณฑ์คุณภาพในการดำเนินงาน

๑. ระดับ ๓ มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล ทั้ง รพ.บ้านตาขุน และ สสอ.บ้านตาขุน
๒. ระดับ ๔ การทำแผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน ทั้ง รพ.บ้านตาขุน และ สสอ.บ้านตาขุน
๓. ระดับ ๕ มีการใช้แผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน ทั้ง รพ.บ้านตาขุน และ สสอ.บ้านตาขุน

### ข้อเสนอแนะ

ส่งเสริมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องโดยบูรณาการกับกิจกรรมอื่นในลักษณะส่งเสริมองค์กรแห่งความสุข เช่น หน่วยงาน  
คุณธรรม ชมรมจริยธรรม งานประเพณีต่าง ๆ OD



# KPI (Key Performance Indicator)<sup>๒</sup>

## หน่วยงานดำเนินงานตามเกณฑ์หน่วยงานคุณธรรม/ โรงพยาบาลคุณธรรม

### เกณฑ์คุณภาพในการดำเนินงาน ไตรมาส ๒

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนชมรมจริยธรรม
๒. กำหนดแผนงานกิจกรรมในการดำเนินงานชมรมจริยธรรม
๓. นำแผนงานกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างหรือพัฒนาหน่วยงานคุณธรรมของหน่วยงาน

### ผลงาน

รพ.บ้านตาขุนส่งคำสั่งคณะทำงานชมรมจริยธรรม และส่งแผนปฏิบัติการส่งเสริมหน่วยงานคุณธรรม

สสอ.บ้านตาขุน ส่งคำสั่งคณะทำงานชมรมจริยธรรม และส่งแผนปฏิบัติการส่งเสริมหน่วยงานคุณธรรม



# KPI (Key Performance Indicator)<sup>๓</sup>

## ร้อยละบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ

เกณฑ์คุณภาพในการดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๕

ประเด็นการดำเนินการด้านบริหารจัดการกำลังคนที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดครบ ๔ ประเด็น

๑. ติดตามประเด็นที่ ๔ บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๕
๒. จำนวนบุคลากรสาธารณสุขสายงานให้บริการทางการแพทย์(ยกเว้นสาขาวิชาชีพขาดแคลนสูง)ที่มีอยู่จริง

ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ คบสอ.บ้านตาขุน

ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2562

ลำดับ	สายงานให้บริการทางการแพทย์ (ยกเว้นสายวิชาชีพขาดแคลนสูง)	กรอบอัตรากำลังขั้น สูงกำหนดใน หน่วยงาน	จำนวนบุคลากร สาธารณสุขที่มีอยู่ จริง	ร้อยละบุคลากร สาธารณสุข เพียงพอ (≥ร้อยละ 75)
1	นายแพทย์	9	3	33.33
2	ทันตแพทย์	4	2	50.00
3	เภสัชกร	5	5	100.00
4	พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเทคนิค	56	34	60.71
5	จพ.ทันตสาธารณสุข	4	4	100.00
6	เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	4	3	75.00
7	ช่างทันตกรรม	0	0	0
8	นวก.สาธารณสุข/จพ.สาธารณสุข	33	15	45.45
9	แพทย์แผนไทย	3	3	100.00
10	นักเทคนิคการแพทย์/นักวิทยาศาสตร์ การแพทย์/จพ.วิทยาศาสตร์การแพทย์	3	3	100.00
รวม		121	72	59.50

# คำรับรองการปฏิบัติราชการ

(Performance Agreement: PA)

ของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓



# ตัวชี้วัดตามคำรับรองปฏิบัติราชการ PA ปี 2563

รวม 6 นโยบายเร่งรัด  
10 ตัวชี้วัด

## 1) การควบคุมป้องกันโรค

1. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วย  
โรคปอดบวม



## 2) การจัดการภัยคุกคามความ มั่นคงทางสุขภาพ

2. ร้อยละของ รพ.ที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)
3. ร้อยละของ รพ.ที่มีระบบจัดการการดื้อยา  
ต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)



## 3) พัฒนาระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ

4. ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ
5. จำนวน อสม.ที่ได้รับการพัฒนาเป็น อสม.ประจำบ้าน
6. ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว

## 4) ลดแออัด ลดรอคอย ใน รพ.



7. ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital  
- รพ.มีระบบนัด และคิวออนไลน์
8. ร้อยละ รพ.ศ.ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ

## 5) การเข้าถึงกัญชาทาง การแพทย์



9. จำนวนคลินิกการให้บริการกัญชาทาง  
การแพทย์ผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและ  
แพทย์แผนไทย

## 6) นวัตกรรมการบริหาร จัดการของเขตสุขภาพ



10. ร้อยละของเขตสุขภาพมีการพัฒนา  
ระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

# ■ การรายงานผล



รายงานทุกเดือนโดยผ่านโปรแกรม **Health KPI**



รายงานทุกไตรมาสส่งผ่านทาง **E-mail**



จัดทำเอกสารรูปเล่มรายประเด็น ปีละ 2 รอบ



# การกำกับ ติดตาม ข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2563

Agenda Based ② ประเด็น

ตัวชี้วัด กสร. 67 ตัว



Functional Based

② ประเด็น



PA 10 ตัว

Area Based

เขตพิจารณากำหนดประเด็นที่  
เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่

๑. งานควบคุมโรคติดต่อ
๒. งานคุ้มครองผู้บริโภค
๓. งานแพทย์แผนไทย
๔. งานส่งเสริมสุขภาพ
๕. งานพัฒนาคุณภาพ
๖. งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ
๗. งานพัฒนายุทธศาสตร์
๘. งานทันตสาธารณสุข
๙. งานอนามัยสิ่งแวดล้อม
๑๐. งานบริหารทรัพยากรบุคคล
๑๑. งานประกันสุขภาพ