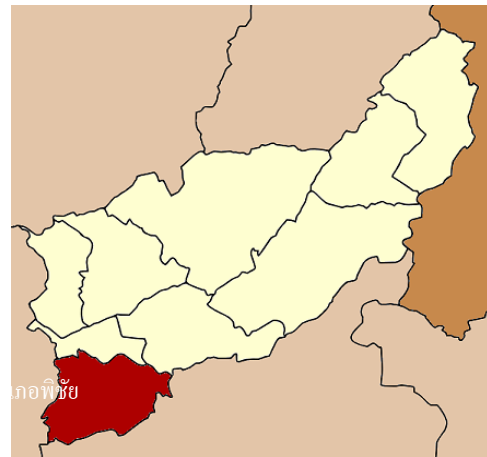


สรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข

อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์

ปีงบประมาณ 2565



คำนำ

เอกสารสรุปผลการดำเนินงานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอพิชัยประจำ
ปีงบประมาณ 2565 ฉบับนี้เป็นการสรุปผลการปฏิบัติงาน ปีงบประมาณ 2565 เพื่อเป็นการเก็บรวบรวม
ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลในการดำเนินงาน กำหนดปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาในปีงบประมาณ
2565 อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เอกสารฉบับนี้ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอพิชัย ได้
ดำเนินการสรุปผลการปฏิบัติงานประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของอำเภอพิชัย ข้อมูลประชากรกลางปี ข้อมูล
ทรัพยากรด้านสาธารณสุข ข้อมูลสถานสุขภาพและสถิติชีพ ข้อมูลผลการดำเนินงาน

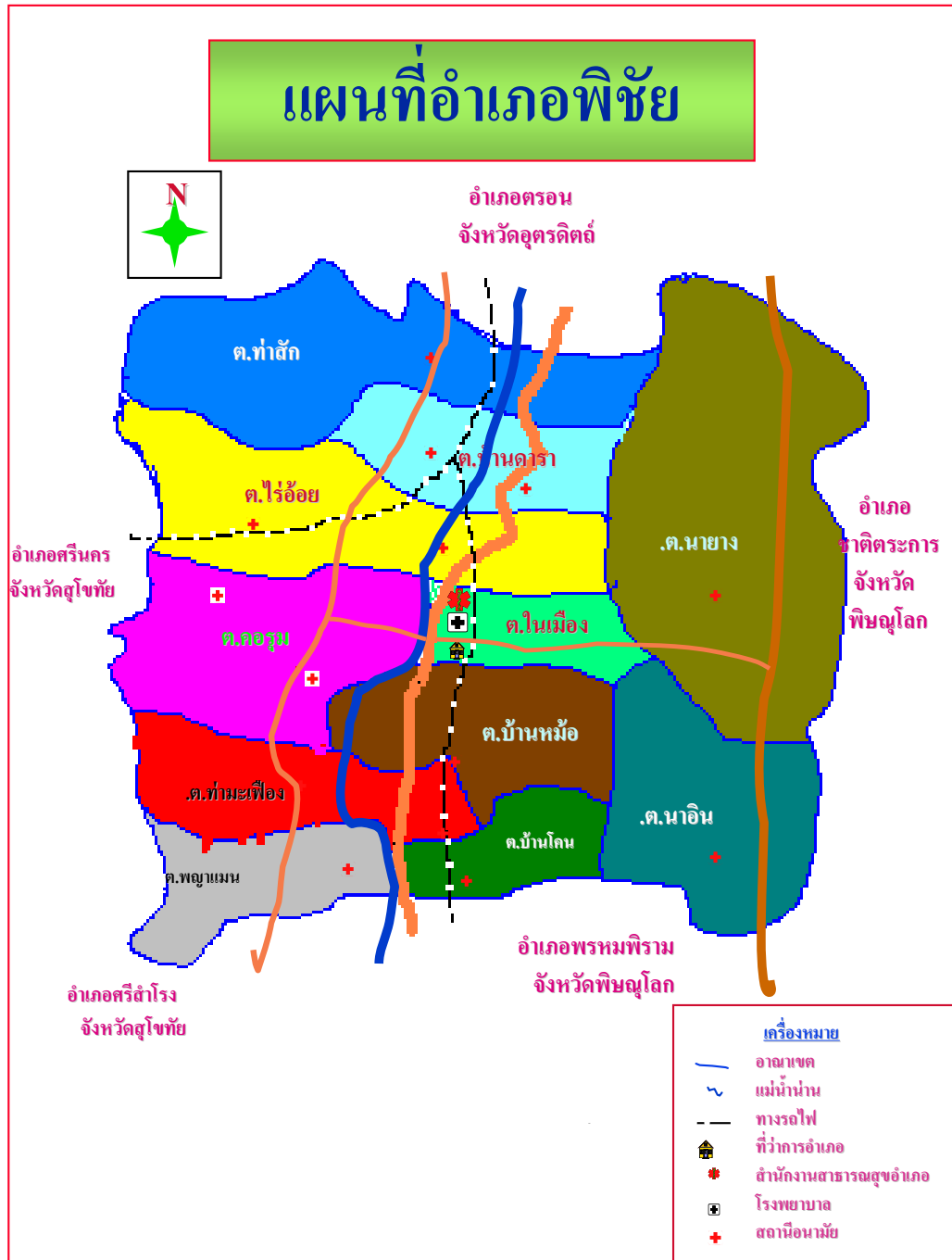
ในการดำเนินการจัดทำเอกสารสรุปผลการดำเนินงานของคณะกรรมการประสานงาน
สาธารณสุขอำเภอพิชัย ประจำปีงบประมาณ 2565 ฉบับนี้ ผู้จัดทำขอขอบคุณผู้รับผิดชอบงานของ
คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอพิชัย โรงพยาบาลพิชัย และโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพ
ตำบลทุกท่านเป็นอย่างสูง

คณะผู้จัดทำ

ตุลาคม 2565

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ข
สารบัญ	ค
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปอำเภอพิชัย	3
ส่วนที่ 2 ข้อมูลประชากร	5
ส่วนที่ 3 ทรัพยากรสาธารณสุข	8
ส่วนที่ 4 สถานะสุขภาพและสถิติชีพ	11
ส่วนที่ 5 สถานการณ์ด้านการเงินและการคลัง	13
ส่วนที่ 6 สรุปผลการดำเนินงาน คปสอ.พิชัย ปีงบประมาณ 2565	
การดำเนินงานพัฒนางานสาธารณสุขตามแนวทางโครงการพระราชดำริฯ	16
การดำเนินงานพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนและคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	20
การดำเนินงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและเขตเมือง	21
การดำเนินงานพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพทหกลุ่มวัย	27
การดำเนินงานพัฒนางานทันตกรรม	40
การดำเนินงานพัฒนาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ/ผู้พิการ/ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ	58
การดำเนินงานพัฒนาระบบป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ	58
การดำเนินงานพัฒนาระบบป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ	77
การดำเนินงานพัฒนาการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย	79
การดำเนินงานพัฒนางานแพทย์แผนไทยและทางเลือก	89
การดำเนินงานพัฒนาระบบงานสุขภาพจิตและยาเสพติด	93
การดำเนินงานพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคล	99
การดำเนินงานพัฒนาเทคโนโลยีและสารสนเทศ	101
การดำเนินงานพัฒนาการบริหารจัดการ การเงิน การคลัง และประกันสุขภาพ	106
การดำเนินงานพัฒนาระบบบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ร่วมกับภาคีเครือข่าย	110



วิสัยทัศน์ (Vision)

ภาคีเครือข่ายสุขภาพ บริหารตามหลักธรรมาภิบาล บริการได้มาตรฐาน ประชาชนสุขภาพดี
พึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน

พันธกิจ (Mission)

1. พัฒนาภาคีเครือข่ายทุกระดับให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชน
2. มุ่งเน้นการบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล
3. พัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพตามมาตรฐาน
4. ส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี
5. สนับสนุนให้ประชาชนพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน

คำขวัญอำเภอพิษณุ

ถิ่นกำเนิดพระยาพิษณุ ไส้กรอกใหญ่รสเด็ด
แกงรสเผ็ดหอมขม รื่นรมย์ดนตรีมังคละ
หลวงพ่อโตพระคูเมือง

ข้อมูลทั่วไป

1.สภาพทั่วไป

1.1 ลักษณะที่ตั้ง

อำเภอพิชัยเป็นหนึ่งใน 9 อำเภอ ของจังหวัดอุตรดิตถ์ ตั้งอยู่ทางตอนใต้สุดของจังหวัดอุตรดิตถ์ อยู่ห่างจากตัวจังหวัดอุตรดิตถ์ประมาณ 48 กิโลเมตร

1.2 เนื้อที่

อำเภอพิชัย มีเนื้อที่ 736.677 ตารางกิโลเมตร หรือ 460,423.125 ไร่

1.3 อาณาเขตติดต่อ

- ทิศเหนือ ติดต่อกับอำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์
- ทิศใต้ ติดต่อกับอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก
- ทิศตะวันออก ติดต่อกับอำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์และอำเภอวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก
- ทิศตะวันตก ติดต่อกับอำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

1.4 ลักษณะภูมิประเทศ

สภาพพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่ม มีแม่น้ำน่านไหลผ่าน จากทิศเหนือลงสู่ทิศใต้ ผ่านท้องที่ตำบลท่าสัก ดารา ไร่อ้อย คอรุม ในเมือง ท่ามะเฟือง บ้านหม้อ บ้านโคก และตำบลพญาแมน เป็นระยะทางยาว 42 กิโลเมตร ทางทิศตะวันออกมีสภาพเป็นที่ราบจรดภูเขา สภาพดินทั่วไปเป็นดินปนทราย

1.5 ลักษณะภูมิอากาศ

ลักษณะภูมิอากาศเป็นแบบมรสุม มี 3 ฤดูคือ

- ฤดูร้อน เริ่มตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม
- ฤดูฝน เริ่มตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงเดือนพฤศจิกายน
- ฤดูหนาว เริ่มตั้งแต่เดือนธันวาคมถึงเดือนกุมภาพันธ์

1.6 การปกครอง

แบ่งการปกครองตาม พ.ร.บ. ลักษณะปกครองท้องถิ่นที่ พ.ศ. 2457 เป็น 11 ตำบล 98 หมู่บ้านดังนี้

1. ตำบลท่าสัก	มี	10	หมู่บ้าน
2. ตำบลบ้านดารา	มี	9	หมู่บ้าน
3. ตำบลไร่อ้อย	มี	11	หมู่บ้าน
4. ตำบลในเมือง	มี	9	หมู่บ้าน
5. ตำบลบ้านหม้อ	มี	8	หมู่บ้าน
6. ตำบลคอรุม	มี	12	หมู่บ้าน

7. ตำบลท่ามะเฟือง	มี	10	หมู่บ้าน
8. ตำบลบ้านโคก	มี	8	หมู่บ้าน
9. ตำบลพญาแมน	มี	7	หมู่บ้าน
10. ตำบลนายาง	มี	7	หมู่บ้าน
11. ตำบลนาอิน	มี	7	หมู่บ้าน

มีเทศบาล 2 แห่ง คือ

- เทศบาลตำบลในเมือง หมู่ที่ 3 ตำบลในเมือง อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์
- เทศบาลตำบลท่าสัก หมู่ที่ 1 ตำบลท่าสัก อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์

มีองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) 11 แห่ง คือ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าสัก, ดารา, นายาง คอรัม , บ้านโคก, ท่ามะเฟือง, บ้านหม้อ, นาอิน, ไร่อ้อย, พญาแมน, และในเมือง

2. สภาพเศรษฐกิจ

ประชาชนของอำเภอพิชัยมีอาชีพทางด้านเกษตรกรรมเป็นหลัก ซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ทำนา รองลงมาได้แก่ การทำไร่ ทำสวน และการเลี้ยงสัตว์ ตามลำดับ

3. สภาพทางสังคม

3.1 การศึกษา

- จำนวนโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานประถมศึกษาฯ จำนวน 53 โรงเรียน
- จำนวนโรงเรียนประถมศึกษาเอกชน จำนวน 1 โรงเรียน
- จำนวนโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา จำนวน 3 โรงเรียน

3.2 ศาสนาและวัฒนธรรม

ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีสถาบันหรือองค์กรทางศาสนา คือ

- วัด / สำนักสงฆ์ จำนวน 53 แห่ง
- ศาลเจ้า จำนวน 1 แห่ง

4. แหล่งท่องเที่ยว

- วัดเอกรา ห่างจากอำเภอพิชัยประมาณ 1 กิโลเมตร
- บ้านเกิดท่านพ่อพระยาพิชัยดาบหัก ตั้งอยู่บ้านห้วยคา หมู่ 9 ตำบลในเมือง อำเภอพิชัย

จังหวัดอุตรดิตถ์ ห่างจากอำเภอพิชัยประมาณ 5 กิโลเมตร

ตาราง แสดงพื้นที่ขอบเขตการปกครอง หลังคาเรือน ประชากร แยกรายสถานบริการ อำเภอพิษณุ
จังหวัดอุตรดิตถ์ ปี 2565

สถานบริการ	จำนวน	จำนวน หลังคา เรือน	จำนวนประชากร			ร้อยละ ของ ปชก.	ปชก./ หลังคา เรือน
	หมู่บ้าน		ชาย	หญิง	รวม		
รพ.สต.ท่าสัก	10	2,013	2,402	2,463	4,865	8.35	9.66
รพ.สต.บ้านดารา	4	717	707	816	1,523	2.61	3.44
รพ.สต.นายาง	7	1,230	4,195	4,260	8,455	14.50	5.90
รพ.สต.คอรัม	7	1,560	1,944	2,135	4,079	7.00	7.48
รพ.สต.บ้านโคน	8	1,548	2,032	2,189	4,221	7.24	7.43
รพ.สต.ท่ามะเฟือง	10	1,694	2,053	2,284	4,337	7.44	8.13
รพ.สต.บ้านหม้อ	8	1,692	1,868	2,142	4,010	6.88	8.12
รพ.สต.นาอิน	7	1,593	2,561	2,372	4,933	8.46	7.64
รพ.สต.พญาแมน	7	1,987	2,109	2,294	4,403	7.55	9.53
รพ.สต.บึงท่ายวน	7	1,183	1,658	1,504	3,162	5.42	5.68
รพ.สต.บ้านเกาะ	5	1,104	1,998	2,034	4,032	6.92	5.30
รพ.สต..คลองละมุง	5	579	920	929	1,839	3.17	2.78
รพ.สต.ไร่อ้อย	4	1,230	1,635	1,580	3,215	5.52	5.90
รพ.พิษณุ	9	2,715	2,351	2,856	5,207	8.93	13.02
รวม	98	20,845	28,433	29,858	58,291	100.00	100.00

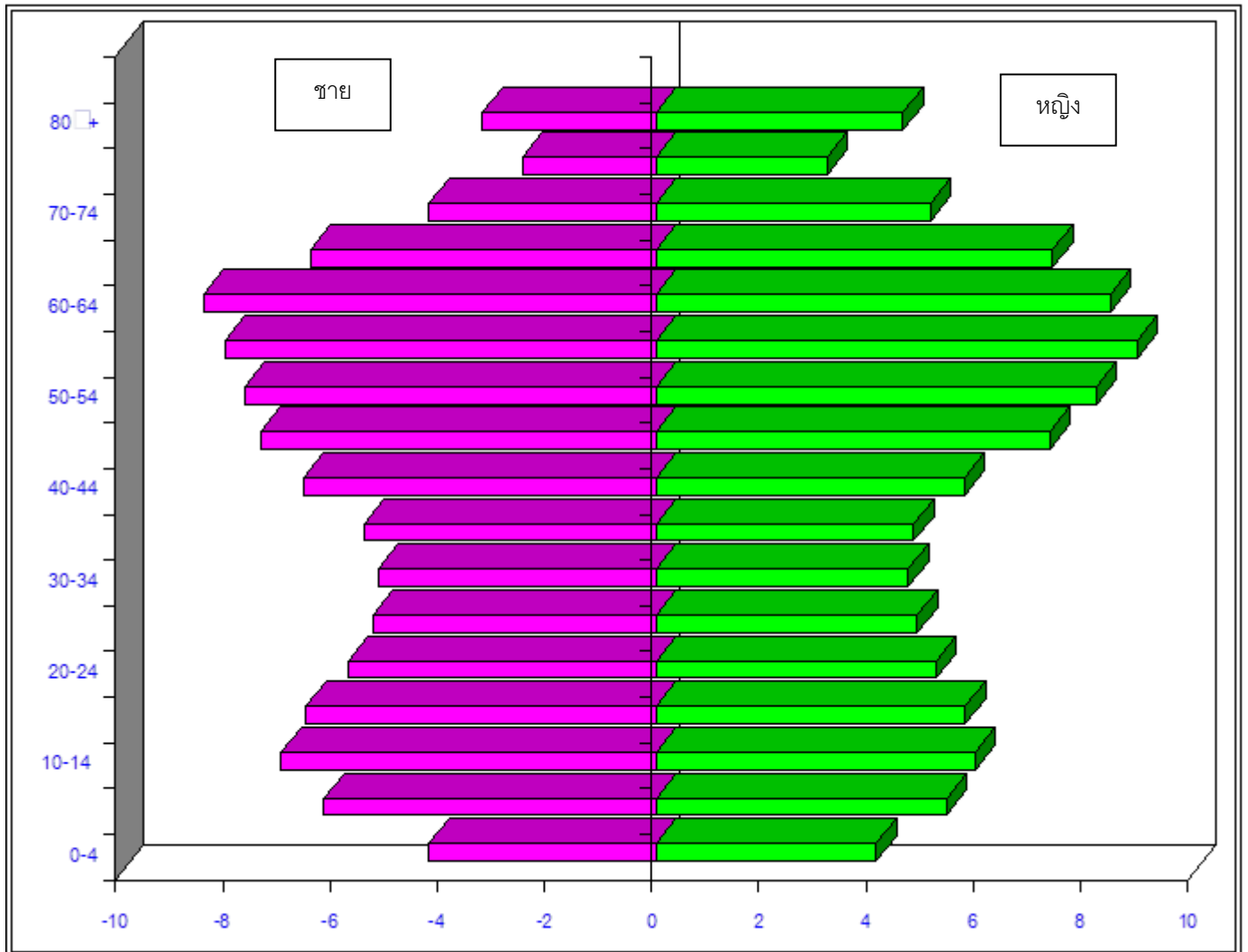
ที่มา :ประชากรกลางปี 1 กรกฎาคม 2565 จากการสำรวจ

ตาราง แสดงจำนวนและร้อยละของประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุ ปีงบประมาณ 2565
อำเภอพิษณุ จังหวัดอุดรดิตถ์

กลุ่มอายุ	ข้อมูลประชากร					
	เพศชาย	ร้อยละ	เพศหญิง	ร้อยละ	รวม	ร้อยละ
(ปี)						
0-4	1,204	4.23	1,228	4.11	2,432	4.13
5-9	1,760	6.19	1,617	5.42	3,377	5.74
10-14	1,987	6.99	1,780	5.96	3,767	6.40
15 - 19	1,853	6.52	1,726	5.78	3,579	6.08
20 - 24	1,635	5.75	1,563	5.23	3,198	5.43
25 - 29	1,497	5.27	1,457	4.88	2,954	5.02
30 - 34	1,471	5.17	1,407	4.71	2,878	4.89
35 - 39	1,548	5.44	1,436	4.81	2,984	5.07
40 - 44	1,871	6.58	1,719	5.76	3,590	6.10
45 - 49	2,092	7.36	2,194	7.35	4,286	7.28
50 - 54	2,180	7.67	2,450	8.21	4,630	7.87
55 - 59	2,285	8.04	2,682	8.98	4,967	8.44
60 - 64	2,396	8.43	2,532	8.48	4,928	8.37
65 - 69	1,828	6.43	2,209	7.40	4,037	6.86
70 - 74	1,202	4.23	1,531	5.13	2,733	4.64
75 - 79	705	2.48	952	3.19	1,657	2.82
80 ปีขึ้นไป	919	3.23	1,375	4.61	2,294	3.90
รวม	28,433	48.78	29,858	51.22	58,291	100.00

ที่มา :ประชากรกลางปี 1 กรกฎาคม 2565 จากการสำรวจ

แผนภูมิ แสดงโครงสร้างประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ ปี 2565



สรุปอำเภอพิชัยมีผู้สูงอายุ จำนวน 15,649 คน คิดเป็นร้อยละ 26.84
ที่มา : ประชากรกลางปี 1 กรกฎาคม 2565 จากการสำรวจ

ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข

1. ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุขอำเภอพิษณุ

ข้อมูลบุคลากรโรงพยาบาลพิษณุ ข้อมูล ณ 30 ก.ย. 2565			
ตำแหน่ง	จำนวน(คน)	ปฏิบัติงานจริง	หมายเหตุ
แพทย์	15	15	
ทันตแพทย์	8	7	ลาศึกษาต่อ 1
เภสัชกร	9	9	
พยาบาลวิชาชีพ	59	59	
นักรังสีการแพทย์	1	1	
นักกายภาพบำบัด	5	5	
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	3	3	
เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	6	6	
นักวิชาการสาธารณสุข	8	8	
เจ้าพนักงานธุรการ	3	3	
นักวิชาการเงินและบัญชี	3	3	
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี	5	5	
โภชนากร	1	1	
เจ้าพนักงานเวชสถิติ	3	3	
เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์	1	1	
นักเทคนิคการแพทย์	7	7	
นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	1	1	
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	5	5	
นักวิชาการคอมพิวเตอร์	2	2	
จพ.เครื่องคอมพิวเตอร์	1	1	
แพทย์แผนไทย	3	3	
นักจิตวิทยา	1	1	

จำนวนบุคลากร ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิษณุ

ตำแหน่ง	จำนวน(คน)	หมายเหตุ
นักวิชาการสาธารณสุข	25	
พยาบาลวิชาชีพ	20	
จพ.สาธารณสุข	13	
จพ./นวกทันตสาธารณสุข	8	
นักการแพทย์แผนไทย	6	
จพ.ธุรการ	1	
นักวิชาการเงินและบัญชี	1	
พทส.(สายสนับสนุน)	19	
ลูกจ้างชั่วคราว	1	

ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2565

ตาราง แสดงข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขอำเภอพิษณุ ปี 2565

ที่	ประเภทบุคลากร	จำนวน	อัตราส่วน : ประชากร	หมายเหตุ
1.	แพทย์	8	1:7,286	
2.	ทันตแพทย์	6	1:8327	
3.	เภสัชกร	8	1:6476	
4.	พยาบาลวิชาชีพ	69	1:737	

2. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

2.1 โรงพยาบาลชุมชน 60 เตียง	จำนวน	1	แห่ง
2.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	จำนวน	13	แห่ง

3. สถานบริการสาธารณสุขของเอกชน

3.1 คลินิกเอกชน	จำนวน	21	แห่ง
3.2 ร้านขายยา	จำนวน	14	แห่ง

4. องค์กร และอาสาสมัครสาธารณสุข

4.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	จำนวน	1,877	คน
4.2 ทอกระจายข่าว	จำนวน	101	แห่ง
4.3 กลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข	จำนวน	12	กลุ่ม
โรงเรียนมัธยมศึกษา 3 แห่ง	ได้แก่	โรงเรียนพิชัย	รพ.พิชัย
		โรงเรียนดาราพิทยาคม	รพสต. บ้านดารา
		โรงเรียนบ้านโคกพิทยาคม	รพสต.บ้านโคก
โรงเรียนมัธยมศึกษาขยายโอกาส 9 แห่ง	ได้แก่	โรงเรียนบ้านท่าสัก	รพสต.. ท่าสัก
		โรงเรียนบ้านชำสอง	รพสต..ท่าสัก
		โรงเรียนนายาง	รพสต. นายาง
		โรงเรียนนาอิชาง	รพสต..นายาง
		โรงเรียนบ้านดง	รพสต.พญาแมน
		โรงเรียนบ้านนาอิน	รพสต.นาอิน
		โรงเรียนบ้านคลองกล้วย	รพสต.บึงทำยวน
		โรงเรียนวัดบ้านเกาะ	รพสต.บ้านเกาะ
		โรงเรียนชุมชนบ้านดง	รพสต..พญาแมน

ตาราง แสดงดัชนีสถานสุขภาพที่สำคัญ ปี 2562 – 2565 อำเภอพิษณุ จังหวัดอุดรดิตถ์

ดัชนีสถานสุขภาพ	ปี 2562		ปี 2563		ปี 2564		ปี 2565	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
1.เกิดมีชีพ / ประชากร 1,000 คน	366	6.21	370	6.35	283	4.85	292	5.01
2.ตาย / ประชากร 1,000 คน	356	6.04	297	5.04	463	7.94	450	7.71
3.เพิ่ม / ประชากร 100 คน	10	0.02	7	0.01	0	0	0	0
4.เกิดไร้ชีพ/1,000 คน การคลอด	1	2.73	0	0	0	0	0	0
5. 0-7วันตาย/เกิดมีชีพ 1,000คน	2	5.46	0	0	0	0	0	0
6.ตายปริกำเนิด/1,000 การคลอด	0	0	0	0	0	0	0	0
7.ทารกตาย/ 1,000 เกิดมีชีพ	0	0	0	0	0	0	0	0
9.มารดาตาย / แสนเกิดมีชีพ	0	0	0	0	0	0	0	0

ที่มา : สุตติบัตรและมรณะบัตร (ต.ค 63 -ก.ย. 64)

ภาวะการเจ็บป่วย

สาเหตุการป่วย ของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในสถานบริการของรัฐ 10 อันดับแรก

อันดับ	สาเหตุการป่วย	ปี 2562		ปี 2563		ปี 2564		ปี 2565	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
1	โรคระบบทางเดินหายใจ	7869	13,369.92	8,656	14,849.46	3,887	6,668.27	1,382	805.58
2	โรคระบบกล้ามเนื้อ รวม โครงร่าง และเนื้อเยื่อเสริม	5545	9,421.30	6,100	10,463.88	3,050	5,232.37	4,000	2,331.64
3	โรคระบบย่อยอาหาร รวมโรค ในช่องปาก	4556	7,740.93	5,012	8,597.55	4,566	7,833.11	473	275.72
4	โรคระบบไหลเวียนโลหิต	4079	6,930.47	4,487	7,697.41	3,565	6,115.87	8,004	4,665.61
5	โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการ และ เมตาบอลิซึม	3679	6,250.85	4,047	6,942.58	5,928	10,169.67	655	381.81
6	โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อ ใต้ผิวหนัง	3117	5,295.98	3,429	5,882.04	1,504	2,580.16	232	135.24
7	โรคตา ส่วนประกอบ ของตา	1329	1,750.03	1,462	2,507.93	947	1,624.61	1,100	641.20
8	ภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม	1030	1,700.76	1,133	1,943.70	592	1,015.59	1,000	582.91
9	โรคติดเชื้อและปรสิต	1001	1,304.88	1,101	1,888.97	540	926.39	805	469.24
10	โรคระบบสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ	768	1,238.62	845	1,449.28	658	1,128.82	672	391.72

ที่มา : รายงาน 504 ปี 2562 – 2565

10 อันดับโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

อันดับ	โรค	2565	
		จำนวน	อัตรา
1	Diarrhoea	295	390.56
2	Influenza	258	341.57
3	Hand,foot and mouth disease	139	184.03
4	Pneumonia	130	172.11
5	D.H.F,Total(26,27,66)	93	123.12
6	H.conjunctivitis	87	115.18
7	Pyrexia	31	41.04
8	Food Poisoning	23	30.45
9	Chickenpox	9	11.92
10	Gonorrhoea	7	9.27

ที่มา รายงาน - ก.ย. 65) 506 (ม.ค 65

สาเหตุการตาย 5 อันดับแรก

อันดับ	สาเหตุการตาย	2562		2563		2564		2565	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
1	หัวใจและหลอดเลือด	240	401.12	219	375.70	265	454.61	250	428.88
2	มะเร็งทุกชนิด	55	91.92	27	46.31	68	116.65	65	111.5
3	อุบัติเหตุจราจร	15	19.62	26	44.60	24	41.17	8	13.72
4	ติดเชื้อในกระแสโลหิต	8	13.37	6	10.29	10	17.15	12	20.58
5	ปอดติดเชื้อ	7	11.70	6	10.29	10	17.15	11	18.87

ที่มา รายงาน ไบรณบัตร 2562-2565

สถานการณ์ด้านการเงินและการคลังโรงพยาบาลพิษณุ จังหวัดอุตรดิตถ์
ผลการดำเนินงาน ปี 2562-2565

สถานะเงินบำรุง

รายการ	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
เงินบำรุงคงเหลือ	11,868,166.26	17,369,384.55	18,388,767.45	13,060,459.96
หัก เงินที่มีวัตถุประสงค์เฉพาะ	-5,745,569.95	-6,449,481.61	-5,893,175.87	-5,853,103.51
เงินบำรุงที่สามารถใช้ได้	6,122,596.31	10,919,902.94	12,495,591.58	7,207,356.45
วัสดุคงคลัง	6,707,126.94	7,918,992.52	9,471,348.08	10,337,596.66
ลูกหนี้ค้างชำระ	4,519,682.16	6,915,755.92	34,279,874.72	30,976,158.69
เจ้าหนี้ค้างชำระ	31,798,545.58	32,944,595.66	33,952,683.92	37,887,324.76
เงินบำรุงคงเหลือ (หลัง หัก เจ้าหนี้ค้างชำระ)	-25,675,949.27	-22,024,692.72	-21,457,092.34	-30,679,968.31

รายรับ (ไม่รวมงบลงทุน)

รายการ	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
รายรับ				
- เงินกองทุนเหมาจ่ายรายหัว	53,186,655.38	65,032,243.42	62,634,490.23	57,246,957.04
- เงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์	6,099,856.92	8,597,070.95	9,535,817.79	36,373,769.96
- ค่าบริการ EMS	322,900.00	306,210.00	336,100.00	359,500.00
- ค่าธรรมเนียม 30 บาท	613,890.00	444,163.00	345,630.00	325,260.00
- ค่ารักษาพยาบาล	15,763,708.67	14,616,321.44	13,194,609.59	37,530,410.13
- ดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	85,016.45	96,650.90	75,781.97	104,841.28
- รั้งบริจาค	90,650.00	496,522.50	860,556.76	276,075.50
- รายรับอื่นๆ	15,214,186.65	14,195,545.14	8,978,926.36	7,071,495.30
รวมรายรับ	91,376,864.07	103,784,727.35	95,961,912.70	139,288,309.21

รายจ่าย (ไม่รวมงบลงทุน)

รายการ	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
รายจ่าย				
- ค่าจ้างชั่วคราว/พกส.	15,061,402.00	15,220,968.00	14,781,674.50	15,254,564.96
- ค่าตอบแทน	20,766,159.42	20,027,263.85	18,557,211.12	24,294,829.33
- ค่าใช้สอย	4,805,283.44	6,397,876.70	7,227,938.17	16,239,020.77
- ค่าวัสดุ	36,102,321.97	40,080,015.76	32,794,083.89	59,056,928.58
- ค่าครุภัณฑ์ ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง	624,329.18	367,925.87	1,980,770.00	6,409,265.95
- ค่าสาธารณูปโภค	1,184,609.52	2,645,257.85	4,672,095.40	3,331,601.19
- รายจ่ายอื่นๆ	9,830,259.51	14,317,599.24	14,338,241.33	20,138,432.75
รวมรายรับ	88,374,365.04	99,056,907.27	94,352,014.41	144,724,643.53
รายรับ - รายจ่าย	3,002,499.03	4,727,820.08	1,609,898.29	-5,436,334.32

ข้อมูลบริการ

รายการ	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	168,424.00	149,143.00	183,428.00	240,872.00
จำนวนผู้ป่วยใน (ราย)	3,718.00	3,724.00	3,409.00	4,606.00
จำนวนผู้ป่วยใน (วัน)	9,982.00	10,183.00	16,290.00	22,383.00
อัตราครองเตียง	45.57	46.67	47.38	102.20
LOS	2.68	2.73	4.77	4.85
อัตราการใช้เตียง	61.96	62.06	65.06	76.76
DRG เฉลี่ย	0.59	0.66	0.68	0.65
จำนวนผู้ป่วยส่งต่อ	8,709.00	7,955.00	7,167.00	7,591.00
จำนวนผู้ป่วยรับต่อ	1,867.00	1,492.00	1,282.00	834.00

ระดับวิกฤตทางการเงิน

เดือน	CR >1.5	QR >1.0	Cash >0.8	NWC (สินทรัพย์-หนี้สิน)	NI+Depleciation (กำไรสุทธิ)	Liquid Index	Status Index	Survive Index	Risk Scoring
ต.ค.-64	1.58	1.45	0.79	33,052,919.74	26,063,770.98	1	0	0	1
พ.ย.-64	1.58	1.43	0.78	28,678,397.57	19,394,274.54	1	0	0	1
ธ.ค.-64	1.63	1.45	0.86	28,181,274.76	21,498,954.74	0	0	0	0
ม.ค.-65	1.93	1.73	1.40	43,470,912.69	37,800,883.37	0	0	0	0
ก.พ.-65	2.01	1.81	1.34	45,059,580.16	37,514,569.57	0	0	0	0
มี.ค.-65	2.08	1.85	1.15	47,337,237.10	39,881,986.23	0	0	0	0
เม.ย.-65	2.11	1.88	1.08	47,789,156.75	39,510,791.84	0	0	0	0
พ.ค.-65	1.86	1.65	0.93	40,103,330.28	30,529,383.42	0	0	0	0
มิ.ย.-65	1.81	1.55	0.77	37,859,400.96	39,019,199.12	1	0	0	1
ก.ค.-65	1.74	1.51	0.81	34,822,436.24	39,871,551.69	0	0	0	0
ส.ค.-65	1.62	1.39	0.62	26,559,114.84	31,172,299.76	1	0	0	1
ก.ย.-65	1.28	1.09	0.24	15,219,801.42	30,261,827.91	2	0	0	2

สรุปจำนวนผู้รับบริการจำแนกตามหน่วยบริการ อำเภอพิษััย จังหวัดอุดรดิติ์
ปี งบประมาณ 2565

หน่วยบริการ	จำนวนผู้รับบริการทั้งหมด(คน)	จำนวนผู้รับบริการทั้งหมด(ครั้ง)	เฉลี่ย/เดือน	เฉลี่ย/วัน
รพสต.บ้านเกาะ	1,255	20,974	1,748	58
รพสต.บ้านดารา	586	5,916	493	16
รพสต.บ้านคลองละมุง	1,224	13,584	1,132	38
รพสต.ไร่อ้อย	1,039	17,243	1,437	48
รพสต.ท่าสัก	1,014	16,118	1,343	45
รพสต.คอรุม	611	9,222	768	26
รพสต.บ้านหม้อ	1,470	15,214	1,268	42
รพสต.ท่ามะเฟือง	1,032	10,625	885	30
รพสต.บ้านโคกน	355	6,971	581	19
รพสต.พญาแมน	808	10,263	855	29
รพสต.นาอิน	3,963	14,872	1,239	41
รพสต.นายาง	434	7,694	641	21
รพสต.บ้านบึงท่ายวน	464	3,933	328	11
รพ.พิษััย		240,872	20,072	669
รวม	14,255	393,500	32,719	1,093

สรุปปัญหาสาธารณสุข อำเภอพิษณุ ปี 2565

ที่	ปัญหา	เกณฑ์	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
1	ประชากรวัยทำงานอายุ 18-59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	ร้อยละ 50	16,957	5,719	33.73
2	เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ 62	2,452	1,379	56.24
3	ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้	ร้อยละ 40	5,053	2,018	39.94
4	โรคฉี่หนู (ป่วยตาย)	ร้อยละ 5	80	5	6.25
5	อัตราการให้บริการเคลื่อนที่สุขภาพสู่อไรต์ในกลุ่มเด็กอายุ 4-12 ปี	ร้อยละ 75	5,686	3,672	64.58
6	อัตราการให้บริการเคลื่อนที่ห่มรองเท้าในGRAM แก่กลุ่มเด็ก 6-12 ปี	ร้อยละ 50	4,707	1,143	24.28
7	สารพิษตกค้างในโลหิตเกษตรกร(ระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัย)	ร้อยละ 35	2,832	1,228	43.36

เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ที่ 3.1 โครงการพระราชดำริและโครงการเฉลิมพระเกียรติด้านสาธารณสุข

พัฒนางานสาธารณสุขตามแนวทางโครงการพระราชดำริและโครงการเฉลิมพระเกียรติด้านสาธารณสุข

1. สถานการณ์

อำเภอพิษณุมีคนไข้ที่ทรงรับไว้ในพระราชานุเคราะห์ 16 ราย ได้แก่ รับไว้เมื่อวันที่ 25 มกราคม 2555 ครั้งเสด็จทรงเยี่ยมการปฏิบัติงานของหน่วยแพทย์พ.สว. ณ โรงเรียนชุมชนบ้านดง ตำบลพญาแมน อำเภอพิษณุ จำนวน 13 ราย รับไว้เมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2559 เสด็จทรงเยี่ยมการปฏิบัติงานของหน่วยแพทย์พ.สว. ณ โรงเรียนยอดโพธิ์ทอง อำเภอบ้านโคก จำนวน 1 ราย รับไว้เมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม 2562 เสด็จทรงเยี่ยมการปฏิบัติงานของหน่วยแพทย์พ.สว. ณ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ จำนวน 1 รายรับไว้เมื่อวันที่ 4 ตุลาคม 2563 เสด็จทรงเยี่ยมการปฏิบัติงานของหน่วยแพทย์พ.สว. ณ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ จำนวน 1 ราย สรุปข้อมูล ณ 30 กันยายน 2565 มีคนไข้ในพระราชานุเคราะห์ จำนวน 6 ราย (เสียชีวิตไปแล้ว 10 ราย)

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2565

- 1) จัดทำทะเบียนผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์และมีการติดตามเพื่อสอบถามอาการ ผลการรักษา และ สอบถามปัญหาเพื่อให้การช่วยเหลือจำนวน 4 ครั้ง (3 เดือน 6 เดือน และ 9 เดือนและ 12 เดือน)
- 2) ประสานผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัดในการช่วยเหลือ กรณีผู้ป่วยมีปัญหาต่างๆ เช่น การเบิก ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการการรักษายังโรงพยาบาลที่แพทย์มูลนิธิพอสว. ส่งต่อไป
- 3) ติดตามสอบถามการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของคนไข้และผู้ติดตามในพื้นที่ จำนวน 6 ราย ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	รพ.สต.นากลาง	รพ.สต.ไร่ย่อย	รพ.สต.ทะเลโพธิ์ทอง	รพ.สต.พญาแมน	รพ.สต.นาอิน	รพ.สต.บึงท่าบอน	รพ.สต.ท่าสัก	รพ.สต.บ้านโคก	รพ.สต.บ้านดารา	รพ.สต.บ้านเกาะ	รพ.สต.บ้านหม้อ	รพ.สต.เคอรัม	รพ.สต.คลองมะนัง	รพ.สต.พิษณุ	ปี 2565
ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ที่ได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลือให้ได้รับการรักษา (ร้อยละ 100)	เป้าหมาย	0	0	0	2	0	0	2	0	1	0	0	0	0	1	6
	ผลงาน	0	0	0	2	0	0	2	0	1	0	0	0	0	1	6
	ร้อยละ	0	0	0	100	0	0	100	0	100	0	0	0	0	100	100

3. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

- ผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์บางรายป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่ได้และมีอาการหนักมากและเสียชีวิตระหว่างการรักษา

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

- มีการติดตามผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ที่ยังอยู่ระหว่างการรักษาอย่างต่อเนื่องและได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างดี

4.แนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/สาเหตุปัญหา	แนวทางการแก้ไขปัญหา
1.คนไข้ในพระราชานุเคราะห์เสียชีวิตระหว่างการรักษา	1. ให้การดูแลแบบประคับประคอง ให้กำลังใจระหว่างการรักษา 2. อำนวยความสะดวก ในการเบิกค่าเดินทางระหว่างการรักษา

5. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติ

1) กรณีครอบครัวคนไข้มีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายของครอบครัว ส่งต่อให้หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องช่วยเหลือดูแล

ผู้รับผิดชอบงานงาน
นางสาวปัทมา ยอดยิ่ง
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทร 083-9538241
วัน/เดือน/ปี 15 ตุลาคม 2565

เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ที่ 3.2 พัฒนาสุขภาพภาคประชาชนและคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

งานพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพระดับอำเภอ

1.สถานการณ์

อำเภอพิษณุได้มีการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต ตั้งแต่ ปี 2561 และมีการกำหนดประเด็นปัญหาด้านคุณภาพชีวิต ดังนี้

- ปี 2561 ประเด็นหลัก เรื่อง อาหารปลอดภัย ประเด็นรองเรื่อง โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
ใช้เลือดออก ใช้หูดับ การดูแลกลุ่มเปราะบางทางสังคม
- ปี 2562 ประเด็นหลัก เรื่อง อาหารปลอดภัย ประเด็นรองเรื่อง การลดอุบัติเหตุทางถนน
- ปี 2563 ประเด็นหลัก เรื่อง อาหารปลอดภัย ประเด็นรองเรื่อง การลดอุบัติเหตุทางถนน
- ปี 2564 ประเด็นหลัก เรื่อง อาหารปลอดภัย ประเด็นรองเรื่อง การลดอุบัติเหตุทางถนน
- ปี 2565 ประเด็นหลัก เรื่อง การลดอุบัติเหตุทางถนน ประเด็นรองเรื่อง การดูแลกลุ่มเปราะบางทางสังคม

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2565

ในปี 2565 ประเด็นการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่อำเภอพิษณุ ดังนี้ ประเด็นหลัก เรื่อง อาหารปลอดภัย ประเด็นรองเรื่อง การดูแลกลุ่มเปราะบางทางสังคม ได้รับการสนับสนุนโครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยสูงอายุระดับอำเภอ จำนวน 10,000 บาท ซึ่งได้จัดทำแผนในการดำเนินงานดังนี้

- ประชุมคณะกรรมการ พชอ. จำนวน 1 ครั้ง
- ติดตามเยี่ยมการดำเนินงาน พชต.ในรพสต. 13 แห่ง จำนวน 2 ครั้ง
- นำเสนอขออนุมัติโครงการ พชอ.ณ หอประชุมอำเภอพิษณุ เพื่อรับการเยี่ยมประเมินจากคณะกรรมการระดับ จังหวัด เมื่อวันที่ 22 กันยายน 2565
- ติดตามเยี่ยมกลุ่มเปราะบางทางสังคม รายละเอียดตามตาราง

แบบสรุปข้อมูลการเยี่ยมบ้าน อำเภอพิษณุ จังหวัดอุตรดิตถ์ ปี 2565

ที่	หน่วยบริการ	ประเภทของการเยี่ยมบ้าน							ร้อยละ
		ผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุ	ผู้พิการ	ผู้ยากไร้	รวม	ได้รับการ	
		ติดเตียง	ยากไร้	ติดบ้าน	ยากไร้			เยี่ยมแล้ว	
1	รพสต.นายาง	1				29	30	30	100
2	รพสต.ไร่อ้อย	13		2	2		17	17	100
3	รพสต.ท่ามะเฟือง	12	2	4	2	3	23	23	100
4	รพสต.พญาแมน	11		20	16		47	38	80.85
5	รพสต.นาอิน	12			1		13	13	100
6	รพสต.บ้านบึงท่ายวน	12					12	12	100
7	รพสต.ท่าสัก	13		9	7		29	29	100
8	รพสต.บ้านโคก	3		14			17	17	100
9	รพสต.บ้านดารา	3			1		4	4	100
10	รพสต.บ้านเกาะ	2		12	5		19	19	100
11	รพสต.บ้านหม้อ	16					16	16	100
12	รพสต.คอรุม	22	2	3	3		30	30	100
13	รพสต.บ้านคลองละมุง	6					6	6	100
14	รพ.พิษณุ	8		13	41		62	41	66.13
	รวม	134	4	77	78	32	325	295	90.77

เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ที่ 3.3 พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและเขตเมือง

การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิผ่านมาตรฐานจังหวัดอุตรดิตถ์

1.สถานการณ์

อำเภอพิษณุมีหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) จำนวน ๗ เครือข่าย ได้แก่

1. PCC ท่าสัก บ้านดารา บ้านเกาะ (เปิดปี 2562)
2. PCC นายาง นาอิน, (เปิดปี 2563)
3. PCC พญาแมน บ้านโคก (เปิดปี 2563)
4. PCC รพ.พิษณุ (เปิดปี 2564)
5. PCC บ้านหม้อ ท่ามะเฟือง (เปิดปี 2565)
6. PCC คอรุม บ้านบึงท่ายวน (เปิดปี 2565)
7. PCC ไร่อ้อย บ้านคลองละมุง (เปิดปี 2565)

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2565

- 1) PCC ประเมินตนเองตามมาตรฐานการจัดบริการ PCC และแม่ข่ายช่วยพัฒนาระบบบริการส่วนขาด
- 2) ปรับแนวทางการจัดบริการที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ให้สามารถจัดบริการที่ไม่ส่งผลกระทบต่อประชาชน
- 3) ส่งแพทย์จบใหม่เข้ารับการอบรมหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อทดแทนกรณีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำ PCC ย้ายหรือลาออก

ตัวชี้วัดและเกณฑ์ เป้าหมาย	ผลการ ประเมิน	สถานบริการ														ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563	ปี 2562
		1.รพ.สต.นาบาง	2.รพ.พิษณุ	3.รพ.สต.ท่าสัก	4.รพ.สต.นาอิน	5.รพ.สต.ท่ามะเข็ญ	6.รพ.สต.บ้านหม้อ	7.รพ.สต.พญาแมน	8.รพ.สต.คอรั่ม	9.รพ.สต.บ้านโคก	10.รพ.สต.ไร่้อย	11.รพ.สต.บึงท่ายวน	12.รพ.สต.บ้านเกาะ	13.รพ.สต.บ้านคลองตะมุง	14.รพ.สต.บ้านตารา				
3.1.1 ร้อยละของหน่วย บริการปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการ ในพื้นที่ (Primary Care Cluster) (> ร้อยละ 80)	เป้าหมาย	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	14	14	14
	ผลงาน	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	8	7	3
	ร้อยละ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	57.14	50	21.42
3.1.2 ร้อยละของหน่วย บริการปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิที่ที่เปิด ดำเนินการในพื้นที่มีการ จัดบริการได้ตาม มาตรฐานที่กำหนด (> ร้อยละ 50)	เป้าหมาย	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	8	7	3
	ผลงาน	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	8	7	3
	ร้อยละ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

ที่มา: ผลการประเมินมาตรฐาน PCC

3. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

-มีอัตรากำลังแพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติและทีมสหวิชาชีพ ครบถ้วนตามมาตรฐานและสามารถขึ้นทะเบียนหน่วยบริการได้ตามแผน

-มีแนวทางปฏิบัติในการรับและส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการและโรงพยาบาลแม่ข่าย

-โรงพยาบาลแม่ข่าย มีการสนับสนุนทรัพยากรด้านยา เวชภัณฑ์ อย่างเพียงพอ และมีระบบการขนส่งยา เวชภัณฑ์ และสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่รวดเร็ว และทันเวลา

-การจัดบริการของหน่วยบริการไม่เป็นไปตามแผนและไม่สามารถให้บริการได้ในบางช่วงเวลา เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

4. แนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/สาเหตุปัญหา	แนวทางการแก้ไขปัญหา
1. เกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้แพทย์แต่ละ PCC ไม่สามารถออกไปให้บริการในแต่ละ PCC ได้	1. ใช้การปรึกษาแพทย์ทางไลน์ และทางโทรศัพท์ 2. แพทย์ออกให้บริการในบางกิจกรรม เช่น การบริการฉีดวัคซีน โควิดที่ รพ.สต. ส่งแผนการให้บริการมาให้แม่ข่าย
2. มีการปรับเปลี่ยนการบริการ ทำให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับบริการไม่เป็นไปตามมาตรฐาน	นำระบบการดูแลผู้ป่วยตามแนวทาง 3 หมอมาใช้ในช่วงการระบาดของโควิด 19 เช่น การให้ออม.ส่งยาให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคต่างๆโดยมี อสม.ติดตามอาการ และวัดความดันโลหิต ตรวจ FBS ให้ก่อน

5. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติ

- 1) พัฒนาระบบช่องทางด่วนในการส่งต่อผู้รับบริการจากหน่วย PCC กับโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลศูนย์
- 2) พัฒนารูปแบบและระบบการให้บริการทางการแพทย์ทางไกล (telemedicine, telehealth) เพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการ

ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนา รพ.สต.ที่มีคุณภาพ

1.สถานการณ์

อำเภอพิชัยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 13 แห่ง ปี 2564 มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวระดับดีมากจำนวน 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 38.46 ได้แก่ รพ.สต. ท่าสัก บ้านดารา บ้านเกาะ บ้านหม้อ คอรัม ระดับดี จำนวน 8 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 61.54 ได้แก่ รพ.สต. นายาง ไร่อ้อย ท่ามะเฟือง พญาแมน นาอิน บ้านบึงท้ายวน บ้านโคน บ้านคลองละมุง

สรุปผลการประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2564

รพ.สต.	หมวดที่ 1		หมวดที่ 2		หมวดที่ 3		หมวดที่ 4		หมวดที่ 5		การแปรผลคะแนนรวม 5 หมวด	แปรผลตามเกณฑ์ขั้นต่ำ 3 ชั้น
	ร้อยละของคะแนนที่ได้รับจากการประเมิน	ระดับคะแนน	ร้อยละของคะแนนที่ได้รับจากการประเมิน	ระดับคะแนน	ร้อยละของคะแนนที่ได้รับจากการประเมิน	ระดับคะแนน	ร้อยละของคะแนนที่ได้รับจากการประเมิน	ระดับคะแนน	ร้อยละของคะแนนที่ได้รับจากการประเมิน	ระดับคะแนน		
ท่าสัก	100	3	100	3	100	3	95.2	3	97.56	3	15	ชั้นดีมาก
บ้านดารา	98.33	3	100	3	100	3	94.68	3	97.56	3	15	ชั้นดีมาก
คลองละมุง	100	3	100	3	95	3	86.16	1	93.9	3	13	ชั้นดี
ไร่อ้อย	95	3	100	3	100	3	88.36	2	92.68	2	13	ชั้นดี
ท่ามะเฟือง	90	2	100	3	100	3	89.16	2	92.68	2	12	ชั้นดี
พญาแมน	100	3	100	3	100	3	90.17	2	95.12	3	14	ชั้นดี
บึงท้ายวน	95	3	100	3	80	1	91.64	2	92.68	2	11	ชั้นดี
บ้านหม้อ	100	3	100	3	100	3	94.65	3	94.68	3	15	ชั้นดีมาก
นาอิน	100	3	100	3	80	1	91.51	2	92.68	2	11	ชั้นดี
นายาง	96.7	3	100	3	80	1	89.4	2	97.56	3	12	ชั้นดี
บ้านเกาะ	100	3	100	3	100	3	96.15	3	100	3	15	ชั้นดีมาก
บ้านโคน	98.33	3	100	3	100	3	89.53	2	100	3	14	ชั้นดี
คอรัม	100	3	100	3	100	3	96.45	3	100	3	15	ชั้นดีมาก

สรุปผลการประเมิน รพสต.ติดตาม ปี 2565

รพสต.	หมวดที่ 1		หมวดที่ 2		หมวดที่ 3		หมวดที่ 4		หมวดที่ 5		การแปรผล คะแนนรวม 5 หมวด	แปรผลตาม เกณฑ์บันได 3 ชั้น
	ร้อยละของ คะแนนที่ ได้รับจาก การประเมิน	ระดับคะแนน	ร้อยละของ คะแนนที่ ได้รับจาก การประเมิน	ระดับคะแนน	ร้อยละของ คะแนนที่ ได้รับจาก การประเมิน	ระดับคะแนน	ร้อยละของ คะแนนที่ ได้รับจาก การประเมิน	ระดับคะแนน	ร้อยละของ คะแนนที่ ได้รับจาก การประเมิน	ระดับคะแนน		
ท่าสัก	96.67	3	100	3	100	3	95.15	3	100	3	15	ขั้นดีมาก
บ้านดารา	96.67	3	100	3	100	3	94.68	3	97.56	3	15	ขั้นดีมาก
คลองละมุง	95	3	100	3	100	3	93.5	3	93.9	3	15	ขั้นดีมาก
ไร่อ้อย	95	3	100	3	100	3	94.48	3	100	3	15	ขั้นดีมาก
ท่ามะเฟือง	90	2	80	1	100	3	90.47	2	90.24	2	10	ขั้นดี
พญาแมน	95	3	100	3	100	3	93.6	3	95.12	3	15	ขั้นดีมาก
บึงท่ายวน	100	3	100	3	100	3	93.44	3	97.56	3	15	ขั้นดีมาก
บ้านหม้อ	100	3	100	3	100	3	93.61	3	95.12	3	15	ขั้นดีมาก
นาอิน	100	3	100	3	100	3	93.65	3	93.4	3	15	ขั้นดีมาก
นายาง	96.7	3	100	3	100	3	93.5	3	97.56	3	15	ขั้นดีมาก
บ้านเกาะ	95	3	100	3	100	3	96.15	3	100	3	15	ขั้นดีมาก
บ้านโคน	98.33	3	100	3	100	3	93.4	3	100	3	15	ขั้นดีมาก
คอรัม	100	3	100	3	100	3	96.45	3	100	3	15	ขั้นดีมาก

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดและเกณฑ์ เป้าหมาย	ผลการ ประเมิน	สถานบริการ														ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563	ปี 2562
		1.รพ.สต.นายาง	2.รพ.พิชัย	3.รพ.สต.ท่าสัก	4.รพ.สต.นาอิน	5.รพ.สต.ท่ามะเฟือง	6.รพ.สต.บ้านหม้อ	7.รพ.สต.พญาแมน	8.รพ.สต.คอรัม	9.รพ.สต.บ้านโคน	10.รพ.สต.ไร่อ้อย	11.รพ.สต.บึงท่ายวน	12.รพ.สต.บ้านเกาะ	13.รพ.สต.บ้านคลองละมุง	14.รพ.สต.บ้านดารา				
3.2.2 ร้อยละของ รพ. สต. ติดตาม ระดับ 5 ดาว ผ่านเกณฑ์การ พัฒนาของจังหวัด อุดรดิตต์ ระดับดีมาก (> ร้อยละ 60)	เป้าหมาย	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	13	13	13
	ผลงาน	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	5	4	2
	ร้อยละ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	92.30	38.46	30.76	15.38

3. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

- ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

1. ปัญหาด้านโครงสร้างอาคาร สถานที่และสิ่งแวดล้อมของ รพสต.ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน เนื่องจากโครงสร้างเดิมไม่เอื้อต่อการให้บริการในแบบวิถีใหม่ (new normal) และ/หรือขาดงบประมาณในการปรับปรุง

2. การให้บริการ การบันทึกข้อมูลยังไม่เป็นปัจจุบัน เนื่องจากเจ้าหน้าที่มีความเข้าใจการบันทึกข้อมูลที่คลาดเคลื่อน

- ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

ผู้บริหารและทีมงานให้ความสำคัญและมีการนิเทศ ติดตามกำกับอย่างต่อเนื่อง

4. แนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/สาเหตุปัญหา ปี 2565	แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2566
1.สิ่งแวดล้อมในรพสต.ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน	1.ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์มาตรฐาน และเหมาะสมกับการให้บริการแบบ new normal 2.ขอสนับสนุนงบประมาณในการปรับปรุงตามเกณฑ์มาตรฐาน
2.การบันทึกข้อมูลยังไม่เป็นปัจจุบัน	1จัดประชุมแนวทางการบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนถูกต้องและเป็นปัจจุบัน 2.กำกับติดตามตรวจสอบผลการบันทึกข้อมูลอย่างต่อเนื่องทุกเดือน

5. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติ

.....

ผู้รับผิดชอบ

1.ชื่อนายณรงค์ชัย สุขณธร

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ

เบอร์โทรศัพท์ 065-0526649

ID Line.....

2.ชื่อนางรัชณี ภูริสสัย

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ

เบอร์โทรศัพท์ 081-0361697

ID Line.....

วันที่ 30 เดือน กันยายน พ.ศ. 2565

เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ที่ 3.4 พัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย

- ประชาชนมีสุขภาพดี
- พัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มแม่และเด็ก (0-28 วัน)
- พัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย

การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพกลุ่มแม่และเด็กผ่านมาตรฐาน

1.สถานการณ์

จากผลการดำเนินงานดูแลหญิงตั้งครรภ์คปสอ.พิษณุ ข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง(2562-2564)พบว่า หญิงตั้งครรภ์ ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนในอัตราร้อยละ 97.98, 99.8 และ 99.26 (เกณฑ์ร้อยละ 100) โดยมีสาเหตุจากการที่หญิงตั้งครรภ์บางส่วนมีข้อจำกัดด้านความผิดปกติของเม็ดเลือด หรือความเจ็บป่วยไม่สามารถรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนได้ โดยส่งพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยตามระบบการส่งต่อ

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2565

-โครงการป้องกันภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์แบบองค์รวม อ.พิษณุ จ.อุตรดิตถ์ ปี 2565

มีการดำเนินงานอนามัยเจริญพันธุ์อำเภอพิษณุ ตำบลอนามัยเจริญพันธุ์ บูรณาการเชื่อมโยงการดำเนินงาน 6 โปรแกรม สร้างคนไทยคุณภาพ เริ่มจากการเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ การเฝ้าระวังภาวะซีดและภาวะเสี่ยงในรายที่มารดาเป็น High Risk ขณะตั้งครรภ์และการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด ติดตามหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์คุณภาพครบตามเกณฑ์ การใช้ระบบส่งต่อเร็ว ทันท่วงเพื่อพบแพทย์ และดูแลหลังคลอดคุณภาพโดยทีมเครือข่ายแม่และเด็กและทีมสหวิชาชีพ

2.ผลการดำเนินงาน

จากผลการดำเนินงานปี 2565 พบว่า หญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดจำนวน 559 คนได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนจำนวน 552 รายคิดเป็นร้อยละ 98.75 ราย

พบสถานบริการที่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 9 แห่ง (คิดเป็นร้อยละ 64.29) คือรพ.สต.ท่าสัก ,รพ.สต.ท่ามะเพือง,รพ.สต.บ้านหม้อ รพ.สต.บ้านโคก,รพ.สต.ไร่อ้อย,รพ.สต.บ้านเกาะ,รพ.สต.คลองละมุงและรพ.สต.บ้านดารา ไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน 5 แห่ง (คิดเป็นร้อยละ 35.71) คือรพ.สต.นายาง ,รพ.พิษณุ,รพ.สต.พญาแมน,รพ.สต.คอรัมและรพ. สต.บึงท่ายวน

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	สถานบริการ														ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563	ปี 2562
		รพ.สต. บาง	รพ. พิษณุ	รพ.สต. ท่าสัก	รพ.สต. นานิน	รพ.สต. ท่ามะเพ็ง	รพ.สต. บ้านหม้อ	รพ.สต. ท่าเสาแม่	รพ.สต. คอสูง	รพ.สต. บ้านโดน	รพ.สต. ไร่ย่อย	รพ.สต. บึงท้ายวัง	รพ.สต. บ้านเกาะ	รพ.สต. ดอกละมั่ง	รพ.สต. ดารา				
การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพกลุ่มแม่และเด็กผ่านมาตรฐาน																			
1. อัตราความสำเร็จในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพตั้งครรภ์																			
1.1 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก ตามเกณฑ์ (ร้อยละ 100)	เป้าหมาย	54	267	20	49	20	20	20	18	22	15	25	10	9	10	559	544	618	631
	ผลงาน	52	265	20	49	20	20	19	17	22	15	24	10	9	10	552	540	617	619
	ร้อยละ	96.3	99.25	100	100	100	100	95	94	100	100	96	100	100	100	98.75	99.26	99.8	97.98
2. อัตราความสำเร็จของการดำเนินงานคัดกรองและจัดการความเสี่ยง (High Risk Pregnancy) ในหญิง																			
2.1 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง Anemia, Thalassemia, Down Syndrome และโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (HIV, Syphilis, Hepatitis B) (ร้อยละ 100)	เป้าหมาย	25	20	18	24	15	18	12	7	13	9	15	10	6	8	200	214	266	262
	ผลงาน	25	20	18	24	15	18	12	7	13	9	15	10	6	8	200	214	266	262
	ร้อยละ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
2.2 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่คัดกรองความเสี่ยงพบความผิดปกติ Anemia, Thalassemia, Down Syndrome และโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (HIV, Syphilis, Hepatitis B) ได้รับการดูแลรักษาตามแนวทาง (ร้อยละ 100 ยกเว้น Anemia \geq ร้อยละ 80)	เป้าหมาย	1	1	2	1	2		2	3		2	1	1	1		17			
	ผลงาน	1	1	2	1	2		2	3		2	1	1	1		17			
	ร้อยละ	100	100	100	100	100		100	100		100	100	100	100		100			

ที่มา: ...ข้อมูลHDC ,สรุปผลการดำเนินงานปีประมาณ2565

3.การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

- ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

มารดาขาดการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ และการติดตามมารดาในบางกรณียังมีการย้ายเข้ามาอาศัยในพื้นที่ในช่วงใกล้คลอด และบางรายมีอาการแพ้ยาหรือมีข้อจำกัดด้านภาวะความเจ็บป่วยด้วยระบบเม็ดเลือด ทำให้ไม่สามารถรับประทานยาได้ และการคีย์ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน

- ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

การติดตามมารดาตั้งครรภ์ร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง การบูรณาการร่วมกับงานอื่นและองค์กรร่วมในระดับท้องถิ่น ในการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน ทำให้พบกลุ่มเป้าหมายที่ย้ายเข้ามาใหม่ได้เร็วเป็นปัจจุบัน การควบคุมกำกับติดตามการบันทึกข้อมูลให้เป็นปัจจุบันและการคืนข้อมูลสู่ชุมชน

4. แนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/สาเหตุปัญหา ปี 2565	แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2566
1.ภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์	-การเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์และการรับยาโฟลิก -การติดตามการรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนอย่างมีคุณภาพ และการใช้ระบบส่งต่อพบแพทย์ในรายที่มีภาวะเสี่ยงหรืออาการไม่พึงประสงค์หลังได้รับยา -การขับเคลื่อนงานโดยบูรณาการกับงานอนามัยเจริญพันธุ์ เสริมทักษะองค์ความรู้ สู่ SMART FAMILY เช่นการเสริมทักษะชีวิตการดูแลตนเองในวัยรุ่น/ โภชนาการ การตั้งครรภ์ในวัยที่เหมาะสม การเลือกคู่ตัดสินใจครองเพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นพาหะธาลัสซีเมียแฝง และการเตรียมการเข้าถึงบริการ ANC คุณภาพซึ่งจะทำให้เกิดการป้องกันภาวะซีดในขณะตั้งครรภ์อย่างยั่งยืน - การบันทึกข้อมูลในระบบฐานข้อมูลให้ถูกต้อง เป็นปัจจุบันและการคืนข้อมูลย้อนกลับให้ถึงชุมชน เครือข่ายและองค์กรท้องถิ่นเพื่อหาแนวร่วมเชิงระบบ

5. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติ

- การสนับสนุนการตรวจสุขภาพภาวะซีดเบื้องต้นในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ต้องการบุตร และกลุ่มนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษา ในรายที่มีภาวะเสี่ยง/เปลือกตาซีดจาง คัดกรองเจาะ HCT เพื่อเข้าสู่ระบบการดูแลที่ต่อเนื่อง
- การสร้างและพัฒนาศักยภาพแกนนำในชุมชน เพื่อการดูแลสุขภาพมารดาและทารก ตามแนวทางดำเนินงาน 6 โปรแกรม สร้างคนไทยคุณภาพ

การพัฒนาระบบส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยผ่านมาตรฐาน

เป้าประสงค์

- 1.ประชาชนมีสุขภาพดี
- 2.พัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ (Measures)

- ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี
- ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน(ความครอบคลุมคุณภาพ การติดตามตรวจซ้ำ)

1.สถานการณ์

1) ด้านการส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็กอายุ0-5 ปี สูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี

ข้อมูลการดำเนินงานปี 2562-2564 พบว่าเด็ก 0-5 ปีสูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี อัตราร้อยละ 53.59, 54.59 และ 60.35 (เกณฑ์ร้อยละ 62) จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาพบว่า การบริโภคอาหารไม่เหมาะสมกับวัย และมีภาวะน้ำหนักเกินจากการติตรสชาติหวานส่งผลให้มีพฤติกรรมการอาหารบริโภครสหวาน ทักษะการเลือกกิน การเชื่อว่าเด็กอ้วนเป็นเด็กน่ารัก การบันทึกข้อมูลยังไม่ครอบคลุมเป็นปัจจุบัน

กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2565

ดำเนินโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสูงวัยส่วน อ.พิษณุ จ.อุตรดิตถ์ ปี 2565 โดยการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลเฝ้าระวังพัฒนาการและโภชนาการเด็ก ผลการดำเนินงาน พบว่า มีเด็กจำนวน 2,452 ราย สูงวัยส่วนจำนวน 1,379 ราย คิดเป็นอัตราร้อยละ 56.24 (เกณฑ์ร้อยละ 62) โดยมีสถานบริการจำนวน 6 แห่งที่มีผลการดำเนินงานผ่านคือ รพ.สต.นาอาจ,นาอิน,ท่ามะเฟือง,พญาแมน,บ้านเกาะและรพ.สต.คลองละมุง และมีผลงานไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน 8 แห่งคือ รพ.พิษณุ,รพ.สต.ท่าสัก,บ้านหม้อ,คอรุม,บ้านโคน,ไร่อ้อย,บึงท่ายวนและรพ.สต.บ้านดารา

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	สถานบริการ													ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563	ปี 2562		
		รพ.สต.นาอาจ	รพ.พิษณุ	รพ.สต.ท่าสัก	รพ.สต.นาอิน	รพ.สต.ท่ามะเฟือง	รพ.สต.บ้านหม้อ	รพ.สต.พญาแมน	รพ.สต.คอรุม	รพ.สต.บ้านโคน	รพ.สต.ไร่อ้อย	รพ.สต.บึงท่ายวน	รพ.สต.บ้านเกาะ	รพ.สต.คลองละมุง					รพ.สต.บ้านดารา	
การพัฒนาาระบบส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยผ่านมาตรฐาน																				
1 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงวัยส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี																				
1.1 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงวัยส่วน (> ร้อยละ 62)	เป้าหมาย	274	226	204	245	213	212	164	147	180	87	176	177	73	74	2452	2179	2363	2579	
	ผลงาน	186	98	93	160	138	130	129	57	57	43	102	118	57	11	1379	1315	1290	1382	
	ร้อยละ	67.88	43.36	45.59	65.31	64.8	61.32	78.7	38.78	31.67	49.43	57.95	66.67	78.1	14.86	56.24	60.35	54.6	53.6	

ที่มา: ...ข้อมูลHDC สรุปผลการดำเนินงานปีประมาณ2565

2) ด้านการตรวจคัดกรอง กระตุ้นพัฒนาการสมวัย

จากข้อมูลผลการดำเนินงานปี 2562 ถึง 2564 พบว่า มี ผลการดำเนินงานการคัดกรองพัฒนาการ เด็กอายุ 9 ,18,30,42 และ 60 เดือน คิดเป็นร้อยละ 93.45,85.00,95.92 และ 90.00 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ๙๖) โดยการวิเคราะห์พบสาเหตุดังนี้

- ผู้ปกครองเด็กขาดความเข้าใจและทักษะที่ถูกต้องเหมาะสมในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่สงสัยล่าช้า และภาวะเศรษฐกิจในสถานการณ์โควิดทำให้ผู้ปกครองย้ายถิ่นไปทำงานนอกพื้นที่ ทำให้ไม่มีเวลาในการส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการเด็ก
- เครือข่ายแกนนำชุมชนขาดการมีส่วนร่วมในแนวทางการกระตุ้นพัฒนาการเด็กและการใช้เครื่องมือที่ถูกต้อง
- ระบบติดตามกระตุ้นขาดความต่อเนื่อง จากความไม่สอดคล้องระหว่างกลุ่มเป้าหมายและจนท.(พัฒนาการเด็กที่มีความล่าช้าในหลายด้าน)

กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2565

-ดำเนินโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสูงวัยส่วน อ.พิษณุ จ.อุตรดิตถ์ ปี 2565 โดยการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลเฝ้าระวังพัฒนาการและโภชนาการเด็ก

2.ผลการดำเนินงาน

1) ด้านพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี พบว่ามีเด็กทั้งหมด 1,623 ราย ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจำนวน 1,508 ราย คิดเป็นร้อยละ 92.91 ราย มีสถานบริการ จำนวน 8 แห่งมีผลงานผ่านเกณฑ์ คิดเป็นอัตราร้อยละ 57.14 คือรพ.สต.นาอิน,ท่ามะเฟือง,บ้านหม้อ,คอรุม,ไร่อ้อย,บึงท่ายวน,คลองละมุงและรพ.สต.บ้านดารา มีจำนวน 6 แห่งมีผลงานไม่ผ่านเกณฑ์ คิดเป็นอัตราร้อยละ 42.86 คือรพ.สต.นาอาจ,รพ.พิษณุ,รพ.สต.ท่าสัก,พญาแมน,บ้านโคน,และรพ.สต.บ้านเกาะ

2) การคัดกรองพัฒนาการเด็กจำนวน 1,508 ราย พบสงสัยล่าช้าและล่าช้าจำนวน 339 ราย คิดเป็นอัตราร้อยละ 22.48 มีสถานบริการจำนวนบริการ จำนวน 10 แห่งมีผลงานผ่านเกณฑ์ คิดเป็นอัตราร้อยละ 71.53 คือ มีจำนวน 4 แห่งมีผลงานไม่ผ่านเกณฑ์ คิดเป็นอัตราร้อยละ 28.57 คือ รพ.พิชัย,รพ.สต.บ้านเกาะ,บ้านหม้อ,บ้านโคกและรพ.สต.บ้านดารา

3) เด็กที่มีพัฒนาการพบสงสัยล่าช้าและล่าช้าทั้งหมด 339 ราย ได้รับการติดตามกระตุ้น จำนวน 301 ราย คิดเป็นอัตราร้อยละ 88.79 มีสถานบริการที่มีผลงานผ่านเกณฑ์ จำนวน 2 แห่งมีผลงานผ่านเกณฑ์ คิดเป็นอัตราร้อยละ 14.29 คือ รพ.สต.พญาแมนและคลองละมุง มีสถานบริการที่มีผลงานไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน 12 แห่ง คิดเป็นอัตราร้อยละ 85.71 คือรพ.สต.นายาง,รพ.พิชัย,รพ.สต.ท่าสัก,นาอิน,ท่ามะเฟือง,บ้านหม้อ,คอรัม,บ้านโคก,ไร่อ้อย,บึงท้ายวนและรพ.สต.บ้านเกาะ

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	สถานบริการ														ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563	ปี 2562	
		รพ.สต.นายาง	รพ.พิชัย	รพ.สต.ท่าสัก	รพ.สต.นาอิน	รพ.สต.ท่ามะเฟือง	รพ.สต.บ้านหม้อ	รพ.สต.พญาแมน	รพ.สต.คอรัม	รพ.สต.บ้านโคก	รพ.สต.ไร่อ้อย	รพ.สต.บึงท้ายวน	รพ.สต.บ้านเกาะ	รพ.สต.คลองละมุง	รพ.สต.ดารา					
การพัฒนาระบบส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยผ่านมาตรฐาน																				
1 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี																				
1.1 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน (≥ ร้อยละ 62)	เป้าหมาย	274	226	204	245	213	212	164	147	180	87	176	177	73	74	2452	2179	2363	2579	
	ผลงาน	186	98	93	160	138	130	129	57	57	43	102	118	57	11	1379	1315	1290	1382	
	ร้อยละ	67.88	43.36	45.59	65.31	64.8	61.32	78.7	38.78	31.67	49.43	57.95	66.67	78.1	14.86	56.24	60.35	54.6	53.6	
2 ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน (ครอบคลุมคุณภาพการค้นหา การติดตามตรวจซ้ำ)																				
2.1 ร้อยละความครอบคลุมการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กด้วย DSPM (≥ ร้อยละ 96)	เป้าหมาย	171	160	185	160	145	134	107	96	110	48	104	117	41	45	1623	2134	2170	2062	
	ผลงาน	158	135	144	160	145	130	92	96	105	48	100	111	40	44	1508	2043	2080	1927	
	ร้อยละ	92.4	84.38	77.84	100	100	97.01	86	100	95.45	100	96.15	94.87	97.56	97.78	92.91	95.74	95.9	93.5	
2.2 ร้อยละคุณภาพการค้นหาเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า/ล่าช้า (≥ ร้อยละ 20)	เป้าหมาย	158	135	144	160	145	130	92	96	105	48	100	111	40	44	1508	2043	2080	1927	
	ผลงาน	40	23	38	37	35	19	21	26	15	12	29	29	9	6	339	428	506	414	
	ร้อยละ	25.32	17.04	26.39	23.13	24.1	14.62	22.8	27.08	14.29	25	29	26.13	22.5	13.64	22.48	20.95	24.3	21.5	
2.3 ร้อยละพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการตรวจซ้ำภายใน 30 วัน (ร้อยละ 100)	เป้าหมาย	40	23	38	37	35	19	21	26	15	12	29	29	9	6	339				
	ผลงาน	36	16	29	35	34	15	21	24	14	10	27	26	9	5	301				
	ร้อยละ	90	69.57	76.32	94.59	97.1	78.95	100	92.31	93.33	83.33	93.1	89.66	100	83.33	88.79				
2.4 ร้อยละเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการช่วยเหลือแก้ไข/กระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I (ร้อยละ 100)	เป้าหมาย				2	1	2		2							7				
	ผลงาน				2	1	2		2							7				
	ร้อยละ				100	100	100		100							100				
2.5 ร้อยละเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการช่วยเหลือกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I จนครบ 3 เดือน (ติดตามทุกเดือน) (≥ ร้อยละ 90)	เป้าหมาย		3			2	1									6				
	ผลงาน		3			2	1									6				
	ร้อยละ		100			100	100									100				

3. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

- ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

- 1) จำนวนกลุ่มเป้าหมายมีการเปลี่ยนแปลง สาเหตุจากการตกสำรวจหรือมีการบันทึกข้อมูลการมาใช้บริการในคลินิกอื่น ๆ ของโรงพยาบาลและบันทึกข้อมูลที่อยู่เป็นประเภท 1 และ 3 ทำให้มีกลุ่มเป้าหมายเพิ่มในระบบภายหลังและส่งผลให้มีการดำเนินกิจกรรมและบันทึกข้อมูลไม่ทันเวลา
- 2) กลุ่มเป้าหมาย ย้ายหรือออกนอกพื้นที่โดยไม่แจ้งและไม่สามารถติดตามได้

- ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

- 1) การสร้างแกนนำชุมชน เครือข่ายในการช่วยขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1000 วัน PLUS ในระยะการส่งเสริมพัฒนาการควบคู่ไปพร้อมการดูแลภาวะโภชนาการ
- 2) การบูรณาการด้านอัตรากำลังร่วมกับงานแพทย์แผนไทยเพื่อติดตามกระตุ้นเด็กสงสัยล่าช้า เพื่อแก้ปัญหาบุคลากรไม่เพียงพอ

ปัญหา/สาเหตุปัญหา ปี 2565	แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2566
ร้อยละเด็ก 0-5 ปี สูงดี สมส่วน	-การสร้างแกนนำชุมชน เครือข่ายในการช่วยขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1000 PLUS ในระยะการส่งเสริมพัฒนาการควบคู่ไปพร้อมการดูแลภาวะโภชนาการ -ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการและการบริโภคที่ถูกต้องแก่ครอบครัว -การพัฒนากระบวนการคีย์ข้อมูลให้ถูกต้องครบถ้วนเป็นปัจจุบัน
ร้อยละติดตามกระตุ้นพัฒนาการสงสัยล่าช้า ภายใน 30 วัน	-การคืนข้อมูลย้อนกลับสู่ชุมชน ร่วมวางแผนแก้ไขปัญหา -บูรณาการร่วมกับงานแพทย์แผนไทยเพื่อติดตามกระตุ้นเด็กสงสัยล่าช้า และพัฒนาศักยภาพเสริมสร้างทักษะแกนนำพัฒนาการเป็นการลดข้อจำกัดด้านจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่มีมากกว่าจนท. -การพัฒนาแนวทางการติดตามกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โดยใช้เครือข่ายชุมชนที่เกี่ยวข้อง เช่น ครอบครัว แกนนำ องค์กรท้องถิ่น -การติดตามกระตุ้นพัฒนาการที่บ้านโดยครอบครัว แกนนำพัฒนาการ -การประยุกต์ใช้สื่อโซเชียลในการประสานงาน การประชาสัมพันธ์และส่งต่อ -การสร้างแรงจูงใจ คัดเลือกผลงานเด่นเครือข่ายชุมชน -การติดตามสรุปผลงานเป็นไตรมาสเทียบกับข้อมูล HDC

5. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติ

การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่นผ่านมาตรฐานจังหวัดอุดรดิตถ์

เป้าประสงค์ 1. ประชาชนมีสุขภาพดี 2. พัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย

ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ วัยรุ่นมีสุขภาพดี มีทักษะในการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม

1.สถานการณ์

ข้อมูลผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (ปี2562-2564) พบว่า หญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern methods) กึ่งถาวร หลังคลอดหรือแท้ง ร้อยละ 100,71.43 และร้อยละ 75 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ สาเหตุที่หญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี ไม่คุมกำเนิดกึ่งถาวรเพราะเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยวและแยกกันอยู่ กังวลเรื่องผลข้างเคียงจากการใช้ยาฝังคุมกำเนิด ไม่สามารถกลับมาใช้บริการได้หลังจากคลอดบุตรเพราะย้ายออกจากพื้นที่เพื่อไปเรียนต่อหรือประกอบอาชีพต่างจังหวัด

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการดำเนินงาน 2565

-ดำเนินโครงการส่งเสริมการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ซ้ำและการดูแลหลังคลอดในแม่วัยรุ่น อ.พิษณุปี 2565 เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ เข้าใจและป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ส่งเสริมการวางแผนคุมกำเนิดกึ่งถาวรในสตรีหลังคลอด/แท้งอายุต่ำกว่า 20 ปี พร้อมกับการขับเคลื่อนอำเภออนามัยเจริญพันธ์

ผลการดำเนินงาน

จากผลการดำเนินงานปี๒๕๖๕พบว่ามีหญิงคลอดบุตรอายุต่ำกว่า ๒๐ ปีจำนวน 4ราย ได้รับการบริการด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern methods)กึ่งถาวร โดยวิธีฝังเข็มจำนวน ๒ ราย และอีก๒รายไม่คุมกำเนิด เนื่องจากเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยวและแยกกันอยู่

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	สถานบริการ													ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563	ปี 2562				
		รพ.สต.บางาง	รพ.พิษณุ	รพ.สต.หัวสัก	รพ.สต.นาอิน	รพ.สต.ท่ามะเพือง	รพ.สต.บ้านหม้อ	รพ.สต.พญาแมน	รพ.สต.ค้อชุม	รพ.สต.บ้านโคก	รพ.สต.ไร่้อย	รพ.สต.บ้านทรายงาม	รพ.สต.บ้านเกาะ	รพ.สต.คลองมะม่วง					รพ.สต.ดงเตา			
3.การพัฒนาบระบบส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่นผ่านมาตรฐานจังหวัดอุดรดิตถ์																						
3.1 ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern methods) หลังคลอดหรือหลังแท้ง (≥ ร้อยละ 80)	เป้าหมาย	1			1	1	1												4	4	7	6
	ผลงาน					1	1												2	3	5	6
	ร้อยละ	0			0	100	100												50	75	71.4	100

3. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

- ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

การติดตามกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ทำได้ไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากการย้ายถิ่นเพื่อเรียนต่อและประกอบอาชีพ ครอบครัวและชุมชนยังไม่ค่อยเห็นความสำคัญเรื่องการฝังเข็ม และการดูแลทารกหลังคลอดแบบแม่เลี้ยงเดี่ยวหรือฝากบุตรไว้กับปู่ย่าตายาย ทำให้ขาดการตระหนักเรื่องการเตรียมพร้อมเพื่อเริ่มชีวิตคู่ใหม่

- ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

.....-

4. แนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/สาเหตุปัญหา ปี 2565	แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2566
1.หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern methods) หลังคลอดหรือหลังแท้ง ไม่ผ่านเกณฑ์	1.การเสริมทักษะชีวิตและองค์ความรู้ในกลุ่มวัยรุ่นด้านการอนามัยเจริญพันธุ์และการตัดสินใจการคุมกำเนิดอย่างถูกต้อง 2.การให้ครอบครัว ชุมชนเป็นแกนนำหลักในการช่วยติดตามและการส่งเสริมให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการบูรณาการงานร่วมกับองค์กรทุกเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนงานด้านการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน วัยรุ่น

5. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติ

.....-

การพัฒนาระบบป้องกันและรักษาโรคทางจักษุผ่านมาตรฐานจังหวัดอุดรดิตถ์

1.สถานการณ์

จากข้อมูลการดำเนินงานตรวจคัดกรองสายตาดังปี 1 ปี 2562-2564 พบว่า มีเด็กที่ได้รับการตรวจสายตาร้อยละ 100 และมีเด็กที่สายตาดผิดปกติได้รับแว่นจากโครงการเด็กไทยสายตาดีครบทุกคน

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2565

บูรณาการการตรวจคัดกรองสายตาร่วมกับโครงการส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน มีแนวทางในการส่งต่อเด็กที่สายตาดผิดปกติเพื่อพบจักษุแพทย์

3. ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	สถานบริการ													ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563	ปี 2562	
		รพศ.น่าน	รพ.พิชัย	รพ.สต.ท่าสัก	รพ.สต.นาอิน	รพ.สต.ท่ามะปราง	รพ.สต.บ้านหม้อ	รพ.สต.พญาแมน	รพ.สต.ตอรั่ม	รพ.สต.บ้านโคก	รพ.สต.ไร่ย่อย	รพ.สต.บึงท่าวัน	รพ.สต.บ้านเกาะ	รพ.สต.คลองมะม่วง					รพ.สต.ตาธา
4. การพัฒนาระบบป้องกันและรักษาโรคทางจักษุผ่านมาตรฐานจังหวัดอุดรธานี																			
4.1 ร้อยละของนักเรียนชั้น ป.1 ได้รับการตรวจวัดสายตา	เป้าหมาย	72	102	48	58	48	44	41	21	33	12	31	21		7	538	538	538	762
	ผลงาน	72	102	48	58	48	44	41	21	33	12	31	21		7	538	538	538	762
	ร้อยละ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		100	100	100	100	100
4.2 ร้อยละของนักเรียนชั้น ป.1 ที่มีปัญหาสายตาผิดปกติ ได้รับการแก้ไข (> ร้อยละ 80)	เป้าหมาย		1				1			1						3	1	9	0
	ผลงาน		1				1			1						3	1	9	0
	ร้อยละ		100				100			100						100	100	100	0

ที่มา ข้อมูล vision 2020 โครงการเด็กไทยสายตาดี

3. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

- ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย
- ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

การตรวจคัดกรองสายตาเด็กป.1 ร่วมกับงานอนามัยโรงเรียน และมีแนวทางการส่งต่อพบแพทย์ที่ชัดเจน

4. แนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/สาเหตุปัญหา ปี 2565	แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2566
การตรวจคัดกรองและคีย์ข้อมูล การติดตามมีความล่าช้า และข้อจำกัดในการเดินทางพบแพทย์ล่าช้าในบางรายทำให้เด็กนักเรียนเสียโอกาสในการรักษา	ประสานงานกับผู้ปกครองและครูอนามัยโรงเรียนเรื่องระบบการส่งต่อ การนัด เพื่อพบแพทย์และส่งต่อไปรพ.อุดรธานีที่ที่ตรวจพบเด็กมีสายตาผิดปกติ ในรายที่ผู้ปกครองสะดวกพาเด็กไปพบจักษุแพทย์เอง มีระบบติดตามกำกับเพื่อเก็บข้อมูลการรักษาให้ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน

5. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติ

- การประสานงานระหว่างผู้รับผิดชอบงานทุกระดับ และผู้ปฏิบัติงานจริงควรมีแนวทางที่ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกัน เพื่อความสะดวก รวดเร็ว ในการตรวจคัดกรอง และการใช้ระบบส่งต่อพบแพทย์
- การเสริมทักษะการตรวจคัดกรอง ชี้แจงแนวทางแก่ผู้ปฏิบัติงานใหม่ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบ ทำให้ขาดการต่อเนื่องในการดำเนินงานที่เป็นปัจจุบัน

ผู้รับผิดชอบ

1. ชื่อ.....นางอมรา ศรีตันไชย.....

ตำแหน่ง....เจ้าพนักงานสาธารณสุข ชำนาญงาน...

เบอร์โทรศัพท์.....0895623878.....

ID Line.....0881594253.....

วัน.....เดือน..ตุลาคม..พ.ศ. 2565

เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ที่ 3.4 พัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย

งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1.สถานการณ์

คปสอ.พิษณุ ได้มีการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้ประสบผลสำเร็จตามเกณฑ์ตัวชี้วัด ปีงบประมาณ 2565 ในภาพรวม ได้ดำเนินการจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแนวทางในการดำเนินงาน โดยมีพยาบาลวิชาชีพแต่ละ รพ.สต. เป็นผู้รับผิดชอบงานทุกสถานบริการ โดยได้เข้าร่วมหาแนวทางการดำเนินงานฯ ให้ประสบผลสำเร็จตามเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กำหนด ทั้งในด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู ภายใต้สถานการณ์ไวรัสโควิด-19ที่แพร่ระบาดในปี 2565 ให้ดำเนินการได้อย่างเป็นระบบ

2. การดำเนินงาน

กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2565

ด้านการคัดกรอง

ทุกสถานบริการสามารถคัดกรองได้ตามแผนที่วางไว้โดยเป็นการคัดกรองโรคเชิงรุกในหมู่บ้านที่แต่ละสถานบริการวางแผนไว้ เนื่องจากการคัดกรองทำในช่วงที่ยังไม่มีการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19

ด้านการรักษา

ปรับเปลี่ยนวิธีการแจกจ่ายยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากเดิมให้มารับที่สถานบริการเปลี่ยนเป็นรับยาที่บ้าน ซึ่งนำส่งโดย อสม.สาธารณสุข ของแต่ละตำบล ทำให้ผู้ป่วยไม่ขาดนัด/ขาดยา

3.ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	สถานบริการ														ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563	ปี 2562
		1.รพ.สต.นางายาง	2.รพ.พิษณุ	3.รพ.สต.ท่าสัก	4.รพ.สต.นาอิน	5.รพ.สต.ท่ามะพร้าว	6.รพ.สต.บ้านหม้อ	7.รพ.สต.พญาแมน	8.รพ.สต.โคกสูง	9.รพ.สต.บ้านโคก	10.รพ.สต.ไร่ย่อย	11.รพ.สต.บึงท่ายวน	12.รพ.สต.บ้านเกาะ	13.รพ.สต.บ้านคลองตะมุ้ง	14.รพ.สต.บ้านดารา				
ร้อยละของประชาชนวัยทำงาน อายุ 18 - 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (BMI) ปกติ (>ร้อยละ 50)	เป้าหมาย	1,756	1,697	1,643	1,234	1,596	1,226	1,880	993	1,104	846	889	1,147	473	473	16,957	17,590	18,585	N/A
	ผลงาน	672	547	448	408	611	378	556	367	424	281	339	403	152	133	5,719	6,215	6,880	N/A
	ร้อยละ	38.27	32.23	27.27	33.06	38.28	30.83	29.57	36.96	38.41	33.22	38.13	35.14	32.14	28.12	33.73	35.33	37.02	N/A
	เป้าหมาย	2,784	2,536	2,139	1,987	1,962	1,779	2,625	1,492	1,805	1,369	1,350	1,418	705	738	24,687	25,048	24,664	25,494

ตัวชี้วัดและเกณฑ์ เป้าหมาย	ผลการ ประเมิน	สถานบริการ																		
		1.รพ.สต.นากลาง	2.รพ.พิชัย	3.รพ.สต.ท่าสัก	4.รพ.สต.นาอิน	5.รพ.สต.ท่ามะเือง	6.รพ.สต.บ้านหม้อ	7.รพ.สต.พญาแมน	8.รพ.สต.คอรุม	9.รพ.สต.บ้านโคก	10.รพ.สต.ไร่้อย	11.รพ.สต.บึงทายน	12.รพ.สต.บ้านเกาะ	13.รพ.สต.บ้านคลองละมุน	14.รพ.สต.บ้านตารา					
เสียงเบาหวาน/ ความ ดันโลหิตสูง	ผลงาน	2,538	2,377	1,981	1,707	1,886	1,634	2,579	1,361	1,692	1,262	1,258	1,297	677	721.5	2565	2564	2563	2562	
	ร้อยละ	91.16	93.71	92.61	85.91	96.15	91.82	98.25	91.19	93.74	92.15	93.18	91.43	96.03	97.76	93.03	92.54	93.82	87.59	
	เป้าหมาย	546	523	505	302	475	426	489	342	354	290	267	265	125	144	5,053	4,873	4,646	4,484	
	ผลงาน	182	216	240	102	181	196	204	124	137	126	97	113	35	65	2,018	2,077	1,860	1,216	
	ร้อยละ	33.33	41.30	47.52	33.77	38.11	46.01	41.72	36.26	38.70	43.45	36.33	42.64	28.00	45.14	39.94	42.62	40.03	27.12	
	เป้าหมาย	1374	1330	1294	747	1098	1214	1145	997	889	680	658	680	997	396	13,499	12,727	12,377	12,097	
	ผลงาน	894	837	807	450	685	833	774	615	543	453	409	402	204	263	8,169	8,768	8,395	7,834	
	ร้อยละ	65.07	62.93	62.36	60.24	62.39	68.62	67.60	61.69	61.08	66.62	62.16	59.12	20.46	66.41	60.52	68.89	67.83	64.76	
	เป้าหมาย	549	533	506	300	474	426	489	342	355	290	266	263	125	146	5,064	4,873	4,646	4,484	
	ผลงาน	431	331	384	234	342	367	354	279	279	232	221	210	108	119	3,891	3,753	3,558	3,173	
	ร้อยละของผู้ป่วย โรคเบาหวานที่ควบคุม ได้ดี	ร้อยละ	33.33	41.30	47.52	33.77	38.11	46.01	41.72	36.26	38.70	43.45	36.33	42.64	28.00	45.14	39.94	42.62	40.03	27.12
	ร้อยละของผู้ป่วย โรคเบาหวานที่ควบคุม ได้ดี	ร้อยละ	65.07	62.93	62.36	60.24	62.39	68.62	67.60	61.69	61.08	66.62	62.16	59.12	20.46	66.41	60.52	68.89	67.83	64.76
	ร้อยละของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงที่ ควบคุมได้ดี	ร้อยละ	65.07	62.93	62.36	60.24	62.39	68.62	67.60	61.69	61.08	66.62	62.16	59.12	20.46	66.41	60.52	68.89	67.83	64.76
	ร้อยละของผู้ป่วย เบาหวาน ความดัน โลหิตสูงที่ได้รับการ ตรวจภาวะแทรกซ้อน	ร้อยละ	65.07	62.93	62.36	60.24	62.39	68.62	67.60	61.69	61.08	66.62	62.16	59.12	20.46	66.41	60.52	68.89	67.83	64.76

ตัวชี้วัดและเกณฑ์ เป้าหมาย	ผลการ ประเมิน	สถานบริการ																	
		1.รพ.สต.น่ายาง	2.รพ.พิชัย	3.รพ.สต.ท่าสัก	4.รพ.สต.นาอิน	5.รพ.สต.ท่ามะปราง	6.รพ.สต.บ้านหม้อ	7.รพ.สต.พญาแมน	8.รพ.สต.คอรูม	9.รพ.สต.บ้านโคก	10.รพ.สต.ไร่ฮ้อย	11.รพ.สต.บึงท่าขาม	12.รพ.สต.บ้านเกาะ	13.รพ.สต.บ้านคลองสมบูรณ์	14.รพ.สต.บ้านตารา				
ร้อยละ		78.51	62.1	75.89	78	72.15	86.15	72.39	81.58	78.59	80	83.08	79.85	86.4	81.51	2565	2564	2563	2562
																76.84	77.02	76.58	70.76

ที่มา: HDC อุตสาหกรรม ณ วันที่ 10 ต.ค. 2565

4. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

- ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

คุณภาพการให้บริการในคลินิกมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID19) ได้มีการจัดเตียงที่บ้านตามแนวทางการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงแนวใหม่ เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการจำนวนมาก เป็นการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการระบาดและการแพร่กระจายของโรคในช่วงที่มีการระบาดอย่างหนัก แนวทางดังกล่าวมีผลต่อการให้ความรู้ในการควบคุมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเรื่องการรับประทานอาหารอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนน้ำตาล และเท้าไม่ครอบคลุมซึ่งไม่สามารถติดตามผู้ป่วยให้มารับการตรวจคัดกรองเพิ่มเติม และจากการตรวจสอบข้อมูลบางรายเป็นกลุ่มผู้ป่วยบางรายเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID19)

- ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

มีการจัดทำแผนงาน/โครงการ/แนวทางการปฏิบัติงาน เพื่อติดตาม ประเมิน ตรวจสอบ ให้คำแนะนำ และหาแนวทางพัฒนา ปรับปรุงระบบการให้บริการ

5.แนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/สาเหตุปัญหา ปี 2565	แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2566
มีอุปสรรคด้านการจัดรูปแบบบริการ ผู้ป่วยไม่สามารถเข้ามาใช้บริการที่สถานพยาบาลได้	วางแผนการจัดรูปแบบบริการสำรองหากมีการระบาดของโรคอุบัติใหม่หรือเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้รับบริการไม่สามารถเข้ามาใช้บริการได้

6. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติ

การสนับสนุนบุคลากรในการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตาและอุปกรณ์ที่เพียงพอ

ผู้รับผิดชอบ

1.ชื่อ นายณัฐวุฒิ รุจิเรืองนันทน์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
เบอร์โทรศัพท์ 085-2737289
ID Line Bosoppa

วัน..10..เดือน..ตุลาคม..พ.ศ. 2565

การพัฒนางานทันตกรรมผ่านมาตรฐานจังหวัดอุดรดิตถ์

ร้อยละของ โรงพยาบาล, PCC และ รพ.สต.ที่เป็น Node ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Uttaradit Dental Safety Goals (เป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80)

1.สถานการณ์

สืบเนื่องจากคณะกรรมการพัฒนางานด้านทันตสาธารณสุขระดับจังหวัด ได้จัดทำเกณฑ์มาตรฐาน Uttaradit Dental Safety Goals ขึ้น ในเดือน มิถุนายน 2564 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนางานด้านการจัดบริการทันตกรรม ทั้งในโรงพยาบาล, PCC และ รพ.สต.ที่เป็น Node ทุกแห่ง ให้มีระดับคะแนนผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Uttaradit Dental Safety Goals ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2565

แจ้งสถานบริการ จำนวนทั้งสิ้น 7 แห่ง ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาล จำนวน 1 แห่ง (รพ.พิษณุ), PCC จำนวน 3 แห่ง (รพ.สต.ท่าสัก, รพ.สต.นายางและ รพ.สต.พญาแมน) และ รพ.สต.ที่เป็น Node จำนวน 3 แห่ง (รพ.สต.ไร่้อย , รพ.สต.คอรุม และ รพ.สต.บ้านหม้อ) ให้รับทราบและนำแนวทางการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน Uttaradit Dental Safety Goals ไปปฏิบัติ

ผลการดำเนินงาน

สถานบริการที่เป็น โรงพยาบาล, PCC และ รพ.สต.ที่เป็น Node ทุกแห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 มีระดับคะแนนผ่านเกณฑ์ประเมิน ดังต่อไปนี้ สถานบริการที่มีคะแนนระดับดีเด่น ได้แก่ รพ.พิษณุ (ร้อยละ 100), รพ.สต.นายาง (ร้อยละ 96.00) และ รพ.สต.พญาแมน (ร้อยละ 92.16) สถานบริการที่มีคะแนนระดับดี ได้แก่ รพ.สต.คอรุม (ร้อยละ 86.00), รพ.สต.ไร่้อย (ร้อยละ 84.00), รพ.สต.ท่าสัก (ร้อยละ 80.00) และสถานบริการที่มีคะแนนระดับพอใช้ คือ รพ.สต.บ้านหม้อ (ร้อยละ 78.00)

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน (คะแนน)	สถานบริการที่เป็น โรงพยาบาล, PCC และ รพ.สต.ที่เป็น Node							ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563	ปี 2562
		1. รพ.พิษณุ	2. รพ.สต.นายาง	3. รพ.สต.พญาแมน	4. รพ.สต.คอรุม	5. รพ.สต.ไร่้อย	6. รพ.สต.ท่าสัก	7. รพ.สต.บ้านหม้อ				
ร้อยละของ โรงพยาบาล, PCC และ รพ.สต.ที่เป็น Node ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Uttaradit Dental Safety Goals	เป้าหมาย	≥60	≥60	≥60	≥60	≥60	≥60	≥60	7 แห่ง (ร้อยละ 100)	100	N/A	N/A
	ผลงาน	100	96.00	92.16	86.00	84.00	80.00	78.00	7 แห่ง (ร้อยละ 100)	100	N/A	N/A

ที่มา: หนังสือ เลขที่ อต.๐๐๓๒.๐๐๘/ว ๑๘๑๐ แจ้งสรุปผลการประเมินมาตรฐาน Uttaradit Dental Safety Goals และมาตรฐานงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก จังหวัดอุดรดิตถ์ ปี ๒๕๖๔

3. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

- ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

.....

- ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

-สถานบริการที่เป็น PCC และ รพ.สต.ที่เป็น Node ทุกแห่งมีทันตบุคลากรประจำและ/หรือหมอนเวียน

4. แนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/สาเหตุปัญหา ปี 2565	แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2566
1. ขาดการบันทึกภาวะแทรกซ้อน อุบัติการณ์ ความเสี่ยง และการหามาตรการป้องกัน หรือแก้ไขความเสี่ยง	1. กระตุ้นและติดตามการบันทึกภาวะแทรกซ้อน รายงานอุบัติการณ์ รวมถึงการแก้ปัญหา โดย โรงพยาบาลแม่ข่าย
2. มีโครงสร้างทางกายภาพของพื้นที่ให้บริการ ทันตกรรม รวมถึงพื้นที่รอคอยรับบริการของผู้ป่วย ไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคของระบบทางเดินหายใจ	2. ปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางกายภาพของพื้นที่ให้บริการทันตกรรม รวมถึงพื้นที่รอคอยรับบริการของผู้ป่วย ให้สอดคล้องตามมาตรฐานการจัดบริการทันตกรรมแบบ New normal
3. ขาดระบบการควบคุมการติดเชื้อที่ดี	3. สร้างระบบการตรวจสอบเพื่อส่งเสริมการควบคุมการติดเชื้อมีประสิทธิภาพ โดยเน้นการจัดเก็บเครื่องมือที่ผ่านการฆ่าเชื้อ การตรวจสอบวันเตรียมและวันหมดอายุของเครื่องมือที่ผ่านการทำปราศจากเชื้อแล้ว และประสานกับ ICN รพ.แม่ข่ายให้สนับสนุนการทำ spore test สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

5. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติ

1) รพ.สต.ควรของบประมาณสำหรับการดำเนินการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางกายภาพ ของพื้นที่ให้บริการทันตกรรม รวมถึงพื้นที่รอคอยรับบริการของผู้ป่วย ให้สอดคล้องตามมาตรฐานการจัดบริการทันตกรรมแบบ New normal

2) รพ.สต.ควรจัดให้มีการควบคุมกำกับกิจกรรมควบคุมการติดเชื้อแบบเข้มงวด โดยพยาบาลวิชาชีพ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต.

ร้อยละของ รพ.สต.ที่ไม่ได้เป็น Node ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Uttaradit Dental Safety Goals

(เป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60)

1.สถานการณ์

สืบเนื่องจากคณะกรรมการพัฒนางานด้านทันตสาธารณสุขระดับจังหวัด ได้จัดทำเกณฑ์มาตรฐาน Uttaradit Dental Safety Goals ขึ้น ในเดือน มิถุนายน 2564 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนางานด้านการจัดบริการทันตกรรม ใน รพ.สต.ที่ไม่ได้เป็น Node จำนวนไม่น้อยกว่า 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 60 ให้มีระดับคะแนนผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Uttaradit Dental Safety Goals ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2565

แจ้งสถานบริการ จำนวนทั้งสิ้น 7 แห่ง ซึ่งประกอบด้วย รพ.สต.บ้านเกาะ, รพ.สต.บ้านดารา, รพ.สต.ท่ามะเพือง, รพ.สต.บ้านโคก, รพ.สต.นาอิน, รพ.สต.คลองละมุง และรพ.สต.บึงท่ายวน ให้รับทราบและนำแนวทางการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน Uttaradit Dental Safety Goals ไปปฏิบัติ

ผลการดำเนินงาน

สถานบริการที่เป็น รพ.สต.ที่ไม่ได้เป็น Node ทุกแห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 มีระดับคะแนนผ่านเกณฑ์ประเมินดังต่อไปนี้ สถานบริการที่มีคะแนนระดับดี ได้แก่ รพ.สต.ท่ามะเพือง (ร้อยละ 86.27), รพ.สต.บ้านโคก (ร้อยละ 84.00), รพ.สต.นาอิน (ร้อยละ 82.00), รพ.สต.คลองละมุง (ร้อยละ 80.39) รพ.สต.บึงท่ายวน (ร้อยละ 80.39) และ รพ.สต.บ้านดารา (ร้อยละ 80.00) สถานบริการที่มีคะแนนระดับพอใช้ คือ รพ.สต.บ้านเกาะ (ร้อยละ 78.43)

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน (คะแนน)	สถานบริการที่เป็น รพ.สต.ที่ไม่ได้เป็น Node							ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563	ปี 2562
		1. รพ.สต.ท่ามะเพือง	2. รพ.สต.บ้านโคก	3. รพ.สต.นาอิน	4. รพ.สต.คลองละมุง	5. รพ.สต.บึงท่ายวน	6. รพ.สต.บ้านดารา	7. รพ.สต.บ้านเกาะ				
ร้อยละของ รพ.สต.ที่ไม่ได้เป็น Node ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Uttaradit Dental Safety Goals	เป้าหมาย	≥60	≥60	≥60	≥60	≥60	≥60	≥60	7 แห่ง (ร้อยละ100)	100	N/A	N/A
	ผลงาน	86.27	84.00	82.00	80.39	80.39	80.00	78.43	7 แห่ง (ร้อยละ100)	100	N/A	N/A

ที่มา: หนังสือแจ้งสรุปผลการประเมินมาตรฐาน Uttaradit Dental Safety Goals และมาตรฐานงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก จังหวัดอุตรดิตถ์ ปี ๒๕๖๕

3. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

- ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

- ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

สถานบริการที่เป็น รพ.สต.ที่ไม่ได้เป็น Node ทุกแห่ง มีทันตบุคลากรประจำและ/หรือหมุนเวียน

4.แนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/สาเหตุปัญหา ปี 2565	แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2566
1. ขาดการบันทึกภาวะแทรกซ้อน อุบัติการณ์ ความเสี่ยง และการหามาตรการป้องกัน หรือแก้ไขความเสี่ยง	1. กระตุ้นและติดตามการบันทึกภาวะแทรกซ้อน รายงานอุบัติการณ์ รวมถึงการแก้ปัญหา โดย โรงพยาบาลแม่ข่าย
2. มีโครงสร้างทางกายภาพของพื้นที่ให้บริการ ทันตกรรม รวมถึงพื้นที่รอคอยรับบริการของผู้ป่วย ไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคของระบบทางเดินหายใจ	2. ปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางกายภาพของพื้นที่ให้บริการทันตกรรม รวมถึงพื้นที่รอคอยรับบริการของผู้ป่วย ให้สอดคล้องตามมาตรฐานการจัดบริการทันตกรรมแบบ New normal

3. ขาดระบบการควบคุมการติดเชื้อที่ดี	3. สร้างระบบการตรวจสอบเพื่อส่งเสริมการควบคุมการติดเชื้อมีประสิทธิภาพ โดยเน้นการจัดเก็บเครื่องมือที่ผ่านการฆ่าเชื้อ การตรวจสอบวันเตรียมและวันหมดอายุของเครื่องมือที่ผ่านการทำปราศจากเชื้อแล้ว และประสานกับ ICN รพ.แม่ข่ายให้สนับสนุนการทำ spore test สัปดาห์ละ 1 ครั้ง
-------------------------------------	---

5. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติ

- 1) รพ.สต. ควรของบประมาณสำหรับการดำเนินการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางกายภาพของพื้นที่ให้บริการทันตกรรม รวมถึงพื้นที่รอคอยรับบริการของผู้ป่วย ให้สอดคล้องตามมาตรฐานการจัดบริการทันตกรรมแบบ New normal
- 2) รพ.สต. ควรจัดให้มีการควบคุมกำกับกิจกรรมควบคุมการติดเชื้อแบบเข้มงวด โดยพยาบาลวิชาชีพ หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต.

ร้อยละของ โรงพยาบาล, PCC และ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์มาตรฐานงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก (เป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80)

1. สถานการณ์

สืบเนื่องจากคณะกรรมการพัฒนางานด้านทันตสาธารณสุขระดับจังหวัด ได้จัดทำเกณฑ์มาตรฐาน ผ่านเกณฑ์มาตรฐานงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ขึ้น ในเดือน มิถุนายน 2564 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนางานด้านทันตสาธารณสุข ทั้งในโรงพยาบาล, PCC และ รพ.สต. ทุกแห่ง คิดเป็น ร้อยละ 80 ให้มีระดับคะแนนผ่านเกณฑ์มาตรฐานงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2565

แจ้งสถานบริการ จำนวนทั้งสิ้น 14 แห่ง ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาล จำนวน 1 แห่ง (รพ.พิษณุ), PCC จำนวน 3 แห่ง (รพ.สต.ท่าสัก, รพ.สต.นayang และ รพ.สต.พญาแมน) รพ.สต.ทั้งที่เป็น Node จำนวน 3 แห่ง (รพ.สต.ไร่ อ้อย , รพ.สต.คอรุม และ รพ.สต.บ้านหม้อ) และ รพ.สต.ที่ไม่เป็น Node จำนวน 7 แห่ง (รพ.สต.บ้านเกาะ, รพ.สต.บ้าน ดารา, รพ.สต.ท่ามะเฟือง, รพ.สต.บ้านโคก, รพ.สต.นาอิน, รพ.สต.คลองละมุง และ รพ.สต.บึงท่ายวน) ให้รับทราบและ นำแนวทางการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ไปปฏิบัติ

ผลการดำเนินงาน

สถานบริการที่เป็น โรงพยาบาล, PCC และ รพ.สต.ทุกแห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 มีระดับคะแนนผ่านเกณฑ์ ประเมิน ดังต่อไปนี้ สถานบริการที่มีคะแนนมาตรฐานระดับดีมาก ได้แก่ รพ.สต.บ้านโคก (ร้อยละ 95.00) และ รพ.สต.ไร่ อ้อย (ร้อยละ 93.04) สถานบริการที่มีคะแนนมาตรฐานระดับดี ได้แก่ รพ.สต.ท่าสัก (ร้อยละ 88.33), รพ.สต.คอรุม (ร้อยละ 86.67), รพ.สต.บ้านเกาะ (ร้อยละ 82.92), รพ.สต.นayang (ร้อยละ 81.67), รพ.สต.บ้านดารา (ร้อยละ 81.25), รพ. สต.พญาแมน (ร้อยละ 80.83) และ รพ.สต.บึงท่ายวน (ร้อยละ 80.42) สถานบริการที่มีคะแนนระดับมาตรฐาน ได้แก่ รพ. พิษณุ (ร้อยละ 78.33), รพ.สต.บ้านหม้อ (ร้อยละ 78.33), รพ.สต. ท่ามะเฟือง (ร้อยละ 78.26) และ รพ.สต.นาอิน (ร้อยละ 75.83) ส่วนสถานบริการที่มีคะแนนมาตรฐานระดับที่ต้องปรับปรุง คือ รพ.สต.คลองละมุง (ร้อยละ 63.45)

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน (คะแนน)	สถานบริการที่เป็น โรงพยาบาล, PCC และ รพ.สต.ที่เป็น Node														ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563	ปี 2562	
		1. รพ.สต.บ้านโคก	2. รพ.สต.ไร่้อย	3. รพ.สต.ท่าสัก	4. รพ.สต.คอชุม	5. รพ.สต.บ้านเกาะ	6. รพ.สต.นายาง	7. รพ.สต.บ้านดารา	8. รพ.สต.พญาแมน	9. รพ.สต.บึงท้ายวน	10. รพ.พิชัย	11. รพ.สต.บ้านพมื่อ	12. รพ.สต.ท่ามะเฟือง	13. รพ.สต.นเกียน	14. รพ.สต.คลองละมุ้ง					
ร้อยละของโรงพยาบาล, PCC และ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์มาตรฐานงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก	เป้าหมาย	≥70	≥70	≥70	≥70	≥70	≥70	≥70	≥70	≥70	≥70	≥70	≥70	≥70	≥70	≥70	7 แห่ง (ร้อยละ 100)	28.57	N/A	N/A
	ผลงาน	95.00	93.04	88.33	86.67	82.92	81.67	81.25	80.83	80.42	78.33	78.33	78.26	75.83	63.45	7 แห่ง (ร้อยละ 100)	28.57	N/A	N/A	

ที่มา: หนังสือแจ้งสรุปผลการประเมินมาตรฐาน Uttaradit Dental Safety Goals และมาตรฐานงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก จังหวัดอุตรดิตถ์ ปี ๒๕๖๕

3. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

- ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

- ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

4. แนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/สาเหตุปัญหา ปี 2565	แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2566
1. ไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในแต่ละกลุ่มวัย	1. จัดทำ Job description ที่มีการระบุรายละเอียดของงานหรือกิจกรรม
2. ไม่ได้ดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากทุกกลุ่มวัยอย่างเต็มที่	2. เร่งดำเนินกิจกรรมภายหลังสถานการณ์การระบาดของเชื้อโรคโควิด 19 ดีขึ้น
3. ขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ต่างๆ เช่น ภาพถ่ายการดำเนินกิจกรรม ไปบันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปาก เป็นต้น	3. แนะนำให้เก็บหลักฐานการดำเนินกิจกรรมต่างๆ โดย รพ.สต. และบันทึกผลการตรวจสุขภาพช่องปากในรูปแบบฟอร์ม หรือแบบบันทึกต่างๆ ที่จัดทำโดย โรงพยาบาลแม่ข่าย

5. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติ

- 1) สสอ. ควรกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการสร้างเสริมทันตสุขภาพในแต่ละกลุ่มวัย แยกออกจากผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพด้านอื่นให้ชัดเจน และสอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริง
- 2) คป.สอ. ควรจัดทีมควบคุม กำกับ และติดตามผลการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากของ รพ.สต. อย่างเข้มข้น

อัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก (เป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70)

1. สถานการณ์

จากจำนวนประชากร 53,805 คน ในปี 2562, 53,232 คน ในปี 2563 และ 53,524 คน ในปี 2564 มีผู้ป่วยการ
ใช้บริการทันตกรรมจำนวนทั้งสิ้น 36,444 คน คิดเป็นร้อยละ 67.73, 39,146 คน คิดเป็นร้อยละ 73.54, 33,260คน คิด
เป็นร้อยละ 62.14 ตามลำดับ

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2565

จัดบริการทันตกรรมตามบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติการจัดบริการทันตกรรมภายใต้
สถานการณ์การระบาดของเชื้อโรคโควิด 19

ผลการดำเนินงาน

มีสถานบริการ จำนวน 7 แห่ง ที่มีอัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ได้แก่ รพ.
พิชัย (ร้อยละ 110.00), รพ.สต.ท่าสัก (ร้อยละ 93.39), รพ.สต.ไร่อ้อย (ร้อยละ 80.43) และ รพ.สต.ท่ามะเฟือง (ร้อยละ
76.68), รพ.สต.บ้านโคก (ร้อยละ 74.97), รพ.สต.บึงท่ายวน (ร้อยละ 74.84) และรพ.สต.นายาง (ร้อยละ 72.26)
อย่างไรก็ตาม ในภาพรวมทั้งอำเภอ มีผู้ใช้บริการทันตกรรม จำนวนทั้งสิ้น 37,853 คน จากจำนวนประชากร 53,449 คน
คิดเป็นร้อยละ 70.82 ซึ่งผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70

ที่มา: HDC UTTARADIT

ตัวชี้วัดและเกณฑ์ เป้าหมาย	ผลการ ประเมิน	สถานบริการ														ปี 256 5	ปี 256 4	ปี 256 3	ปี 256 2
		1.รพ.สต.นายาง	2.รพ.สต.พญาแมน	3.รพ.พิชัย	4.รพ.สต.ท่าสัก	5.รพ.สต.ท่ามะเฟือง	6.รพ.สต.นาอิน	7.รพ.สต.บ้านหม้อ	8.รพ.สต.บ้านโคก	9.รพ.สต.เคอรูม	10.รพ.สต.บ้านเกาะ	11.รพ.สต.บึงท่า	12.รพ.สต.ไร่อ้อย	13.รพ.สต.บ้านดารา	14.รพ.สต.บ้าน				
อัตราการเข้าถึง บริการสุขภาพช่อง ปาก	เป้าหมาย	6,315	5,326	5,098	4,554	4,387	4,215	4,017	3,812	3,638	3,181	3,017	2,907	1,499	1,483	53,449	53,524	53,232	53,805
	ผลงาน	4,563	3,096	5,608	4,253	3,364	1,368	2,449	2,858	1,817	2,198	2,258	2,338	670	1,013	37,853	33,260	39,146	36,444
	ร้อยละ	70.26	58.13	110.00	93.39	76.68	32.46	60.97	74.97	49.95	69.10	74.84	80.43	44.70	68.31	70.82	73.54	73.54	67.73

3. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

- ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

รพ.สต.ส่วนใหญ่ จัดจัดบริการทันตกรรม เนื่องจาก สถานการณ์การระบาดของเชื้อโรคโควิด 19

- ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

4. แนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/สาเหตุปัญหา ปี 2565	แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2566
1. งดการจัดบริการทันตกรรมใน รพ.สต.ส่วนใหญ่	1. เร่งดำเนินกิจกรรมทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ภายหลังจากสถานการณ์การระบาดของเชื้อโรคโควิด 19 คลี่คลาย
2. พื้นที่จัดบริการทันตกรรมของ รพ.สต.เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19	2. ปรับปรุงระบบปรับและระบายอากาศให้มีการไหลเวียนและถ่ายเทอากาศอย่างเหมาะสม

5. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติ

1) รพ.สต. ควรของบสำหรับการดำเนินการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางกายภาพของพื้นที่ให้บริการทันตกรรม รวมถึงพื้นที่รอกคอยรับบริการของผู้ป่วย ให้สอดคล้องตามมาตรฐานการจัดบริการทันตกรรมแบบ New normal

อัตราการให้บริการตรวจสุขภาพช่องปาก และจัดทำความสะอาดฟันในหญิงตั้งครรภ์โดยทันตบุคลากร
(เป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75)

1. สถานการณ์

จากประชากรหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 352 คน ในปี 2563 และ 293 คน ในปี 2564 ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และจัดทำความสะอาดฟัน จำนวนทั้งสิ้น 64 คน คิดเป็นร้อยละ 18.18 และ 219 คน คิดเป็นร้อยละ 74.74

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2565

- 1) จัดบริการทันตกรรมตามบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติการจัดบริการทันตกรรมภายใต้สถานการณ์การระบาดของเชื้อโรคโควิด 19
- 2) หญิงตั้งครรภ์ทุกรายจากทุกตำบล ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก โดยทันตบุคลากร ของ รพ.พิชัย โดยในรายที่ยังไม่มีประวัติการได้รับตรวจสุขภาพช่องปาก และ/หรือ จัดทำความสะอาดฟัน จะต้องได้รับตรวจสุขภาพช่องปาก และ/หรือ จัดทำความสะอาดฟัน หรือติดตามให้มารับบริการที่ รพ.พิชัย ทุกราย

ผลการดำเนินงาน

มีจำนวนสถานบริการ 6 แห่ง ที่มีอัตราการให้บริการตรวจสุขภาพช่องปาก และจัดทำความสะอาดฟันในหญิงตั้งครรภ์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 คือ รพ.สต.คอรัม (ร้อยละ 93.33), รพ.สต.พญาแมน (ร้อยละ 86.67), รพ.สต.ไร่ฮ้อย (ร้อยละ 85.71), รพ.สต.บ้านเกาะ (ร้อยละ 82.35), รพ.สต.นาอิน (ร้อยละ 81.25) และ รพ.สต.ท่ามะเฟือง (ร้อยละ 76.19) ในภาพรวมทั้งอำเภอ มีหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับ การตรวจสุขภาพช่องปาก และจัดทำความสะอาดฟัน จำนวนทั้งสิ้น 219 คน จากจำนวนประชากร 293 คน คิดเป็นร้อยละ 74.74 ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 75

ตัวชี้วัดและ เกณฑ์ เป้าหมาย	ผลการ ประเมิน	สถานบริการ														ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563	ปี 2562
		1.รพ.สต.นยาง	2.รพ.สต.นาอิน	3.รพ.สต.บ้านหม้อ	4.รพ.สต.ท่าสัก	9.รพ.สต.บึงท้ายวน	6.รพ.พิชัย	7.รพ.สต.ท่ามะเพ็ญ	8.รพ.สต.บ้านโคก	9.รพ.สต.บ้านเกาะ	10.รพ.สต.คอรูม	11.รพ.สต.พญาแมน	12.รพ.สต.ไร่้อย	13.รพ.สต.บ้านดารา	14.รพ.สต.บ้านคลอง				
อัตราการใช้บริการ	เป้าหมาย	38	32	28	26	25	23	21	19	17	15	15	14	10	10	293	305	352	N/A
ตรวจสอบ ร่องรอย	ผลงาน	27	26	18	18	18	15	16	14	14	14	13	12	7	7	219	116	64	N/A
ช่องปาก และ ขัดทำความสะอาด ฟัน โดยทันต บุคลากร	ร้อยละ	71.05	81.25	64.29	69.23	72.00	65.22	76.19	73.68	82.35	93.33	86.67	85.71	70.00	70.00	74.74	38.03	18.18	N/A

ที่มา: HDC UTTARADIT

3. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

- ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

- 1) รพ.สต.ส่วนใหญ่ งดจัดบริการทันตกรรม เนื่องจาก สถานการณ์การระบาดของเชื้อโรคโควิด 19
- 2) ร้อยละ 100 ของผลงานการให้บริการขัดทำความสะอาดฟันในหญิงตั้งครรภ์ ได้รับบริการจาก รพ.พิษณุแทน
- 3) จากการตรวจสอบข้อมูล พบว่า หญิงตั้งครรภ์ไม่มาฝากครรภ์ ที่ รพ. ไร่้อยละ 12.93, เคยได้รับบริการตาม package ในปี 2564 ร้อยละ 6.47, loss of dental visit ร้อยละ 4.74 และ ฝากครรภ์ล่าช้า ร้อยละ 4.31 เป็นต้น

- ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

4. แนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/สาเหตุปัญหา ปี 2565	แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2566
1. งดการจัดบริการทันตกรรมใน รพ.สต.ส่วนใหญ่	1. เร่งดำเนินกิจกรรมภายหลังสถานการณ์การระบาดของเชื้อโรคโควิด 19 คลี่คลาย
2. พื้นที่จัดบริการทันตกรรมของ รพ.สต.เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19	2. ปรับปรุงระบบปรับและระบายอากาศให้มีการไหลเวียนและถ่ายเทอากาศอย่างเหมาะสม

5. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติ

- 1) รพ.สต. ควรของบสำหรับการดำเนินการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางกายภาพของพื้นที่ให้บริการทันตกรรม รวมถึงพื้นที่รอคอยรับบริการของผู้ป่วย ให้สอดคล้องตามมาตรฐานการจัดบริการทันตกรรมแบบ New normal

อัตราการให้บริการเคลื่อนที่ทางฟลูออไรด์ในกลุ่มเด็กอายุ 4-12 ปี (เป้าหมาย: ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 75)

1. สถานการณ์

จากประชากรเด็กอายุ 4-12 ปี จำนวน 6,113 คน ในปี 2563, 5,900 คน ในปี 2564, และ 293 คน ในปี 2564 ได้รับการเคลื่อนที่ทางฟลูออไรด์ จำนวนทั้งสิ้น 3,370 คน คิดเป็นร้อยละ 55.13 และ 2,937 คน คิดเป็นร้อยละ 49.78 ตามลำดับ

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2565

- 1) จัดบริการทันตกรรมตามบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติการจัดบริการทันตกรรม ภายใต้สถานการณ์การระบาดของเชื้อโรคโควิด 19

ผลการดำเนินงาน

มีจำนวนสถานบริการ 6 แห่ง ที่มีอัตราการให้บริการเคลื่อนที่ทางฟลูออไรด์ในกลุ่มเด็กอายุ 4-12 ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 คือ รพ.สต.ไร่้อย (ร้อยละ 88.34) และ รพ.สต.บ้านโคก (ร้อยละ 86.17), รพ.สต.พญาแมน (ร้อยละ 85.71), รพ.สต.บ้านหม้อ (ร้อยละ 82.96), รพ.สต.ท่าสัก (ร้อยละ 80.17) และ รพ.สต.คอรุม (ร้อยละ 79.37) ในภาพรวมทั้งอำเภอ มีเด็กอายุ 4-12 ปีที่ได้รับการเคลื่อนที่ทางฟลูออไรด์ จำนวนทั้งสิ้น 3,672 คน จากจำนวนประชากร 5,686 คน คิดเป็นร้อยละ 64.58 ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 75

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	สถานบริการ														ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563	ปี 2562
		1.รพ.สต.นายาง	2.รพ.สต.นาอิน	3.รพ.พิชัย	4.รพ.สต.ท่าสัก	5.รพ.สต.พญาแมน	6.รพ.สต.ท่ามะเฟือง	7.รพ.สต.บ้านหม้อ	8.รพ.สต.บ้านโคก	9.รพ.สต.คอรุม	10.รพ.สต.บึงท้ายวน	11.รพ.สต.บ้านเกาะ	12.รพ.สต.ไร่้อย	13.รพ.สต.บ้านคลองตะมุ้ง	14.รพ.สต.บ้านดารา				
อัตราการให้บริการเคลื่อนที่ทางฟลูออไรด์ในกลุ่มเด็กอายุ 4-12 ปี	เป้าหมาย	729	539	500	474	469	454	446	405	378	340	316	283	197	156	5,686	5,900	6,113	N/A
	ผลงาน	486	55	377	380	402	293	370	349	300	246	123	250	16	25	3,672	2,937	3,370	N/A
	ร้อยละ	66.67	10.20	75.40	80.17	85.71	64.54	82.96	86.17	79.37	72.35	38.92	88.34	8.12	16.03	64.58	49.78	55.13	N/A

ที่มา: HDC UTTARADIT

3. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

- ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

- 1) รพ.สต.ส่วนใหญ่ จัดจัดบริการทันตกรรม เนื่องจาก สถานการณ์การระบาดของเชื้อโรคโควิด 19

- 2) โรงเรียนปิดเรียน เนื่องจาก สถานการณ์การระบาดของเชื้อโรคโควิด 19
- ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

4. แนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/สาเหตุปัญหา ปี 2565	แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2566
1. งดการจัดบริการทันตกรรมใน รพ.สต.ส่วนใหญ่	1. เร่งดำเนินกิจกรรมทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ภายหลังจากสถานการณ์การระบาดของเชื้อโรคโควิด 19 ดีขึ้น
2. พื้นที่จัดบริการทันตกรรมของ รพ.สต.เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19	2. ปรับปรุงระบบปรับและระบายอากาศให้มีการไหลเวียนและถ่ายเทอากาศอย่างเหมาะสม

5. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติ

1) รพ.สต. ควรของบสำหรับการดำเนินการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางกายภาพของพื้นที่ให้บริการทันตกรรม รวมถึงพื้นที่รอคอยรับบริการของผู้ป่วย ให้สอดคล้องตามมาตรฐานการจัดบริการทันตกรรมแบบ New normal

6. อัตราการให้บริการเคลือบหลุมร่องฟันกรมแท้ ในกลุ่มเด็กอายุ 6-12 ปี

(เป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50)

1. สถานการณ์

จากประชากรเด็กอายุ 6-12 ปี จำนวน 5,005 คน ในปี 2563 และ 4,877 คน ในปี 2564 ได้รับการเคลือบทาฟลูออไรด์ จำนวนทั้งสิ้น 2,158 คน คิดเป็นร้อยละ 43.12 และ 1,272 คน คิดเป็นร้อยละ 26.08 ตามลำดับ

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2565

1) จัดบริการทันตกรรมตามบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติการจัดบริการทันตกรรมภายใต้สถานการณ์การระบาดของเชื้อโรคโควิด 19

ผลการดำเนินงาน

มีจำนวนสถานบริการ 1 แห่ง ที่มีอัตราการให้บริการเคลือบหลุมร่องฟันกรมแท้ ในกลุ่มเด็กอายุ 6-12 ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 คือ รพ.สต.ท่ามะเฟือง (ร้อยละ 54.79) และ ในภาพรวมทั้งอำเภอ มีเด็กอายุ 6-12 ปีที่ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรมแท้ จำนวนทั้งสิ้น 1,143 คน จากจำนวนประชากร 4,707 คน คิดเป็นร้อยละ 24.28 ซึ่ง ไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50

ตัวชี้วัดและ เกณฑ์ เป้าหมาย	ผลการ ประเมิน	สถานบริการ														ปี 256 5	ปี 2564	ปี 2563	ปี 256 2
		1.รพ.สต.นาบาง	2.รพ.สต.นาอิน	3.รพ.สต.ท่าสัก	4.รพ.พิชัย	5.รพ.สต.พญาแมน	6.รพ.สต.ท่ามะเพ็ง	7.รพ.สต.บ้านหม้อ	8.รพ.สต.บ้านโคก	9.รพ.สต.คอรุม	10.รพ.สต.บึงพ่ายวน	11.รพ.สต.บ้านเกาะ	12.รพ.สต.ไร่้อย	13.รพ.สต.บ้านคลอง	14.รพ.สต.บ้านดารา				
อัตราการ ให้บริการ	เป้าหมาย	616	440	41	41	40	37	35	32	31	278	25	24	16	11	4,707	4,877	5,005	N/ A
เคลือบหลุมร่อง ฟันกรมแท้ ใน กลุ่มเด็กอายุ 6- 12 ปี	ผลงาน	91	37	67	18	19	20	10	18	43	24	37	11	9	1,143	1,272	2,158	N/ A	
	ร้อยละ	14.77	8.41	16.3	43.9	47.52	54.79	31.14	5.49	13.61	8.68	14.34	49.58	6.71	24.28	26.08	43.12	N/ A	

ที่มา: HDC UTTARADIT

3. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

- ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

- 1) รพ.สต.ส่วนใหญ่ งดจัดบริการทันตกรรม เนื่องจาก สถานการณ์การระบาดของเชื้อโรคโควิด 19
- 2) โรงเรียนปิดเรียน เนื่องจาก สถานการณ์การระบาดของเชื้อโรคโควิด 19 ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

4. แนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/สาเหตุปัญหา ปี 2565	แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2566
1. งดการจัดบริการทันตกรรมใน รพ.สต.ส่วนใหญ่	1. เร่งดำเนินกิจกรรมภายหลังสถานการณ์การระบาดของเชื้อโรคโควิด 19 คลี่คลาย
2. พื้นที่จัดบริการทันตกรรมของ รพ.สต.เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19	2. ปรับปรุงระบบปรับและระบายอากาศให้มีการไหลเวียนและถ่ายเทอากาศอย่างเหมาะสม

5. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติ

- 1) รพ.สต. ควรของบสำหรับการดำเนินการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางกายภาพของพื้นที่ให้บริการทันตกรรม รวมถึงพื้นที่รอคอยรับบริการของผู้ป่วย ให้สอดคล้องตามมาตรฐานการจัดบริการทันตกรรมแบบ New normal

อัตราปราศจากโรคฟันผุในเด็กอายุ 12 ปี (เป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75)

1. สถานการณ์

จากภาพรวมของทั้งอำเภอ ประชากรเด็กอายุ 6-12 ปี จำนวน 5,175, 5,005 และ 4,913 คน ในปี 2562, 2563 และ 2564 ได้รับการส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปาก จำนวนทั้งสิ้น 4,423 คน คิดเป็นร้อยละ 85.47, 4,312 คน คิดเป็นร้อยละ 86.15 และ 3,511 คน คิดเป็นร้อยละ 71.46 ตามลำดับ ส่งผลให้ภาวะปราศจากโรคฟันผุ ในปีงบประมาณ 2562, 2563 และ 2564 สูงถึง ร้อยละ 81.34, 82.11 และ 80.00 ตามลำดับ

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2565

1) จัดบริการส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปากตามบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติการจัดบริการทันตกรรมภายใต้สถานการณ์การระบาดของเชื้อโรคโควิด 19

ผลการดำเนินงาน

มีจำนวนสถานบริการ 7 แห่ง ที่มีอัตราปราศจากโรคฟันผุในเด็กอายุ 12 ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 ได้แก่ รพ. สด.ไร่อ้อย (ร้อยละ 100), รพ.สด.บ้านโคก (ร้อยละ 100), รพ.สด.นากลาง (ร้อยละ 100), รพ.สด.ท่ามะเฟือง (ร้อยละ 94.34), รพ.สด.พญาแมน (ร้อยละ 94.12), รพ.สด.บ้านเกาะ (ร้อยละ 94.12) และ รพ.สด.ท่าสัก (ร้อยละ 89.58) อย่างไรก็ตาม ในภาพรวมทั้งอำเภอ จากประชากรเด็กอายุ 12 ปี จำนวน 744 คน ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก 236 คน และพบว่ามีความปราศจากฟันผุ จำนวนทั้งสิ้น 211 คน คิดเป็นร้อยละ 89.41 ซึ่งผ่านเกณฑ์ร้อยละ 75 โดยมีอัตราความครอบคลุมในการสำรวจอยู่ที่ ร้อยละ 31.72

ตัวชี้วัดและ เกณฑ์ เป้าหมาย	ผลการ ประเมิน	สถานบริการ														ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563	ปี 2562
		1. รพ.สด.นากลาง	2. รพ.สด.ท่าสัก	3. รพ.พิชัย	4. รพ.สด.โคกชุม	5. รพ.สด.นาอิน	6. รพ.สด.ท่ามะเฟือง	7. รพ.สด.บ้านหม้อ	8. รพ.สด.พญาแมน	9. รพ.สด.บ้านโคก	10. รพ.สด.ไร่อ้อย	11. รพ.สด.บ้านเกาะ	12. รพ.สด.บึงท่ากวาน	13. รพ.สด.บ้านคลองละมุง	14. รพ.สด.บ้านดารา				
อัตรา ปราศจากโรค ฟันผุ ในเด็ก อายุ 12 ปี	จำนวน ประชากร	10 0	79	72	64	63	53	50	50	48	43	42	38	26	16	744	726	760	780
	จำนวนที่ ได้รับการ ตรวจ	23	48	6	7	2	53	15	34	11	17	17	0	2	1	236	365	570	568
	อัตราความ ครอบคลุม	23.00	60.76	8.33	10.94	3.17	100.00	30.00	68.00	22.92	39.53	40.48	0.00	7.69	6.25	31.72	50.28	75.00	72.82
	ผลงาน	23	43	2	29	0	50	11	32	11	17	16	0	1	0	211	468	462	350
	ร้อยละ	100.00	89.58	33.33	71.43	0.00	94.34	73.33	94.12	100.00	100.00	94.12	0.00	50.00	0.00	89.41	82.11	81.34	73.22

ที่มา: HDC UTTARADIT

3. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

- ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

.....-

- ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

.....-

4. แนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/สาเหตุปัญหา ปี 2564	แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2565
1. งดการจัดบริการทันตกรรมใน รพ.สต.ส่วนใหญ่	1. เร่งดำเนินกิจกรรมทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ภายหลังจากสถานการณ์การระบาดของเชื้อโรคโควิด 19 คลี่คลาย
2. พื้นที่จัดบริการทันตกรรมของ รพ.สต.เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19	2. ปรับปรุงระบบปรับและระบายอากาศให้มีการไหลเวียนและถ่ายเทอากาศอย่างเหมาะสม

5. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติ

1) รพ.สต. ควรของบสำหรับการดำเนินการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางกายภาพของพื้นที่ให้บริการทันตกรรม รวมถึงพื้นที่รอคอยรับบริการของผู้ป่วย ให้สอดคล้องตามมาตรฐานการจัดบริการทันตกรรมแบบ New normal

อัตราฟันดีไม่มีผุในเด็กอายุ 12 ปี (เป้าหมาย: ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95)**1.สถานการณ์**

จากภาพรวมของทั้งอำเภอ ประชากรเด็กอายุ 6-12 ปี จำนวน 5,175, 5,005 และ 4,913 คน ในปี 2562, 2563 และ 2564 ได้รับการทันตกรรม จำนวนทั้งสิ้น 4,423 คน คิดเป็นร้อยละ 85.47 4,320 คน คิดเป็นร้อยละ 86.31 และ 3,530 คน คิดเป็นร้อยละ 71.85 ตามลำดับ ส่งผลให้ภาวะฟันดีไม่มีผุ ในปีงบประมาณ 2562 2563 และ 2564 สูงถึง ร้อยละ 94.01 97.72 และ 95.62 ตามลำดับ

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน**กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2565**

1) จัดบริการทันตกรรมตามบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติการจัดการบริการทันตกรรมภายใต้สถานการณ์การระบาดของเชื้อโรคโควิด 19

ผลการดำเนินงาน

มีจำนวนสถานบริการ 6 แห่ง ที่มีอัตราฟันดีไม่มีผุในเด็กอายุ 12 ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 ได้แก่ รพ.สต. นา ยาง (ร้อยละ 100), รพ.สต.ท่าสัก (ร้อยละ 100), รพ.สต.บ้านโคก (ร้อยละ 100), รพ.สต.ท่ามะเฟือง (ร้อยละ 100), รพ.สต.ไร่อ้อย (ร้อยละ 100) และ รพ.สต.พญาแมน (ร้อยละ 97.06) อย่างไรก็ตามในภาพรวมทั้งอำเภอ จากประชากรเด็กอายุ 12 ปี จำนวน 744 คน ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก 236 คน และพบว่ามีภาวะฟันดีไม่มีผุ จำนวนทั้งสิ้น 225 คน คิดเป็นร้อยละ 95.34 ซึ่งผ่านเกณฑ์ร้อยละ 95 โดยมีอัตราความครอบคลุมในการสำรวจอยู่ที่ ร้อยละ 31.72

ตัวชี้วัดและ เกณฑ์ เป้าหมาย	ผลการ ประเมิน	สถานบริการ														ปี 256 5	ปี 256 4	ปี 256 3	ปี 256 2
		1. รพ.สต. นายาง	2. รพ.สต. ท่าสัก	3. รพ. พิษณุ	4. รพ.สต. คอร์ม	5. รพ.สต. นอน	6. รพ.สต. ท่ามะเพ็ง	7. รพ.สต. บ้านหม้อ	8. รพ.สต. พญาแมน	9. รพ.สต. บ้านโตน	10. รพ.สต. ไร่้อย	11. รพ.สต. บ้านเกาะ	12. รพ.สต. บึงท่ายวน	13. รพ.สต. บ้านคลองละมุ้ง	14. รพ.สต. บ้านตารา				
อัตราพันดีไม่มี ผู้ในเด็กอายุ 12 ปี	จำนวน ประชากร	100	79	72	64	63	53	50	50	48	43	42	38	26	16	744	726	760	780
	จำนวนที่ ได้รับการ ตรวจ	23	48	6	7	2	53	15	34	11	17	17	0	2	1	236	365	570	568
	อัตราความ ครอบคลุม	23.00	60.76	8.33	10.94	3.17	100.00	30.00	68.00	22.92	39.53	40.48	0.00	7.69	6.25	31.72	50.28	75.00	72.82
	ผลงาน	23	48	4	5	0	53	14	33	11	17	16	0	1	0	225	349	292	557
	ร้อยละ	100.00	100.00	66.67	71.43	0.00	100.00	93.33	97.06	100.00	100.00	94.12	0.00	50.00	6.25	95.34	95.62	80.00	97.72

ที่มา: HDC UTTARADIT

3. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

- ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

.....-

- ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

.....-

4. แนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/สาเหตุปัญหา ปี 2565	แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2566
1. งดการจัดบริการทันตกรรมใน รพ.สต.ส่วนใหญ่	1. เร่งดำเนินกิจกรรมทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ภายหลังจากสถานการณ์การระบาดของเชื้อโรคโควิด 19 คลี่คลาย
2. พื้นที่จัดบริการทันตกรรมของ รพ.สต.เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19	2. ปรับปรุงระบบปรับและระบายอากาศให้มีการไหลเวียนและถ่ายเทอากาศอย่างเหมาะสม

5. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติ

1) รพ.สต. ควรของบสำหรับการดำเนินการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางกายภาพของพื้นที่ให้บริการทันตกรรม รวมถึงพื้นที่รอคอยรับบริการของผู้ป่วย ให้สอดคล้องตามมาตรฐานการจัดการจัดบริการทันตกรรมแบบ New normal

ผู้รับผิดชอบ

1.ชื่อ.....น.ส.ชลธิชา เริ่มศิริประเสริฐ.....

ตำแหน่ง..ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ.....

เบอร์โทรศัพท์.....081-8346519.....

ID Line.....-.....

2.ชื่อ.....น.ส.ปัทมา ยอดยิ่ง.....

ตำแหน่ง.....

เบอร์โทรศัพท์.....

ID Line.....

วัน...18...เดือน..ตุลาคม..พ.ศ. 2565

เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ที่ 3.4 พัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย

งานผู้สูงอายุ

1. สถานการณ์

คปสอ. พิษณุ ได้มีการดำเนินงานผู้สูงอายุให้ประสบผลสำเร็จตามเกณฑ์ตัวชี้วัด ปีงบประมาณ 2565 ในภาพรวม ได้ดำเนินการจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแนวทางในการดำเนินงาน โดยมีผู้รับผิดชอบงาน/Care Manager แต่ละ รพ.สต. เป็นผู้รับผิดชอบงานทุกสถานบริการ โดยได้เข้าร่วมหาแนวทางการดำเนินงานฯ ให้ประสบผลสำเร็จตามเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กำหนด ทั้งในด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู ภายใต้อาการณไวรัสโควิด-19 ที่แพร่ระบาดในปี 2565 ให้ดำเนินการได้อย่างเป็นระบบ

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2565

ด้านการคัดกรอง

ทุกสถานบริการสามารถคัดกรอง 10 เรื่องผู้สูงอายุได้ตามแผนที่วางไว้โดยเป็นการคัดกรองโรคเชิงรุก ในหมู่บ้านที่แต่ละสถานบริการวางแผนไว้ เนื่องจากการคัดกรองทำในช่วงที่ยังไม่มีการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19

ด้านการรักษา

ทุกสถานบริการดำเนินการตรวจการมองเห็นเพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่ภาวะตาต่อกระจกและส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษา รวมถึงจัดให้มีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดย Care Manager / Care Giver

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดและเกณฑ์ เป้าหมาย	ผลการ ประเมิน	สถานบริการ														ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563	ปี 256 2	
		1.รพ.สต.นางาย	2.รพ.พิษณุ	3.รพ.สต.ท่าสัก	4.รพ.สต.นาอิน	5.รพ.สต.ท่ามะพร้าว	6.รพ.สต.บ้านหม้อ	7.รพ.สต.พญาแมน	8.รพ.สต.เคอรูม	9.รพ.สต.บ้านโคก	10.รพ.สต.ไร่ย่อย	11.รพ.สต.บึงท่ากวาน	12.รพ.สต.บ้านเกาะ	13.รพ.สต.บ้านคลองมะม่วง	14.รพ.สต.บ้านดารา					
ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ (> ร้อยละ 98)	เป้าหมาย	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	ผลงาน	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

ตัวชี้วัดและเกณฑ์ เป้าหมาย	ผลการ ประเมิน	สถานบริการ														ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563	ปี 256 2
		1.รพ.สต.นาบาง	2.รพ.พิษณุ	3.รพ.สต.ท่าสัก	4.รพ.สต.นาอิน	5.รพ.สต.ท่ามะพร้าว	6.รพ.สต.บ้านหม้อ	7.รพ.สต.พญาแมน	8.รพ.สต.โคกรุม	9.รพ.สต.บ้านโคก	10.รพ.สต.ไร่ย่อย	11.รพ.สต.บึงท่ายวน	12.รพ.สต.บ้านเกาะ	13.รพ.สต.บ้านคลองมะมุง	14.รพ.สต.บ้านดารา				
ร้อยละของผู้สูงอายุ ที่ผ่านการคัดกรอง และพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการ ดูแลรักษาใน คลินิกผู้สูงอายุ	เป้าหมาย	1,652	1,614	1,482	999	1,179	1,171	1,433	1,026	1,124	868	780	788	426	505	15,047	14,756	14,096	13,605
	ผลงาน	1,529	1,533	1,368	973	1,157	1,140	1,309	941	1,099	808	756	771	408	455	14,247	13,554	11,732	10,425
	ร้อยละ	92.55	94.98	92.31	97.4	98.13	97.35	91.35	91.72	97.78	93.09	96.92	97.84	95.77	90.1	94.68	91.85	83.23	76.63
	เป้าหมาย	12	18	6	6	9	3	4	7	8	3	3	9	5	1	94	103	236	105
	ผลงาน	12	6	5	6	9	3	4	4	6	3	3	1	3	0	65	34	86	89
	ร้อยละ	100	33.33	83.33	100	100	100	100	57.14	75	100	100	11.11	60	0	69.15	33.01	36.44	84.76

ที่มา: HDC อุดรดิตถ์ ณ วันที่ 10 ต.ค. 2565

3. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

- ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

- ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

มีการจัดทำแผนงาน/โครงการ/แนวทางการปฏิบัติงาน เพื่อติดตาม ประเมิน ตรวจสอบ ให้คำแนะนำ และหาแนวทางพัฒนา ปรับปรุงระบบการให้บริการ ทุกสถานบริการสามารถทำได้ตามแผนงาน

4. แนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/สาเหตุปัญหา ปี 2565	แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2566
มีอุปสรรคด้านการจัดรูปแบบบริการ ผู้ป่วยไม่สามารถเข้ามารับบริการที่สถานพยาบาลได้	วางแผนการจัดรูปแบบบริการสำรองหากมีการระบาดของโรคอุบัติใหม่หรือเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้รับบริการไม่สามารถเข้ามารับบริการได้

5. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติ

1) อบรมพยาบาลให้มีความรู้ในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะตาต่อกระจกได้แม่นยำขึ้น

ผู้รับผิดชอบ

1. ชื่อ นายณัฐวุฒิ รุจิเรืองอนันต์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
เบอร์โทรศัพท์ 085-2737289

ID Line Bosoppa

2. นางสาวขวัญแก้ว ดาอ่ำ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

เบอร์โทรศัพท์ 082-4084860

วัน..10..เดือน..ตุลาคม..พ.ศ. 2565

เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ที่ 10 จังหวัดมีการพัฒนาระบบป้องกันและควบคุมโรคติดต่อผ่านมาตรฐาน จังหวัดอูตรดิตถ์

อำเภอผ่านเกณฑ์การเฝ้าระวังและสอบสวนโรคตามเกณฑ์ที่กำหนด

1.สถานการณ์

ตัวชี้วัดและเกณฑ์ เป้าหมาย	ผลการ ประเมิน	สถานบริการ														ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563	ปี 2562
		1.รพ.สต.นากลาง	2.รพ.พิชัย	3.รพ.สต.ท่าสัก	4.รพ.สต.นาอิน	5.รพ.สต.ท่ามะเพ็ง	6.รพ.สต.บ้านหม้อ	7.รพ.สต.พญาแมน	8.รพ.สต.คอนมู	9.รพ.สต.บ้านโคก	10.รพ.สต.ไร่้อย	11.รพ.สต.บึงท่ายวน	12.รพ.สต.บ้านเกาะ	13.รพ.สต.บ้านคลองตะมุ้ง	14.รพ.สต.บ้านดารา				
10.1 ร้อยละของ การรายงาน 506 ทันเวลา .(> ร้อยละ 80)	เป้าหมาย	7	7111	2	4	17	1	3	30	3	8	10	5	2	0	7203	606	1282	2027
	ผลงาน	7	6930	2	4	17	1	3	30	3	8	10	5	2	0	7022	590	1234	1964
	ร้อยละ	100	97.45	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	97.48	97.35	96.25	96.89
10.2 ร้อยละของการ สอบสวนโรคทันเวลา (>ร้อยละ 60)	เป้าหมาย	5	4	10	8	1	4	2	2	18	6	4	27	0	6	97	12	18	49
	ผลงาน	5	4	10	8	1	4	2	2	18	6	4	27	0	6	97	12	18	49
	ร้อยละ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
10.3 ร้อยละของการ รายงานสอบสวนโรค ครบถ้วน (>ร้อยละ 60)	เป้าหมาย	5	4	10	8	1	4	2	2	18	6	4	27	0	6	97	12	18	49
	ผลงาน	5	4	10	8	1	4	2	2	18	6	4	27	0	6	97	12	18	49
	ร้อยละ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2565

ปีงบประมาณ 2565 มีการพัฒนาระบบป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามเกณฑ์มาตรฐาน SRRT ดำเนินงานฐานข้อมูลโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา โดยใช้โปรแกรม R506 เพื่อให้การทำงานข้อมูลโรคของหน่วยงานสามารถดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดอย่างสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ได้ผลผลิต/ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานโดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อกำกับ ติดตาม ระบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อของหน่วยบริการให้มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานกองระบาดวิทยา

2. เพื่อควบคุมการระบาดของโรคติดต่อ ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558

ผลการดำเนินงาน

คปสอ.พิชัย มีการรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวัง ตามระบบรายงาน 506 ทันเวลา ร้อยละ 100 มีการสอบสวนโรคทันเวลา ร้อยละ 100 และรายงานสอบสวนโรคครบถ้วน ร้อยละ 100

3. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

- 1) สถานบริการมีการบันทึกข้อมูลการรายงานโรค ในโปรแกรม 506 อย่างครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน
- 2) สถานบริการมีการสอบสวนโรคทันเวลาตามเกณฑ์ และส่งรายงานการสอบสวนโรคครบถ้วนสมบูรณ์
- 3) มีการพัฒนาทีม SRRT ที่เข้มแข็งในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ

4. แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2565

- 1) เพิ่มพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่บุคลากรผู้รับผิดชอบในหน่วยงาน
- 2) จัดหาวัสดุอุปกรณ์ให้เครือข่ายเพิ่มเติม พัฒนาโปรแกรมในการจัดทำรายงานและส่งข้อมูล

5. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติ

- 1) มีการประชุม และวางแผนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค รวมถึงอบรมพัฒนาทีมอย่างสม่ำเสมอ

ผู้รับผิดชอบ

1.ชื่อ นายศรายุทธ เปี้ยจันทร์

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

เบอร์โทรศัพท์ 084-9894855

ID Line sarayuth1717

วันที่ 15 เดือน..ตุลาคม..พ.ศ. 2565

งานเอดส์**1.สถานการณ์**

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ทำงานในต่างจังหวัดและมีการเปลี่ยนที่ทำงานและเปลี่ยนสิทธิการรักษาบ่อยส่งผลให้ปัจจุบันมารับบริการในคลินิกในโรงพยาบาลพิชัยลดลงและบางส่วนขอย้ายไปรักษาใกล้ที่ทำงานและที่มีสิทธิประกันสังคมจะไปรับหน่วยบริการตามสิทธิ ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีที่โรงพยาบาลพิชัยปีงบประมาณ 2565 ทั้งสิ้น จำนวน 256 ราย

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน**กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2565**

2.1 จัดกิจกรรมค้นหาผู้ติดเชื้อรายใหม่และรายเก่าที่เคยloss F/U ให้มาเข้ากระบวนการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยการรณรงค์ VCT และออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยรายเก่าที่ loss F/U

2.2 เสริมการให้การปรึกษารายบุคคลในผู้ป่วยรายใหม่และรายเก่าที่เคยloss F/U และรายที่มีความเสี่ยงในการloss F/U การดื้อยา เพื่อป้องกันการขาดนัด เพิ่มการทานยาอย่างถูกต้องครบถ้วนตรงเวลาต่อเนื่อง และป้องกันการเกิดการดื้อยาต้านไวรัส

2.3 จัดกิจกรรมเยี่ยมบ้านให้ครบตามเกณฑ์

2.4 จัดทำระบบการส่งยาทางไปรษณีย์ให้กับผู้รับบริการที่ไม่สามารถมารับบริการในโรงพยาบาลได้

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	สถานบริการ														ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563	ปี 2562	
		1.รพ.สต.นางา	2.รพ.พิษณุ	3.รพ.สต.ท่าสัก	4.รพ.สต.นาอิน	5.รพ.สต.ท่ามะเพือง	6.รพ.สต.บ้านหม้อ	7.รพ.สต.พญาแมน	8.รพ.สต.คอรูม	9.รพ.สต.บ้านโคก	10.รพ.สต.ไร่ร้อย	11.รพ.สต.บึงท่ายวน	12.รพ.สต.บ้านเกาะ	13.รพ.สต.บ้านคลองมะมุง	14.รพ.สต.บ้านตารา					
1.ร้อยละของผู้ป่วยติดเชื้อ HIV รายใหม่และรายเก่า ได้รับการ chest x-ray ทุก รายอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (>ร้อยละ 90)	เป้าหมาย		256																	
	ผลงาน		185																	
	ร้อยละ		72.27																	
2.ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (>ร้อยละ90)	เป้าหมาย		311																	
	ผลงาน		256																	
	ร้อยละ		82.32																	
3.ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส สามารถควบคุมปริมาณเชื้อในกระแสเลือดได้ (>ร้อยละ90)	เป้าหมาย		256																	
	ผลงาน		200																	
	ร้อยละ		78.1																	

ที่มา: ทะเบียนคลินิกและข้อมูลใน NAP PROGRAM ปี 2562—2565

3. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

คลินิกยาด้านไวรัสให้บริการดูแลแบบองค์รวมแบบสหวิชาชีพโดยมีทีมแพทย์ เภสัช พยาบาลนักจิตวิทยาและเจ้าหน้าที่ห้องชันสูตรให้บริการแบบคลินิกเฉพาะโรค และใช้กลยุทธ์ส่งเสริมการยอมรับและควมมีคุณค่าในตนเอง ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เน้นการลดความเสี่ยง มีกิจกรรมส่งเสริม Adhearance ระบบนยาเดิมทุกครั้งและติดตามการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์

ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

-

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

-

4. แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2565

-

5. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติ

1. ในโปรแกรม NAP ยังมีข้อมูลผู้ป่วยที่ย้ายไปรักษาที่รพ.อื่นแล้วแต่ รพ.ที่รับรักษาไม่ได้ศียโปรแกรมNAP ทำให้ข้อมูลผู้ป่วยบางรายยังคงค้างในระบบว่ายังไม่ได้รับยาต่อเนื่องไม่ได้ตรวจLAB ตามมาตรฐาน ส่งผลให้ผลงานได้ ไม่ครอบคลุม

ผู้รับผิดชอบ

1.ชื่อ นายศรายุทธ เปี้ยจันทร์

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุข ชำนาญงาน

เบอร์โทรศัพท์ 084-9894855

ID Line sarayuth1717

วันที่ 15 เดือน..ตุลาคม..พ.ศ. 2565

งานการพัฒนาระบบป้องกันและควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบ

1.สถานการณ์

ไวรัสตับอักเสบบีและซี เป็นสาเหตุหลักสำคัญที่ทำให้เกิดโรคตับแข็ง และมะเร็งตับได้ เมื่อเชื้อเข้าไปในร่างกาย อากาศจะไม่รุนแรง ไม่ชัดเจน ทำให้ผู้รับเชื่อไม่ทราบว่าตนเองเริ่มมีอาการตับอักเสบแล้ว ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีและซี จะทราบได้ก็ต่อเมื่อไปตรวจร่างกายแล้วพบค่าการอักเสบของตับผิดปกติ และตรวจเลือดพบการติดเชื้อ ด้วยความที่ไม่ปรากฏอาการ หรืออยู่ในช่วงโรคสงบหรือการอักเสบไม่มากนักไม่ก่อให้เกิดอาการที่ชัดเจน จึงทำให้หลายคนมองข้ามและ ลืมฉีดวัคซีนต่างๆ ที่สามารถป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อำเภอพิษณุ ได้ดำเนินการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซี ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยได้คัดกรองในกลุ่มประชาชนกลุ่มเสี่ยง จำนวน 71 ราย ผลการตรวจ พบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 1 ราย และไม่พบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จึงซึ่งได้ให้คำแนะนำผู้ที่ติดเชื้อเข้ากระบวนการรักษาจำนวน 1 ราย และได้ให้คำแนะนำกลุ่มเสี่ยงเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2565

- 1) การค้นหาและการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ได้รับการตรวจคัดกรอง ทุกกลุ่มเป้าหมาย ตามกำหนด
- 2) การให้คำปรึกษารายบุคคลในผู้ป่วยรายใหม่ สู่ระบบการรักษาและออกติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ
- 3) ให้ผู้ป่วยรายใหม่สามารถเข้าถึงการรักษาเพิ่มมากขึ้นและมีการประชาสัมพันธ์การฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีชนิดอื่น

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	สถานบริการ														ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563	ปี 2562		
		1.รพ.สต.นากลาง	2.รพ.พิษณุ	3.รพ.สต.ท่าสัก	4.รพ.สต.นาอิน	5.รพ.สต.ท่ามะเฟือง	6.รพ.สต.บ้านหม้อ	7.รพ.สต.พญาแมน	8.รพ.สต.คอรุ่ม	9.รพ.สต.บ้านโคก	10.รพ.สต.ไร่้อย	11.รพ.สต.บึงพ่ายวน	12.รพ.สต.บ้านเกาะ	13.รพ.สต.บ้านคลองละมุน	14.รพ.สต.บ้านตารา						
ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี (> ร้อยละ80)	เป้าหมาย																				
	ผลงาน		185																		
	ร้อยละ		80.43																		

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	สถานบริการ														ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563	ปี 2562
		1.รพ.สต.นากลาง	2.รพ.พิษณุ	3.รพ.สต.ท่าสัก	4.รพ.สต.นาอิน	5.รพ.สต.ท่ามะเพื่อง	6.รพ.สต.บ้านหม้อ	7.รพ.สต.พญาแมน	8.รพ.สต.เคอรูม	9.รพ.สต.บ้านโนนโคน	10.รพ.สต.ไร่ร้อย	11.รพ.สต.บึงท่ายวน	12.รพ.สต.บ้านเกาะ	13.รพ.สต.บ้านคลองละมุน	14.รพ.สต.บ้านดารา				
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี พบบวกเข้าสู่การรักษาและป้องกันการติดเชื้อซ้ำ (> ร้อยละ60)	เป้าหมาย		9																
	ผลงาน		8																
	ร้อยละ		88.89																

3. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

ในปีงบประมาณ 2565 การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ในประชากรกลุ่มยังไม่ครอบคลุมเนื่องจากได้รับการสนับสนุนชุดตรวจเพียงบางส่วน จึงตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงได้เพียงบางส่วนเท่านั้น และกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษายังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

พัฒนาระบบบริการเพื่อเพิ่มความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซี ในประชากรเป้าหมายตามเกณฑ์ที่กำหนด ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการตรวจคัดกรองไวรัสตับ อักเสบอย่างทั่วถึง

4. แนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/สาเหตุปัญหา	แนวทางการแก้ไขปัญหา
ประชาชนยังขาดความตระหนักถึงความเสี่ยงต่อโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี	สื่อสารประชาสัมพันธ์ สร้างความตระหนักให้แก่ประชาชนถึงความเสี่ยงต่อโรคและความจำเป็นของการตรวจคัดกรอง

5. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติ

- 1) การสร้างสื่อประชาสัมพันธ์สร้างความตระหนักแก่ประชาชนถึงความเสี่ยงต่อโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี สนับสนุนการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี
- 2) พัฒนาระบบข้อมูลเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบบีและซีรวมทั้งสื่อสารให้สถานพยาบาลทุกแห่งรายงานการเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ให้เป็นไปตามเกณฑ์

ผู้รับผิดชอบ

1.ชื่อ นายศรายุทธ เปี้ยจันทร์

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

เบอร์โทรศัพท์ 084-9894855

ID Line sarayuth1717

วันที่ 15 เดือน..ตุลาคม..พ.ศ. 2565

การพัฒนาระบบป้องกันและควบคุมโรคอุบัติใหม่ อุตุน้ำผ่านมาตรฐานจังหวัดอุตรดิตถ์

การบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น

1. สถานการณ์

ในปีงบประมาณ 2564 การบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น ผ่านเกณฑ์ในระดับดี หน่วยบริการ รพ.สต. ทั้ง 5 แห่ง ได้รับการสนับสนุนเครื่องอ่านอุณหภูมิแบบออนไลน์จากโรงพยาบาลพิษณุ ทำให้การอ่านค่าอุณหภูมิได้ ค่าที่ชัดเจน และได้มาตรฐานผ่านเกณฑ์ แต่ยังมีบางจุดที่ต้องพัฒนา เนื่องจากหน่วยบริการบางแห่ง ยังบันทึกอุณหภูมิไม่เป็นปัจจุบัน

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2565

- 1) ขับเคลื่อนการดำเนินการตามมาตรฐานการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น
- 2) ประเมินผลการดำเนินงานและพัฒนางานตามเกณฑ์รพ.สต. ติดตาม
- 3) การกำหนดหรือแต่งตั้งผู้รับผิดชอบงานการบริหารจัดการวัคซีน
- 4) มีการทบทวนและปรับปรุงแนวทางปฏิบัติเพื่อเตรียมความพร้อมกรณีมีเหตุการณ์ฉุกเฉินเกิดขึ้นในระบบลูกโซ่ความเย็น

ผลการดำเนินงาน

หน่วยบริการทุกแห่งมีแนวทางการจัดเก็บวัคซีนและควบคุมอุณหภูมิตู้เย็น เพื่อลดความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นได้จากกรณีฉุกเฉินต่อระบบลูกโซ่ความเย็นและสามารถดำเนินการได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และผ่านการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นจากทีมประเมิน รพ.สต.ติดตาม ร้อยละ 100

แนวทางการจัดเก็บวัคซีนและควบคุมอุณหภูมิตู้เย็น

- 1) ตู้เย็นควรติดตั้งในที่แสงแดดส่องไม่ถึง และให้ผนังตู้ทั้ง 3 ด้านห่างจากฝาผนังห้องหรืออุปกรณ์อื่น ไม่ต่ำกว่า 6 นิ้ว เพื่อให้ตู้เย็นระบายความร้อนได้ดี
- 2) ปลั๊กตู้เย็นให้ใช้เทปพันปลั๊กให้แน่นถ้ามีน้ำแข็งเกาะหนาในช่องแช่แข็งเกิน 5 มม. ควรละลายน้ำแข็งออกให้หมด เพื่อป้องกันการอุดตันไม่ให้ความเย็นไหลลงช่องธรรมดา
- 3) ภายในตู้เย็นติดตั้งเทอร์โมมิเตอร์ วัดอุณหภูมิทั้งในช่องแช่แข็งและช่องธรรมดา โดยเทอร์โมมิเตอร์ได้มาตรฐาน มีสติ๊กเกอร์รับรองผ่านการสอบเทียบทุกปี
 - เพื่อป้องกันไม่ให้อุณหภูมิที่ไวต่อความเย็นจัดแข็งตัว ควรปรับ Thermostat ให้ได้ $+2^{\circ}\text{C}$ ถึง $+4^{\circ}\text{C}$ ในช่วงเวลาที่เย็นที่สุด
 - ตรวจสอบอุณหภูมิทั้ง 2 ช่อง (ช่องแช่แข็งกับช่องธรรมดา) วันละ 2 ครั้งเช้า-เย็น บันทึกทุกวันไม่เว้นวันหยุดราชการ
 - ใส่ Ice pack ในช่องแช่แข็ง และขวดใส่น้ำมีฝาปิดวางไว้ชั้นล่างให้เต็มช่องแช่แข็ง หรือฝาตู้เย็น มีขวดน้ำสี่เดมเกลียว หรือปิดโฟมเพื่อเพิ่มอายุความเย็น (Cold life) ทำให้เก็บรักษาความเย็นได้คงที่ในกรณีเปิดตู้เย็นบ่อย และกรณีไฟดับ
 - ตำแหน่งที่วาง Thermometer ควรอยู่กลางตู้เย็น ตอนอ่านอุณหภูมิไม่ยกมาอ่านข้างนอก

4) ตรวจสอบสภาพการใช้งานทั่วไปของตู้เย็นอย่างสม่ำเสมอ (ความสว่างของหลอดไฟ การมีน้ำแข็งเกาะ การเกิดหยดน้ำเกาะ การมีน้ำไหลนองที่พื้นบริเวณที่ตั้งของตู้เย็น การมีกระแสไฟฟ้ารั่ว และคุณภาพของขอบยางที่ประตูตู้เย็น)

5) การจัดเรียงวัคซีน (ตามผังการจัดเก็บรักษาวัคซีนในตู้เย็น)

- เก็บวัคซีนไว้ในตะกร้าโปร่งเพื่อให้ความเย็นไหลเวียนได้ทั่วถึง

- วัคซีนที่ไวต่อแสงให้ใส่ไว้ในกล่องหรือภาชนะที่ป้องกันแสง และวางวัคซีนที่ไวต่อความเย็นจัดไว้ตรงกลางของช่องธรรมดา (refrigerator compartment) พร้อมเทอร์โมมิเตอร์ เพื่อกำกับติดตามอุณหภูมิไม่ให้ต่ำกว่า +2°C (เน้นวางตามผังการจัดเก็บรักษาวัคซีนในตู้เย็น)

- ติดป้ายชื่อที่ชั้นวางวัคซีนเพื่อป้องกันการหยิบวัคซีนผิด

- เก็บตัวทาละลายวัคซีนไว้ข้างวัคซีนชนิดนั้นๆ ในอุณหภูมิ +2 ถึง +8 °C

- ห้ามเก็บวัคซีนที่ฝาตู้เย็น

- ไม่ควรเก็บวัคซีนปะปนกับอาหารหรือยา

แนวทางแก้ไขเหตุการณ์ฉุกเฉินในระบบลูกโซ่ความเย็น

Cold chain breakdown หรือเหตุการณ์ฉุกเฉินในระบบลูกโซ่ความเย็น หมายถึง เหตุการณ์ที่พบอุณหภูมิสูงกว่าปกติหรือต่ำกว่า 0 °C ในระหว่างขนส่งหรือจัดเก็บวัคซีน ซึ่งเหตุการณ์นี้เกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ไฟฟ้าดับ ตู้เย็นเสีย ปลั๊กตู้เย็นหลุดหรือหลวม

มีแนวทางป้องกัน/แก้ไข ดังนี้

1) ติดป้าย“ห้ามดึงปลั๊กตู้เย็น” หรือ“ห้ามปิดสวิตช์Breaker ของตู้เย็น”

2) ปลั๊กตู้เย็นควรมีเต้าเสียบแยกต่างหาก และพันเทปกาวให้ปลั๊กตู้เย็นติดแน่น เพื่อป้องกันการดึงผิดปลั๊ก ถ้ามีหลายเต้าเสียบให้ใช้เทปปิดเต้าเสียบที่เหลือเพื่อไม่ให้เสียบเครื่องใช้ไฟฟ้าชนิดอื่นที่อาจทำให้กระแสไฟฟ้าเข้าตู้เย็นไม่สม่ำเสมอ และป้องกันการดึงผิดปลั๊ก

3) หากอุณหภูมิตู้เย็นต่ำกว่า +2°C ให้ดำเนินการดังนี้

- ปรับปุ่ม Thermostat ที่ตั้งไว้เดิมเพื่อทำให้อุณหภูมิสูงขึ้น

- หากอุณหภูมิต่ำกว่า 0°C ให้ตรวจสอบลักษณะทางกายภาพของวัคซีนที่ไวต่อความเย็นจัดว่ามีเปลี่ยนแปลงที่ทำให้วัคซีนเสื่อมสภาพจากการแช่แข็งหรือไม่

4) หากอุณหภูมิตู้เย็นสูงกว่า +8°C ให้ดำเนินการดังนี้

- ตรวจสอบว่าตู้เย็นยังทำงาน หรือมีกระแสไฟฟ้าเข้าตู้เย็นหรือไม่

- ตรวจสอบประตูว่าปิดสนิทหรือไม่ ขอบยางเสื่อมสภาพหรือไม่

- ตรวจสอบช่องแช่แข็งว่ามีน้ำแข็งหนาเกินกว่า 5 มิลลิเมตรหรือท่อกระจายความเย็นอุดตัน หรือไม่

- ปรับปุ่มThermostat ที่ตั้งไว้เดิมเพื่อทำให้อุณหภูมิต่ำลง และติดตามดูอุณหภูมิไม่ให้ต่ำกว่า +2°C

- ระหว่างซ่อมตู้เย็นหรือทำการละลายน้ำแข็ง ให้ย้ายวัคซีนไปเก็บไว้ในตู้เย็นอื่น หรือหีบเย็น/กระติกวัคซีน

หมายเหตุ กรณีต่อไปนี้ห้ามปรับ Thermostat ให้อุณหภูมิต่ำลง ได้แก่ หลังไฟฟ้าดับให้รอจนกระแสไฟฟ้ากลับเข้าสู่ภาวะปกติและอุณหภูมิลบมาคงที่แล้วจึงค่อยปรับ Thermostat ตามความเหมาะสม, เมื่อมีการนำวัคซีน ที่เบิกมาใหม่เข้าตู้เย็น (เพราะอาจทำให้อุณหภูมิลดต่ำเกินไป

3) ควรมีการจัดทำผังการเตรียมความพร้อมกรณีฉุกเฉินในระบบลูกโซ่ความเย็น เพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถดำเนินการได้อย่างถูกต้องรวดเร็วและลดความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นได้

4) หน่วยบริการมีแนวทางการจัดเก็บวัคซีนและควบคุมอุณหภูมิตู้เย็น เพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้จากกรณีฉุกเฉินต่อระบบลูกโซ่ความเย็นและสามารถดำเนินการได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ผ่านมาตรฐานการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น ได้รับการประเมินผลจากทีมประเมิน รพ.สต.ติดดาว ผลการประเมินผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 มี

ผลการประเมินมาตรฐานการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นของหน่วยบริการ

ตัวชี้วัด และเกณฑ์ เป้าหมาย	ผลการ ประเมิน	สถานบริการ														ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563	ปี 2562	
		1.รพ.สต.นาายาง	2.รพ.พิชัย	3.รพ.สต.ท่าสัก	4.รพ.สต.นาอิน	5.รพ.สต.ท่ามะพร้าว	6.รพ.สต.บ้านหม้อ	7.รพ.สต.พญาแมน	8.รพ.สต.โคกธูม	9.รพ.สต.บ้านโคก	10.รพ.สต.ไร่ฮ้อย	11.รพ.สต.บึงท่ากวาน	12.รพ.สต.บ้านเกาะ	13.รพ.สต.บ้านคลองละมุ้ง	14.รพ.สต.บ้านดารา					
13.1 หน่วย บริการ ผ่าน มาตรฐาน การ บริหาร จัดการ วัคซีนและ ระบบ ลูกโซ่ ความเย็น	เป้าหมาย	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	13	13	13	13
	ผลงาน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	13	13	13	13
	ร้อยละ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

ที่มา: ประมวลผลจากการประเมิน รพ.สต.ติดดาว

3. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

- 1) กรณีไฟฟ้าดับบ่อย
- 2) การบันทึกอุณหภูมิไม่เป็นปัจจุบัน
- 3) ตู้เย็นเก็บวัคซีนเสีย

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

- มีการประเมินและติดตามผลการดำเนินงาน ทบทวนและปรับปรุงแนวทางปฏิบัติต่อเนื่อง
- มีการพัฒนาเชิงระบบและใช้นวัตกรรม เช่น การแจ้งเตือนตัวชี้วัดผ่านไลน์ การแจ้งเตือนอุณหภูมิออนไลน์

- ผู้บริหารให้การสนับสนุน และได้รับความร่วมมือจากทีมงานที่เกี่ยวข้อง
- มีการจัดระบบการบริหารทำผังควบคุมกำกับการปฏิบัติงานกรณีเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินในระบบลูกโซ่ความเย็น สำหรับระดับคลังวัคซีนและหน่วยบริการได้เป็นอย่างดี

4. แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2565

ปัญหา/สาเหตุปัญหา ปี 2564	แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2565
1. ไฟฟ้าดับบ่อย(กรณีหน่วยบริการที่ไม่มีเครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรอง) 2. การบันทึกอุณหภูมิไม่เป็นปัจจุบัน	1. จัดทำแผนการเตรียมความพร้อมกรณีฉุกเฉินในระบบลูกโซ่ความเย็น เพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถดำเนินการได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วและลดความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น 2. มีเครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรองของรพช.จ่ายกระแสไฟฟ้าในกรณีที่เกิดไฟฟ้าดับ 3. มีการจดบันทึกอุณหภูมิความเย็นตู้เย็นทุกวัน

5. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติ

- 1) การกำหนดหรือแต่งตั้งผู้รับผิดชอบงานการบริหารจัดการวัคซีน
- 2) ในระดับหน่วยบริการ มีนักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ หรือเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ทำหน้าที่รับผิดชอบเป็นลายลักษณ์อักษรโดยเป็นบุคลากรที่ผ่านการอบรม เรื่อง การบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น
- 3) มีการจัดอบรมหรือประชุมชี้แจง ผู้รับผิดชอบงานในระดับเครือข่าย 1 ครั้ง/ปี เพื่อพัฒนาเครือข่าย
- 4) มีการนิเทศงานผู้รับผิดชอบงานในระดับเครือข่าย 1 ครั้ง/ปี เพื่อพัฒนาเครือข่าย

ผู้รับผิดชอบ

1.ชื่อ นายศรายุทธ เปี้ยจันทร์

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

เบอร์โทรศัพท์ 084-9894855

ID Line sarayuth1717

วันที่ 15 เดือน..ตุลาคม..พ.ศ. 2565

วัคซีนพื้นฐานในกลุ่มเป้าหมาย 0 - 5 ปี

1. สถานการณ์

คปสอ.พิษณุ มีการพัฒนางานระบบป้องกันและควบคุมโรคอุบัติใหม่ อุตุน้ำดื่ม ดั้งนี้ ปีงบ 2564 การได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 5 ปี ผลการประเมิน ร้อยละ 92.42 ในปีงบ 2565 ผลการประเมิน รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ 5 แห่ง ดั้งนี้ รพ.สต.น้ำหมีใหญ่ ร้อยละ 95.83, รพ.สต.ป่าคาย ร้อยละ 100, รพ.สต.บ้านแพะ ร้อยละ 92.86, รพ.สต.ผักขวง ร้อยละ 100, รพ.สต.น้ำพี ร้อยละ 100 และโรงพยาบาลพิษณุ ร้อยละ 95.74

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2565

- 1) ขับเคลื่อนการดำเนินการตามมาตรฐานการให้บริการวัคซีนเด็ก บูรณาการกับมาตรฐาน HA โดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC)
- 2) ประเมินผลการดำเนินงานและพัฒนางานวัคซีนตามเกณฑ์รพ.สต. ติดตาม
- 3) ติดตามผลการดำเนินการเป็นระยะๆ สนับสนุนทางวิชาการ เอกสารและเร่งรัดในการดำเนินงานป้องกัน

ผลการดำเนินงาน

ปีงบประมาณ 2565 ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 5 ปี ได้รับการประเมินผลจากโปรแกรม HDC จังหวัดอุดรธานี ผลการประเมิน ร้อยละ 97.34 มีการบูรณาการ และพัฒนางานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอพิษณุ เพื่อหาความเข้าใจ และติดตามกลุ่มเป้าหมายให้ได้รับวัคซีนได้ครบตามเกณฑ์อย่างต่อเนื่อง

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	สถานบริการ														ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563	ปี 2562
		1.รพ.สต.นาขาง	2.รพ.พิษณุ	3.รพ.สต.ท่าสัก	4.รพ.สต.นาอิน	5.รพ.สต.ท่ามะพร้าว	6.รพ.สต.บ้านหม้อ	7.รพ.สต.ภูเขาเม่น	8.รพ.สต.คอหมู	9.รพ.สต.บ้านโคก	10.รพ.สต.ไร่้อย	11.รพ.สต.บึงท้ายวน	12.รพ.สต.บ้านเกาะ	13.รพ.สต.บ้านดอกละมั่ง	14.รพ.สต.บ้านดง				
13.2 ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 5 ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	เป้าหมาย	46	51	28	53	39	44	29	27	31	18	22	26	17	20	451	526	488	609
	ผลงาน	44	51	28	51	39	43	28	27	29	18	22	22	16	19	437	471	417	542
	ร้อยละ	95.7	100	100	100	100	97.7	96.6	100	93.6	100	100	84.6	94.1	95	96.9	89.54	85.45	89.0

ที่มา: ประมวลผลจาก HDC ณ วันที่ 30 กันยายน 2565

3. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

- 1) เด็กไม่อยู่ในพื้นที่ ในขณะที่ครบกำหนดฉีดวัคซีน
- 2) เด็กป่วย ไม่สบาย ขณะครบกำหนดฉีดวัคซีน
- 3) เด็กกลุ่มเป้าหมายย้ายติดตามผู้ปกครองไปต่างอำเภอ/ต่างจังหวัด
- 4) มีการตกหล่นของการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HosXP และโปรแกรม JHCIS
- 5) มีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HosXP และโปรแกรม JHCIS ไม่ถูกต้อง

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

- 1) มีการประเมินและติดตามผลการดำเนินงาน ทบทวนและปรับปรุงต่อเนื่อง
- 2) มีการพัฒนาเชิงระบบและใช้นวัตกรรม เช่น การแจ้งเตือนตัวชี้วัดผ่านไลน์
- 3) ผู้บริหารให้การสนับสนุน และได้รับความร่วมมือจากทีมงานที่เกี่ยวข้อง
- 4) มีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HosXP ครบถ้วนถูกต้อง

6. แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2565

7.

ปัญหา/สาเหตุปัญหา ปี 2564	แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2565
<ol style="list-style-type: none"> 1. เด็กไม่อยู่ในพื้นที่ ในขณะที่ครบกำหนดฉีดวัคซีน 2. เด็กป่วย ไม่สบาย ขณะครบกำหนดฉีดวัคซีน 3. เด็กกลุ่มเป้าหมายย้ายติดตามผู้ปกครองไปต่างอำเภอ/ต่างจังหวัด 4. มีการตกหล่นของการบันทึกข้อมูลในระบบโปรแกรม HosXP และโปรแกรม JHCIS 5. มีการบันทึกข้อมูลในระบบโปรแกรม HosXP และโปรแกรม JHCIS ไม่ถูกต้อง 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ติดตามเด็กกลุ่มเป้าหมายมารับวัคซีนให้ครบทุกคน 2. กรณีเด็กอยู่ต่างอำเภอ ต่างจังหวัด ติดตามการรับวัคซีนทางโทรศัพท์ และลงความครอบคลุมการรับวัคซีนในระบบ 3. ทบทวนเวชระเบียนและบันทึกข้อมูลเพื่อส่ง 43 แฟ้ม 4. ตรวจสอบข้อมูลการบันทึกในระบบโปรแกรม HosXP และโปรแกรม JHCIS ให้ครบถ้วน 5. บันทึกข้อมูลในระบบโปรแกรม HosXP และโปรแกรม JHCIS ให้ถูกต้องและส่งข้อมูลในระบบ HDC

5. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติ

1. ต้องการให้ในบัญชี3 โปรแกรม HosXP เวลาบันทึกในการให้บริการ DTP-HB-Hib ให้มาขึ้นในตารางบัญชี3
2. อยากให้มีการอบรมเพิ่มพูนความรู้กับหน่วยบริการ
3. อบรมเจ้าหน้าที่การสร้างเสริมภูมิคุ้มโรคเรื่องการบันทึกข้อมูลในระบบ HosXP และโปรแกรม JHCIS

ผู้รับผิดชอบ

1.ชื่อ นายศรายุทธ เปี้ยจันทร์

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

เบอร์โทรศัพท์ 084-9894855

ID Line sarayuth1717

วันที่ 15 เดือน..ตุลาคม..พ.ศ. 2565

วัคซีนไขหวัดใหญ่

1.สถานการณ์

คปสอ.พิษณุ มีการพัฒนางานระบบป้องกันและควบคุมโรคอุบัติใหม่-อุบัติซ้ำ การดำเนินงานวัคซีนไขหวัดใหญ่ในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ ในปีงบประมาณ 2565 นั้น มีแผนการให้บริการ ในเดือนมิถุนายน ถึง 31 สิงหาคม ที่ผ่านมานั้น มีผลการดำเนินงานการให้บริการวัคซีนไขหวัดใหญ่ ผลงานร้อยละ 100

2.การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2565

ดำเนินการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ในกลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุ ผู้มีโรคเรื้อรัง 7 กลุ่มโรค หญิงตั้งครรภ์และเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 2 ขวบครึ่ง ในเขตอำเภอพิษณุ โดยดึงข้อมูลจาก 43 แห่ง และติดตามโดยส่งจดหมายไปยังบ้านของกลุ่มเป้าหมาย และติดตามซ้ำโดย อสม. รวมถึงประกาศประชาสัมพันธ์โดยผู้นำชุมชน

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	สถานบริการ														ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563	ปี 2562
		1.รพ.สต.นากลาง	2.รพ.พิษณุ	3.รพ.สต.ท่าสัก	4.รพ.สต.นาอิน	5.รพ.สต.ท่ามะปราง	6.รพ.สต.บ้านหม้อ	7.รพ.สต.พญาแมน	8.รพ.สต.คอรั่ม	9.รพ.สต.บ้านโคก	10.รพ.สต.ไร่้อย	11.รพ.สต.บึงท่ายวน	12.รพ.สต.บ้านเกาะ	13.รพ.สต.บ้านคลองตะมุ้ง	14.รพ.สต.บ้านดารา				
กลุ่มเป้าหมายสำคัญได้รับบริการวัคซีนไขหวัดใหญ่ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	เป้าหมาย	413	473	327	357	311	319	299	273	316	255	206	205	151	152	4057	5857	4597	4740
	ผลงาน	413	473	327	357	311	319	299	273	316	255	206	205	151	152	4057	5857	4597	4740
	ร้อยละ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

ที่มา: HDC อุดรดิตถ์ วันที่ 30 กันยายน 2565

3. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

ในปีงบประมาณ 2565 มีการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ทำให้จำเป็นต้องเร่งรัดฉีดวัคซีน COVID-19 เพื่อป้องกัน และยับยั้งการแพร่ระบาดของโรค ทำให้การดำเนินการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ ในกลุ่มเป้าหมายต้องถูกเลื่อนออกไป

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

- 1) มีเครือข่ายที่เข้มแข็งในการดำเนินงานและติดตามกลุ่มเป้าหมายมาฉีดวัคซีน
- 2) มีการประเมินและติดตามผลการดำเนินงานโดย PM ของอำเภอและจังหวัด
- 3) ผู้บริหารให้การสนับสนุน และได้รับความร่วมมือจากทีมงานที่เกี่ยวข้อง
- 4) มีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมถูกต้องครบถ้วน

4. แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2565

ปัญหา/สาเหตุปัญหา ปี 2564	แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2565
1.ไม่สามารถดำเนินงานฉีดวัคซีนใช้ขวดใหญ่ในกลุ่มเป้าหมายได้ตามเวลาที่กำหนด	<ol style="list-style-type: none"> 1. วางแผนดำเนินการฉีดวัคซีนใช้ขวดใหญ่ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ 2. เตรียมข้อมูลกลุ่มเป้าหมายไว้ตั้งแต่ก่อนได้รับวัคซีน 3. แบ่งระยะเวลาการฉีดที่ชัดเจน และให้ห่างจากวัคซีน COVID-19

5. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติ

ควรมีการเร่งรัดฉีดวัคซีนใช้ขวดใหญ่ทันทีหลังจากที่ฉีดวัคซีน COVID-19 แล้วเสร็จ เพื่อป้องกันการทับซ้อนระหว่างวัคซีนทั้งสองชนิด

ผู้รับผิดชอบ

1.ชื่อ นายศรายุทธ เปี้ยจันทร์

ตำแหน่ง สำนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

เบอร์โทรศัพท์ 084-9894855

ID Line sarayuth1717

วันที่ 15 เดือน..ตุลาคม..พ.ศ. 2565

การควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21-28 วัน

1.สถานการณ์

ปีงบประมาณ 2565 สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่มีผู้ป่วย ติดเชื้อ COVID-19 เป็นจำนวนมาก และกระจายในพื้นที่ทุกจังหวัดทั่วประเทศนั้น จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้อำเภอพิษณุ ได้ตรวจพบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) และพบผู้เสี่ยงสูงกระจายในพื้นที่จำนวนมาก คปสอ.พิษณุ จึงได้มีการพัฒนาางระบบป้องกันและควบคุมโรคอุบัติใหม่-อุบัติซ้ำ โดยดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

2019 ตามมาตรฐานทีม SRRT เพื่อควบคุมสถานการณ์การติดเชื้อไวรัส โควิด-19 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21-28 วัน ไม่ให้เกิดการระบาดในระลอกที่สอง

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2565

1. ขับเคลื่อนการดำเนินการตามแนวทางการพัฒนางานระบบป้องกันและควบคุมโรคอุบัติใหม่-อุบัติซ้ำ
2. ประเมินผลการดำเนินงานและพัฒนางานระบบการควบคุมโรคให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน
3. แต่งตั้งทีม SRRT ที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์

ผลการดำเนินงาน

ปีงบประมาณ 2565 คปสอ.พิษณุ ได้มีดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามมาตรฐานทีม SRRT เพื่อควบคุมสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21-28 วัน

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	สถานบริการ														ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563	ปี 2562
		1.รพ.สต.น่ายาง	2.รพ.พิษณุ	3.รพ.สต.ท่าสัก	4.รพ.สต.นาอิน	5.รพ.สต.ท่ามะพร้าว	6.รพ.สต.บ้านหม้อ	7.รพ.สต.พญาแมน	8.รพ.สต.คอรั่ม	9.รพ.สต.บ้านโคก	10.รพ.สต.ไร่ร้อย	11.รพ.สต.บึงท้ายวน	12.รพ.สต.บ้านเกาะ	13.รพ.สต.บ้านคลองมะม่วง	14.รพ.สต.บ้านดารา				
อำเภอสามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน	เป้าหมาย	6	5	5	6	4	5	4	6	4	3	4	6	3	2	63	-	-	-
	ผลงาน	6	5	5	6	4	5	4	6	4	3	4	6	3	2	63	-	-	-
	ร้อยละ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-

ที่มา: ข้อมูลรายงาน 506 วันที่ 30 กันยายน 2565

3. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

1. ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม. รวมถึงประชาชนให้ความตระหนักถึงความรุนแรงของโรค และให้ความร่วมมือในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโควิด-19
2. ประชาชนได้รับการบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 อย่างครอบคลุมและทั่วถึง ทำให้มีภูมิคุ้มกันหมู่
3. มีเครือข่ายที่เข้มแข็งในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโควิด-19
4. มีการประเมิน และติดตามผลการดำเนินงานร่วมกันโดย PM ของอำเภอ
5. ผู้บริหารให้การสนับสนุน และได้รับความร่วมมือจากทีมงานที่เกี่ยวข้อง

4. แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2565

-

5. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติ

1) มีการประชุม และวางแผนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อโควิด-19 ร่วมกับภาคีเครือข่าย (เจ้าหน้าที่รพ./ รพ.สต./ เทศบาล/ อบต./ อสม.)

ผู้รับผิดชอบ

1.ชื่อ นายศรายุทธ เปี้ยจันทร์

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

เบอร์โทรศัพท์ 084-9894855

ID Line sarayuth1717

วันที่ 15 เดือน..ตุลาคม..พ.ศ. 2565

วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1. สถานการณ์

ปีงบประมาณ 2564 สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่มีผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 เป็นจำนวนมาก และกระจายในพื้นที่ทุกจังหวัดทั่วประเทศนั้น จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้อำเภอ พิษณุ ได้ตรวจพบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) และพบผู้เสี่ยงสูงกระจายในพื้นที่จำนวนมาก และกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ง่ายที่สุดคือ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ และกลุ่ม ผู้ที่มีโรคเรื้อรัง 7 โรค

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2565

1. ขับเคลื่อนการดำเนินการตามแนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด 19
2. ประเมินผลการดำเนินงานและพัฒนางานระบบการให้บริการวัคซีนได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน
3. การกำหนดหรือแต่งตั้งผู้รับผิดชอบงานการบริหารจัดการวัคซีน

ผลการดำเนินงาน

ปีงบประมาณ 2565 ร้อยละของประชากรในจังหวัดอุตรดิตถ์ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้รับการประเมินผลจากโปรแกรม HDC จังหวัดอุตรดิตถ์ ผลการประเมิน ร้อยละ 88.98 มีการบูรณาการ และพัฒนางานร่วมกันกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อประชาสัมพันธ์ ทำความเข้าใจ และสำรวจความประสงค์ การฉีดวัคซีนในพื้นที่ ดำเนินการเตรียมประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เข้ารับบริการฉีดวัคซีนตามวันนัดหมาย และติดตามกลุ่มเป้าหมายให้ได้รับวัคซีนได้ครบตามเกณฑ์อย่างต่อเนื่อง

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	สถานบริการ														ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563	ปี 2562
		1.รพ.สต.นายนาง	2.รพ.พิษณุ	3.รพ.สต.ท่าสัก	4.รพ.สต.นาอิน	5.รพ.สต.ท่ามะเฟือง	6.รพ.สต.บ้านหม้อ	7.รพ.สต.พญาแมน	8.รพ.สต.คอหมู	9.รพ.สต.บ้านโคก	10.รพ.สต.ไร่้อย	11.รพ.สต.บึงท่ายวน	12.รพ.สต.บ้านเกาะ	13.รพ.สต.บ้านคลองมะมุง	14.รพ.สต.บ้านตารา				

ตัวชี้วัดและเกณฑ์ เป้าหมาย	ผลการ ประเมิน	สถานบริการ														ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563	ปี 2562
		1.รพ.สต.น่ายาง	2.รพ.พิชัย	3.รพ.สต.ท่าสัก	4.รพ.สต.นาอิน	5.รพ.สต.ท่ามะเฟือง	6.รพ.สต.บ้านหม้อ	7.รพ.สต.พญาแมน	8.รพ.สต.เคอรูม	9.รพ.สต.บ้านโนน	10.รพ.สต.ไร่้อย	11.รพ.สต.บึงท่ายวน	12.รพ.สต.บ้านเกาะ	13.รพ.สต.บ้านคลองตะมุง	14.รพ.สต.บ้านตารา				
ประชากรในจังหวัด อุตรดิตถ์ได้รับการฉีด วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ร้อยละ 85)	เป้าหมาย	10777	8399	7036	5951	6027	5752	6087	5226	4857	4118	4126	4365	2370	2383	77474			
	ผลงาน	8493	6734	6061	5018	4999	4911	5355	4304	4183	3342	3526	3520	1919	1896	64261			
	ร้อยละ	78.81	80.18	86.14	84.32	82.94	85.38	87.97	82.36	86.12	81.16	85.46	80.64	80.97	79.56	82.95			

ที่มา: HDC อุตรดิตถ์ และ MOPH-IC กระทรวงสาธารณสุข วันที่ 27 กันยายน 2565

3. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

- 1) ประชาชนยังกังวล กลัว และไม่มั่นใจ ในประสิทธิภาพของวัคซีน กลัวมีอาการแพ้และเสียชีวิต
- 2) ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงการรับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 ได้อย่างทั่วถึง เนื่องจากเดินทางลำบาก ไม่มีรถโดยสาร และอยู่ในกลุ่มติดบ้าน/ติดเตียง

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

- 1) ประชาสัมพันธ์ รมรงค์ อสม.เคาะประตูบ้านให้ประชาชนมารับบริการฉีดวัคซีน ให้มากขึ้น
- 2) ออกเชิงรุกในชุมชนให้มากขึ้น ให้ประชาชนได้รับการบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 อย่างครอบคลุมและทั่วถึง
- 3) มีเครือข่ายที่เข้มแข็งในการดำเนินงานและติดตามกลุ่มเป้าหมายมาฉีดวัคซีน
- 4) มีการประเมิน และติดตามผลการดำเนินงานร่วมกันโดย PM ของอำเภอ จังหวัด และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 5) ผู้บริหารให้การสนับสนุน และได้รับความร่วมมือจากทีมงานที่เกี่ยวข้อง
- 6) มีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม MOPH-IC และโปรแกรม JHCIS ถูกต้องครบถ้วน

4. แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2565

ปัญหา/สาเหตุปัญหา ปี 2564	แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2565
1. ประชาชนยังมีความกังวล กลัว และไม่มั่นใจ ใน ประสิทธิภาพของวัคซีน 2. ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงการรับบริการฉีดวัคซีนโค วิด-19 ได้อย่างทั่วถึงเนื่องจากเดินทางลำบาก ไม่มีรถ โดยสาร และอยู่ในกลุ่มติดบ้าน/ ติดเตียง	1. มีการประชาสัมพันธ์ เสี่ยงตามสายในหมู่บ้าน ลงพื้นที่ เคาะ ประตูบ้าน และเชิญชวน ฉีดวัคซีนโควิด 19 ให้มากขึ้น 2. มีการออกเชิงรุกในชุมชนให้มากขึ้น เพื่อให้ประชาชนได้รับ การบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 อย่างครอบคลุมและทั่วถึง 3. มีการประเมิน และติดตามผลการดำเนินงานร่วมกันโดย PM ของอำเภอ จังหวัด และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติ

- 1) ประชุมและวางแผนดำเนินการให้วัคซีนร่วมกับเครือข่าย (เจ้าหน้าที่รพ./ รพ.สต./ เทศบาล/ อบต./ อสม.)
- 2) พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล HDC สามารถดึงข้อมูลในระบบได้ง่าย และไม่ซับซ้อน
- 3) มีการจัดอบรม หรือประชุมชี้แจง เรื่องการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HosXP และโปรแกรม JHCIS

ผู้รับผิดชอบ

1.ชื่อ นายศรายุทธ เปี้ยจันทร์

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

เบอร์โทรศัพท์ 084-9894855

ID Line sarayuth1717

วันที่ 15 เดือน..ตุลาคม..พ.ศ. 2565

เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ที่ 3.4 พัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย

งานวัณโรค

1.สถานการณ์

คปสอ.พิษณุ ได้มีการดำเนินงานวัณโรคให้ประสบผลสำเร็จตามเกณฑ์ตัวชี้วัด ปีงบประมาณ 2565 ในภาพรวม ได้ดำเนินการจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแนวทางในการดำเนินงาน โดยมีผู้รับผิดชอบงาน แต่ละ รพ.สต.เป็นผู้รับผิดชอบงานทุกสถานบริการ โดยได้เข้าร่วมหาแนวทางการดำเนินงานฯ ให้ประสบผลสำเร็จตามเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กำหนด ทั้งในด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู โดยเฉพาะการคัดกรองวัณโรคในชุมชนแบบเชิงรุกเพื่อเข้ารับการรักษาและรับประทานยาเพื่อการรักษาที่สำเร็จลุล่วง

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2565

ด้านการคัดกรอง

คปสอ.พิษณุเขียนโครงการคัดกรองวัณโรคในชุมชนเชิงรุกตามแผนที่วางไว้โดยเป็นการคัดกรองโรคเชิงรุกในหมู่บ้านโดยรถ Mobile X-ray

ด้านการรักษา

หลังจากการคัดกรองเชิงรุกพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เพิ่มขึ้น ได้เข้ารับการรักษาโดยแพทย์และรับยาพร้อมติดตามการรับประทานยา DOT โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต./อสม.สาธารณสุข

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	สถานบริการ														ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563	ปี 2562
		1.รพ.สต.นayang	2.รพ.พิษณุ	3.รพ.สต.ท่าสัก	4.รพ.สต.นาอิน	5.รพ.สต.ท่ามะเฟือง	6.รพ.สต.บ้านหม้อ	7.รพ.สต.พญาแมน	8.รพ.สต.เคอรูม	9.รพ.สต.บ้านโคก	10.รพ.สต.ไร่้อย	11.รพ.สต.บึงท่ายวน	12.รพ.สต.บ้านเกาะ	13.รพ.สต.บ้านคลองมะมุง	14.รพ.สต.บ้านดารา				
การพัฒนาาระบบป้องกันและควบคุมวัณโรคผ่านมาตรฐาน 1 ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำและอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ (> ร้อยละ 88)	เป้าหมาย	13	4	9	7	3	4	6	4	2	7	3	4	3	4	73	N/A	N/A	N/A
	ผลงาน	11	3	7	7	3	4	6	4	2	7	3	4	3	4	68	N/A	N/A	N/A
	ร้อยละ	84.62	75	77.78	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	95.53	N/A	N/A	N/A

ที่มา: ข้อมูลจากระบบ NTIP ณ วันที่ 10 ต.ค. 2565

3. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

- ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย
 - 1) การคัดกรองทำได้ล่าช้าทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคร่วมก่อนได้รับการรักษาจนสำเร็จ
- ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ
 - 1) มีการจัดทำแผนงาน/โครงการ/เพื่อแก้ปัญหาด้านทรัพยากร และข้อจำกัดในการดำเนินงานในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
 - 2) ปรับปรุง พัฒนาแนวทางการปฏิบัติงานและระบบการให้บริการ และมีการกำกับ ติดตาม ประเมินผล

4. แนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/สาเหตุปัญหา ปี 2565	แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2566
การจัดทำโครงการคัดกรองโดยสาธารณสุขอำเภอพิษณุทำได้ล่าช้าเนื่องจากกระบวนการในการจัดซื้อจัดจ้างตามระเบียบราชการ การขาดบุคลากรเฉพาะทางด้านรังสีวิทยา และการงดให้บริการในคลินิกของโรงพยาบาลการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	-ขอสนับสนุนรถ Mobile XRAY จาก อบจ. -จัดทำโครงการคัดกรองเชิงรุกโดยของงบประมาณสนับสนุนในการคัดกรองจาก อปท. -จัดทำแผนและดำเนินการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายในคลินิกบริการของโรงพยาบาล

5. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติ

- การสนับสนุนรถ Mobile X-ray บุคลากรในการฉายภาพรังสี และการนำเทคโนโลยีระบบ AI ช่วยในการอ่านผลตรวจ X-RAY ปอด

ผู้รับผิดชอบ

1.ชื่อ นายณัฐวุฒิ รุจิเรืองอนันต์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
เบอร์โทรศัพท์ 085-2737289

ID Line Bosoppa

2.ชื่อ นางสาวจรรยาพร ใจคำ
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
เบอร์โทรศัพท์ 096-0597428

ID Line

วัน..10..เดือน..ตุลาคม..พ.ศ. 2565

เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ

งานป้องกันมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

1.สถานการณ์

จากผลการดำเนินงานตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกปี 2565 พบว่าสตรีกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดที่อยู่จริงในพื้นที่สถานบริการทั้ง 4 แห่ง จำนวน 11,434 คน มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 4,150 รวมยอดสะสมร้อยละ 36.30 (เกณฑ์ร้อยละ 60 และครบร้อยละ 100 ในปี 2567) พบสตรีมีผลการตรวจผิดปกติ จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.67

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	รพ.สต.นาโยง	รพ.สต.ไร่ฮ้อย	รพ.สต.หิมะเพ็ง	รพ.สต.พญาแมน	รพ.สต.นาอิน	รพ.สต.บึงทายวน	รพ.สต.ท่าสัก	รพ.สต.บ้านโคก	รพ.สต.บ้านดารา	รพ.สต.บ้านเกาะ	รพ.สต.บ้านหม้อ	รพ.สต.โคกชุม	รพ.สต.คลองลงมุง	รพ. พิชัย	ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563	ปี 2562
1.การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก(ร้อยละ 60)	เป้าหมาย	1310	651	959	1247	965	570	910	781	342	653	887	729	288	1142	11434	11091	11053	12607
	ผลงาน	326	177	488	275	569	216	439	216	156	256	287	256	98	391	4150	2179	3117	6640
	ร้อยละ	24.89	27.19	50.89	22.05	58.96	37.89	48.24	27.66	45.61	39.2	32.36	35.12	34.03	34.24	36.30	19.66	28.2	52.67
2.การคัดกรองมะเร็งเต้านม(ร้อยละ 80)	เป้าหมาย	1818	872	1300	1671	1215	797	1360	1085	465	895	1209	1042	408	1597	15734	15732	15687	16043
	ผลงาน	744	684	1192	1354	1049	780	1219	923	443	750	1185	779	388	1518	13008	14689	14634	14242
	ร้อยละ	40.92	78.44	91.69	81.03	86.34	97.87	89.63	85.07	95.27	83.69	98.01	74.76	95.1	90.36	82.67	93.37	93.29	88.77

ที่มา :HDC วันที่ 3 สิงหาคม 2565

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

จากการวิเคราะห์ข้อมูล การที่ผลการดำเนินงานตรวจคัดกรองยังไม่บรรลุตามเป้าหมายมีปัจจัยหลายประการทั้งองค์ประกอบของกลุ่มเป้าหมาย กลวิธีการดำเนินงาน ดังนั้น คปสอ.พิชัยจึงได้ร่วมวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาดังนี้

- 1) ประชุมพัฒนาระบบฐานข้อมูลมะเร็งปากมดลูก โปรแกรม 43 แฟ้ม สำหรับจนท.ผู้ปฏิบัติงาน
- 2) จัดตั้งคณะทำงานเครือข่ายมะเร็งปากมดลูกระดับหมู่บ้านและระดับอำเภอ และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการคณะกรรมการเครือข่ายระดับเพื่อร่วมวางแผนการดำเนินงานระดับอำเภอเน้นการมีส่วนร่วม และมีแนวทางปฏิบัติการเชิงรุกเดียวกันทั้งอำเภอ
- 3) จัดกิจกรรมวางแผนปฏิบัติการเชิงรุกในชุมชนเพื่อร่วมคิด ร่วมแก้ไขและร่วมดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เช่นการจัดตั้งหน่วยให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเคลื่อนที่เชิงรุกในหมู่บ้าน เน้นหมู่บ้าน ที่กลุ่มเป้าหมายมารับบริการตรวจคัดกรองยังไม่ครอบคลุมมากที่สุด ผลงานการตรวจคัดกรองสะสมยังไม่ถึงร้อยละ 60)
- 4) จัดกิจกรรมเพื่อนจูงเพื่อน เน้นเคาะประตูบ้านในสตรีกลุ่มเป้าหมายให้มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและจูงมือเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหน่วยให้บริการตรวจเคลื่อนที่เชิงรุกในหมู่บ้าน
- 5) จัดตั้งทีมและหน่วยให้บริการตรวจเคลื่อนที่เชิงรุกในหมู่บ้าน และแจกของรางวัล และจับฉลากรางวัลใหญ่แก่ผู้มารับบริการที่หน่วย โดยการประสานทรัพยากรกับองค์กรท้องถิ่น

6) ติดตามผู้พบผลเซลล์ผิดปกติเพื่อส่งต่อและรับการรักษาทันทีที่พบ

ผู้รับผิดชอบงาน
นางสาวปัทมา ยอดยิ่ง
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทร 083-9538241
วัน/เดือน/ปี 15 ตุลาคม 2565

เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ที่ 3.4 พัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย

งานส่งเสริมและพัฒนาระบบงานสุขาภิบาลอาหาร ในโรงพยาบาล

1.สถานการณ์

โรงพยาบาลพิษณุมีการดำเนินงานด้านการส่งเสริมและพัฒนาระบบงานสุขาภิบาลอาหารในโรงพยาบาลตามนโยบายความปลอดภัยด้านอาหารตั้งแต่ปีพ.ศ. 2560 จนถึงปัจจุบัน และผ่านมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย มีการบริหารจัดการความปลอดภัยด้านอาหารแบบบูรณาการและมีประสิทธิภาพเพื่อให้มีความปลอดภัยด้านอาหารครบวงจร ผ่านมาตรฐานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล ทั้ง 3 ด้าน อันได้แก่ มาตรฐานด้านอาหารสำหรับผู้ป่วย, มาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหารของสถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาล และแบบประเมินมาตรฐานด้านสุขาภิบาลของร้านอาหารในโรงพยาบาล เมื่อปี พ.ศ. 2562 โรงพยาบาลพิษณุพบปัญหาในเรื่องของขาดเครือข่ายผู้ผลิตสินค้าเกษตรอินทรีย์ให้กับโรงครัวโรงพยาบาลพิษณุมีไม่เพียงพอและยังขาดการวางแผนด้านวัตถุดิบที่จะป้อนเข้าโรงพยาบาล ในปี 2563 จึงได้ดำเนินการจัดตั้งและสร้างเครือข่ายโดยการรวมกลุ่มผู้ทำเกษตรอินทรีย์ในพื้นที่ เพื่อปลูกผักให้โรงพยาบาลพิษณุให้เพียงพอ ปี 2563 – 2565 โรงพยาบาลพิษณุ ขาดการดำเนินงานเรื่อง ตลาดสีเขียว เนื่องจากสถานที่โรงพยาบาลอยู่ในช่วงการก่อสร้างอาคาร และเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล จึงปิดตลาดสีเขียวเป็นการชั่วคราว คาดว่าจะสามารถเปิดดำเนินการตลาดสีเขียวได้ในปี งบประมาณ 2566

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2565

- 1) ขับเคลื่อนนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย โดยผ่านอนุคณะกรรมการ พขอ. พิษณุด้านอาหารปลอดภัย เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2562 โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน ภายใต้สโลแกน พิษณุเมืองเกษตรอินทรีย์ เพื่อให้ทุกภาคส่วนได้ทำงานร่วมกันและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
- 2) จัดประชุมคณะทำงาน 3 ครั้ง/ปี เพื่อกำหนดบทบาท/แนวทางการดำเนินงานให้ หน่วยงานต่าง ๆ ได้ดำเนินงานตามแผนและรายงานผลการดำเนินงาน ในที่ประชุม
- 3) ส่งเสริมการใช้วัตถุดิบปลอดภัยในโรงพยาบาลโดยกำหนดให้ใช้วัตถุดิบจากแหล่งผลิตที่ปลอดภัย อย่างน้อยร้อยละ 60 โดยมีนำ ข้าวอินทรีย์ กข. 43 ซึ่งเป็นข้าวอินทรีย์ และ มีค่าดัชนีน้ำตาลต่ำ
- 4) ปรับเมนูอาหารผู้ป่วยโรงพยาบาลใหม่ ให้ตรงกับพืชประจำท้องถิ่นที่มี
- 5) จัดให้มีแหล่งจำหน่ายวัตถุดิบปลอดภัยในโรงพยาบาล (ตลาดสีเขียว) และทุก ๆ ตลาดในอำเภอพิษณุ
- 6) จัดอบรมสุขาภิบาลอาหารและหลักสูตรการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลให้ผู้ประกอบการร้านอาหารในโรงพยาบาลและแม่ครัวโรงพยาบาล
- 7) ตรวจสอบปนเปื้อนในวัตถุดิบ ทุกไตรมาส และการเก็บตัวอย่างอาหารตรวจวิเคราะห์ โดยรณโยบายเคลื่อนที่ปีละ 2 ครั้ง ตรวจจ่ายแม่แลง และ ชุดตรวจสารปนเปื้อนทั้ง 6 อย่าง เดือนละ 1 ครั้ง ตรวจคุณภาพน้ำดื่ม ด้วยชุดทดสอบ 11 ณ จุดที่ให้บริการน้ำดื่มหลักของอาคารผู้ป่วยนอก และอาคารผู้ป่วยใน เดือนละ 1 ครั้ง
- 8) ประเมินมาตรฐาน โรงครัวโรงพยาบาลเพื่อดำรงระดับมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ระดับดีมาก , มาตรฐาน CFGT ร้านอาหารในโรงพยาบาล
- 9) จัดกิจกรรมการให้ความรู้โภชนาการด้านอาหารในโรงพยาบาลและในชุมชน เช่น การให้ความรู้เรื่องอาหารแก่กลุ่มเสี่ยงโรค NCDs ,ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติที่มีปัญหาด้านโภชนาการในคลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาล ผู้ป่วยตั้งครรภ์ ผู้ป่วยวัยโรคและ โรคเอดส์ เป็นต้น

10) โรงพยาบาลดำเนินงานปรับลดปริมาณโซเดียมในอาหารตามแนวทาง โครงการโรงพยาบาลเค็มน้อยอร่อย (3) ดี ดีต่อโรค ดีต่อสุขภาพ อร่อยดี โดยมีการตรวจปริมาณโซเดียมในอาหาร ของโรงครัวโรงพยาบาลและร้านอาหารใน โรงพยาบาล ปรับลดปริมาณโซเดียมในอาหารจนได้สูตรตำรับ ที่มีปริมาณโซเดียมรวมไม่เกินมาตรฐานที่กำหนด

ผลการดำเนินงาน

โรงพยาบาลพิษณุผ่านการประเมินมาตรฐานโรงครัวโรงพยาบาลในการรักษามาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ระดับดีมากโดยดำเนินการตามมาตรฐานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล

ร้านอาหารในโรงพยาบาลมีทั้งหมด 4 ร้าน ทุกร้านผ่านมาตรฐาน CFGT และมีการตรวจสอบตรวจการปนเปื้อนในน้ำและอาหาร โดยใช้ชุดทดสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียภาคสนาม ทุกเดือน ผลการตรวจผ่านร้อยละ 100

ตัวชี้วัดและเกณฑ์ เป้าหมาย	ผลการ ประเมิน	สถานบริการ														ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563	ปี 2562	
		1.รพ.สต.นากลาง	2.รพ.พิษณุ	3.รพ.สต.ท่าสัก	4.รพ.สต.นาอิน	5.รพ.สต.ท่ามะเพ็ง	6.รพ.สต.บ้านหม้อ	7.รพ.สต.พญาแมน	8.รพ.สต.คอรัม	9.รพ.สต.บ้านโคก	10.รพ.สต.ไร่้อย	11.รพ.สต.บึงท่ายวน	12.รพ.สต.บ้านเกาะ	13.รพ.สต.บ้านคลองละ	14.รพ.สต.บ้านดารา					
โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ร้อยละ 100	เป้าหมาย		1														1	1	1	1
	ผลงาน		1														1	1	1	1
	ร้อยละ		100														100	100	100	100
ร้านอาหารและแผงลอย จำหน่ายอาหารใน โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ CFGT ร้อยละ 100	เป้าหมาย		4														4	4	4	4
	ผลงาน		4														4	4	4	4
	ร้อยละ		100														100	100	100	100

ที่มา: สรุปผลงานประจำปี โรงพยาบาลพิษณุ

3. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

- ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

1. ไม่มีการทำแผนงบประมาณจัดซื้อชุดตรวจสอบสารปนเปื้อนในอาหารไว้ใช้สำหรับในโรงพยาบาล
2. วัสดุความปลอดภัยที่ใช้ในโรงครัว ยังไม่ถึงเป้าหมาย ร้อยละ 60

- ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

1. โรงพยาบาลมีโภชนากรในการดูแลจัดการด้านโภชนบำบัด
2. ความร่วมมือทีมสหวิชาชีพในการขับเคลื่อนงานทั้งในโรงพยาบาลและผู้รับบริการ

4. แนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/สาเหตุปัญหา ปี 2565	แนวทางการแก้ไขปัญหามี 2566
ไม่มีการทำแผนงบประมาณจัดซื้อชุดตรวจสอบสารปนเปื้อน	ของงบประมาณในการจัดซื้อชุดตรวจสอบสารปนเปื้อนในอาหาร
วัสดุความปลอดภัยที่ใช้ในโรงครัว ยังไม่ถึงเป้าหมาย ร้อยละ 60	ปรับเมนูอาหารสำหรับผู้ป่วยให้เข้ากับวัสดุความปลอดภัยในชุมชน

5. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติ

5) กำหนด Spec วัตถุดิบให้เป็นวัตถุดิบปลอดภัยเท่านั้น

งานส่งเสริมและพัฒนาระบบงานสุขาภิบาลอาหาร ในชุมชน :

1. สถานการณ์

ข้อมูลจากการสำรวจสถานประกอบการ ปี 2565 พบว่า มี ร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารจำนวน 181 ร้าน , ตลาดสด จำนวน 4 แห่ง ซึ่งเป็นตลาดของเอกชนจำนวน 2 แห่งและเป็นของ อปท.เป็นผู้ดำเนินการ อีก 2 แห่ง และมีตลาดนัด จำนวน 10 แห่ง การดำเนินงานส่งเสริมและพัฒนาระบบงานสุขาภิบาลอาหาร (ในชุมชน) เน้นให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นแกนหลัก มีบทบาทสำคัญ ทั้งเรื่องการสนับสนุนงบประมาณ พัฒนาปรับปรุง ยกระดับมาตรฐาน และหน่วยงานสาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุนด้านวิชาการ ในด้านการพัฒนาและยกระดับมาตรฐานสุขาภิบาลนั้นมีการบูรณาการจากทุกภาคส่วนโดยกลไก พขอ.

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2565

- 1) จัดทำแผนขับเคลื่อนนโยบายและดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหารโดยผ่านกรรมการ พขอ.
- 2) พัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ ทุก รพสต. สร้างทีมพี่เลี้ยงในการดูแลแต่ละโซน
- 3) พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขให้เป็นแกนนำด้านความปลอดภัยด้านอาหาร
- 4) จัดอบรมหลักสูตร สุขาภิบาลอาหาร พัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการในพื้นที่ให้มีความรู้และจัดอบรมหลักสูตร สุขาภิบาลอาหารสำหรับผู้ประกอบกิจการด้านอาหารบูรณาการ สสจ.
- 5) เก็บตัวอย่างวัตถุดิบ เพื่อสุ่มตรวจวิเคราะห์ สารปนเปื้อนทั้ง
- 6) สุ่มลงพื้นที่สถานประกอบการด้านอาหารเพื่อประเมินและอ้างระดับมาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหาร
- 7) คืบข้อมูลผลการดำเนินงานไปยัง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้ประกอบการเพื่อปรับปรุงและพัฒนา
- 8) ออกข้อบัญญัติหรือเทศบัญญัติตลาดสด ตลาดนัด เพิ่มเติมให้ครบทุกแห่ง เพื่อบังคับใช้ตามกฎหมาย
- 9) จัดกิจกรรมเชิดชูเกียรติให้กับสถานประกอบการด้านอาหารที่มีผลการพัฒนาได้มาตรฐาน

ผลการดำเนินงาน

- 1) ร้านอาหารและแผงลอยผ่านเกณฑ์ อาหารสะอาด รสชาติ อร่อย ปี 2565 ทั้งหมด 181 ร้าน คิดเป็น ร้อยละ 100
- 2) ตลาดสดในอำเภอพิษณุ จำนวนทั้งสิ้น 4 แห่ง มี ผ่านเกณฑ์ตลาดสดน่าซื้อ (Healthy Market) ทั้ง 4 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 100
- 3) ตลาดนัดในอำเภอพิษณุทั้ง 10 แห่ง ตลาดนัดทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์ตลาดนัดน่าซื้อ (Healthy Market) และเป็นตลาดนัดต้นแบบ สุขภาพดีวิถีใหม่ทุกแห่ง คิดเป็น ร้อยละ 100
- 4) ร้อยละของสถานประกอบการที่ปฏิบัติตามแนวทาง COVID- Free Setting (≥ร้อยละ 90)

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	สถานบริการ														ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563
		1.รพ.สต.นากลาง	2.รพ.พิษณุ	3.รพ.สต.ท่าสัก	4.รพ.สต.นาอิน	5.รพ.สต.ท่ามะเพ็ญ	6.รพ.สต.บ้านหม้อ	7.รพ.สต.พญาแมน	8.รพ.สต.เคอรูม	9.รพ.สต.บ้านโคก	10.รพ.สต.ไร่ฉุย	11.รพ.สต.บึงท้ายวน	12.รพ.สต.บ้านเกาะ	13.รพ.สต.บ้านคลองจระมุง	14.รพ.สต.บ้านตารา			
		เป้าหมาย	20	65	10	8	10	10	14	12	10	5	4	4	2	7	181	237
ร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์ CFGT (ร้อยละ 92)	ผลงาน	20	65	10	8	10	10	14	12	10	5	4	4	2	7	181	202	214
	ร้อยละ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	85.2	98
	เป้าหมาย		1	1			1	1								4	4	4
อำเภอมีตลาดสด ผ่านเกณฑ์ตลาดสดน่าซื้อ (Healthy Market) (อย่างน้อย 1 แห่ง)	ผลงาน		1	1			1	1								4	4	2
	ร้อยละ		100	100			100	100								100	100	50
	เป้าหมาย	1	1	1	1	-		1	1	1	1	-	-	-	2	10	13	18
อำเภอมีตลาดนัด ผ่านเกณฑ์ตลาดนัดน่าซื้อ และเป็นตลาดนัดต้นแบบสุขภาพวิถีใหม่ (อย่างน้อย 5 แห่ง)	ผลงาน	1	1	1	1	-		1	1	1	1	-	-	-	2	10	9	15
	ร้อยละ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	69.2	83
	เป้าหมาย		82															
ร้อยละของสถานประกอบการที่ปฏิบัติตามแนวทาง COVID- Free Setting (>ร้อยละ 90)	ผลงาน		56															
	ร้อยละ		69															

ที่มา: สรุปผลงานประจำปี โรงพยาบาลพิษณุ

3. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

- ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

- 1) ผู้ประกอบการขาดความตระหนักเรื่องการรักษาและคงระดับมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารในสถานประกอบการด้านอาหาร
- 2) สถานประกอบการมีการลงทะเบียน ผ่าน Thai stop covid น้อย

- ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

- 1) การแข่งขันทางธุรกิจหลังสถานการณ์ไวรัสโควิด-19 ทุกร้านมีความจำเป็นต้องยกระดับมาตรฐานร้านของตนเพื่อให้สามารถเปิดร้านได้และประชาชนเกิดความมั่นใจ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงต้องมีการรับรองมาตรฐานก่อนการเปิดร้าน
- 2) เจ้าหน้าที่ลงแนะนำเร่งดำเนินการในทุกตำบลให้สถานประกอบการรีบทำการลงทะเบียน เป้าหมาย ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80

4. แนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/สาเหตุปัญหา ปี 2565	แนวทางการแก้ไขปัญหาปี 2566
1. ผู้ประกอบการขาดความตระหนักในเรื่องการรักษาและยกระดับมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารในสถานประกอบการด้านอาหาร	1. การรณรงค์บ่อยๆ สร้างกระแสในสังคมเรื่องการปฏิบัติตามมาตรฐานสุขาภิบาล
2. สถานประกอบการมีการลงทะเบียน ผ่าน Thai stop covid น้อย	เจ้าหน้าที่ลงแนะนำเร่งดำเนินการในทุกตำบลให้สถานประกอบการรีบทำการลงทะเบียน เป้าหมาย ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80

5. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติ

- 1) การบังคับใช้กฎหมายในกลุ่มผู้ประกอบการด้านอาหารให้ปฏิบัติให้ได้ตามกฎหมาย

งานจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในหน่วยงานสาธารณสุข

1. สถานการณ์

การดำเนินงานพัฒนาโรงพยาบาลให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Green Clean Hospital โรงพยาบาลพิษณุ ผ่านในระดับ ดี มาก Plus ตั้งแต่ปี 2563 และยังคงดำเนินงานตามมาตรฐาน Green Clean Hospital และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทั้ง 13 แห่ง มีการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดการสิ่งแวดล้อม GREEN ทั้ง 5 ด้าน ร้อยละ 100 และสนับสนุนให้ทุก รพ.สต. พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital ต้นแบบ ร้อยละ 100 โดยบูรณาการไปกับการ รพ.สต. ติดตาม

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2565

- 1) แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนงาน Green and Clean ระดับอำเภอพิษณุ
- 2) กำหนดนโยบายและเป้าหมายการดำเนินงาน Green and Clean
- 3) จัดทำแผนพัฒนางานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมร่วมกันทั้ง คป.สอ
- 4) กำหนดตัวชี้วัดรายบุคคลให้มีการดำเนินงานบริหารจัดการด้านสิ่งแวดล้อม
- 5) ส่งผลประเมินตนเองและจัดทำแผนพัฒนาในส่วนขาดเพื่อให้โรงพยาบาลแม่ข่ายดูแลช่วยเหลือ
- 6) ดำเนินงานตามแผนพัฒนางานยกระดับตามเกณฑ์มาตรฐาน Green Clean Hospital

- 7) พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมกำหนดแผนให้มีการอบรมหรือฟื้นฟูความรู้ อย่างน้อยปีละ 2 เรื่อง ได้แก่ สุขาภิบาลอาหาร และการจัดการมูลฝอยในสถานบริการ
- 8) ติดตามและประเมินผลโดยบูรณาการไปกับมาตรฐานงานต่าง ๆ ได้แก่ รพสต.ติดตาม

ผลการดำเนินงาน

- 1) โรงพยาบาลพิษณุผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Green & Cleanhospital ระดับดีมาก Plus ปี 2562 - ปัจจุบัน
- 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานการจัดการสิ่งแวดล้อม GREEN ทั้ง 5 ด้าน ร้อยละ 100
- 3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทุกแห่งมีการ พัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEANSub-district Health Promoting Hospital ต้นแบบร้อยละ 100

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	สถานบริการ														ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563	
		1.รพ.สต.นางาง	2.รพ.พิษณุ	3.รพ.สต.ท่าสัก	4.รพ.สต.นาอิน	5.รพ.สต.ท่ามะเฟือง	6.รพ.สต.บ้านหม้อ	7.รพ.สต.พญาแมน	8.รพ.สต.เคอรูม	9.รพ.สต.บ้านโคก	10.รพ.สต.ไร่ไฉย	11.รพ.สต.บึงท่ายวน	12.รพ.สต.บ้านเกาะ	13.รพ.สต.บ้านคลองมะมุง	14.รพ.สต.บ้านดารา				
โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Green & Clean ระดับดีมาก PLUS (ร้อยละ 100)	เป้าหมาย		1														ดีมาก PLUS	ดีมาก PLUS	ดีมาก PLUS
	ผลงาน		1														ดีมาก PLUS	ดีมาก PLUS	ดีมาก PLUS
	ร้อยละ		100														๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
ร้อยละของ รพ.สต.ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการจัดการสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 100	เป้าหมาย	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	13	13	
	ผลงาน	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	13	13	
	ร้อยละ	100		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
(รพ.สต. ที่พัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEANSub-district Health Promoting Hospital ต้นแบบ	เป้าหมาย	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	13	13	
	ผลงาน	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	13	13	
	ร้อยละ	100		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		

3. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

- ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

- 1) ขาดความต่อเนื่องของการดำเนินงาน GREEN&CLEAN

- ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

- 2) มีการประเมินส่วนที่ขาดและเร่งดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรฐาน อย่างต่อเนื่อง

4. แนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/สาเหตุปัญหา ปี 2565	แนวทางการแก้ไขปัญหามี 2566
- ขาดความต่อเนื่องของการดำเนินงาน GREEN&CLEAN	- ประเมินส่วนที่ขาดและเร่งดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรฐาน อย่างต่อเนื่อง

งานส่งเสริมและพัฒนาระบบงานอาชีวอนามัย

1.สถานการณ์

โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานการจั้ดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมได้ดำเนินงานตามมาตรฐาน อยู่ในระดับเริ่มต้นพัฒนา หมดอายุ ปี 2565 ปี 2566 พัฒนายกระดับขึ้นสู่ระดับดี

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 13 แห่ง มีการดำเนินงานตามเกณฑ์คลินิกสุขภาพเกษตรกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิ พัฒนาและยกระดับมาตรฐานในระดับ ดี ร้อยละ 100

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2565

- 1.ประเมินตนเองตามแบบประเมินมาตรฐานใหม่และจัดทำแผนพัฒนาส่วนที่ขาด
2. กำหนดนโยบายทิศทางกาดำเนินงาน และร่วมกันจัดทำแผนงานด้านการจั้ดบริการอาชีวอนามัย
- 3 ประสานการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้แก่ อปท. ,เกษตรตำบล เกษตรอำเภอ ประชาชน และ เอกชน
4. การจั้ดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรใน รพ.สต. /โรงพยาบาลประกอบการจั้ดการความเสี่ยงของบุคลากร การตรวจสุขภาพ การเดินสำรวจสถานที่เสี่ยง การจั้ดทำคู่มือและแนวทางปฏิบัติต่าง ๆให้ทุก รพ.สต
- 5 การจั้ดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก แก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอกและผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษ
6. การจั้ดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับ ในโรงพยาบาลและใน รพ.สต. ในส่วนของการ การวินิจฉัย ตรวจรักษา ตลอดจนมีแนวส่งผู้ที่มีความเสี่ยงโรคจากการประกอบอาชีพส่งไปยังโรงพยาบาลพิษณุ
7. วิเคราะห์ความเสี่ยงเพื่อการจั้ดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมรวมถึงการเตรียมความพร้อมในภาวะฉุกเฉิน

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดและเกณฑ์ เป้าหมาย	ผลการประเมิน	สถานบริการ														ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563
		1.รพ.สต.นากลาง	2.รพ.พิษณุ	3.รพ.สต.ท่าลี่	4.รพ.สต.นาอิน	5.รพ.สต.ท่ามะเพ็ง	6.รพ.สต.บ้านหม้อ	7.รพ.สต.พญาแมน	8.รพ.สต.คอรุม	9.รพ.สต.บ้านโคก	10.รพ.สต.ไร่้อย	11.รพ.สต.บึงท้ายวน	12.รพ.สต.บ้านเกาะ	13.รพ.สต.บ้านคลองละมุง	14.รพ.สต.บ้านดารา			
ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านตามเกณฑ์การจั้ดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ระดับ ดี ร้อยละ 50	เป้าหมาย		๑๖															
	ผลงาน		เริ่มต้นพัฒนา															
	ร้อยละ		0															

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	สถานบริการ														ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563		
		1.รพ.สต.นากลาง	2.รพ.พิษณุ	3.รพ.สต.ท่าสัก	4.รพ.สต.นาอิน	5.รพ.สต.ท่ามะพร้าว	6.รพ.สต.บ้านหม้อ	7.รพ.สต.พญาแมน	8.รพ.สต.เคอรูม	9.รพ.สต.บ้านโนน	10.รพ.สต.ไร่ร้อย	11.รพ.สต.บึงท่ายวน	12.รพ.สต.บ้านเกาะ	13.รพ.สต.บ้านคลองละมุ้ง	14.รพ.สต.บ้านดารา					
ร้อยละของ รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ระดับพื้นฐาน ร้อยละ 80	เป้าหมาย	พื้นฐาน		พื้นฐาน	พื้นฐาน	พื้นฐาน	พื้นฐาน	พื้นฐาน	พื้นฐาน	พื้นฐาน	พื้นฐาน	พื้นฐาน	พื้นฐาน	พื้นฐาน	พื้นฐาน	พื้นฐาน	พื้นฐาน	๑๓	๑๓	
	ผลงาน	พื้นฐาน		พื้นฐาน	พื้นฐาน	พื้นฐาน	พื้นฐาน	พื้นฐาน	พื้นฐาน	พื้นฐาน	พื้นฐาน	พื้นฐาน	พื้นฐาน	พื้นฐาน	พื้นฐาน	พื้นฐาน	พื้นฐาน	๑๓	๑๓	
	ร้อยละ	๑๐๐		๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	

ที่มา: สรุปผลงานประจำปี โรงพยาบาลพิษณุ

3. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

- ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

- ขาดการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับในโรงพยาบาล
- ขาดการซ้อมแผนเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินตามความเสี่ยงของพื้นที่
- ขาดการดำเนินงานเชิงรุกในสถานประกอบการประเภทโรงงานอุตสาหกรรมและรัฐวิสาหกิจแบบครบวงจร
 - ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

4. แนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/สาเหตุปัญหา ปี 2565	แนวทางการแก้ไขปัญหาปี 2566
ขาดการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับในโรงพยาบาล	จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับในโรงพยาบาล
ขาดการซ้อมแผนเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินตามความเสี่ยงของพื้นที่	จัดทำแผนเผชิญเหตุบรรจู่ไว้ในแผนของ คปสอ.พิษณุ
ขาดการดำเนินงานเชิงรุกในสถานประกอบการประเภทโรงงานอุตสาหกรรมและรัฐวิสาหกิจแบบครบวงจร	จัดตั้งทีมอาชีวอนามัยเพื่อดำเนินการเชิงรุก

งานส่งเสริมและพัฒนาการดำเนินงานคลินิกเกษตรกร

1.สถานการณ์

ประชากรกลุ่มวัยทำงานอำเภอพิษณุ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ทำงาน ปีละ 3 ครั้ง และมีการใช้สารเคมีในปริมาณที่สูง และมีโรคที่เกิดจากพิษจากสารเคมีทางการเกษตรทุกปี การดำเนินงานอาชีวอนามัยภาคเกษตร จึงมีการจัดคลินิกเกษตรกรทุก รพ.สต. โดยบูรณาการร่วมกับงานแพทย์แผนไทย สถานบริการทุกแห่งผ่านเกณฑ์คลินิกเกษตรกรระดับดี งบประมาณที่ได้รับสนับสนุนส่วนใหญ่ใช้งบประมาณจากกองทุนสุขภาพระดับตำบล

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2565

อำเภอพิษณุปี 2565 ได้ดำเนินการด้านอาชีวอนามัยภาคเกษตรกรจากการสำรวจ เกษตรกรที่มีความเสี่ยงตามแบบ นบก.1 จำนวน 4,1775 คน พบจำนวนที่เข้าเกณฑ์เสี่ยง 2,811 คน คิดเป็นร้อยละ 68.3 ได้ดำเนินการเจาะเลือดตรวจหาสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในเลือดตรวจใช้กระดาษ Reactive paper จำนวน 2,832 คน พบเกษตรกรที่มีผลเลือดเสี่ยงและไม่ปลอดภัยปี 2565 จำนวน 1,228 คน คิดเป็นร้อยละ 34.36 ผู้ที่เข้าเกณฑ์เสี่ยงทุกรายจะได้รับการให้ความรู้แนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตร และยังมีพื้นที่ต้นแบบหลายๆตำบล เช่น ท่าสัก บ้านหม้อ ที่สามารถเป็นที่ศึกษาดูงานด้านการทำเกษตรอินทรีย์ในพื้นที่ได้ ทางโรงพยาบาลพิษณุจะจัดทำคาราวานสุขภาพภาคเกษตร เพื่อเป็นกิจกรรมกระตุ้นให้เกษตรกรเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม โดยร่วมกับ อปท. และทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล ร่วมกันดำเนินการเพื่อให้เกษตรกรหันมาดูแลสุขภาพของตน

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	สถานบริการ														ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563
	1.รพ.สต.นาายาง	2.รพ.พิษณุ	3.รพ.สต.ท่าสัก	4.รพ.สต.นาอิน	5.รพ.สต.ท่ามะเพ็ง	6.รพ.สต.บ้านหม้อ	7.รพ.สต.พญาแมน	8.รพ.สต.คอรุ่ม	9.รพ.สต.บ้านโคก	10.รพ.สต.ไร่้อย	11.รพ.สต.บึงท้ายวน	12.รพ.สต.บ้านเกาะ	13.รพ.สต.บ้านคลองละมุ้ง	14.รพ.สต.บ้านดารา			
คัดกรองโดยใช้แบบ นบก.๑	281	500	400	385	310	129	342	124	558	357	197	185	298	111	4177	12,297	5906
จำนวนมีความเสี่ยง	114	414	295	309	210	385	277	90	66	307	121	66	94	63	2811	3262	2384
ร้อยละ	40.5 6	82.8 0	73.7 5	80.3	67.7 4	29.8	80.9	23.3 8	11.8	85.9 9	61.4 2	30.4 5	13.2	77.19	67.30	26.52	40.36
เกษตรกรได้รับการตรวจใช้กระดาษ Reactive paper	114	414	120	430	101	100	105	290	48	307	65	185	298	255	2832	3262	2384
จำนวนผลการตรวจพบว่าเสี่ยงและไม่ปลอดภัย	11	340	64	243	21	57	36	40	22	95	46	72	131	50	1228	1122	937
ร้อยละไม่เกิน ๓๕	9.65	82.1 2	53.3 4	56.5 2	20.8 0	57.0	34.3	13.8 0	45.8	30.9 5	70.7 7	12.7 2	43.9	19.61	43.36	34.36	39.30
เกษตรกรได้รับสมุนไพรล้างพิษและได้รับความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	11	340	64	243	21	57	36	40	22	95	46	72	131	50	1228	1122	937
ร้อยละ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

ที่มา: สรุปผลงานประจำปี โรงพยาบาลพิษณุ

3. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

- ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

1) เกษตรกรส่วนใหญ่ยังใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในปริมาณที่สูง ไม่ตระหนักถึงพิษภัยของสารเคมี คำนึงถึงแต่ภาวะเศรษฐกิจ การมีกินมีใช้ของครอบครัว พยายามหาวิธีการที่จะทำให้ผลผลิตได้มากๆ (เรื่องเงินมาก่อนเรื่องภาวะสุขภาพ)

2) ประชาชนกลุ่มวัยทำงานมักไม่มีเวลาในการมาร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่โรงพยาบาลจัด

- ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

1) มีการคืนข้อมูลและชุมชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาเพื่อจัดทำแผนสุขภาพ และได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่หรือท้องถิ่น ในการจัดทำโครงการเพื่อแก้ปัญหา

4. แนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/สาเหตุปัญหา ปี 2565	แนวทางการแก้ไขปัญหามี 2566
เกษตรกรส่วนใหญ่ยังใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในปริมาณที่สูง	เพิ่มช่องทางการสื่อสารเพื่อการรณรงค์เกี่ยวกับพิษภัยอันตรายของสารเคมี
ประชาชนกลุ่มวัยทำงานมักไม่มีเวลาในการมาร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	จัดกิจกรรมเชิงรุกในหมู่บ้าน หรือระดับครัวเรือน และจัดตารางเวลาให้เหมาะกับวิถีของชุมชน

5. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติ

-

ผู้รับผิดชอบ

1.ชื่อ นางสาวจันทร์จิรา เปลี่ยนอำรุง
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
เบอร์โทรศัพท์ 081-1427856
ID LineJajeeran

2.ชื่อ นายนิราศ ปานช่าง
ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
เบอร์โทรศัพท์.....
ID Line.....

วัน 5 เดือนตุลาคมพ.ศ. 2565

เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ที่

งานการแพทย์แผนไทย

1. สถานการณ์

คปสอ. พิษณุ ได้มีการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยให้ประสบผลสำเร็จตามเกณฑ์ตัวชี้วัด ปีงบประมาณ 2565 ในภาพรวม ได้ดำเนินการจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทย คปสอ. พิษณุ โดยมีนักการแพทย์แผนไทยและผู้รับผิดชอบงาน ทุกสถานบริการ เข้าร่วมเสวนาหาแนวทางการดำเนินงานฯ ให้ประสบผลสำเร็จตามเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กำหนด โดยการแบ่ง รพ.สต. ในพื้นที่ออกเป็นโหนดบริการ(กลุ่ม) เพื่อให้ทันการแพทย์แผนไทยใน คปสอ. พิษณุ เข้าไปช่วยกำกับดูแล ให้คำแนะนำ และร่วมดำเนินงานฯ ให้ได้เป้าหมายตามเกณฑ์ตัวชี้วัด ตลอดจนการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนพัฒนาศักยภาพและคุณภาพการบริการของสถานบริการให้ได้คุณภาพมาตรฐาน รพ.สส.พท. รวมถึงการสร้างเครือข่ายชมรม , กลุ่ม , แกนนำภูมิปัญญา/หมอพื้นบ้านด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในชุมชน ให้ได้รับการสืบทอด คงอยู่ อย่างยั่งยืน และต่อเนื่องตลอดไป

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินงานในปี 2565

มีการจัดทำแผนงาน/กิจกรรม/time line การให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งใน/นอกสถานบริการอย่างต่อเนื่อง รวมถึงดำเนินการออกติดตาม ตรวจสอบ ให้การดูแลรักษา และการแนะนำให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ ได้แก่ หญิงหลังคลอด ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เด็กพัฒนาการล่าช้า รวมถึงการส่งเสริมการปลูกพืชผักสมุนไพรในครัวเรือน และการสืบทอดภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยพื้นบ้านให้คงอยู่อย่างยั่งยืนตลอดไป

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	ปี																	
		1.รพ.สต.นากลาง	2.รพ.พิษณุ	3.รพ.สต.ท่าสัก	4.รพ.สต.นาอิน	5.รพ.สต.ท่ามะเพือง	6.รพ.สต.บ้านหม้อ	7.รพ.สต.พญาแมน	8.รพ.สต.คอรุม	9.รพ.สต.บ้านโคก	10.รพ.สต.ไร่้อย	11.รพ.สต.บึงทวาย	12.รพ.สต.บ้านเกาะ	13.รพ.สต.คลองมะมุง	14.รพ.สต.บ้านดารา	ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563	ปี 2562
ร้อยละของผู้ป่วยนอก ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปี 64 (ร้อยละ 20.5)	เป้าหมาย	8419	166263	7485	5119	4954	4656	6726	4247	3829	2337	3577	3698	1421	2114	224845	183779	142516	186860
	ผลงาน	3677	20460	3523	2059	1794	1801	1700	1681	558	1002	767	1594	607	974	20460	43877	33322	40992
	ร้อยละ	43.7	12.3	47.1	40.0	36.2	38.7	25.3	39.6	14.6	42.9	21.4	43.3	42.7	46.1	18.74	23.9	23.4	21.9
ร้อยละของหน่วยบริการจัดบริการรักษาทางการพท.12 โรค ตาม CPG ที่กำหนดร้อยละ 100	เป้าหมาย	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	14	-	-
	ผลงาน	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	14	-	-
	ร้อยละ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-
ร้อยละการใช้ยาสมุนไพรฟ้าทะลายโจร ในโรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจส่วนต้น/ไข้หวัด ในผู้ป่วยนอก ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 15	เป้าหมาย	634	10125	275	253	262	78	414	375	246	177	223	209	72	139	13428	7579	-	-
	ผลงาน	215	2652	87	76	82	33	186	170	35	62	82	74	25	78	3852	2773	-	-
	ร้อยละ	33.9	24.2	31.7	30.0	31.3	42.3	44.9	45.3	14.2	35.0	36.8	35.4	34.7	56.1	28.6	36.59	-	-

เอกสารสรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2565 คปสอ. พิษณุ

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	ปี														ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563	ปี 2562
		1.รพ.สต.นยาง	2.รพ.พิชัย	3.รพ.สต.ท่าสัก	4.รพ.สต.นาอิน	5.รพ.สต.ท่ามะเพือง	6.รพ.สต.บ้านหม้อ	7.รพ.สต.พญาแมน	8.รพ.สต.คอรัม	9.รพ.สต.บ้านโคก	10.รพ.สต.ไร่้อย	11.รพ.สต.บึงทายน	12.รพ.สต.บ้านเกาะ	13.รพ.สต.บ้านคลองละมุง	14.รพ.สต.บ้านดารา				
ร้อยละการเข้ายาสมุนไพรชั้น ในโรคท้องอืดท้องเฟ้อ ในผู้ป่วยนอก ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 15	เป้าหมาย	415	5058	101	287	150	42	439	224	178	68	113	96	34	78	7283	8320	-	-
	ผลงาน	169	1182	25	119	70	28	189	148	67	33	47	33	15	23	2148	2139	-	-
	ร้อยละ	41	23	25	42	47	67	44	66	38	49	42	35	44	30	29.5	25.71	-	-
ร้อยละการเข้ายาเหลืองปิดสมุทรอาการท้องเสียที่ไม่ติดเชื้อ ในผู้ป่วยนอก ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 15	เป้าหมาย	56	475	240	1	8	46	4	0	0	0	0	156	0	114	1107	597	-	-
	ผลงาน	4	0	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22	327	-	-
	ร้อยละ	7.5	0	7.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.99	54.77	-	-
ร้อยละของมูลค่าการเข้ายาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุข เพิ่มขึ้น (> ร้อยละ 3)	เป้าหมาย	68639	878256	58362	51406	48110	37743	55105	33652	32879	20472	30456	6901	4437	22402	1348835	-	-	-
	ผลงาน	69491	809121	30636	37925	29517	22648	57965	41776	21835	24142	29702	5864	3764	15520	1199653	-	-	-
	ร้อยละ	101	-8	-47	-26	-39	-60	105	124	-34	118	-2	-15	-15	-31	-11.1	-	-	-
ร้อยละของหญิงหลังคลอด ได้รับการบริหารโดยการับหม้อเกลือ (> ร้อยละ 80)	เป้าหมาย	18	13	2	10	11	8	2	8	7	1	2	3	0	4	96	125	61	-
	ผลงาน	15	12	2	9	11	8	2	7	0	1	2	0	0	2	77	107	53	-
	ร้อยละ	83.3	92.3	100	90.0	100	100	100	87.5	0	100	100	0	100	50.0	80.21	85.60	85.13	-
ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมเข้าถึงบริการการรักษาโดยการพอกเข้า (> ร้อยละ 60)	เป้าหมาย	59	476	80	108	34	45	14	69	24	285	45	92	10	9	1117	813	926	-
	ผลงาน	59	383	80	95	21	45	14	69	24	232	30	56	9	6	938	730	817	-
	ร้อยละ	100	80.5	100	88.0	61.8	100	100	100	100	81.4	66.7	60.9	90.0	66.7	83.97	89.79	88.23	-
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับการตรวจเท้าด้วย Monofilament โดยแพทย์แผนไทยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ (> ร้อยละ 60)	เป้าหมาย	539	523	474	285	480	428	468	331	310	285	268	257	123	146	4917	4591	4687	-
	ผลงาน	392	437	360	285	330	374	349	267	215	232	215	201	94	113	3837	3719	3420	-
	ร้อยละ	72.7	83.6	76.0	100	68.8	81.1	74.6	80.7	69.4	81.4	80.2	78.2	76.4	77.4	78.04	81.01	72.97	-
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สูญเสียความรู้สึกที่เท้าระดับปานกลาง ได้รับการแช่เท้าด้วยสมุนไพร (> ร้อยละ 100)	เป้าหมาย	34	45	23	30	40	20	33	14	26	13	18	18	11	1	324	294	353	-
	ผลงาน	34	43	23	30	40	20	33	14	26	11	18	18	9	1	320	291	344	-
	ร้อยละ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	84.6	100	100	81.8	100	96.77	98.97	97.45	-
ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าด้านการพูดที่ถูกส่งตัวเข้ารับการรักษาที่แพทย์แผนไทย ได้รับการติดตามและกระตุ้น Speech โดยแพทย์แผนไทย (ร้อยละ 100)	เป้าหมาย	3	8	2	0	1	8	0	3	0	0	0	1	0	0	26	42	11	-
	ผลงาน	3	8	2	0	1	8	0	3	0	0	0	1	0	0	26	36	11	-
	ร้อยละ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	85.7	100	-
ร้อยละของเด็กที่พัฒนาการล่าช้าหรือสงสัยล่าช้าที่ถูกส่งตัวเข้ารับการรักษาโดยศาสตร์การแพทย์แผนไทย	เป้าหมาย	0	18	12	1	2	11	0	0	0	0	0	0	0	0	44	39	13	-
	ผลงาน	0	18	12	1	2	11	0	0	0	0	0	0	0	0	44	34	13	-
	ร้อยละ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	87.2	100	-

ได้รับการติดตามและกระตุ้น โดย พมท. (ร้อยละ 100)																			
ตัวชี้วัดและเกณฑ์ เป้าหมาย	ผลการ ประเมิน	1.รพ.เสตนายาง	2.รพ.พิชัย	3.รพ.เสตท่าสัก	4.รพ.เสตนากิน	5.รพ.เสตท่ามะเฟือง	6.รพ.เสตบ้านหม้อ	7.รพ.เสตพญาแมน	8.รพ.เสตคอรุม	9.รพ.เสตบ้านโคก	10.รพ.เสตไร่้อย	11.รพ.เสตบึงท้ายวมแมน	12.รพ.เสตบ้านเกาะ	13.รพ.เสตบ้านดงระมุง	14.รพ.เสตบ้านดารา	ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563	ปี 2562
ร้อยละของผู้ป่วย IMC ได้รับ บริการ ดูแล รักษา ด้วย ศาสตร์การแพทย์แผนไทย ตามมาตรฐาน (> ร้อยละ 20)	เป้าหมาย	4	0	6	3	4	5	2	2	0	0	0	2	1	1	30	44	-	-
	ผลงาน	4	0	3	3	2	5	2	2	0	0	0	2	0	1	24	40	-	-
	ร้อยละ	100	100	50	100	50	100	100	100	100	100	100	100	0	100	80.00	90.91	-	-
ร้อยละของผู้ป่วย LTC ได้รับ บริการดูแล รักษาด้วย ศาสตร์การแพทย์แผนไทย ตามมาตรฐาน (>ร้อยละ 50)	เป้าหมาย	10	42	14	13	14	21	62	28	14	17	12	18	25	5	259	209	-	-
	ผลงาน	10	34	14	13	14	21	62	28	14	17	12	18	0	5	262	204	-	-
	ร้อยละ	100	80	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0	100	88.81	97.61	-	-
ร้อยละของผู้ป่วย Palliative Care ได้รับ หัตถการทาง การ แพทย์ แผน ไทย (>ร้อยละ 50)	เป้าหมาย	3	10	4	2	8	1	2	3	0	6	3	3	1	1	47	23	43	-
	ผลงาน	3	9	4	2	6	1	2	3	0	6	3	2	0	1	42	22	37	-
	ร้อยละ	100	90	100	100	75	100	100	100	100	100	100	66.7	0	100	89.36	95.65	86.05	-
ร้อยละของ รพ.เสต.ผ่าน เกณฑ์การประเมินงานเภสัช กรรมฯ ตามเกณฑ์ รพ.เสต. ติดดาว (ร้อยละ 100)	เป้าหมาย	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	14	14	-
	ผลงาน	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	14	14	-
	ร้อยละ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-
ร้อยละของสถานพยาบาล ภาคเอกชนกลุ่มเป้าหมาย ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ตามที่ กฎหมายกำหนด (>ร้อยละ 90)	เป้าหมาย	2	5	3	1	1	1	3	-	-	-	-	1	1	-	19	19	19	22
	ผลงาน	2	5	3	1	1	1	3	-	-	-	-	1	1	-	18	19	19	22
	ร้อยละ	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	100	100	-	100	100	100	100
ร้อยละของสถาน ประกอบการเพื่อสุขภาพ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่ กฎหมายกำหนด (>ร้อยละ 90)	เป้าหมาย		1													1	1	1	2
	ผลงาน		1													1	1	1	2
	ร้อยละ		100													100	100	100	100

ที่มา...จากผลการนิเทศงาน รพ.เสต. และ ข้อมูล HDU Uttaradit (3 ต.ค. 2565)...

3. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

- ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

ผู้รับผิดชอบงาน อาจเกิดความไม่เข้าใจในการให้บริการและการดำเนินงานตาม Template ตัวชี้วัด ที่มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น ตลอดจนการบันทึกข้อมูลผู้รับบริการลงในโปรแกรมแพทย์แผนไทยไม่ครบถ้วน/ถูกต้อง อีกหนึ่ง ปัญหาในปีนี้เป็นเกิดการระบาดของโรคของโควิด-19 ซึ่งทำให้การบริการด้านแพทย์แผนไทยในพื้นที่ ไม่เป็นไปตาม แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม/เป้าหมาย ที่กำหนดไว้ และการรวมผลการดำเนินงานของ รพ.แม่ข่าย ซึ่งมีผู้เข้ารับบริการ ผู้ป่วยนอก มากกว่า ผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยหลายเท่า ส่งผลต่อการดำเนินงานในภาพรวมไม่ประสบผลสำเร็จ ตามเกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัดที่กำหนด

- ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

มีการจัดทำแผนงาน/โครงการ/แนวทางการปฏิบัติงาน เพื่อติดตาม ประเมิน ตรวจสอบ ให้คำแนะนำ และหาแนวทางพัฒนา ปรับปรุงระบบการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง และพัฒนาให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด รวมถึง การแบ่ง รพ.สต.ในพื้นที่ออกเป็นโหนดบริการ(กลุ่ม) เพื่อให้ทันการแพทย์แผนไทยใน คปสอ.พิษณุ เข้าไปช่วยกำกับดูแล ให้คำแนะนำ และร่วมดำเนินงานให้ได้เป้าหมายตามเกณฑ์ตัวชี้วัด ตลอดจนการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนพัฒนาศักยภาพและคุณภาพการบริการของสถานบริการให้ได้คุณภาพมาตรฐาน รพ.สส.พท. รวมถึงการสร้างเครือข่ายชมรม , กลุ่ม ,แกนนำภูมิปัญญา/หมอพื้นบ้านด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในชุมชน ให้ได้รับการสืบทอด คงอยู่ อย่างยั่งยืน และต่อเนื่องตลอดไป

4. แนวทางแก้ไข

ปัญหา/สาเหตุปัญหา ปี 2565	แนวทางแก้ปัญหา/สาเหตุปัญหา ปี 2566
1.ผลงานตัวชี้วัดบาง รพ.สต.ยังต่ำกว่าเกณฑ์ สาเหตุจากผู้รับผิดชอบงานยังไม่เข้าใจการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัดกำหนด/ขาดความรอบคอบในการบันทึกข้อมูลผลการดำเนินงาน	1.สสจ.ควรออกประชุมชี้แจงตัวชี้วัดพร้อมอธิบายแนวทางการดำเนินงานให้ผู้รับผิดชอบงานในพื้นที่ สาเหตุ สสจ.ขาดความชัดเจนในการชี้แจงตัวชี้วัดและแนวทางการดำเนินงาน
2.การติดตาม ดูแล ช่วยดำเนินงานระหว่าง รพ.สต.ยังไม่ครบถ้วนต่อเนื่อง สาเหตุจากภารกิจหน้าที่/งานเร่งด่วนที่ต้องทำใน รพ.สต.มีมาก ทำให้ไม่มีเวลาไปช่วยเหลือที่อื่น	2.วางแผน/กิจกรรมการดำเนินงาน/Timeline ในการดำเนินงานที่ชัดเจน สาเหตุภาระกิจงานเร่งด่วนที่เข้ามาในพื้นที่อาจกระทบกับแผนงานที่วางไว้

5. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติ

สสจ. ควรเข้ามามีบทบาทและส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ให้มากขึ้น ได้แก่

- 1) ด้านงบประมาณ
- 2) ด้านวิชาการ
- 3) ด้านวัสดุอุปกรณ์
- 4) ด้านความร่วมมือ/การติดต่อประสานงาน
- 5) ด้านความเชื่อมั่น/แรงจูงใจ

ผู้รับผิดชอบ
 ชื่อ นายธนภูมิ ศรีอุทัย
 ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน
 เบอร์โทรศัพท์ 089-6398622
 ID Line 0896398622
 วันที่ 3 ตุลาคม 2565

เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ที่ 3.4 พัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย

จังหวัดมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตผ่านมาตรฐานจังหวัดอุดรดิตถ์

1. สถานการณ์

การเข้าถึงบริการโรคมึนเศร้้าต่ำกว่าเกณฑ์

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2565

- 1) การอบรมให้ความรู้เรื่องโรคมึนเศร้้าแก่ อสม. แกนนำชุมชน เพื่อให้มีความรู้และสามารถประเมิน คัดกรอง ภาวะซึมเศร้้าและดูแลส่งต่อได้อย่างถูกต้อง
- 2) จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องโรคมึนเศร้้าเพื่อเผยแพร่ให้ผู้ป่วย ผู้รับบริการและประชาชนทั่วไปทราบ
- 3) ค้นหา คัดกรอง ประเมินภาวะซึมเศร้้าในกลุ่มเสี่ยงอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งและเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้้าโดย อสม.ที่รับผิดชอบตามจำนวนหลังคาเรือน
- 4) คัดกรองภาวะซึมเศร้้าผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง ไตวาย มะเร็งหญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ใช้ผู้เสพและผู้ติดสารเสพติด โดยผู้รับผิดชอบ/ให้บริการทางคลินิก

ผลการดำเนินงาน

หมวดKPI/ KPI หลัก	ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	ร้อยละของ รพช./รพ.สต. ผ่านมาตรฐานระบบบริการสุขภาพจิตทั่วไป และจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ระดับดีมาก (ระดับ1) (≥ ร้อยละ25)	14	11	78.57
	ร้อยละการคัดกรองโรคมึนเศร้้าในกลุ่มเสี่ยง (≥ ร้อยละ 80)	3,0517	2,2680	74.32
	ผู้ป่วยโรคจิตได้รับการดูแลต่อเนื่อง (≥ร้อยละ 80) (F20-29)	168	139	82.74
	ผู้ป่วยโรคมึนเศร้้าได้รับการดูแลต่อเนื่อง (≥ร้อยละ 80) (F32-33)	587	687	117.04
	ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติสุขภาพจิตปลอดภัย (ร้อยละ 100)	1	1	100

ที่มา:

3. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

- ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย
 - 1) ไม่ได้รับการจัดสรรอัตรากำลังตามโครงสร้างตั้งแต่แรกเริ่มจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ทำให้ไม่สามารถดำเนินงานตามขอบเขต ภาระงานได้ เช่น การติดตาม **นิเทศ** ควบคุม กำกับกับการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามมาตรฐานจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
 - 2) การค้นหา ประเมิน คัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยงต่ำกว่าเกณฑ์เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้จำกัดการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล
 - 3) ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินและพบว่ามีความเสี่ยงสูงไม่ได้รับการวินิจฉัย โรคซึมเศร้า
 - 4) ขาดการติดตามผู้ป่วยเข้ารับการรักษา
- ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ
 - 1) บุคลากรผู้รับผิดชอบในกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ค้นหา คัดกรอง ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่เข้ารับบริการคลินิกต่างๆ ในไตรมาสที่ 4 และบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน (Hos-xp)
 - 2) แพทย์ให้การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าและให้การรักษากายหลังการประเมินพบว่า มีภาวะซึมเศร้า
- ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย (งานจิตเวชเด็กและวัยรุ่น)
 1. การเข้าถึงบริการไม่เป็นไปตามเกณฑ์ เนื่องจากไม่ทราบช่องทางของการเข้ารับบริการ การไม่ยอมรับปัญหาของผู้ปกครอง ระยะเวลาในการรอการวินิจฉัยบางโรคใช้เวลานาน เช่น บกพร่องสติปัญญา (ID) การวินิจฉัยต้องใช้ผลการวัด IQ ซึ่งต้องต่ำกว่า 2 ชั้นปี
 2. ฐานข้อมูลระหว่าง รพช.กับ รพช. ไม่ตรงกัน การวินิจฉัยโรคในจิตเวชเด็กต้องได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์เท่านั้น ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างรอคิวพบจิตแพทย์(ใช้เวลารอคิวพบจิตแพทย์ประมาณ 3 เดือน) ซึ่งทุกเคสรพช.ได้ให้การประเมินและการปรับพฤติกรรมไปแล้ว แต่ไม่สามารถลง ICD10 ได้ และบางเคสเมื่อพฤติกรรมดีขึ้นผู้ปกครองก็ไม่พาไปพบจิตแพทย์ตามคิวนัด ทำให้ไม่ได้รับการวินิจฉัย
- แนวทางการแก้ไขปัญหา (จิตเวชเด็กและวัยรุ่น)
 1. พัฒนาระบบการดำเนินงานจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โดยจัดประชุมเครือข่ายครูระดับประถมศึกษาในเขตอำเภอพิษััย ครูผู้รับผิดชอบในการดูแลเด็ก 4 โรคหลัก เพื่อเพิ่มเครือข่ายและเพิ่มความชัดเจนในการดำเนินงาน
 2. จัดทำทะเบียนเด็ก 4 โรคหลักที่รอคิวพบจิตแพทย์ เพื่อใช้ในการติดตามทั้งระหว่างรอพบและหลังพบจิตแพทย์
 3. ฐานข้อมูล ได้มีการส่งต่อประเด็นปัญหาให้กับผู้รับผิดชอบ สสจ.แล้ว รอการประสานงานระหว่าง IT ของ สสจ.,รพ.อต.และ สปสช.เพื่อวางแผนในการกำหนดรหัส ICD10 ในเคสที่รอการวินิจฉัย

4. แนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/สาเหตุปัญหา ปี 2565	แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2566
1. การคัดกรองซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่ำกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 80)	1.พัฒนาระบบคัดกรอง /ส่งต่อเข้ารับการวินิจฉัยให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน
2. ระบบการติดตามคัดกรองผู้ป่วยที่มีความผิดปกติยังไม่ครอบคลุม (drop out)	1.1 ประชุมคณะทำงานหลัก ทบทวน Flow การคัดกรองซึมเศร้า

<p>3. ไม่มีระบบติดตามผู้ป่วยที่ประเมิน 8Q เข้ารับการวินิจฉัย ขั้นทะเบียน รักษา</p> <p>4. อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยซีมีเศร้ายังไม่ผ่านเกณฑ์ใน บางพื้นที่</p>	<p>1.2 จัดทำ Flow ติดตามผู้ป่วยเข้ารับการวินิจฉัย รักษา</p> <p>2. พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยซีมีเศร้า ตามเกณฑ์มาตรฐาน</p> <p>2.1 ประชุมคณะทำงานหลัก ทบทวนแนวทางการดูแล ผู้ป่วยซีมีเศร้า</p> <p>3. พัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วย ให้ครอบคลุม ครบถ้วน เป็น ปัจจุบัน</p> <p>3.1 ประชุมคณะทำงานหลัก จัดทำแบบรายงานผลการ ดำเนินงานการให้บริการผู้ป่วยซีมีเศร้า flow ระบบข้อมูล ผู้ป่วย และระบบติดตามผู้ป่วยขาดนัด</p> <p>3.2 ประชุมคณะทำงานหลัก ทีม IT สสจ. รพศ เพื่อจัดทำ ระบบรายงานการให้บริการผู้ป่วยซีมีเศร้า</p>
--	---

5. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติ

- 1) จังหวัดควรผลักดันให้มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชให้ถูกต้อง สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้
- 2) ประชุมชี้แจงการบันทึกข้อมูลด้านจิตเวชและยาเสพติดให้ถูกต้อง ครอบคลุม และเข้าใจตรงกัน

ผู้รับผิดชอบ

- 1.ชื่อ...น.ส.อรัญญา คำพึง
ตำแหน่ง..พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
เบอร์โทรศัพท์...093-4672244.....
ID Line.....
- 2.ชื่อ..นางสุชาดา ทิมให้ผล.....
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
เบอร์โทรศัพท์..084-8150209.....
ID Line.....
วัน.....เดือน..ตุลาคม..พ.ศ. 2565

เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ที่ 3.4 พัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย

จังหวัดมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตผ่านมาตรฐานจังหวัดอุดรดิษฐ์

1. สถานการณ์

การดำเนินงานกระตุ้นพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น อำเภอพิษณุ จังหวัดอุดรดิษฐ์ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 จนถึงปัจจุบัน (ปีงบประมาณ 2565) ที่ผ่านมา พบว่า เด็กอายุ 9,18,30,42,60 เดือน ที่คัดกรองพัฒนาการแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น มีจำนวนทั้งหมด 16 คน ได้รับการกระตุ้นฯ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 87.50 อยู่ระหว่างกระตุ้นพัฒนาการฯ อีก 2 ราย ผ่านการกระตุ้นพัฒนาการครบเกณฑ์แล้ว 13 คน คิดเป็นร้อยละ 92.86

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2565

-

ผลการดำเนินงานกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ดังนี้

- (1.) ร้อยละเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการช่วยเหลือแก้ไข/กระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I (เกณฑ์ร้อยละ 100)
- (2.) ร้อยละเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการช่วยเหลือกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I จนครบ 3 เดือน (ติดตามทุกเดือน) (เกณฑ์ร้อยละ 90)

หมวดKPI/ KPI หลัก	ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	ร้อยละเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการช่วยเหลือแก้ไข/กระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I (เกณฑ์ร้อยละ 100)	16	14	87.50
	ร้อยละเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการช่วยเหลือกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I จนครบ 3 เดือน (ติดตามทุกเดือน) (เกณฑ์ร้อยละ 90)	14	13	92.86

ที่มา : ข้อมูล HDC ณ วันที่ 25 ตุลาคม พ.ศ. 2565

3. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

- ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

- 1.) ปัญหาเรื่องระบบการส่งต่อจาก รพ.สต. เข้าระบบ รพช. ยังขาดการประสานงาน
- 2.) ปัญหาเรื่องบุคลากรมีการปรับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน (บาง รพ.สต.) ทำให้การดำเนินงาน การดูแลรักษา ส่งต่อ ขาดช่วงการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง
- 3.) ปัญหาด้านการลงรหัส การส่งต่อและการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก พบว่า ยังมีการลงรหัสได้ไม่ถูกต้อง

- ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

- 1.) การประสานงานให้กับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ ให้ช่วยติดตามเด็กมากระตุ้นพัฒนาการฯ
- 2.) การให้ความร่วมมือของผู้ปกครองในการพาบุตร-หลาน มากระตุ้นพัฒนาการจนครบเกณฑ์

4. แนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/สาเหตุปัญหา ปี 2565	แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2566
1. ปัญหาด้านการประสานงาน ส่งต่อ และการลงรหัสกระตุ้นพัฒนาการเด็ก	1. จัดประชุมคณะทำงานหลัก เพื่อทบทวนปัญหา Flow การดำเนินงาน
2. เรื่องบุคลากรมีการปรับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน และการส่งต่องานอาจไม่ชัดเจน	2. จัดตั้ง Group Line เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงาน และจัดอบรมฯ ทบทวนการดำเนินงาน ปีละ 1 ครั้ง

5. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติ

- ประชุมชี้แจงการบันทึกข้อมูลด้านกระตุ้นพัฒนาการเด็กให้ถูกต้อง ครบคลุม และเข้าใจตรงกัน

ผู้รับผิดชอบ

1.ชื่อ...นางสาวรุจา...เขตเหมือน.....
ตำแหน่ง..นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ..
เบอร์โทรศัพท์...090-3140757.....
ID Line.....artjarza.....

2.ชื่อ....นางสาวจุฑามาศ...ดีศรีพ.....
ตำแหน่ง....แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ....
เบอร์โทรศัพท์....097-218839.....
ID Line.....ju.p.....

วัน....25.....เดือน..ตุลาคม..พ.ศ. 2565

เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ที่ 3.4 พัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย

งานเอดส์(บริการคลินิกดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์)

1. สถานการณ์

การดำเนินงานบริการคลินิกดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 จนถึงปัจจุบัน (ปีงบประมาณ 2565) ที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV รายใหม่และรายเก่า มีจำนวนทั้งหมด 315 คน ได้รับการ Chest x-ray จำนวน 236 คน คิดเป็นร้อยละ 74.92 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสจำนวน 266 คน คิดเป็นร้อยละ 84.44 และผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส สามารถควบคุมปริมาณเชื้อในกระแสเลือด ได้ จำนวน 226 คน คิดเป็นร้อยละ 84.59

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2565

-

ผลการดำเนินงาน

- (1.) ร้อยละของผู้ป่วยติดเชื้อ HIV รายใหม่และรายเก่า ได้รับการ Chest x-ray ทุกราย อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (\geq ร้อยละ90)
- (2.) ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (\geq ร้อยละ 90)
- (3.) ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส สามารถควบคุมปริมาณเชื้อในกระแสเลือดได้ (\geq ร้อยละ 90)

หมวดKPI/ KPI หลัก	ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	ร้อยละของผู้ป่วยติดเชื้อ HIV รายใหม่และรายเก่า ได้รับการ Chest x-ray ทุกราย อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (\geq ร้อยละ90)	315	236	74.92
	ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ (\geq ร้อยละ 90)	315	266	84.44
	ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ สามารถควบคุมปริมาณเชื้อในกระแสเลือดได้ (\geq ร้อยละ 90)	266	226	87.59

ที่มา : ข้อมูลจาก HIV Info HUB ณ วันที่ 26 ตุลาคม พ.ศ. 2565

3. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

- ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

- 1.) ผู้ป่วยมีการย้ายถิ่นฐาน ขาดการเข้ารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้
- 2.) ปัญหาเรื่องบุคลากรมีการปรับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน ทำให้การดำเนินงาน การดูแลรักษา ส่งต่อ ขาดช่วงการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง
- 3.) การติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ ทำให้ขาดการรักษาต่อเนื่อง

- ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

- 1.) การประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ ให้ช่วยติดตามผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง
- 2.) การตรวจสอบข้อมูลการดำเนินงาน ข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

4. แนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/สาเหตุปัญหา ปี 2565	แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2566
<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยมีการย้ายถิ่นฐาน 2. เรื่องบุคลากรมีการปรับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน และการส่งต่องานอาจไม่ชัดเจน 3. การติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ติดตามผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง 2. ทบทวนการดำเนินงาน และจัดทำ Flow งานที่ชัดเจน 3. พัฒนาคุณภาพการบริการและส่งเสริมความเท่าเทียมต่อการให้บริการกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ สร้างเสริมความรู้ความเข้าใจเรื่องเอชไอวีและเอดส์ที่ถูกต้องเหมาะสม มีทัศนคติที่ดี เพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ

5. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติ

- จัดโครงการส่งเสริมการติดตามดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างต่อเนื่อง

ผู้รับผิดชอบ

1.ชื่อ.....นางกิงดาว.....เฟื่องถิ่.....

ตำแหน่ง....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ....

เบอร์โทรศัพท์.....097-9461182.....

ID Line.....

วันที่....5.....เดือน...ตุลาคม..พ.ศ. 2565

เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ที่ 4.1 พัฒนาระบบบริการทรัพยากรบุคคล (HRM,HRP,HRD,ค่านิยมองค์กรและKM) การดำเนินงานพัฒนาผลงานวิชาการและการจัดการความรู้ งานวิจัยและนวัตกรรม

1.สถานการณ์

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิษณุ มีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพ ในเครือข่ายอำเภอพิษณุทุกปี ซึ่งจะเป็นการนำผลงาน Best practice CQI นวัตกรรม งานวิจัย ของกลุ่มงานในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 13 แห่ง เพื่อแลกเปลี่ยนและเป็นแบบอย่างให้กับหน่วยบริการในเครือข่ายเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ตามบริบทของพื้นที่

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2565

ในปี 2565 คปสอ.พิษณุ ได้จัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพภายในเครือข่ายอำเภอพิษณุ ซึ่งเป็นผลงานการพัฒนา ระบบงาน, CQI/ Clinical CQI หรือผลงานอื่นๆ ที่สามารถวัดผลลัพธ์ได้ชัดเจน มานำเสนอเพื่อแลกเปลี่ยนกันภายในเครือข่าย

ผลการดำเนินงาน

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพิษณุ มีการนำเสนอผลงานเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ของ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิฯ และ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวม 5 เรื่อง โดยได้เข้าร่วมนำเสนอผลงานวิชาการในการประชุมวิชาการสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 วันที่ 15-17 มิถุนายน 2565 จังหวัดตาก จำนวน 2 เรื่อง แบ่งเป็นประเภทงาน CQI จำนวน 1 เรื่อง และประเภทวิจัย จำนวน 1 เรื่อง และการประชุมวิชาการประจำปีสมาคมหมออนามัยและชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย เขตสุขภาพที่ 2 ปี 2565 ระหว่างวันที่ 17 – 19 สิงหาคม 2565 จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 1 เรื่อง เป็นประเภทวิจัย

ภาพการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพ ปี 2565



ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	โรงพยาบาล/สอ.														ปี 2565
		1.รพ.พิษณุ/สอ.	2.รพ.สต.นากลาง	3.รพ.สต.ท่าสีก	4.รพ.สต.นาอิน	5.รพ.สต.ท่ามะเพ็ง	6.รพ.สต.บ้านหม้อ	7.รพ.สต.พญาแมน	8.รพ.สต.ศอรัม	9.รพ.สต.บ้านโคก	10.รพ.สต.ไร่ฮ้อย	11.รพ.สต.บึงท่าขวน	12.รพ.สต.บ้านเกาะ	13.รพ.สต.คลองละมุง	14.รพ.สต.บ้านดารา	
บุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา (> ร้อยละ 80)	เป้าหมาย	8	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	11
	ผลงาน	7	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	10
	ร้อยละ	87.5	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	0	90.91
หน่วยงานที่มีการพัฒนาบุคลากรตามแผนพัฒนา (> ร้อยละ 80)	เป้าหมาย	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
	ผลงาน	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
	ร้อยละ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

3. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

- ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน
 - 1) ขาดงบประมาณในการสนับสนุนการพัฒนา
- ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ
 - 1) ผู้บริหารให้ความสำคัญและให้การสนับสนุน
 - 2) กลุ่มงานต่างๆ ในรพ.และรพ.สต.ให้ความร่วมมือในการส่งผลงานเข้าร่วมการนำเสนอ

3) กลุ่มงานวิชาการใน รพ.และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เป็นพี่เลี้ยงที่คอยให้คำปรึกษาและแนะนำอย่างต่อเนื่อง

4. แนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/สาเหตุปัญหา	แนวทางการแก้ไขปัญหา
ขาดงบประมาณในการสนับสนุนการพัฒนางาน	-จัดหางบประมาณสนับสนุน -ปรับวิธีการดำเนินกิจกรรมโดยไม่ใช้งบประมาณ

5. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติ

ควรมีการกำหนดประเด็นปัญหาที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและสามารถนำมาแก้ไขปัญหาได้จริง หรือปัญหาจากหน่วยบริการ เพื่อได้แนวทางการพัฒนางานในภาพรวมของอำเภอในการแก้ไขปัญหา

ผู้รับผิดชอบ

1.นางอุ๋นใจ พิมพา

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เบอร์โทรศัพท์ 089-9598484

ID Line 0899598484

วัน 17 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565

เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ที่ 4.3 ความสำเร็จในการพัฒนาเทคโนโลยีและสารสนเทศ

การดำเนินงานคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ

1.สถานการณ์

งานสารสนเทศ กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลพิษััยได้ดำเนินการจัดส่งข้อมูลสุขภาพของประชาชนที่มารับบริการในสถานพยาบาล ให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา ร้อยละของหน่วยบริการสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ (ร้อยละ 90) คปสอ.พิษััยมีหน่วยบริการจำนวนทั้งหมด 14 หน่วยบริการ แบ่งเป็น 13 รพ.สต. 1 โรงพยาบาล มีหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ จำนวนทั้งหมด 14 หน่วยบริการ

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

ข้อมูลเชิงปริมาณ

แผนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพข้อมูลบริการ ได้แก่

- 1) พัฒนาระบบตรวจสอบคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพในระบบ 43 เพิ่มมาตรฐาน
 - ปรับปรุงฐานข้อมูลประชากรในโปรแกรม ให้สอดคล้องกับโครงสร้าง 43 เพิ่ม
 - ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล 43 เพิ่มและคืนข้อมูลให้จุดบริการทั้งใน รพ.และรพ.สต.
- 2) ปรับปรุงฐานข้อมูลประชากรในโปรแกรม ให้สอดคล้องกับการสำรวจข้อมูลประชากรกลางปี
- 3) กำกับติดตาม การปรับปรุงข้อมูลประชากร , ความซ้ำซ้อนของข้อมูล

- 4) พัฒนาศักยภาพบุคลากร IT ให้สามารถนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้สนับสนุนการจัดบริการตามแผนพัฒนาบุคลากร
- 5) พัฒนาความรู้บุคลากร เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลให้สามารถบันทึกข้อมูลได้ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด และ เกณฑ์ เป้าหมาย	ผลการ ประเมิน	รพ.สต.บ้านเกาะ	รพ.สต.บ้านดารา	รพ.สต.คลองมะม่วง	รพ.สต.ไร่ย่อย	รพ.สต.ท่าสัก	รพ.สต.คอรัม	รพ.สต.บ้านหม้อ	รพ.สต.ท่ามะเขือ	รพ.สต.บ้านโคก	รพ.สต.พญาแมน	รพ.สต.นาอิน	รพ.สต.นาบาง	รพ.สต.บ้านบึงท่ายวน	รพ. พิษณุ	คปสอ พิษณุ ปี 65 (14* 100/14)
คุณภาพ ข้อมูล 43 แฟ้ม	เป้าหมาย ทั้งหมด 97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	90
	ผลงาน	98.51	98.95	98.79	97.38	98.74	97.63	99.02	98.47	99.62	98.33	98.44	98.32	97.20	97.26	100
	ร้อยละ	98.51	98.95	98.79	97.38	98.74	97.63	99.02	98.47	99.62	98.33	98.44	98.32	97.20	97.26	100

ที่มา: เว็บไซต์ UDC Province (4 ต.ค.65)

3. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

- ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

พบจำนวนหน่วยบริการสุขภาพบางแห่งมีข้อมูลที่มีความผิดพลาดบ่อยครั้ง แฟ้มที่ผิดพลาดได้แก่ แฟ้ม PRENATAL ข้อมูลผลการตรวจ HCT[HCT_RESULT] เป็นค่าว่าง แฟ้ม EPI ข้อมูลรหัสวัคซีน (VACCINETYPE) เป็นค่าว่าง(null) หรือไม่พบอยู่ในรหัสมาตรฐานของ สนย. แฟ้ม DEATH สาเหตุการตาย (CDEATH) เป็นรหัสที่ไม่ชัดเจน(ill-Defined) และขาดข้อมูลพิกัดที่ตั้งของหมู่บ้าน (ละติจูด)(LATITUDE) (ลองจิจูด)(LONGITUDE)เป็นค่าว่าง

- ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

มีการจัดตั้งคณะกรรมการสำหรับดูแลข้อมูลของหน่วยบริการผ่านช่องทางไลน์ มีการแจ้งข้อมูลที่ไม่ถูกต้องไปยังหน่วยบริการ มีแนวทางบันทึกข้อมูล มีการแก้ไขข้อมูล ตรวจสอบข้อมูลด้วยโปรแกรม OPPOP2010 ก่อนทำการส่งข้อมูล และมีการจัดอบรมพัฒนาองค์ความรู้ให้แก่เจ้าหน้าที่ภายใน คปสอ.พิษณุ

4. แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2565

ปัญหา/สาเหตุปัญหา ปี 2565	แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2565
แฟ้มข้อมูลผิดปกติในทุกสถานบริการโดยเป็นแฟ้มที่แตกต่างกัน	นำข้อมูลในแต่ละแฟ้มมาวิเคราะห์ความผิดปกติและชี้แจงกับ ผู้รับผิดชอบงานในแต่ละสถานบริการให้ดำเนินการแก้ไขให้ ถูกต้องและเฝ้าระวังความผิดปกติของข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ

5. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติ

- 1) ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการบันทึกข้อมูลบริการสุขภาพ และฟื้นฟูความรู้อย่างสม่ำเสมอ
- 2) จัดหาหรือพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ด้าน IT ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อสนับสนุนและติดตามการดำเนินงานของ รพ.สต.

ผู้รับผิดชอบ

1.ชื่อ นางสาวพิมณฑา อ้นเถื่อน
ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเครื่องคอมพิวเตอร์
เบอร์โทรศัพท์ 089-7018627

ID Line: 0897018627

2.นายณรงค์ชัย สุขเนตร
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
เบอร์โทรศัพท์ 065-0526649

ID Line

วัน 30 เดือน กันยายน พ.ศ. 2565

การดำเนินงานพัฒนาโปรแกรมประยุกต์

1.สถานการณ์

งานเทคโนโลยีสารสนเทศ กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลพิษณุ ได้ดำเนินการพัฒนาโปรแกรมประยุกต์เพื่ออำนวยความสะดวกต่อการให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการ และการบริหารจัดการของโรงพยาบาลพิษณุ

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2565

กิจกรรมที่ดำเนินการในโรงพยาบาลพิษณุ ได้แก่

- สำรวจความต้องการสนับสนุนจากผู้บริหาร และผู้ให้บริการ
- วิเคราะห์จัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อเรียงลำดับการพัฒนา
- พัฒนาระบบตามความต้องการของผู้ใช้งาน
- ทดลองใช้งานระบบ และปรับปรุง
- สรุปผลการดำเนินงานร่วมกับผู้ใช้งาน

ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565 นักวิชาการคอมพิวเตอร์ จำนวน 1 คน ได้ดำเนินการพัฒนาโปรแกรมประยุกต์ ได้แก่ พัฒนาระบบแจ้งเตือนการตรวจสุขภาพช่องปาก หญิงมีครรภ์ก่อนถึงวันรักษาผ่านโปรแกรม Line Notify เพื่อให้สะดวกกับผู้มารับบริการและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ

ตัวชี้วัดและเกณฑ์ เป้าหมาย	ผลการ ประเมิน	สถานบริการ													ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563	ปี 2562	
		1.รพ.สต.นากลาง	2.รพ.พิษณุ	3.รพ.สต.ท่าสัก	4.รพ.สต.นาอิน	5.รพ.สต.ท่ามะพร้าว	6.รพ.สต.บ้านหม้อ	7.รพ.สต.พญาแมน	8.รพ.สต.คอหมู	9.รพ.สต.บ้านโคก	10.รพ.สต.ไร่ร้อย	11.รพ.สต.บึงท่ายวน	12.รพ.สต.บ้านเกาะ	13.รพ.สต.บ้านคลองมะมุง	14.รพ.สต.บ้านตารา				
ร้อยละของบุคลากรด้าน	เป้าหมาย		1													1			

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	สถานบริการ														ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563	ปี 2562
		1.รพ.สต.น่ายาง	2.รพ.พิษณุ	3.รพ.สต.ท่าสัก	4.รพ.สต.นาอิน	5.รพ.สต.ท่ามะเฟือง	6.รพ.สต.บ้านหม้อ	7.รพ.สต.พญาแมน	8.รพ.สต.โคกชุม	9.รพ.สต.บ้านโคก	10.รพ.สต.ไร่ย่อย	11.รพ.สต.บึงท่ายวน	12.รพ.สต.บ้านเกาะ	13.รพ.สต.บ้านคลองมะมุง	14.รพ.สต.บ้านดารา				
เทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาลที่มีผลงานด้านพัฒนาโปรแกรม (≥ร้อยละ 40)	ผลงาน		1													1			
	ร้อยละ		50													50			

ที่มา:งานสารสนเทศ โรงพยาบาลพิษณุ

3. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

- ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

บุคลากรมีจำนวนน้อย และยังมีภาระงานอื่นร่วมด้วยทำให้การเขียนโปรแกรมทำได้ไม่ต่อเนื่อง และดำเนินการล่าช้า

- ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

ผู้รับผิดชอบงานที่ร้องขอโปรแกรมให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเพื่อจัดทำโปรแกรม

4. แนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/สาเหตุปัญหา	แนวทางการแก้ไขปัญหา
- บุคลากรมีภาระงานอื่นนอกเหนือจากการเขียนโปรแกรมทำให้ขาดความต่อเนื่องในการเขียนโปรแกรม	- วางแผนการดำเนินงานร่วมกับผู้ใช้งาน และกำหนดระยะเวลาในการทำงานให้ชัดเจน

5. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติ

การสนับสนุนบุคลากรในการเข้าร่วมอบรมการเขียนโปรแกรมที่จัดอบรมโดยหน่วยงานภาคหรือภาคเอกชนเพื่อเพิ่มทักษะในการทำงาน

ผู้รับผิดชอบ

1.ชื่อ นายสุวิน บุญเสื่อ

ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ

เบอร์โทรศัพท์ 081-534-4187

ID Line: AngleThree

วัน 30...เดือน กันยายน ..พ.ศ. 2565

การดำเนินงานการใช้บริการศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน(HIS GATEWAY)

1. สถานการณ์

โรงพยาบาลพิษณุ ได้ดำเนินการติดตั้งระบบเชื่อมโยงข้อมูล HIS GATEWAY และสามารถส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบได้เป็นที่เรียบร้อย

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2565

กิจกรรมที่ดำเนินการในโรงพยาบาลพิษณุ ได้แก่

- ร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการการติดตั้ง HIS GATEWAY กับศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- ดำเนินการติดตั้งและทดสอบส่งข้อมูลตามระยะเวลาที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ กำหนด

ผลการดำเนินงาน

ปีงบประมาณ 2565 โรงพยาบาลพิษณุ ได้ดำเนินการติดตั้งและส่งข้อมูลผ่าน HIS GATEWAY ได้ตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	สถานบริการ														ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563	ปี 2562	
		1.รพ.สต. นายาง	2.รพ. พิษณุ	3.รพ.สต. ท่าสัก	4.รพ.สต. นาอิน	5.รพ.สต. ท่ามะเฟือง	6.รพ.สต. บ้านหม้อ	7.รพ.สต. พญาแมน	8.รพ.สต. คอร์ม	9.รพ.สต. บ้านโคก	10.รพ.สต. ไร่้อย	11.รพ.สต. เบ็ญจายน	12.รพ.สต. บ้านเกาะ	13.รพ.สต. บ้านคลองละมุน	14.รพ.สต. บ้านตารา					
ร้อยละของจังหวัดที่มีการใช้บริการศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน (> ร้อยละ 60)	เป้าหมาย		1														1			
	ผลงาน		1														1			
	ร้อยละ		100														100			

ที่มา: <https://hisgateway.moph.go.th/monitor>

3. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

บุคลากรหรือผู้รับผิดชอบงานไม่ชำนาญการใช้คำสั่งระบบปฏิบัติการ Linux ทำให้ต้องยกเลิกและติดตั้งใหม่หลายครั้ง บางครั้งทำให้เกิดความล่าช้าในการติดตั้ง และเชื่อมต่อ HIS GATEWAY

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

ได้รับการสนับสนุนจากงานไอที สสจ.อุตรดิตถ์และ กลุ่มของ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ในเครือข่ายเดียวกัน ภายในจังหวัดอุตรดิตถ์ เกี่ยวกับขั้นตอนในการติดตั้งและส่งข้อมูล รวมทั้งเป็นผู้ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

4. แนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหา/สาเหตุปัญหา	แนวทางการแก้ไขปัญหา
- บุคลากรหรือผู้รับผิดชอบงานไม่ชำนาญการใช้คำสั่งระบบปฏิบัติการ Linux	- ศึกษาเรียนรู้เพิ่มเติมจากช่องทางออนไลน์ - เข้าร่วมอบรมที่จัดโดยหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

5. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตต์ควรจัดอบรมเกี่ยวกับการใช้งานระบบปฏิบัติการ Linux

ผู้รับผิดชอบ

1.ชื่อ นายสุวิน บุญเสื่อ

ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ

เบอร์โทรศัพท์ 081-534-4187

ID Line: AngleThree

วัน 30...เดือน กันยายน พ.ศ. 2565

เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ที่ 4.4 พัฒนาการบริหารจัดการ การเงิน การคลัง และประกันสุขภาพ

โรงพยาบาลไม่มีภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 7

1. สถานการณ์

โรงพยาบาลไม่มีภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 7 เปรียบเทียบย้อนหลัง 3 ปี

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2565

การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ ของเครือข่ายสุขภาพอำเภอพิชัย ปีงบประมาณ 2565 ดำเนินงานตามนโยบายท่านผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 2 และท่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตต์ คือ Care Code Claim โดยมีการพัฒนาระบบงานที่สำคัญ คือ พัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง, การพัฒนาประสิทธิภาพการเพิ่มรายรับ, พัฒนาระบบการกำกับ ติดตาม การดำเนินงานตามแผนทางการเงิน Planfin, พัฒนาระบบข้อมูลที่ใช้เฝ้าระวังและประเมินผล (M&E) โดยมีกิจกรรมที่สำคัญดังนี้

1) พัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

1.1) การกำกับคุณภาพการให้บริการกองทุน UC

1.1.1) ติดตามผลงานตามตัวชี้วัดที่สำคัญในการจัดสรรเงินกองทุนย่อย UC เช่น QOF, NCD ฯลฯ

1.2) การควบคุมประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร

1.2.1) ติดตาม และสรุปผลงานการให้บริการที่สำคัญ โดยการรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาล

และจากโปรแกรม 43 แฟ้ม ของ สสจ.อต. ทุกไตรมาส ได้แก่

- ผู้ป่วยใน : ข้อมูลอัตราครองเตียง, ค่า AdjRW/CMI

- ผู้ป่วยนอก : จำนวนผู้รับบริการในเขต - นอกเขต

- P&P : จำนวนผู้รับบริการในเขต - นอกเขต

1.3) การประเมินประสิทธิภาพตามเกณฑ์ FAI ของเขตสุขภาพที่ 2

1.3.1) ประเมินพัฒนาศักยภาพการเงินการคลัง โดยบูรณาการร่วมกับงานตรวจสอบภายใน โดยใช้เกณฑ์ FAI ของเขตสุขภาพที่ 2

1.4) การประเมินประสิทธิภาพระบบควบคุมภายในด้วยอิเล็กทรอนิกส์ ๕ มิติ (ELECTRONICS INTERNAL AUDIT : EIA) กลุ่มตรวจสอบภายใน กระทรวงสาธารณสุข

2) การพัฒนาประสิทธิภาพการเพิ่มรายรับ

2.1) พัฒนาระบบบริหารจัดการรายรับจากกองทุน UC

2.1.1) ศึกษาแนวทางการจัดสรรเงิน และพัฒนาระบบในการเรียกเก็บเงินจากกองทุน UC และกองทุนย่อยต่างๆ

2.1.2) กำหนดบทบาทกลุ่มงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกองทุนย่อยในการศึกษาและกำกับ ติดตามการเรียกเก็บเงินจากกองทุน

2.1.3) ชี้แจง สร้างความรู้ความเข้าใจในรายละเอียด และจัดระบบการเรียกเก็บเงินจาก กองทุนย่อยต่างๆ ให้จุดบริการที่เกี่ยวข้องเข้าใจ

2.1.4) กำกับติดตาม การเรียกเก็บเงินจากกองทุนย่อยต่างๆ

2.2) พัฒนาระบบบริหารจัดการติดตามการชดเชยค่าบริการจากกองทุนประกันสังคม (ปกส.)

2.2.1) จัดทีมบริหารจัดการ/ติดตามการชดเชยค่าบริการทางจากกองทุนประกันสังคม

2.2.2) กำกับ ติดตาม ผลการดำเนินงานให้บริการและเรียกเก็บเงินจากกองทุนจากข้อมูลโรงพยาบาล อุตดิตถ์ ทุกไตรมาส

2.3) พัฒนาระบบบริหารจัดการการเรียกเก็บจากกองทุนคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ (พ.ร.บ.)

2.3.1) กำกับ ติดตาม ผลการดำเนินงานให้บริการและเรียกเก็บเงินจากกองทุน

(ความทันเวลา, คุณภาพข้อมูล) จากข้อมูลของบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถทุกไตรมาส

2.3.2) วิเคราะห์ข้อมูลบริการและเรียกเก็บเงินกองทุน/สรุปผลการวิเคราะห์คืนให้หน่วยงานทุกไตรมาส

2.4) พัฒนาระบบบริหารจัดการรายรับกองทุนสวัสดิการข้าราชการ

2.4.1) กำกับ ติดตาม ผลการดำเนินงานให้บริการและเรียกเก็บเงินจากกองทุน จากข้อมูล Statement ของโรงพยาบาล

2.4.2) วิเคราะห์ข้อมูลบริการและเรียกเก็บเงินกองทุน/สรุปผลการวิเคราะห์คืนให้หน่วยงาน

2.4.3) สรุปปัญหาในการดำเนินการ และ ดำเนินพัฒนา แก้ไขปัญหา ทุกไตรมาส

2.5) พัฒนาระบบการจัดเก็บลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล

2.5.1) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกี่ยวกับกระบวนการจัดเก็บรายได้

2.5.2) ติดตาม ตรวจสอบการจัดเก็บรายได้ ร่วมกับงานประกันสุขภาพฯ

3) พัฒนาระบบการกำกับ ติดตาม การดำเนินงานตามแผนทางการเงิน Planfin

3.1) กำกับการจัดเก็บรายได้และค่าใช้จ่ายให้เหมาะสมตามแผนทางการเงิน Planfin

3.1.1) พัฒนาการจัดทำ Planfin ให้ได้คุณภาพ

3.1.2) ควบคุม กำกับ การดำเนินงานของโรงพยาบาลตาม Planfin ที่จัดทำไว้ ทุกไตรมาส โดยดูจากผลการดำเนินงาน เทียบกับแผน Planfin ที่จัดทำไว้ ไม่ให้มีผลต่างจากแผนเกินร้อยละ 5

3.1.3) กำกับต้นทุนค่าแรง (LC) โดยตรวจสอบข้อมูล FTE ของหน่วยบริการให้มีความเหมาะสม/ถูกต้อง

- 3.1.4) กำกับต้นทุนค่าวัสดุ (MC) โดยตรวจสอบแผนจัดซื้อวัสดุ(ทุกหมวดวัสดุ) ของโรงพยาบาล ให้สอดคล้องกับแผนทางการเงิน Planfin
- 3.1.5) ควบคุมการลงทุนโดยใช้เงินบำรุง โดยตรวจสอบการลงทุนกับแผนทางการเงิน Planfin ที่จัดทำไว้ไม่ให้มีการลงทุนเกินจากแผน และการลงทุนจะไม่กระทบกับสถานการณ์การเงินการคลัง
- 4) พัฒนาระบบข้อมูลที่ใช้เฝ้าระวังและประเมินผล (M&E)
 - 4.1. กำกับ ติดตามคุณภาพของข้อมูลบัญชีของ รพ. (ถูกต้อง และ ทันเวลา)
 - 4.1.1) กำกับติดตามการส่งข้อมูลบตดลองให้ทันเวลา ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน
 - 4.2. เฝ้าระวังสถานการณ์ทางการเงินการคลัง
 - 4.2.1) คณะกรรมการ CFO เฝ้าระวังและวิเคราะห์สถานการณ์การเงินการคลัง/ควบคุมกำกับประสิทธิภาพ ของหน่วยบริการในสังกัด โดยใช้เครื่องมือ Risk Scoring ทางการเงิน/ 7 Plus/ FAI Grading (Financial Administration Index) แผนการเงิน Planfin

ผลการดำเนินงาน

ตาราง แสดงข้อมูลระดับภาวะวิกฤติทางการเงินของโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2562 – 2565

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
โรงพยาบาลไม่มีภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7	6	6	3	2

ที่มา : กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ : <https://dhes.moph.go.th/>

จากข้อมูลสถานการณ์การเงินการคลังย้อนหลัง 3 ปี พบว่า ข้อมูลวิกฤติการเงินระดับของโรงพยาบาล มีแนวโน้มดีขึ้นตามลำดับ ในปีงบประมาณ 2562-2565 สถานการณ์การเงินการคลังโรงพยาบาล ไม่มีภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7 โดยในปี 2562 มีค่าวิกฤติอยู่ที่ ระดับ 6 ปี 2563 มีค่าวิกฤติอยู่ที่ ระดับ 6 โดยมีปัจจัยในเรื่องของรายได้ที่ไม่เพียงพอกับรายจ่าย อย่างไรก็ตามในปี 2564 และ ปี 2565 โรงพยาบาลมีรายได้เพิ่มขึ้นจึงมีสถานการณ์การเงินการคลังที่ดีขึ้นโดยค่าวิกฤติอยู่ที่ ระดับ 3 และ ระดับ 2 ตามลำดับ

3. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

- 1) การเปลี่ยนแปลงนโยบายในระดับกระทรวงมีผลกระทบกับสถานการณ์การเงินการคลังของหน่วยบริการเช่น นโยบายด้านกำลังคน นโยบายค่าตอบแทนต่างๆ
- 2) ปัญหาการควบคุมกำกับกองทุนย่อย UC
- 3) ปัญหาการติดตามกำกับ การจัดทำบัญชีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- 4) ปัญหาในการติดตามการเบิกชดเชยจากกองทุน พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ
- 5) ปัญหาในการเบิกชดเชยกรณีให้บริการผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่มีการเปลี่ยนแปลงอัตราในการชดเชยบ่อย และติดเงื่อนไขในการเบิกชดเชยค่อนข้างมาก

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

- 1) ผู้บริหารให้การสนับสนุน และให้ความสำคัญ มีการติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
- 2) มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลการจัดทำบัญชีเพื่อนำมาวิเคราะห์สถานการณ์การเงินการคลังทุกเดือน
- 3) มีการนำเสนอสถานการณ์การเงินการคลังให้ผู้บริหารทราบในที่ประชุม กพร. ทุกเดือน
- 4) รายรับจากการเบิกชดเชยกรณีผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่มีการจ่ายชดเชยในอัตราที่สูงกว่าผู้ป่วยปกติทั่วไป จึงเป็นผลทำให้รายรับโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้มีรายได้เพิ่มก็มีค่าใช้จ่ายเพิ่มจากการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเช่นกัน เช่น ค่าเวชภัณฑ์เพิ่ม ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มมากขึ้น ค่าตอบแทนผู้ให้บริการเพิ่มมากขึ้น ฯลฯ

4. แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2566

ปัญหา/สาเหตุปัญหา ปี 2565	แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2566
1. ปัญหาการควบคุมกำกับกองทุนย่อย UC	จัดทำแผนควบคุมกำกับกองทุนย่อย UC ในทุกระดับ
2. ปัญหาการติดตามกำกับ การจัดทำบัญชีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	จัดทำแผนติดตามกำกับ การจัดทำบัญชีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
3. ปัญหาการบันทึกทางบัญชีขาดการกระทบยอดกับศูนย์จัดเก็บรายได้	จัดทำแผนติดตามการตรวจสอบข้อมูลทางบัญชี กระทบยอดกับศูนย์จัดเก็บรายได้เพื่อความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลทางบัญชี
4. รายได้น้อยกว่ารายจ่าย	จัดทำแผนธุรกิจเพื่อเพิ่มรายได้ของโรงพยาบาล และดำเนินมาตรการลดรายจ่าย ชี้ใช้ตามความจำเป็น การบริหารจัดการคลังพัสดุให้มีประสิทธิภาพ
5. ปัญหาในการเบิกชดเชยกรณีให้บริการผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	- จัดทำแนวทางการเตรียมเอกสารที่ใช้ประกอบในการเบิกชดเชยให้กับผู้รับผิดชอบจุดที่ให้บริการทราบ และมีการกำกับติดตามความสมบูรณ์ครบถ้วนในการเตรียมเอกสาร - มีการนำเสนอรายงานผลการเบิกชดเชยในที่ประชุม คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุกเดือน

5. ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงพัฒนาเชิงนโยบาย กฎ ระเบียบ หรือแนวทางปฏิบัติ

เนื่องจากการจัดทำบัญชีต้องเกี่ยวข้องกับข้อมูลของทุกฝ่ายในหน่วยบริการ เช่น การเก็บข้อมูลค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิต่างๆ เกี่ยวข้องกับงานประกันสุขภาพ การตั้งเจ้าหนี้ เกี่ยวข้องกับงานเภสัชกร และงานพัสดุฝ่ายบริหาร เป็นต้น แต่บุคลากรส่วนใหญ่คิดว่าเป็นหน้าที่ของงานบัญชีเท่านั้น จึงไม่มีการจัดเก็บข้อมูลและส่งข้อมูลให้บันทึกบัญชี มีผลทำให้ข้อมูลในการบันทึกบัญชีไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง และล่าช้า

ผู้รับผิดชอบ

1. ชื่อ นายณรงค์ พิมพา

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เบอร์โทรศัพท์ 089-9591444

ID Line : Narong_phim

วันที่ 30 เดือน กันยายน พ.ศ. 2565

เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ที่ 4.2 พัฒนาระบบบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ร่วมกับภาคีเครือข่าย

การพัฒนาระบบบริหารจัดการยุทธศาสตร์ผ่านมาตรฐาน

1. สถานการณ์

การดำเนินงานพัฒนาระบบบริหารจัดการยุทธศาสตร์ คปสอ.พิชัย มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในทุกปี เพื่อให้ผ่านมาตรฐาน และบรรลุวัตถุประสงค์ของงานตามตัวชี้วัด

ในปีงบประมาณ 2565 คปสอ.พิชัย มีการดำเนินงานพัฒนาระบบบริหารจัดการยุทธศาสตร์ โดยมีการติดตามการส่งแผนปฏิบัติการให้ดำเนินการภายใน 30 วัน หลังได้รับจัดสรรงบประมาณ เพื่อให้การเบิกจ่ายงบประมาณรายไตรมาสตามเกณฑ์ สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2565 อยู่ในกระบวนการติดตามและสรุปผลการดำเนินงานรอบ 12 เดือน (ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565) และดำเนินการรายงานให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ ภายในวันที่ 15 ตุลาคม 2565

การดำเนินงานการเบิกจ่ายงบดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิชัย สามารถดำเนินการเบิกจ่ายได้ ร้อยละ 100

2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

กลยุทธ์/แผนงาน/กิจกรรมที่ดำเนินการในปี 2565

- 1) จัดทำหนังสือประสานงานติดตาม ทุกไตรมาส แจ้งหัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน เพื่อให้ผู้รับผิดชอบงาน/ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องดำเนินการตามวัตถุประสงค์
- 2) ระบบการติดตามการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการประจำปี วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการติดตามประเมินผลงาน ตามระยะเวลาที่กำหนด โดยติดตามผ่านแบบฟอร์มระบบ online เพื่อความสะดวกและรวดเร็ว
- 3) กระตุ้นติดตามการดำเนินงาน ในกรณีที่ส่งผลงานล่าช้าเกินกำหนด โดยระบุผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563	ปี 2562
1. คปสอ.ส่งสรุปผลงานประจำปี ครบถ้วน และทันเวลา (ร้อยละ 100)	เป้าหมาย	ครบถ้วน ทันเวลา	ครบถ้วน ทันเวลา	ครบถ้วน ทันเวลา	ครบถ้วน ทันเวลา
	ผลงาน	ครบถ้วน ทันเวลา	ครบถ้วน ทันเวลา	ครบถ้วน ทันเวลา	ครบถ้วน ทันเวลา
	ร้อยละ	100	100	100	100

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	ปี 2565	ปี 2564	ปี 2563	ปี 2562
2. ร้อยละของแผนปฏิบัติการส่งภายใน 30 วัน หลังได้รับจัดสรรงบประมาณ (ร้อยละ 100)	เป้าหมาย	8	16	14	10
	ผลงาน	8	16	14	10
	ร้อยละ	100	100	100	100
3. ร้อยละของการเบิกจ่ายงบดำเนินงานผ่านเกณฑ์เป้าหมายรายไตรมาส (ตามมติคณะรัฐมนตรี) (ไตรมาส 1=36% ,ไตรมาส 2=57% ,ไตรมาส 3=80% และไตรมาส 4=100%)	เป้าหมาย	214,337.28	528,486.38	389,291.44	570,579.18
	ผลงาน	214,337.28	528,486.38	389.291,44	570,579.18
	ร้อยละ	100	100	100	100
4. ร้อยละของการเบิกจ่ายงบลงทุนผ่านเกณฑ์เป้าหมาย รายไตรมาส (ตามมติคณะรัฐมนตรี) (ไตรมาส 1=29% ,ไตรมาส 2=61% ,ไตรมาส 3=90% และไตรมาส 4=100%)	เป้าหมาย	-	-	952,000.00	2,376.685.00
	ผลงาน	-	-	952,000.00	2,376.685.00
	ร้อยละ	-	-	100	100

ที่มา : <http://utoapp2.moph.go.th/budget65/dashboard> ข้อมูล ณ วันที่ 17 ตุลาคม 2565